

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

was ist ein gutes Psychotherapeutenjournal? Die Meinungen gehen diesbezüglich auseinander. Je nach Zielgruppe sind es vermutlich unterschiedliche Erwartungen, anhand derer das PTJ beurteilt wird.

Im Redaktionsbeirat gehen wir davon aus, dass das Psychotherapeutenjournal die psychotherapeutische Fachzeitschrift mit der weltweit größten Auflage ist. Das ist zwar beeindruckend, aber: Weil die Kammermitglieder nicht von sich aus über das Abonnement entscheiden können, sondern die Zeitschrift unverlangt erhalten, dürfen wir die hohe Auflage nicht automatisch als Hinweis auf eine gute Qualität der Zeitschrift missverstehen. Das entspricht auch nicht unserer Einschätzung, denn wir sehen selbst manche Verbesserungspotentiale. Die Vorlaufzeiten bis zum Erscheinen eines Heftes sind lang. Die Aufmachung des Heftes wird immer wieder als zu wenig ansprechend eingeschätzt und der journalistische Impact ist auch begrenzt. Das ist aber nicht verwunderlich: Für die Produktion der Zeitschrift stehen nur sehr begrenzte Mittel zur Verfügung und die Konzeption der Hefte ist der Versuch, alle Richtungen der Psychotherapie, alle Kammern und viele verschiedene Blickwinkel zusammenzuführen. Das PTJ soll schließlich dazu beitragen, dass Psychotherapeut/inn/en sich als eine Berufsgruppe verstehen und zugleich Einblick in und Verständnis für die Aufgaben der Psychotherapeutenkammer/n gefördert wird.

Nach nunmehr acht Jahren PTJ steht eine Revision an. Wir haben diese vorbereitet bzw. vorbereiten wollen durch eine Leserbefragung (deren Rücklauf leider so gering war, dass wir keine repräsentative Aussagen ableiten konnten). Im Redaktionsbeirat haben wir sodann Überlegungen angestellt, die Redaktionsabläufe im Rahmen der gegebenen Bedingungen und unter Beachtung der Aufgabenstellung des Blattes (siehe PTJ 2/08, S. 100) zu verschlanken und zu beschleunigen. Der Verlag hat seine Bereitschaft erklärt daran mitzuwirken (und die technischen Abläufe entsprechend umzugestalten). Schließlich sind auch die Kammerpräsident/inn/en (als Vertreter der

Herausgeber, der Kammern) bemüht, das Projekt PTJ voranzubringen und beraten über Verbesserungsmöglichkeiten.

SIE als Leser/in möchten wir herzlich einladen: Schauen Sie bei dem nun in Gang kommenden Erneuerungsprozess des PTJ genau hin! Teilen Sie uns Ihre Wünsche mit, Ihre Ideen und auch Ihre Kritik. Nur dann können wir die Erwartungen der Leser/innen zunehmend besser berücksichtigen.

Das vorliegende Heft beginnt mit einem Fachbeitrag von *Birgit Watzke und Kolleg/inn/en* zur Psychoonkologie, einer jungen aber zunehmend wichtigeren Spezialisierung im Schnittfeld zwischen onkologischer Medizin und Psychotherapie. Der zweite Beitrag von *Irene Kühnlein und Gerd Mutz* geht von den aktuellen gesellschaftlichen Veränderungen mit der Abwendung des Staates vom klassischen sozialen Fürsorgedanken aus. Die Autor/inn/en fragen nach der Rolle der Psychotherapie in diesem Prozess.

Die Berufsordnungen der Kammern verlangen von jedem Psychotherapeuten und jeder Psychotherapeutin, sein bzw. ihr Handeln vor dem Hintergrund der allgemein akzeptierten ethischen Grundprinzipien zu reflektieren und danach auszurichten. Was aber heißt das konkret? *Inge Berns* unternimmt in ihrem Artikel den Versuch, dies für eine konkrete Gelegenheit durchzuspielen, die in der einen oder anderen Form jede Kollegin bzw. jeder Kollege kennt. Auf diese Weise wird ethisch reflektiertes Handeln anschaulich.

In der neu geschaffenen Rubrik „Ein Einwurf“ können Leser/innen mit Meinungen und Statements zu Wort kommen. *Roland Raible* beschäftigt sich darin mit der unverzichtbaren Funktion des gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

Die wissenschaftliche Anerkennung von Psychotherapieverfahren ist ein Dauerbrenner. Die neueste Episode ist eine Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts NRW, in der der Systemischen Therapie/



Familientherapie die wissenschaftliche Anerkennung zugesprochen wird. *Mareke de Brito Santos-Dodt* berichtet.

In der Rubrik „Recht aktuell“ behandeln *Uta Rüping und Ulrike Lembke* das Thema Suizid und Suizidpakt. Die Rubrik „Aktuelles aus der Wissenschaft“ wurde dieses Mal von *Karin Welsch* erstellt.

Zwei aktuelle Entwicklungen für die Psychotherapie konnten wir nicht aufgreifen. 10 Jahre nach dem Psychotherapeutengesetz und nach 10-jährigen Bemühen der niedergelassenen Kolleg/inn/en um eine angemessene Vergütung soll nun genau dieses im kommenden Jahr mit den Festbeträgen Wirklichkeit werden. Maßgeblich war hier der erweiterte Bewertungsausschuss von Krankenkassen und Kassenärztlicher Bundesvereinigung unter Leitung des Gesundheitsökonomen Jürgen Wasem. Die andere Entwicklung betrifft das Psychotherapeutengesetz, das nach 10 Jahren endlich reformiert werden soll, wenn man dem Bundesgesundheitsministerium glauben darf. Beiträge zu beiden Themen bereiten wir für ein späteres Heft vor.

Wir wünschen Ihnen schöne Festtage und ein gutes neues Jahr!

*Heiner Vogel (Bayern)*  
Mitglied des Redaktionsbeirates

# Inhalt

|                            |     |
|----------------------------|-----|
| <b>Editorial</b> . . . . . | 325 |
|----------------------------|-----|

## Originalia

|   |     |
|---|-----|
| <i>Birgit Watzke, Holger Schulz, Uwe Koch &amp; Anja Mehnert</i><br><b>Psychotherapeutische Versorgung in der Onkologie</b> . . . . . | 328 |
|---|-----|

Der Beitrag gibt einen Überblick zur Psychoonkologie und geht sowohl auf psychoonkologische Forschungsthemen und -befunde als auch auf Aspekte der klinischen Versorgung ein. Es werden dabei insbesondere die erkrankungs- und behandlungsbedingten Belastungen onkologischer PatientInnen sowie psychologische und psychotherapeutische Behandlungsansätze und deren Besonderheiten dargestellt.

|   |     |
|---|-----|
| <i>Irene Kühnlein &amp; Gerd Mutz</i><br><b>Psychotherapie im gesellschaftlichen Wandel</b> . . . . . | 338 |
|---|-----|

Dargestellt werden die Auswirkungen der aktuellen gesellschaftlichen Entwicklungen auf die psychische Befindlichkeit der Bürger. Wachsende soziale Anforderungen und Zunahme prekärer Arbeits- und Lebensformen führen zu einem erhöhten und veränderten Behandlungsbedarf. Es werden Schlussfolgerungen für die psychotherapeutische Praxis, aber auch für Sozialpolitik und Gesundheitssystem gezogen.

|  |     |
|--|-----|
| <i>Inge Berns</i><br><b>Dieselbe Schulklasse für Patient und Kind einer Psychotherapeutin?</b> . . . . . | 348 |
|--|-----|

An einem Fallbeispiel wird gezeigt, wie die Berufsordnung und die international anerkannten bioethischen Prinzipien (Beauchamp & Childress) dem praktizierenden Psychotherapeuten Entscheidungshilfen bieten können in einer konkreten Situation mit berufsethischer Fragestellung.

|  |     |
|--|-----|
| <i>Mareke de Brito Santos-Dodt</i><br><b>Oberverwaltungsgericht Nordrhein-Westfalen bestätigt die wissenschaftliche Anerkennung der Systemischen Therapie/Familientherapie</b> . . . . . | 356 |
|--|-----|

Das Oberverwaltungsgericht Nordrhein-Westfalen hat am 04.08.2008 durch einstimmigen Beschluss das Land NRW erneut verpflichtet, eine Ausbildungsstätte nach § 6 Abs. 2 PsychThG für die Ausbildung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit dem Vertiefungsgebiet Systemische Therapie/Familientherapie zuzulassen. Die Kernpunkte des Beschlusses werden dargestellt.

## Einwurf

|   |     |
|---|-----|
| <i>Roland Raible</i><br><b>Rettet den G-BA!</b> . . . . . | 357 |
|---|-----|

## Recht: Aktuell

|   |     |
|---|-----|
| <i>Uta Rüping &amp; Ulrike Lembke</i><br><b>Leben oder sterben lassen – zur Suizidpaktentscheidung des Oberlandesgerichtes Braunschweig</b> . . . . . | 359 |
|---|-----|

## Aktuelles aus der Forschung

|                               |     |
|-------------------------------|-----|
| <i>Karin Welsch</i> . . . . . | 364 |
|-------------------------------|-----|

|                                |     |
|--------------------------------|-----|
| <b>Buchrezension</b> . . . . . | 369 |
|--------------------------------|-----|

|   |     |
|---|-----|
| <i>Ingeborg Lackinger-Karger</i><br><b>Piechotta, B. (2008). PsyQM. Qualitätsmanagement für psychotherapeutische Praxen. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.</b> . . . . . | 369 |
|---|-----|

|  |                    |
|--|--------------------|
| <b>Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern</b> . . . . . | 371                |
| Bundespsychotherapeutenkammer . . . . .                    | 371                |
| Baden-Württemberg . . . . .                                | 375                |
| Bayern . . . . .   | 379                |
| Berlin . . . . .   | 383                |
| Bremen . . . . .   | 386                |
| Hamburg . . . . .  | 390                |
| Hessen . . . . .   | 396                |
| Niedersachsen . . . . .                                    | 401                |
| Nordrhein-Westfalen . . . . .                              | 405                |
| Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer . . . . .              | 409                |
| Rheinland-Pfalz . . . . .                                  | 413                |
| Saarland . . . . .   | 415                |
| Schleswig-Holstein . . . . .                               | 419                |
| <b>Leserbriefe</b> . . . . .                               | 427                |
| <b>Artikelverzeichnis</b> . . . . .                        | 429                |
| <b>Kontaktdaten der Kammern</b> . . . . .                  | 431                |
| <b>Stellen-/Praxismarkt</b> . . . . .                      | 337, 339, 341, 432 |
| <b>Kleinanzeigen</b> . . . . .                             | 434                |
| <b>Inserentenverzeichnis</b> . . . . .                     | 395                |
| <b>Branchenverzeichnis</b> . . . . .                       | 435                |
| <b>Impressum</b> . . . . .                                 | 436                |

**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 bzw. beigelegt:

- Baden-Württemberg: Satzungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg
- Bayern: Programm und Anmeldeformular zur Fortbildungsveranstaltung „Zahn und Psyche“
- Berlin: Rundbrief

# 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**

# Psychotherapeutische Versorgung in der Onkologie

Birgit Watzke, Holger Schulz, Uwe Koch, Anja Mehnert

Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

**Zusammenfassung:** Seit etwa Mitte der 70-er Jahre hat sich die Psychoonkologie in vielen Industrieländern als Teildisziplin innerhalb der Onkologie entwickelt und sowohl im Hinblick auf die klinische Versorgung von KrebspatientInnen als auch in der Forschung zunehmend an Bedeutung gewonnen. Sie hat dabei einen wesentlichen Einfluss auf einen Paradigmenwechsel in der Onkologie genommen. Heute stellt die Erhaltung oder Wiederherstellung der Lebensqualität der PatientInnen vor dem Hintergrund der zum Teil gravierenden krankheits- und behandlungsbedingten Einschränkungen neben der Überlebenszeit einen zentralen Beurteilungsaspekt für den Erfolg der medizinischen Behandlung dar. Die psychologische und psychotherapeutische Behandlung onkologischer PatientInnen (und deren Angehörigen) gewinnt hiermit ebenfalls an Bedeutung und stellt ein wichtiges (potentielles) Arbeitsgebiet sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung tätiger Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dar.

Im vorliegenden Beitrag wird ein Überblick zur Psychoonkologie gegeben und sowohl auf psychoonkologische Forschungsthemen und -befunde als auch auf Aspekte der klinischen Versorgung eingegangen. Als Schwerpunkte werden dabei insbesondere 1.) die erkrankungs- und behandlungsbedingten Belastungen onkologischer PatientInnen sowie 2.) psychologische und psychotherapeutische Behandlungsansätze und deren Besonderheiten dargestellt.

## Einleitung

Pro Jahr erkranken über 430.000 Menschen in Deutschland neu an einer Krebserkrankung (Robert Koch-Institut & Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V., 2008). Die häufigsten Krebserkrankungen stellen bei Frauen das Mammakarzinom und bei Männern das Prostatakarzinom dar (jeweils ca. ein Viertel der Neuerkrankungen), gefolgt von Darm- und Lungenkrebs bei beiden Geschlechtern. Der Zuwachs an Überlebensraten bei Krebserkrankungen in den letzten zwei Jahrzehnten ist u. a. den verbesserten Therapiemöglichkeiten zuzuschreiben (z. B. Brenner, Stegmaier & Ziegler, 2005), welche allerdings in der Regel aus sehr

intensiven und invasiven medizinischen Behandlungsmaßnahmen bestehen. Menschen mit einer Krebserkrankung sehen sich somit nicht nur mit krankheits-, sondern auch mit behandlungsbedingten Belastungen konfrontiert. Vor diesem Hintergrund wird davon ausgegangen, dass ca. 20-30% der Krebspatienten<sup>1</sup> (über alle Indikationen sowie Krankheitsphasen hinweg) einer psychoonkologischen Behandlung bedürfen (Weis, 1990). Die Prävalenz psychischer Störungen schwankt insgesamt erheblich in Abhängigkeit von der Krebserkrankung, Krankheitsstadium und Behandlung, den eingesetzten Erhebungsverfahren und zugrunde gelegten Klassifikationssystemen sowie dem Zeitpunkt der Untersuchung.

Art und Ausmaß psychosozialer Belastungen und psychischer Beeinträchtigungen sowie die Möglichkeiten einer psychologischen und psychotherapeutischen Unterstützung im Zusammenhang mit Krebserkrankungen sind zentrale Themen der Psychoonkologie. In diesem Beitrag soll zunächst der Bereich der Psychoonkologie im Überblick vorgestellt werden, daran anschließend wird auf die genannten Themenbereiche (Belastungen und Beeinträchtigungen von Krebspatienten sowie psychoonkologische Behandlungsangebote) genauer eingegangen.

## Verständnis und Gegenstand der Psychoonkologie

Seit etwa Mitte der 70-er Jahre hat sich die Psychoonkologie (oder psychosoziale Onkologie) in vielen Industrieländern als Teildisziplin innerhalb der Onkologie entwickelt und sowohl in Hinblick auf die klinische Versorgung von Krebspatienten als auch in der Forschung zunehmend an Bedeutung gewonnen. Psychoonkologie beschäftigt sich mit der Bedeutung psychologischer und sozialer Faktoren in der Entwicklung und dem Verlauf von Krebserkrankungen und den individuellen, familiären und sozialen Prozessen der Krankheitsverarbeitung. Psychoonkologie umfasst die systematische Nutzung dieses Wissens in

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Arbeit bei Sammelbezeichnungen (Patienten, Therapeuten usw.) durchgängig die grammatikalisch männliche Form benutzt, wobei jeweils männliche und weibliche Personen gleichermaßen gemeint sind.

der Prävention, Früherkennung, Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation. Dabei sind neben Krebspatienten auch Familienangehörige sowie Ärzte und Pflegenden Zielgruppe psychoonkologischer Versorgung und Forschung.

Zentrale Themen der psychoonkologischen Forschung sind – neben früher stärker im Vordergrund stehenden Fragestellungen zur Psychoätiologie von Krebserkrankungen<sup>2</sup> – vor allem Vorstellungen über Krebs in der Bevölkerung (subjektive Krankheits-theorien), psychologische Belastungen im Verlauf der Erkrankung und Behandlung, Prozesse der Krankheitsverarbeitung, soziale Unterstützung, Lebensqualität sowie Gestaltungsmöglichkeiten und Wirksamkeit psychoonkologischer Interventionen.

Die Psychoonkologie hat einen wesentlichen Einfluss auf einen Paradigmenwechsel in der Onkologie genommen. Heute stellt die Erhaltung oder Wiederherstellung der Lebensqualität der Patienten vor dem Hintergrund der zum Teil gravierenden

krankheits- und behandlungsbedingten Einschränkungen neben der Überlebenszeit einen zentralen Beurteilungsaspekt für den Erfolg der medizinischen Behandlung von Krebspatienten dar.

In Abbildung 1 sind die Bereiche und Faktoren, die Gegenstand psychoonkologischer Forschung sind, zusammenfassend dargestellt.

## Psychosoziale Belastungsfaktoren im Zusammenhang mit Krebserkrankungen

Krebspatienten sind im Verlauf ihrer Erkrankung mit einer Vielzahl unterschiedlicher Belastungen und einer veränderten Lebenssituation bzw. -perspektive konfrontiert. In Abhängigkeit von der Tumorart, dem Krankheitsstadium, den diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und deren Nebenwirkungen, den medizi-

nischen Versorgungseinrichtungen sowie dem individuellen, familiären und sozialen Hintergrund tritt ein breites Spektrum von Beeinträchtigungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf. Letzteres bezieht sich vor allem auf folgende Bereiche (vgl. z. B. Cella, 1998; Faller, 2003):

- körperliche Probleme (Symptome, Schmerzen, Verlust der körperlichen Integrität),

- 2 In der psychoonkologischen Literatur wurde die These, dass bestimmte psychologische Merkmale (einzelne Persönlichkeitsmerkmale, Verhaltensweisen oder gravierende Lebensereignisse in der Biografie) für die Entstehung von Krebserkrankungen verantwortlich sind oder diese wesentlich mitbestimmen, lange Zeit diskutiert. Die empirischen Belege für solche psychoätiologischen Hypothesen sind aus forschungsmethodischen Gründen außerordentlich schwer zu erbringen. Dementsprechend lässt der gegenwärtige Forschungsstand hier keine verlässlichen Aussagen zu.

### Akademie bei König & Müller

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



#### Ein ADHS kommt selten allein: Implikationen für die Behandlung

**17.01.2009 D-Würzburg (Kursnr.: FB090117A)**

Dr. Christina Stadler, Dipl.-Psych.; 170,00 €\* / GNP-Mitglied: 161,00 €\*; 8 Std.; GNP-Akkr.: 2 Neuropsychologische Diagnostik, 3 Neuropsychologische Intervention, 4 Psychotherapeutische Intervention; FE-Punkte: 16

#### Neuropsychologie & standardisierte Diagnostik von Autismus-Spektrum-Störungen

**30.01. - 31.01.2009 D-Berlin (Kursnr.: FB090130A)**

PD Dr. Sven Bölte, Dipl.-Psych.; 298,00 €\* / GNP-Mitglied: 283,00 €\*; 16 Std.; GNP-Akkr.: 6.7 Entwicklungsneuropsychologie/Gerontologie; FE-Punkte: 16

#### Soziales Kompetenztraining für Patienten mit erworbener Hirnschädigung

**31.01.2009 D-Würzburg (Kursnr.: FB090131A)**

Dr. Bettina Bogdahn, Dipl.-Psych. & Dipl.-Psych. Anne Schellhorn; 190,00 €\* / GNP-Mitglied: 181,00 €\*; 8 Std.; GNP-Akkr.: 3 Neuropsycholog. Intervention; FE-Punkte: 10

#### Depressive Störungen: Neuropsychologie, Diagnostik und Therapie

**13.02. - 14.02.2009 D-Hilden (Kursnr.: FB090213B)**

Dr. Petra Dykieriek, Dipl.-Psych. & PD Dr. Thomas Beblo, Dipl.-Psych.; 298,00 €\* / GNP-Mitglied: 283,00 €\*; 16 Std.; GNP-Akkr.: 6.2 Psychiatrie/ Psychopathologie

#### Die Praxis der neuropsychologischen Begutachtung

**06.03. - 07.03.2009 D-Berlin (Kursnr.: FB090306A)**

Dipl.-Psych. Herbert König; 218,00 €\* / GNP-Mitglied: 207,00 €\*; 12 Std.; GNP-Akkr.: 2 Neuropsychologische Diagnostik; FE-Punkte: 16

#### ADHS im Erwachsenenalter

**07.03.2009 D-Würzburg (Kursnr.: FB090307B)**

Dipl.-Psych. Silvia Fries; 170,00 €\* / GNP-Mitglied: 161,00 €\*; 8 Std.; GNP-Akkr.: 2 Neuropsychologische Diagnostik, 3 Neuropsychologische Intervention; FE-Punkte: 12

#### Praxis der Hypnose bei neurologischen Patienten

**13.03. - 14.03.2009 D-Wiesbaden (Kursnr.: FB090313A)**

Dipl.-Psych. Annegret Fritz; 298,00 €\* / GNP-Mitglied: 283,00 €\*; 16 Std.; GNP-Akkr.: 4 Psychotherapeutische Intervention; FE-Punkte: 16

#### 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-Punkte: 24

Bitte fordern Sie unser vollständiges Programm an!

\*Kosten incl. MwSt.

## 2. Wiesbadener Fachtagung

### Verhaltenstherapie und Psychodynamische Psychotherapie im Dialog

In Kooperation mit

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) e. V.  
Deutsche Fachgesellschaft für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (DFT)



“Die Behandlung von Angststörungen und Ängsten - tiefenpsychologische und verhaltenstherapeutische Ansätze”

16. - 17. Januar 2009 in Wiesbaden

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



Organisatoren:  
Akademie für Fortbildung in Psychotherapie (afp)  
Wiesbadener Akademie für Psychotherapie (WIAP)

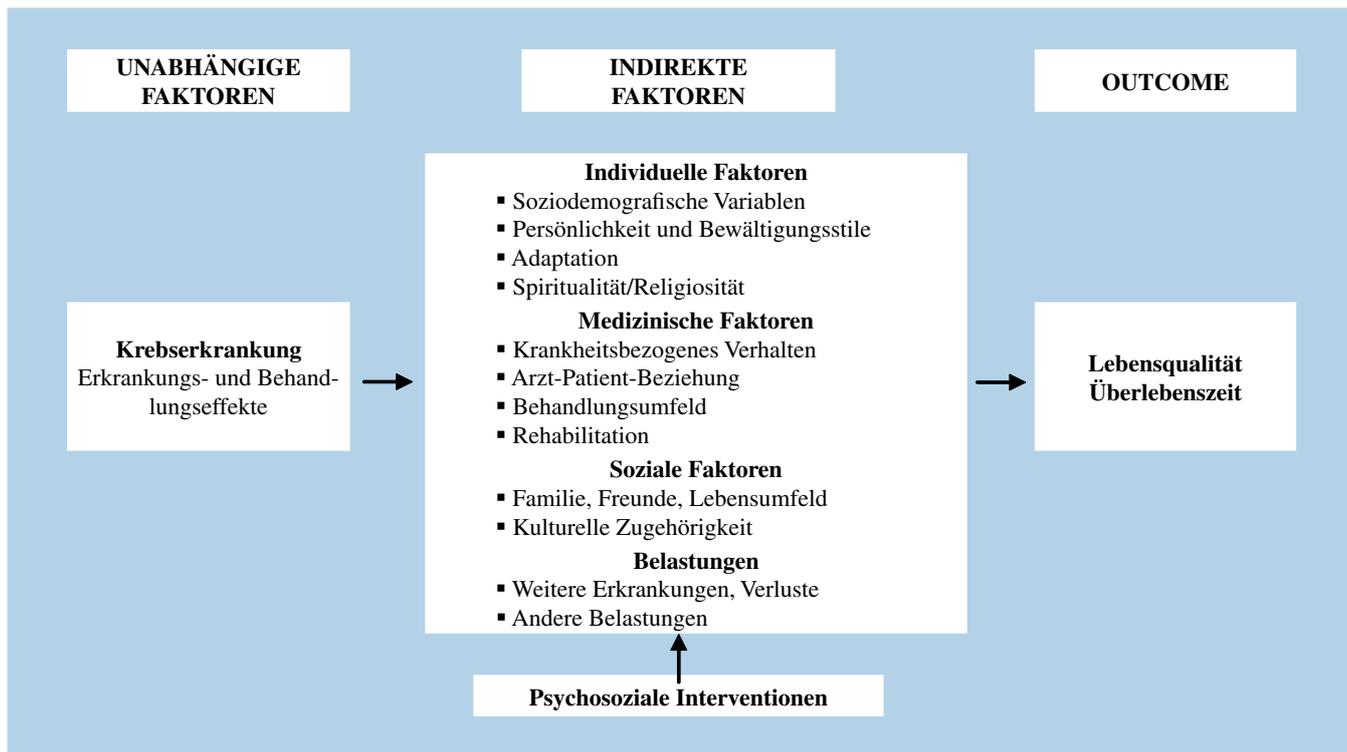


Abbildung 1: Modell der psychoonkologischen Forschung nach Holland et al. (1998)

- Funktionseinschränkungen (Einschränkung der Leistungsfähigkeit im Alltag, Infragestellung sozialer Rollen in Beruf und Familie),
- emotionales Wohlbefinden,
- Sexualität/Intimität sowie
- soziale Partizipation.

Beeinträchtigungen der Lebensqualität können in einem engen Zusammenhang mit besonders belastenden Ereignissen im Krankheitsverlauf wie Mitteilungen über eine ungünstige Diagnose und Prognose, über ein Fortschreiten der Erkrankung (Rezidive, Metastasierung) oder einzuleitende gravierende Behandlungsmaßnahmen wie Operationen, Chemo- oder Strahlentherapie stehen.

Die Art und das Ausmaß der individuellen Belastungen sind allerdings nicht nur von Faktoren abhängig, die im Zusammenhang mit der Erkrankung stehen, sondern auch von Personen- und Umgebungsfaktoren, wie individuellen Ressourcen, Strategien der Krankheitsverarbeitung, dem familiären und sozialen Umfeld und dem Ausmaß an sozialer Unterstützung (Koch & Weis, 1998). Hieraus ergeben sich Ansatzpunkte für psychoonkologische Unterstützungs- und Therapieangebote.

## Psychische Beeinträchtigungen und psychische Störungen von Krebspatienten

Bei Krebspatienten liegt häufig ein breites Spektrum psychosozialer Belastungen vor, das von normalen Ängsten, Gefühlen der Niedergeschlagenheit und Traurigkeit bis hin zu psychischen Störungen und sozialen Krisen reichen kann (Holland, 2002). Die Erfassung psychischer Störungen bei Krebspatienten unterscheidet sich in mehrfacher Hinsicht von der Diagnostik bei körperlich gesunden Personen. Hervorzuheben sind u. a. Wechselwirkungen zwischen krankheits- oder behandlungsbedingten Symptomen und psychischen Störungen. Die Überlappung körperlicher und psychischer Symptome kann die Diagnostik erschweren, was am Beispiel der Depression besonders deutlich wird: So stützt die Diagnostik sich hier bspw. primär auf die psychischen und kognitiven Symptome einer Depression und weniger auf die somatischen Symptome, da unklar sein kann, ob spezifische Symptome wie Unruhe, Schlaflosigkeit oder Konzentrationsschwierigkeiten auf die Krebsbehandlung (z. B. Chemotherapie)

zurückzuführen sind, oder Symptome einer Depression darstellen. Insofern kann die Prävalenz ggf. unter- oder überschätzt werden (Mehnert, Lehmann, Cao & Koch, 2006).

Zu den häufigsten manifesten psychischen Störungen im Zusammenhang mit Krebserkrankungen gehören Anpassungsstörungen (F43.2 gemäß ICD-10), depressive Störungen (F32.x – F34.x) und Angststörungen (F40.x – F41.x) (Holland et al., 1998). Für den deutschen Raum ergab eine krebregisterbasierte Querschnittstudie an etwas mehr als 1000 Brustkrebspatientinnen, dass ca. ein Drittel von ihnen klinisch relevante Angst- und etwa ein Viertel klinisch relevante Depressivitätswerte aufwiesen (Mehnert & Koch, 2008). Ähnliche Ergebnisse zeigen sich an einer heterogenen Stichprobe von Krebspatienten, für die in der stationären Akutversorgung Prävalenzraten von 24% für aktuelle psychische Störungen festgestellt wurden, darunter 11% depressive Störungen und 17% Angststörungen. Für das Rehabilitationssetting resultiert in dieser Studie eine entsprechende Prävalenzrate von 34% (Härter et al., 2000). Andere epidemiologische Studien ergeben, dass bis zu 40-50% der Krebspatienten eine psychi-

sche Störung aufweisen (Massie, 2004; Noyes, Holt & Massie, 1998).

Auch bei onkologischen Patienten, die nicht die Diagnosekriterien einer psychischen Störung erfüllen, sind relevante psychische Beeinträchtigungen festzustellen. Von besonderer Bedeutung sind hierbei krankheitsspezifische Ängste, insbesondere die sogenannte Progredienzangst, d. h. die Angst vor dem Fortschreiten der Erkrankung (z. B. Herschbach et al., 2004; Herschbach et al., 2005). So konnten z. B. die Ergebnisse der *Caring about Women and Cancer* (CAWAC)-Studie (Kaufmann & Ernst, 2000) für Deutschland zeigen, dass ein großer Teil der befragten Patientinnen Angst vor der Ausbreitung der Krankheit (80% der Patientinnen) und dem Tod (57%) haben. Angst vor Nebenwirkungen der Therapie (50%) und Angst, Leiden oder Schmerzen ertragen zu müssen (36%), sind weitere weit verbreitete Ängste. Von den jüngeren Patientinnen (unter 50 Jahren) befürchteten 66% einen negativen Einfluss der Erkrankung auf ihr Familien- oder Berufsleben und

35% auf ihr Selbstwertgefühl (Aussehen, Akzeptanz durch andere).

Psychosoziale Belastungen als Folge von Krebserkrankungen treten nicht nur bei Patienten, sondern auch bei Angehörigen auf. So finden sich bei Partnern und anderen Familienangehörigen ebenfalls auffällig erhöhte Werte für Depressivität und Ängstlichkeit, weiterhin werden Beziehungs- und Kommunikationsprobleme berichtet (Faller, Schilling, Otteni & Lang, 1995; Baider, Cooper & Kaplan De-Nour, 1996).

### Psychologische und psychotherapeutische Angebote für Krebspatienten

Zu einer angemessenen Versorgung von Krebspatienten gehören nicht nur eine hochwertige medizinische Diagnostik und Therapie, sondern auch psychologische und ggf. psychotherapeutische Behand-

lungsangebote, die die psychosozialen Probleme, die im Krankheitsverlauf auftreten, berücksichtigen. Die psychoonkologische Behandlung und Versorgung ist abhängig von Art und Schweregrad der auftretenden Symptome. Eine optimale Versorgung von Krebspatienten mit psychischen Störungen umfasst primär psychotherapeutische Interventionen, die sich vor allem bei einer milden bis moderaten Symptomatik durch eine hohe Effektivität auszeichnen. Sie kann aber auch eine pharmakotherapeutische Mitbehandlung (z. B. Benzodiazepine) beinhalten (Breitbart, 1995; Breitbart, Jaramillo & Chochinov, 1998).

Psychoonkologische Interventionen im Rahmen einer Krebserkrankung können in jeder Behandlungsphase indiziert sein und sowohl als Elemente des stationären Konsiliar-Liaisondienstes (im Rahmen des akutstationären Aufenthaltes), der onkologischen Rehabilitation oder im Rahmen von ambulanten Leistungen in Spezialambulanzen oder bei niedergelassenen, entsprechend spezialisierten Psychotherapeuten

## AntragPro

### Die Software zur einfachen und schnellen Erstellung der Antragsberichte für Psychotherapie

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

Weitere Informationen  
und Bestellmöglichkeit  
im Internet unter  
[www.antrag-pro.de](http://www.antrag-pro.de)

PSY.DV

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

### 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

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**  
18.-20.06.09 + 28.08.09 **Köln**  
03.-05.07.09 + 10.10.09 **Stuttgart**  
16.-18.10.09 + 28.11.09 **München**  
05.-07.11.09 + 04.12.09 **Köln**  
27.-29.11.09 + 23.01.10 **Königslutter**

#### 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](http://www.emdr.de)  
[info@emdr-institut.de](mailto:info@emdr-institut.de)

durchgeführt werden. An der psychoonkologischen Versorgung sind verschiedene psychosoziale Berufsgruppen beteiligt; spezifisch qualifizierte Psychotherapeuten können hierbei – insbesondere bei der Behandlung von sehr hoch belasteten Patienten – eine Schlüsselstellung einnehmen.

Eine fachliche Qualifizierung und Spezialisierung wird in Deutschland von der Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie (PSO) und der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie e.V. (dapo) im Rahmen des interdisziplinären Curriculums der Weiterbildung Psychosoziale Onkologie (WPO) angeboten und von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert. Die Qualifizierung ist für Diplompsychologen, Psychotherapeuten, Ärzte, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Klinikseelsorger und verwandte Berufsgruppen offen. Für approbierte Psychotherapeuten (sowie für Ärzte mit Zusatztitel Psychotherapie und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie) wird eine separate Weiterbildung im Rahmen der WPO angeboten.

### **Zielsetzungen psychoonkologischer Behandlungen**

Psychoonkologische Behandlungsansätze zielen einerseits auf die direkte Beeinflussung von krankheits- oder behandlungsbedingten Symptomen, andererseits versuchen sie insgesamt, die Krankheitsbewältigung und die Lebensqualität zu verbessern (vgl. u. a. Keller, 2000; Söllner & Keller, 2007). Wichtige Zielvariablen psychoonkologischer Interventionen sind u. a.:

- Verbesserung von krankheits- und behandlungsbedingten Symptomen (Schmerzen, Übelkeit, Schlafstörungen etc.),
- Reduktion von Angst, Depression, Hoffnungs- und Hilflosigkeit,
- Verbesserung der Krankheitsverarbeitung (Coping) und der Selbstwirksamkeitserwartung und Förderung des Selbsthilfepotentials,
- Hilfen bei Problemen des Körperbildes und der Sexualität,
- Verbesserung der Kommunikation zwischen Patient, Partner und Angehörigen,

- Verbesserung bzw. Erhalt der familiären und sozialen Integration,
- Verbesserung der Kooperation mit den Behandlern.

Zu den patientenbezogenen psychoonkologischen Angeboten gehören vor allem Beratung und Information, Patientenschulung, supportive Einzelgespräche, Krisenintervention, symptomorientierte Behandlung, kreativ-therapeutische Angebote (Musik- und Kunsttherapie), sozialrechtliche Beratung und Sterbebegleitung. Einzel-, Paar- und Familiengespräche sollen Angehörigen Unterstützung und emotionale Entlastung bieten, die familiäre Kommunikation fördern sowie familiäre und soziale Ressourcen mobilisieren. Weiterhin sollen psychoonkologische Versorgungsangebote zur Unterstützung der Arbeit von Pflegenden und Ärzten durch die Erweiterung psychosozialer Kompetenzen, Unterstützung und emotionale Entlastung sowie die Verbesserung der Arbeitszufriedenheit beitragen (Keller, 2000; Mehnert, Petersen & Koch, 2003).

### **Besonderheiten bei der Psychotherapie mit Krebspatienten**

Die psychotherapeutische Arbeit mit Krebspatienten weist einige Unterschiede zur Psychotherapie mit anderen Patientengruppen auf. Diese betreffen die Art der Probleme, die Charakteristika der Zielgruppe und die Rahmenbedingungen der Behandlung. So stellen die Probleme der Patienten zu einem überwiegenden Teil eine Reaktion auf die Erkrankung und die Behandlung dar und sind eher selten vor dem Hintergrund einer psychopathologischen Entwicklungsgeschichte zu sehen. Krebspatienten sind in der Regel deutlich älter als der ‚durchschnittliche Psychotherapiepatient‘. Sie sind während der Behandlung häufig körperlich und z. T. auch kognitiv beeinträchtigt.

Werden Psychoonkologen in die Behandlung einbezogen, so müssen sie ihre Angebote vor allem im stationären Setting den Rahmenbedingungen der medizinischen Behandlung anpassen. Das heißt, die Interventionen müssen zeitnah und niedrigschwellig angeboten werden. Meistens müssen sie in einem kürzeren Zeitraum

realisiert werden; bei einem Teil der Patienten ist dann eine höhere Betreuungsdichte erforderlich. Die in der Psychotherapie im Allgemeinen üblichen räumlichen Gelegenheiten (Möglichkeit, ungestört Gespräche zu führen) sind meist nur im Rahmen einer ambulanten psychoonkologischen Behandlung möglich.

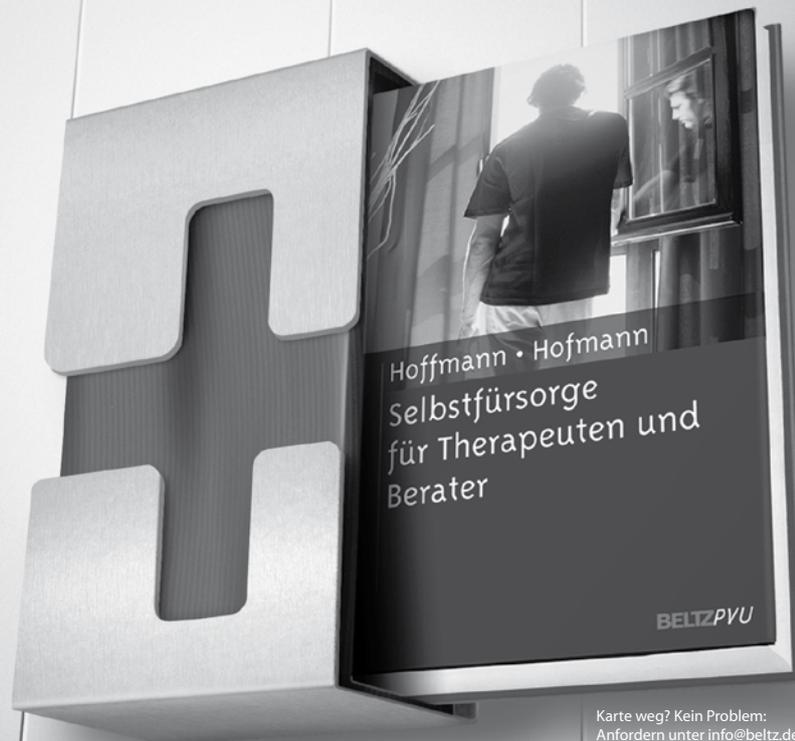
Diese Rahmenbedingungen verlangen vom psychoonkologischen Behandler eine hohe Flexibilität. Dementsprechend wird die psychoonkologische Betreuung weniger durch einzelne Therapieschulen bestimmt, sondern ist durch einen supportiven, methodenintegrierenden und patientenzentrierten Ansatz bestimmt. In der gegenwärtigen Psychoonkologie werden für die Behandlung von Krebspatienten adaptierte Methoden und Arbeitstechniken unterschiedlicher psychotherapeutischer Richtungen (Verhaltenstherapie, psychodynamische Psychotherapie, Gesprächspsychotherapie, systemische Therapie oder Hypnotherapie) genutzt. Entspannungs- und Imaginationsverfahren sind ebenfalls relevante Methoden, die zur Anwendung kommen. Tabelle 1 führt beispielhaft spezifische psychotherapeutische Interventionen für drei Bereiche auf, in denen Krebspatienten häufig psychische Beeinträchtigungen erleben.

### **Wirksamkeit psychoonkologischer Interventionen**

Empirische Nachweise der grundsätzlichen Wirksamkeit psychoonkologischer Interventionen liegen in Form zahlreicher Studien und einiger methodisch hochwertiger Metaanalysen vor (z. B. Rhese & Pukrop, 2003; Schulz, Winzer, Stump & Koch, 2001; Sheard & Maguire, 1999; Daniels & Kissane, 2008).

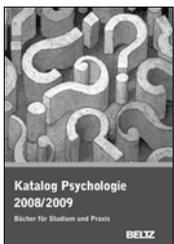
Zielkriterien stellen vor allem die Lebensqualität und das psychische Befinden sowie Schmerzreduktion und körperliche sowie soziale Aktivitäten dar. Eine aktuelle Übersichtsarbeit von Faller (im Druck), die sich vor allem auf Interventionen für Brustkrebspatientinnen bezieht, weist allerdings darauf hin, dass die vorliegenden Metaanalysen Effektstärken in einem breiten Schwankungsbereich zwischen kleinen und großen Effekten zeigen. Diese Schwankungsbreite sei auch vor dem Hin-

# Erste Hilfe für Helfer.



Karte weg? Kein Problem:  
Anfordern unter [info@beltz.de](mailto:info@beltz.de)

Nicolas Hoffmann | Birgit Hofmann  
**Selbstfürsorge  
für Therapeuten und Berater**  
2008. XIV, 206 Seiten. Gebunden  
**€ 34,90 D**  
**ISBN 978-3-621-27581-1**



Druckfrisch für Sie:  
der neue Katalog Psychologie  
Jetzt kostenlos anfordern!

Leiden Sie an beruflicher Überlastung, schwierigen Patienten, Stress bei der Therapie-Arbeit?

Hier finden Sie umfassende Hilfen für eine eigene Selbstfürsorge. Konkrete Vorschläge zur Psychohygiene helfen Ihnen, das eigene Befinden während Therapie oder Beratung zu regulieren und Ihre Gesundheit nachhaltig zu schützen.

**Schnell sein lohnt sich: Die ersten 111 Einsender erhalten einen attraktiven Floaty-Pen als Dankeschön für ihr Interesse.**



[www.beltz.de/psychologie](http://www.beltz.de/psychologie)

**BELTZ**PVU

| PSYCHISCHE BEEINTRÄCHTIGUNGEN   | SPEZIFISCHE INTERVENTIONEN (Beispiele)  |
|---|---|
| <p><b>Veränderungen der Körperintegrität und des Befindens</b><br/>(durch erkrankungs- und behandlungsbedingte Beschwerden; durch Schmerz; durch Behinderungen und Folgeprobleme, z. B. Invalidität)</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Schmerztherapie (Visualisierungsübungen, hypnotherapeutische Übungen, Entspannung, Externalisierung des Schmerzes, Selbstbeobachtung und Situationsmanagement; kognitive Umstrukturierung)</li> <li>■ bei Fatigue: Selbstbeobachtung zum Ausloten der eigenen neuen Belastungsgrenzen; Reflexion eigener Belastungen im Alltag („Energiekuchen“), Erarbeitung neuer – realistischer – Ziele; Tagesstrukturierung; Stressbewältigungstraining, Psychoedukation</li> <li>■ Körperübungen (Akzeptanz des veränderten Körpers, Spiegelübung, Körperwahrnehmung, Selbstbeobachtung, Achtsamkeit)</li> </ul> |
| <p><b>Störung des emotionalen Gleichgewichts</b><br/>(durch neue oder verstärkte Gefühle; durch innere oder äußere Bedrohung)</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Aufklärung über Diagnose vs. Entpathologisierung</li> <li>■ Klärung (Was genau erlebt der Patient als bedrohlich?) und Angstbewältigung und -begleitung; ggf. auch Angstkonfrontation</li> <li>■ Anerkennung der Hilflosigkeit, Umgang mit Hilflosigkeit</li> <li>■ Hoffnungslosigkeit vs. Neudefinition von Hoffnung</li> <li>■ Einbezug existentieller Themen</li> <li>■ Elemente der kognitiv-behavioralen Depressionsbehandlung (Zusammenhang Denken – Handeln – Fühlen, Verstärkeraufbau/Aufbau angenehmer Aktivitäten, kognitive Umstrukturierung, Gedankenstopp)</li> </ul>                     |
| <p><b>Veränderungen im Selbstkonzept</b><br/>(durch Autonomie- und Kontrollverlust; durch ein verändertes Körperschema und Selbstbild; durch Ungewissheit über den Krankheitsverlauf; durch Ungewissheit hinsichtlich des Familien- und Soziallebens)</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kognitive Umstrukturierung</li> <li>■ Klärung: Was verändert sich durch die Erkrankung, was bleibt erhalten? Wie verändere ich mich? Eigene Stärken/Schwächen?</li> <li>■ Ermutigung zu Verhaltensexperimenten, zu neuen Erfahrungen</li> <li>■ Identifikation von Bereichen, in denen (Teil-) Autonomie/Kontrolle erhalten bleiben kann; evtl. auch Schaffung neuer Bereiche</li> <li>■ Imaginations-/Visualisierungsübungen</li> </ul>   |

tergrund zu sehen, dass die in den Studien untersuchten Interventionen (überwiegend supportiv-expressive, kognitiv-verhaltenstherapeutische und psychoedukative Angebote) *allen* Patienten unabhängig von ihrer psychischen Belastung angeboten wurden, so dass auch wenig belastete Patienten, bei denen keine Effekte zu erwarten waren, in die Studien eingeschlossen wurden. Dieses Ergebnis weist auf potentielle Bedeutung einer adäquaten Indikationsstellung für psychoonkologische Interventionen hin, so dass diese ausschließlich psychisch belasteten Patienten angeboten wird.

Vermeintlich Aufmerksamkeit hat in den letzten Jahren die Frage erhalten, ob durch

psychoonkologische Interventionen eine Verlängerung der Überlebenszeit von Krebspatienten erreicht werden kann. Die Mehrzahl der Studien, die hierzu vorliegen, können keine längeren Überlebenszeiten der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe nachweisen (z. B. Edwards, Hailey & Maxwell, 2005; Boesen & Johansen, 2008).

### Fazit und Ausblick

Der Psychoonkologie kommt sowohl im Forschungskontext als auch in der klinischen Versorgung eine seit den 1970er Jahren stetig wachsende Bedeutung zu:

*Tabelle 1: Beispiele spezifischer psychotherapeutischer Interventionen für drei Bereiche psychischer Beeinträchtigungen von Krebspatienten*

Psychologische und psychotherapeutischer Unterstützungs- und Behandlungsangebote gehören zu einem umfassenden und qualifizierten onkologischen Behandlungsangebot und zeichnen sich insbesondere durch eine hohe Patientenorientierung, eine supportive Grundhaltung sowie durch eine Methodenvielfalt bzw. Methodenintegration aus. Sie stellen ein anspruchsvolles und wichtiges Betätigungsfeld für Psychotherapeuten dar, auch vor dem Hintergrund, dass es trotz des fortschreitenden Erkenntnisstandes der Psychoonkologie gravierende Defizite sowohl in der stationären Akutversorgung als auch in der ambulanten Nachsorge und somit einen Bedarf an qualifizierten Psychoonkologen gibt.

### Literatur

Baider, L., Cooper, C. L. & Kaplan De-Nour, A. (1996). *Cancer and the family*. New York: Wiley.

Boesen, E. H. & Johansen, C. (2008). Impact of psychotherapy on cancer survival: time to move on? *Current Opinion in Oncology*, 20 (4), 372-377.

Breitbart, W. (1995). Identifying patients at risk for, and treatment of major psychiatric complications of cancer. *Supportive Care Cancer*, 3 (1), 45-60.

Breitbart, W., Jaramillo, J. R. & Chochinov, H. M. (1998). Palliative and terminal care. In J. C. Holland (Hrsg.), *Psycho-Oncology* (S. 437-444). New York: Oxford University Press.

Brenner, H., Stegmaier, C. & Ziegler, H. (2005). Verbesserte Langzeitüberlebensraten von Krebspatienten. *Deutsches Ärzteblatt*, 102 (39), 2628-2633.

Cella, D. (1998). Quality of life. In J. C. Holland (Hrsg.), *Psycho-Oncology* (S. 1135-1146). New York: Oxford University Press.

Daniels, J. & Kissane, D. W. (2008). Psychosocial interventions for cancer patients. *Current Opinion in Oncology*, 20 (4), 367-371.

Edwards, A. G. K., Hailey, S. & Maxwell, M. (2005). Psychological interventions for



- ▶ Das Standardwerk im bewährten Grundkonzept: praxisrelevant, umfassend, aktuell

3. Aufl. 2009. Etwa 760 S. 60 Abb. Geb.  
ca. € (D) 69,95; € (A) 71,91; \*sFr 114,00  
ISBN 978-3-540-79540-7



- ▶ Das Standardwerk im bewährten Grundkonzept: viele Fallbeispiele, neue Kapitel

3. Aufl. 2009. Etwa 670 S. 50 Abb. Geb.  
ca. € (D) 69,95; € (A) 71,91; \*sFr 114,00  
ISBN 978-3-540-79542-1



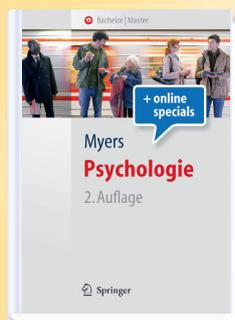
- ▶ Jetzt ein eigenständiges Buch, was bisher in Einzelkapiteln in Band 1 und 2 abgehandelt wurde
- ▶ Im bewährten Konzept

2009. Etwa 730 S. 50 Abb. Geb.  
ca. € (D) 69,95; € (A) 71,91; \*sFr 114,00  
ISBN 978-3-540-79544-5



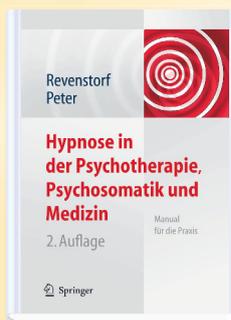
- ▶ Den diagnostischen Prozess Schritt für Schritt mitvollziehen: von der Kontaktaufnahme bis zur klinischen Dokumentation
- ▶ Klare didaktische Aufbereitung und praxisorientierte Anleitungen

3. Aufl. 2008. 592 S. 22 Abb. Geb.  
ca. € (D) 49,95; € (A) 51,35; \*sFr 81,50  
ISBN 978-3-540-78473-9



- ▶ Der ideale Einstieg für Studierende und andere Neugierige
- ▶ Mit den 3 großen Anwendungsfächern Klinische, Pädagogische, A&O-Psychologie
- ▶ Interaktive Lernwebsite mit umfangreichem Zusatzmaterial

2. Aufl. 2008. 1064 S. 947 Abb. Geb.  
€ (D) 44,95; € (A) 46,21; \*sFr 70,00  
ISBN 978-3-540-79032-7



- ▶ Das erfolgreichste Hypnosemanual in 2. Auflage
- ▶ Aktualisiert und erweitert
- ▶ Mit den neuesten Entwicklungen im Ausbildungscurriculum

2009. 970 S. 17 Abb. Geb.  
ca. € (D) 69,95; € (A) 71,91; \*sFr 114,00  
978-3-540-24584-1



- ▶ Bislang einzigartige Analyse vieler Einzelstudien zum Thema: Bringt Psychotherapie mehr als sie kostet?
- ▶ Für alle Psychotherapeuten und -therapeutinnen eine äußerst lohnenswerte Lektüre.

2009. 250 S. 10 Abb. Brosch.  
€ (D) 49,95; € (A) 51,35; \*sFr 81,50  
ISBN 978-3-540-68312-4



- ▶ Der optimale Begleiter für die tägliche Arbeit auf Station
- ▶ Immer dabei in der Kitteltasche oder auf dem Schreibtisch

2008. X. 450 S. Brosch.  
€ (D) 29,95; € (A) € 30,80; \*sFr 49,00  
ISBN 978-3-540-78466-1

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

080408x

# Verstehen und Therapieren.

springer.de

- women with breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2.
- Faller, H. (2003). Krebs. In M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention* (S. 655-675). Göttingen: Hogrefe.
- Faller, H. (im Druck). Erfolg psychologischer Interventionen – ein Review. In U. Koch & J. Weis (Hrsg.), *Psychoonkologie – eine Disziplin in der Entwicklung. Jahrbuch für Medizinische Psychologie*, Vol. 22. Göttingen: Hogrefe.
- Faller, H., Schilling, S., Otteni, M. & Lang, H. (1995). Soziale Unterstützung und soziale Belastung bei Tumorkranken und ihren Partnern. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 41, 141-157.
- Härter, M., Reuter, K., Schretzmann, B., Hasenburger, A., Aschenbrenner, A. & Weis, J. (2000). Komorbide psychische Störungen bei Krebspatienten in der stationären Akutbehandlung und medizinischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 39, 317-323.
- Herschbach, P., Keller, M., Knight, L., Brandl, T., Huber, B., Henrich, G. & Marten-Mittag, B. (2004). Psychological problems of cancer patients: a cancer screening with a cancer-specific questionnaire. *British Journal of Cancer*, 91, 504-511.
- Herschbach, P., Berg, P., Dankert, A., Duran, G., Engst-Hastreiter, U., Waadt, S., Keller, M., Ukat, R. & Henrich, G. (2005). Fear of progression in chronic diseases: psychometric properties of the Fear of Progression Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 505-511.
- Holland, J. C., Breitbart, W., Jacobsen, P. B., Lederberg, M. S., Loscalzo, M., Massie, M. J. & McCorkle, R., (eds.). (1998). *Psychooncology*. Oxford: University Press.
- Holland, J. C. (2002). History of Psycho-Oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic Medicine*, 64, 206-221.
- Kaufmann, M. & Ernst, B. (2000). Was Frauen mit Krebs erfahren, empfinden, wissen und vermissen. *Deutsches Ärzteblatt*, 97 (47), A3191-A3196.
- Keller, M. (2000). Psychoonkologische Versorgung im Akutkrankenhaus. *Forum DKG*, 15 (5), 26-29.
- Koch, U. & Weis, J. (Hrsg.). (1998). *Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung*. Stuttgart: Schattauer.
- Massie, M. J. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. *Journal of the National Cancer Institute. Monographs* (32), 57-71.
- Mehnert, A., Petersen, C. & Koch, U. (2003). Empfehlungen zur Psychoonkologischen Versorgung im Akutkrankenhaus. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 12, 77-84.
- Mehnert, A., Lehmann, C., Cao, P. & Koch, U. (2006). Die Erfassung psychosozialer Belastungen und Ressourcen in der Onkologie – Ein Literaturüberblick zu Screeningmethoden und Entwicklungstrends. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 56 (12), 462-479.
- Mehnert, A. & Koch, U. (2008). Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization and need for psychosocial support in a cancer register based sample of long-term breast cancer survivors. *Journal of Psychosomatic Research*, 64 (4), 383-391.
- Noyes, R., Holt, C. S. & Massie, M. J. (1998). Anxiety Disorders. In J. C. Holland (Hrsg.), *Psycho-Oncology* (S. 548-563). New York: Oxford University Press.
- Rhese, B. & Pukrop, R. (2003). Effects of psychosocial interventions on quality of life in adult cancer patients: meta analysis of 37 published controlled outcome studies. *Patient Education and Counseling*, 50, 179-186.
- Robert Koch-Institut & Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (2008). *Krebs in Deutschland 2003 – 2004. Häufigkeiten und Trends*. Verfügbar unter: <http://www.ekr.med.uni-erlangen.de/GEKID/Doc/kid2008.pdf> [10.09.2008].
- Schulz, H., Winzer, A., Stump, S. & Koch, U. (2001). Beeinflussung der Lebensqualität von Tumorpatienten durch psychoonkologische Interventionen. *Der Onkologe*, 7, 157-166.
- Sheard, T. & Maguire, P. (1999). The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta analyses. *British Journal of Cancer*, 80, 1770-1780.
- Söllner, W. & Keller, M. (2007). Wirksamkeit psychoonkologischer Interventionen auf die Lebensqualität der Patienten. Ein systematischer Überblick über Reviews und Metaanalysen. *Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie*, 1, 249–257.
- Weis, J. (1990). Bedarf an psychosozialer Versorgung von Tumorpatienten. Theoretische Aspekte zum Begriff des Bedarfs und der Problematik der Bedarfsplanung. In U. Koch & F. Potreck-Rose (Hrsg.), *Krebsrehabilitation und Psychoonkologie* (S. 113-123). Berlin: Springer.

**Dr. phil. Birgit Watzke**

Psychologische Psychotherapeutin  
 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
 Forschungsgruppe Psychotherapeutische  
 Versorgung  
 Institut und Poliklinik für Medizinische  
 Psychologie  
 Martinistraße 52  
 20246 Hamburg  
 watzke@uke.uni-hamburg.de

Die **Luisenlinik**, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Heidelberg, ist eine Fachklinik sowohl für psychische und psychosomatische Störungen bei Erwachsenen als auch Kindern und Jugendlichen.

Für unsere Fachabteilung **psychische und psychosomatische Erkrankungen bei Erwachsenen im Rehabilitationsbereich** suchen wir zum nächst möglichen Zeitpunkt eine/einen approbierte(n)

### **Psychologische(n) Psychotherapeutin(en) als Leiter(in) eines unserer Behandlungsteams**

Die Rehabilitationsabteilung verfügt über 120 vollstationäre Behandlungsplätze. Wir arbeiten nach einem multimodalen Behandlungskonzept auf der Basis wissenschaftlich fundierter Verfahren mit verhaltenstherapeutischer Grundorientierung.

Wenn Sie Freude daran haben, in einer jungen und leistungsstarken Abteilung gestaltend und leitend mitzuarbeiten, dann freuen wir uns auf Ihre Bewerbung.

#### **Wir bieten**

- vielfältige Entfaltungsmöglichkeiten, kollegiale Zusammenarbeit in interdisziplinären und sympathischen Behandlungsteams bei einem guten Betriebsklima, auf das wir stolz sind
- die Mitarbeit am integrierten Ausbildungsinstitut für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- Mitwirkungsmöglichkeiten an der konzeptuellen Weiterentwicklung und am Qualitätsmanagement
- Unterstützung bei der Wohnraumbeschaffung

#### **Wir erwarten**

- Vorerfahrung im klinisch – stationären Bereich, Freude im Umgang mit Patienten, Teamfähigkeit, Bereitschaft zur Mitarbeit an der Ausbildung der Mitarbeiter

#### **Es warten auf Sie**

- berufliche Entfaltungsmöglichkeiten und offene, kollegiale Zusammenarbeit
- zeitgemäße und Ihrer Position angemessene Vergütung.

Bad Dürkheim liegt verkehrsgünstig an der A 81 im Dreieck zwischen Schwarzwald, Schwäbische Alb und Bodensee in der Nähe des Oberzentrums Villingen-Schwenningen. Die landschaftlich reizvolle Region hat hohen Natur-, Kultur- und Freizeitwert. Alle weiterführenden Schulen sind am Ort oder in unmittelbarer Nähe.

Falls Sie weitere Informationen wünschen, wenden Sie sich bitte an Dr. med. A. Schäfer, Chefarzt der Reha-Abteilung für psychische und psychosomatische Erkrankungen (Tel. +49 7726 668 021, Frau Bartels).

Sind Sie interessiert? Schicken Sie bitte Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen an:

Prof. Dr. Dr. Norbert Grulke, Ärztlicher Direktor der Luisenlinik, Luisenstr. 56 in 78073 Bad Dürkheim, **Telefon Nr. +49 7726 668 013, Telefax Nr. +49 7726 668 010 E-mail: [norbert.grulke@luisenlinik.de](mailto:norbert.grulke@luisenlinik.de) Homepage: [www.luisenlinik.de](http://www.luisenlinik.de)**



## **LEBEN WILL ENTFALTUNG**



600 Spezialisten aus Psychiatrie und Psychosomatik helfen in den Schön Kliniken Patienten, ihre Lebensqualität wiederzugewinnen.

Unsere Medizinisch-Psychosomatischen Kliniken an 7 Standorten Deutschlands bieten mit einem integrativ-verhaltensmedizinisch ausgerichteten Behandlungskonzept Therapiemöglichkeiten für das gesamte Spektrum psychosomatischer Erkrankungen. 20 Jahre Erfahrung, Top-Medizin durch exzellente fachliche und menschliche Kompetenz, ein engagiertes Mitarbeiterteam sowie ein modernes, attraktives Ambiente mit erstklassigem Service sind die Erfolgsgaranten für unser stetiges Wachstum als Marktführer im Bereich der Psychosomatik.

Kommen Sie zu uns als:

**DIPL.-PSYCHOLOGE (M/W)**  
MIT FORTGESCHRITTENER ODER ABGESCHLOSSENER WEITERBILDUNG ZUM PSYCHOLOGISCHEN PSYCHOTHERAPEUTEN

**POSTGRADUIERTER PSYCHOLOGE (M/W)**

Klinikum Berchtesgadener Land, Malterhöh 1, 83471 Schönau am Königssee, [SKrueger@schoen-kliniken.de](mailto:SKrueger@schoen-kliniken.de)

**VOLLAPPROBIERTER PSYCHOLOGE (M/W)**  
MIT FORTGESCHRITTENER ODER ABGESCHLOSSENER VERHALTENSTHERAPEUTISCHER AUSBILDUNG

Klinikum Staffelstein, Am Kurpark 11, 96231 Bad Staffelstein  
Bewerbung-KlinikumStaffelstein@schoen-kliniken.de

**DIPL.-PSYCHOLOGE (M/W)**  
IN WEITERBILDUNG ZUM PSYCHOLOGISCHEN PSYCHOTHERAPEUTEN, VORZUGSWEISE IN VERHALTENSTHERAPIE

Medizinisch-Psychosomatische Klinik Große Allee, Große Allee 1-3  
34454 Bad Arolsen, Bewerbungen-KlinikBadArolsen@schoen-kliniken.de

**DIPL.-PSYCHOLOGE (M/W)**  
IN WEITERBILDUNG ZUM PSYCHOLOGISCHEN PSYCHOTHERAPEUTEN (VERHALTENSTHERAPIE)

Medizinisch-Psychosomatische Klinik Bad Arolsen, Hofgarten 10  
34454 Bad Arolsen, Bewerbungen-KlinikBadArolsen@schoen-kliniken.de

Alle weiteren Informationen zu diesen Positionen und allen Psychosomatischen Kliniken finden Sie unter [www.schoen-kliniken.de/karriere](http://www.schoen-kliniken.de/karriere)

Schön Kliniken. Die Spezialisten

# Psychotherapie im gesellschaftlichen Wandel

Irene Kühnlein, Gerd Mutz

**Zusammenfassung:** Die gesellschaftlichen Strukturen haben sich durch Flexibilisierung der Arbeitswelt und Individualisierung der Lebensgestaltung einschneidend verändert. Gleichzeitig führen die Reformen der Sozialpolitik zu einer Verschärfung sozialer Risiken. In der Folge beginnen soziale Abstiegsprozesse („Prekarisierungen“) heute früher, also in der bislang gesicherten Mitte der Gesellschaft. Auf der individuellen Ebene korrespondieren dazu Erfahrungen der sozialen Unsicherheit. Die Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden sind dramatisch: Ängste und Depressionen, selbst bei Jugendlichen, steigen an. Psychotherapie steht vor der Herausforderung, nicht nur auf innerpsychische Vorgänge einzuwirken, sondern das soziale Umfeld und kulturelle Besonderheiten mit einzubeziehen und darauf aufbauend ressourcenorientiert das Selbstvertrauen der Patienten in die eigenen sozialen und psychischen Kräfte zu stärken. Plädiert wird zudem für eine engere Kooperation mit den unterschiedlichsten Berufsgruppen der psychosozialen Versorgung.

## Neue Prekaritäts- und Exklusionsmuster

In den vergangenen zwei Jahrzehnten hat sich das soziale Gefüge in den westlichen Gesellschaften einschneidend verändert. Sozialwissenschaftler beschreiben diesen sozialen Wandel in dreifacher Hinsicht: Erstens nimmt die Zahl der in Armut lebenden Menschen dramatisch zu – mit steigender Tendenz: Im Zeitraum von 1993 – 2004 hat das Nettoeinkommen bei dem reichsten Viertel Deutschlands um 28% zugenommen, während es bei dem ärmsten Viertel um 50% abgenommen hat (vgl. Heitmeyer, 2006). Insbesondere allein erziehende Frauen, Menschen mit Migrationshintergrund und viele Kinder sind von dieser Entwicklung betroffen. Eine OECD-Studie (2007) warnt zudem vor einer steigenden Altersarmut in Deutschland. Zweitens sind Status und Position in der gesellschaftlichen Mitte zunehmend gefährdet und selbst bislang relativ gut integrierte Menschen empfinden ihre Lebenslage als unsicher. Soziologische Untersuchungen der letzten Jahre zeigen drittens, dass sich zwischen dem „Drin-

nen“ der gesellschaftlichen Mitte und dem „Draußen“ eine anwachsende Zwischenzone herausgebildet hat: In dieser befinden sich Menschen, die weder gut integriert sind noch zu den klassischen Randgruppen zählen. Der französische Soziologe Robert Castel (2000) nennt dies die „Zone der Prekarität“, die zwischen der „Zone der Integration“ und der „Zone der Exklusion“ liegt. Die Ursachen für diesen sozialen Wandel, der auch für die Bundesrepublik Deutschland nachweisbar ist (vgl. Brinkmann, Dörre & Röbenack, 2006), werden in der sozialwissenschaftlichen Fachliteratur unterschiedlich beschrieben – zusammenfassend lassen sich zwei wesentliche Gründe nennen:

(1) *Flexibilisierung der Arbeitswelt:* Arbeitsverdichtungen in den noch relativ stabilen Beschäftigungen, Veränderungen in der Arbeitsgestaltung, Abnahme der „Normalarbeitsverhältnisse“ und Zunahme von diskontinuierlichen, insbesondere befristeten Beschäftigungen sowie das Entstehen einer Vielzahl von atypischen Beschäftigungen, wie bspw. projektbezogene Tätigkeiten, Zeit- und Leiharbeit oder Minijobs (vgl.

Hacket, Janowicz & Kühnlein, 2004; Mutz, 2002).

(2) *Individualisierung von Lebensgestaltungen:* Parallel zu den Unsicherheiten in der Arbeitswelt haben sich neben der traditionellen (Klein-)Familie sehr unterschiedliche Lebensformen entwickelt, die sich tendenziell durch eine größere Instabilität und geringere Belastbarkeit in Krisensituationen auszeichnen.

Diese Entwicklungen ermöglichen einerseits die Befreiung der Menschen aus normativen gesellschaftlichen Zwängen. Es steigen jedoch andererseits auch die Anforderungen an jeden Einzelnen, sich mit wiederkehrenden Veränderungen und Verunsicherungen auseinander zu setzen, gemäß den eigenen Bedürfnissen und Erfordernissen, Entscheidungen zu treffen und deren Konsequenzen auf sich zu nehmen. Gefordert wird individuelle Eigenständigkeit in der Lebensgestaltung: „Die Individuen müssen, um nicht zu scheitern, langfristig planen und sich den Umständen anpassen können, sie müssen organisieren und improvisieren, Ziele entwerfen, Hindernisse erkennen, Niederlagen einstecken und neue Anfänge versuchen können. Sie brauchen Initiative, Flexibilität, Zähigkeit und nicht zuletzt auch Frustrationstoleranz“ (Beck-Gernsheim, 1993, S. 138). Die Herstellung und Aufrechterhaltung tragfähiger sozialer Beziehungen und gesundheitsfördernder „biographischer Kohärenz“ (Antonovsky, 1987) sind unter diesen gesellschaftlichen Anforderungen deutlich erschwert. Diese vielfältigen, oft auch widersprüchlichen Anforderungen zu bewältigen, stellt eine erhebliche Herausforderung, für viele auch eine Überforderung, dar.

Die Stadtmission Nürnberg e.V., mit 43 Einrichtungen und Diensten einer der großen diakonischen Wohlfahrtsverbände in Nürnberg, sucht baldmöglichst 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 Sexualstraftägern
- 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 (AeK)

### 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 17.01.2009 an:



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

Stadtmission Nürnberg e.V.



St. Vinzenz-Hospital  
Dinslaken

Wir sind ein katholisches Krankenhaus der Regelversorgung mit 445 Planbetten (7 Fachabteilungen: Allgemein-/Visceralchirurgie, Unfallchirurgie, Innere Medizin, Gynäkologie/Geburtshilfe, Pädiatrie, Anästhesie und Psychiatrie.

Zum nächstmöglichen Zeitpunkt suchen wir für die **Opferambulanz an unserer Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie** einen/eine

## Diplom-Psychologen/-in in Teilzeit (50%)

Die seit dem 01.07.2002 am St. Vinzenz-Hospital angeschlossene Opferambulanz arbeitet im Auftrag des zuständigen Landschaftsverbandes Rheinland im Rahmen des Opferhilfe-Projekts NRW. Wir versorgen manifest traumatisierte Patienten durch Psycho-traumatologische Diagnostik und Therapie sowie ggf. durch die gezielte Weitervermittlung. Dabei ist die Vernetzung mit Beratungsstellen, Polizei, Justiz u. a. von besonderer Bedeutung.

### Wir wünschen:

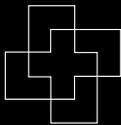
- Abgeschlossene Psychologenausbildung, möglichst mit Approbation als Psychotherapeut/in
- Fachkenntnisse speziell auf dem Gebiet der Psycho-traumatologie

### Sie erwartet:

- ein traditionell gutes Betriebsklima sowie regelkonforme Arbeitszeiten
- eine leistungsgerechte Vergütung nach AVR
- eine zusätzliche Altersversorgung
- Beteiligung an Weiterbildungskosten, insbesondere externe Supervision

St. Vinzenz-Hospital  
Verwaltungsleitung  
Herr Degenhardt  
Dr. Otto-Seidel-Str. 31-33  
46535 Dinslaken  
☎ 02064/44-1129

Für fachliche Auskünfte steht Ihnen gerne der Chefarzt der Abteilung, Dr. med. Dirk Schröder, Tel.: 02064/44-1223 zur Verfügung.  
Ihre Bewerbung richten Sie bitte an die nebenstehende Adresse.



KATH. ST.-JOHANNES-GESELLSCHAFT  
DORTMUND gGMBH  
(KRANKEN- UND PFLEGEINRICHTUNGEN)



www.st-johannes.de

Die **Kath. St.-Johannes-Gesellschaft Dortmund gGmbH** (Kranken- und Pflegeeinrichtungen) ist eine freigemeinnützige prosperierende Gesellschaft und Trägerin von 8 Einrichtungen.

Unser **St.-Johannes-Hospital** mit 570 Betten und 15 medizinischen Hauptfachabteilungen ist ein Krankenhaus mit Elementen der Maximalversorgung in denen jährlich ca. 27.000 stationäre Patienten behandelt werden. Ferner werden rund 3.500 ambulante Operationen sowie eine Vielzahl ambulanter Behandlungen durchgeführt.

Wir suchen zum **nächstmöglichen Zeitpunkt** einen

## Diplom Psychologen (w/m)

mit abgeschlossener therapeutischer Ausbildung im Rahmen der psycho-onkologischen Versorgung.

Das Aufgabengebiet umfasst die psycho-onkologische Betreuung von Patienten der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (63 Planbetten) und der Klinik für Chirurgie (90 Planbetten). Den Schwerpunkt stellt die Betreuung von Frauen mit Mammakarzinomen dar; aber auch die psycho-onkologischen Betreuungen von Menschen mit verschiedensten bösartigen Erkrankungen wie etwa des Dickdarms oder Magens gehören zu Ihren Aufgaben.

### Die Interventionsarten umfassen das gesamte Spektrum eines im Akutkrankenhaus tätigen Psycho-Onkologen mit folgenden Teilbereichen:

- Unterstützung bei der Diagnose- und Krankheitsverarbeitung
- Krisenintervention, Verhaltenstherapien in Einzel- und Paar- bzw. Familiensittings
- Teilnahme an den multidisziplinären Teambesprechungen im Rahmen der Behandlung bösartiger Tumore sowie im Bereich der Schmerzkonferenzbetreuung palliativbehandelnder Patienten
- Beratung von Angehörigen sowie psychologische Diagnostik, Anamnese und Nachsorgegespräche

Wir erwarten neben einem abgeschlossenen Studium der Psychologie praktische Erfahrungen im Krankenhausbereich, hohe integrative Fähigkeiten, besonderes Einfühlungsvermögen gegenüber den Patienten und ein ausgeprägtes Verantwortungsbewusstsein. Eine psycho-onkologische Ausbildung ist wünschenswert aber nicht Voraussetzung.

Neben einer vielseitigen und interessanten Tätigkeit bieten wir Ihnen attraktive Arbeitsbedingungen in einer modernen Klinik. Die Vergütung richtet sich nach den Arbeitsvertragsrichtlinien des Deutschen Caritasverbandes (AVR). Des Weiteren bieten wir eine für Sie als Mitarbeiterin/Mitarbeiter beitragsfreie Altersversorgung sowie zusätzliche Sozialleistungen.

Wenn Sie weitere Informationen wünschen, melden Sie sich bitte unter der Telefonnummer: 02 31/18 43-22 27, wir werden dann eine Verbindung zum Chefarzt Herrn Priv.-Doz. Dr. Kunz herstellen.

Sind Sie an einer Bewerbung interessiert? Dann richten Sie bitte Ihre aussagefähigen Unterlagen an die **Personalabteilung** der

**Kath. St.-Johannes-Gesellschaft Dortmund gGmbH**  
Johannesstr. 9-17  
44137 Dortmund

Oft reicht auch in stabilen Lebensverhältnissen nur *eine* Ursache, um in eine wirtschaftlich, sozial und/oder psychisch prekäre Lebenssituation zu geraten: So kann sich die Lebenssituation von gut situierten und integrierten Menschen etwa durch nicht eingeplante Unterbrechungen der Beschäftigung oder Einkommenseinbußen dramatisch verändern. Geringverdienende, die durch ihre Arbeit keine ausreichende materielle Absicherung haben und keine Rücklagen erwirtschaften können, geraten besonders rasch in eine prekäre Situation. Selbst bei guten beruflichen Qualifikationen und geregelter Beschäftigung können die Lebensbedingungen von Alleinerziehenden und Kindern in städtischen Regionen prekär werden. Kritische persönliche Lebensereignisse (Krankheit, Scheidung) können den einmal erreichten Wohlstand und sozialen Status gefährden. Kommen sogar mehrere Belastungen in der Arbeitswelt und der persönlichen Lebensführung zusammen, dann kann eine Prekarisierungsdynamik entstehen, die nicht selten in die Armut führt.

Die „Neue soziale Frage“ (Castel, 2000) besteht folglich darin, dass Prekarisierungsprozesse heute sehr viel früher, also in der bislang gesicherten Mitte der Gesellschaft beginnen und in einen stetigen Abstieg münden können. Sie gehen einher mit einem Um- oder Abbau sozialer Beziehungen und einer Reduktion gesellschaftlicher Teilhabe (Bude, 2008; Kronauer, 2006) und führen, wenn die individuellen Ressourcen eingeschränkt sind, zu gesundheitlichen und insbesondere psychischen Belastungen (Kühnlein & Mutz, 2008).

Die sozialpolitischen Reformen der frühen 2000er Jahre haben diese Entwicklung verschärft: Während in der Nachkriegszeit auf der Basis eines vor- und fürsorgenden Verständnisses von Sozialpolitik das Ziel verfolgt wurde, die Risiken des Erwerbsbereichs und andere soziale Gefährdungen abzuschwächen sowie den einmal erreichten sozialen Status abzusichern, setzte sich mit diesen Reformen eine Sozialpolitik der Exklusionsvermeidung durch. Die neue Sozialpolitik vermeidet allenfalls den letztendlichen Ausschluss aus der Gesellschaft – aber bis dahin müssen materielle, soziale und psychische Ressourcen „aufgebraucht“

werden. Damit hat für viele Betroffene der Prekarisierungsprozess an Dynamik zugenommen. Die neuen sogenannten Kunden der Sozialpolitik werden in erster Linie als Arbeitskräfte gesehen, deren Arbeitsvermögen nur eingeschränkt verwertbar ist und die man deshalb wieder aktivieren, also „marktgängig“ machen muss, um sie dem Erwerbssystem „zuzuführen“ (vgl. Nullmeier, 2004). Der durchaus innovative Ansatz der sozialen Aktivierung und die Betonung einer eigenverantwortlichen Lebensführung (Schlagwort: „Fordern und Fördern“) wurde missbraucht, um soziale Risiken zu privatisieren. Dabei wurde dem Fordern weitaus mehr Aufmerksamkeit zuteil als dem Fördern.

## Ängste und Depressionen haben zugenommen

Die empirischen Daten zu den individuellen Auswirkungen von Prekarisierungsprozessen sind bislang noch sehr dürftig, weil sich die meisten Studien auf die klassischen Felder Armut und Arbeitslosigkeit beziehen. Die vorliegenden Befunde weisen jedoch in eine eindeutige Richtung: So sind gemäß einer Studie in prekären Situationen „Sinnverluste, soziale Isolation, Statusunsicherheit sowie Anerkennungs- und Planungsdefizite“ (Dörre, 2005, S. 3) zu beobachten. Die Untersuchung „Die Ängste der Deutschen“ der Versicherungsgruppe R+V zeigt deutliche Steigerungsraten der Lebensangst: Während im Jahr 1991 noch 30% der Deutschen der Zukunft mit „großer Angst“ gegenüber standen, waren dies 2005 bereits mehr als 50%; sie fürchten sich insbesondere vor eigener Arbeitslosigkeit, sinkendem Lebensstandard und schwerer Krankheit (zit. nach Greiner, Baumann & Müller, 2006, S. 14). Die Langzeitstudie „Deutsche Zustände“ (Heitmeyer, 2006) zeigt eine Erhöhung der Angst vor Arbeitslosigkeit bei deutschen Erwachsenen zwischen 2002 und 2005 von 21% auf 29%. Die Forscher konstatieren: „Die Ergebnisse zeigen ein Konglomerat aus Angst, Unsicherheit und Machtlosigkeit, das von wachsender Orientierungslosigkeit begleitet wird“ (Heitmeyer & Hüpping, 2006, S. 11). Von Bedeutung ist hierbei, dass es sich nicht um Personengruppen

der Randzone handelt, sondern dass „40% der Befragten in mittleren sozialen Lagen und sogar ein Viertel in gehobener Position große oder sehr große Angst vor Arbeitslosigkeit [äußern]“ (ebd.), sich also in einer prekären sozialen Lage erleben.

Auch bei Jugendlichen sind Ängste in den vergangenen Jahren angestiegen. In der Shell Jugendstudie 2006 (Hurrelmann & Albert, 2006) gaben 69% der befragten Jugendlichen an, dass sie befürchten, ihren Arbeitsplatz zu verlieren bzw. keine adäquate Beschäftigung zu finden, während dies 2002 noch 55% waren. Dieser Druck, so die Autoren, führe zu vermehrten gesundheitlichen Problemen: Mädchen reagierten darauf mit depressiven Verstimmungen und psychosomatischen Störungen, Jungen versuchten, den Druck aggressiv nach außen loszuwerden. Gefühle von Unsicherheit sind nicht nur bei Hauptschülern (die sich oft schon im jugendlichen Alter als Verlierer erleben) verbreitet, sondern auch bei jenen, die eine mittlere oder höhere soziale Position anstreben: Nur 57% der Gymnasiasten blicken mit Zuversicht in die Zukunft. Man kann von weit verbreiteten latenten Ängsten sprechen, die tendenziell zu Anpassung und überhöhter Leistungsorientierung führen.

Auch die vielfachen Studien zu den psychischen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit und Armut zeigen übereinstimmende und eindeutige Ergebnisse: Bei den Arbeitslosen ist in der gesamten Europäischen Union der Prozentsatz psychischer Probleme doppelt so hoch wie bei Erwerbstätigen (European Commission, 2006). Bartens (2007) kommt nach einer Zusammenschau von 234 psychiatrischen internationalen Fachblättern zum Thema Armut und Gesundheit zu dem Schluss: „Armut ist das Gesundheitsrisiko schlechthin“ (S. 18); das Deutsche Ärzteblatt titelt: „Armut ist ungesund“ (Rieser, 2007, S. 272). Ein Survey des Robert Koch-Instituts aus den Jahren 2003–2005 zeigt, dass Kinder aus sozial benachteiligten Familien in allen Bereichen von Gesundheit und Lebensqualität schlechtere Ergebnisse aufweisen. Auffällig ist zudem eine Verschiebung von akuten zu chronischen Krankheiten und von somatischen zu psychischen Störungen (vgl. Lampert & Kurth, 2007). Allgemein kann

konstatiert werden: „Ein niedriger sozialer und wirtschaftlicher Status erhöht die Anfälligkeit für psychische Erkrankungen“ (Europäische Gemeinschaft, 2005, S. 11). Zugleich gilt die umgekehrte Wirkrichtung: Psychische Störungen beeinträchtigen die Arbeitsleistung und erschweren die berufliche Wiedereingliederung.

Doch nicht nur für arme und arbeitslose Menschen, sondern auch für Erwerbstätige sind die Belastungen angestiegen: Bei seit Jahren fast kontinuierlich sinkendem Krankenstand steigen die Fälle von gemeldeter Arbeitsunfähigkeit wegen psychischer Störungen an. Auch der Anteil psychischer und psychosomatischer Erkrankungen an der krankheitsbedingten Frühberentung hat kontinuierlich zugenommen (vgl. Weber, Hörmann & Köllner, 2006). Bis zu 28% der Arbeitnehmer in Europa geben an, unter Stress am Arbeitsplatz zu leiden (Europäische Gemeinschaft, 2005, S. 9). Als spezifische Risikofaktoren werden in Bezug auf die Arbeitswelt (a) geringer Handlungs- und Entscheidungsspielraum

und ungerechte Entscheidungen, insbesondere in Kombination mit hoher Arbeitsbelastung, (b) fehlende soziale Unterstützung und schlechte Teamarbeit, (c) geringe Wertschätzung und Anerkennung sowie (d) hohe persönliche Verausgabung und besonders starkes berufliches Engagement genannt (vgl. Unger & Kleinschmidt, 2007). Im Index „Gute Arbeit“ des DGB erreichten 2007 und 2008 die Kriterien „Sinngehalt“ und „Kollegialität“ sowie „Gestaltung der emotionalen Anforderungen“ die höchsten Werte (vgl. Deutscher Gewerkschaftsverband, 2008). Problematisch sind demnach vor allem das „innere“ Gefüge der sozialen Beziehungen innerhalb der Arbeit und deren Gestaltungsmöglichkeiten sowie das Gefühl der eigenen Wertigkeit. Die oft genannten Stress- bzw. Belastungsfaktoren, wie Arbeitsverdichtung und Arbeitsplatzunsicherheit sowie schnelle betriebliche Umstrukturierungen, mangelnde Aufstiegsmöglichkeiten oder fehlende Fort- und Weiterbildung, also die „äußeren“ Bedingungen, folgen erst in zweiter Linie.

Vor diesem gesamtgesellschaftlichen Hintergrund ist es nicht verwunderlich, dass epidemiologischen Studien zufolge die am meisten verbreiteten psychischen Störungen in der Europäischen Union Angst und Depression sind (vgl. Wittchen & Jacobi, 2005). Die Rate der stationär mit der primären Diagnose Depression Behandelten stieg – bei einer gleich bleibenden Rate von psychischen Störungen – in Deutschland in den letzten vier Jahren um 40% (vgl. Stoppe, Bramesfeld & Schwartz, 2006). Man rechnet damit, dass bis zum Jahr 2020 affektive Störungen in den entwickelten Industriestaaten die zweithäufigste Ursache von Erkrankungen sein werden (vgl. WHO, 2001).

## Die psychosoziale Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland ist unzureichend

Angesichts dieses gesellschaftlichen Wandels und dieser Befunde ist die Versor-

Stellenmarkt

Offene Stellen schnell und kompetent besetzen - der Stellenmarkt im PTJ.

Fordern Sie unsere Sonderpreise für Stellenanzeigen an.

Telefon: 0 62 21 / 43 70 42



### Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapeutin

mit VT-Ausbildung und  
Eintragung im Arztregister  
(auch Teilzeit)

gesucht von multipro-  
fessionellem MVZ Schwer-  
punkt Psychosomatik

Timmermann & Partner,  
Marienstraße 37a,  
27472 Cuxhaven  
Tel: 04721-393650 mail@  
timmermann-und-partner.de

UK  
SH

UNIVERSITÄTSKLINIKUM  
Schleswig-Holstein

Medizin • Kompetenz • im Norden

Wir sind eines der drei größten Universitätsklinika Deutschlands und mit mehr als 10.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der größte Arbeitgeber in Schleswig-Holstein. An 51 Kliniken und 26 Instituten mit den medizinischen Fakultäten in Kiel und Lübeck leisten wir die maximale Krankenversorgung sowie universitäre medizinische Forschung und Lehre im Lande.

Im interdisziplinären Mammazentrum, Campus Lübeck, ist zum nächstmöglichen Zeitpunkt folgende Stelle – befristet auf zwei Jahre im Rahmen eines Projektes – zu besetzen:

#### → Diplom-Psychologin/Psychologe oder Ärztin/Arzt

für den psychoonkologischen Dienst

##### Hauptaufgaben:

- Beratung von Patientinnen und ihren Angehörigen einschließlich Diagnostik, Krisenintervention, Kurzzeitpsychotherapie, Screening, Indikation und Zuweisung zu den jeweiligen Maßnahmen

##### Hauptanforderungen:

- fortgeschrittene Psychotherapieausbildung (VT oder TP) sowie psychoonkologische Weiterbildung (WPO) bzw. die Bereitschaft, diese zeitnah zu erwerben

Eingruppierung: E 13 TV-L bzw. Ä 1 TV-Ä

Arbeitszeit: Teilzeit, 19,25 Std./W. bzw. 21 Std./W.

Bewerbungen Schwerbehinderter werden bei entsprechender Eignung bevorzugt. Frauen werden bei gleichwertiger Eignung, Befähigung und fachlicher Leistung vorrangig berücksichtigt.

Weitere Informationen über das UK S-H, die ausgeschriebene Position und Ansprechpartner finden Sie auch unter [www.uk-sh.de](http://www.uk-sh.de).

Ihre Bewerbung mit aussagefähigen Unterlagen richten Sie bitte bis zum **23.12.2008** unter Angabe der Kennziffer **L110.23/63** an das

UNIVERSITÄTSKLINIKUM Schleswig-Holstein  
Campus Lübeck • Dezernat Personal  
Ratzeburger Allee 160 • 23538 Lübeck

[www.uk-sh.de](http://www.uk-sh.de)

gungslage auffallend schlecht: Im Zuge der Reformen der Sozialpolitik der 2000er Jahre wurden die Mittel für psychosoziale Initiativen und Einrichtungen (wie sozialpsychiatrische Dienste, Beratungsstellen, Jugendämter etc.) deutlich eingeschränkt oder gar gestrichen. Die Kostenübernahme von Psychotherapie durch die gesetzlichen Krankenkassen ermöglicht zwar den einkommensunabhängigen Zugang zu Psychotherapie für Menschen aus allen Bevölkerungsschichten; dennoch übersteigt selbst in gut versorgten Gebieten die Nachfrage das Angebot. Lange Suchphasen und Wartezeiten vor Therapiebeginn sind nicht selten. Epidemiologische Studien zeigen, dass jährlich zwei Drittel aller psychischen Störungen unbehandelt bleiben; nur einer von vier Betroffenen erhält zumindest eine minimale Intervention (z. B. eine kurze Beratung, ein kurzes Gespräch mit dem Hausarzt); lediglich 10% der Betroffenen erhalten eine angemessene Behandlung (vgl. Wittchen & Jacobi, 2002). Unbehandelte psychische Störungen verlaufen häufig chronisch und es entstehen zusätzliche somatische und soziale Komplikationen und damit Folgekosten.

Oft vergehen viele Jahre und manchmal Jahrzehnte, bevor eine erste psychotherapeutische Behandlung eingeleitet wird. Stattdessen bekommen Betroffene zu meist ausschließlich eine medikamentöse Behandlung (ohne Psychotherapie) – dies gilt sogar für Länder mit guter psychotherapeutischer Versorgung wie in der Bundesrepublik Deutschland (Wittchen & Jacobi, 2005). Diese Blockaden im medizinischen Versorgungssystem erschweren die Situation, denn Unterdrückung und Abschwächung der Symptome, wie sie durch Medikamente bewirkt werden, reichen in den meisten Fällen nicht für eine nachhaltige Bewältigung der hier skizzierten gesellschaftlichen Veränderungsprozesse und damit verbundenen neuen Herausforderungen aus.

Wittchen (2005) spricht von einer „Besorgnis erregend niedrigen Behandlungsrate von psychischen Störungen, die in keinem anderen Bereich der Medizin in diesem Ausmaß bisher beobachtet werden konnte“. Als eine mögliche Erklärung nennt er die, trotz steigender Akzeptanz,

anhaltend hohe Stigmatisierung psychischer Störungen – was sich insbesondere auf den Personenkreis der von Prekarisierung oder Armut Betroffenen und Bedrohten verschärfend auswirkt. Gerade ihnen wird häufig unterstellt, sie seien selbst an ihrer Erkrankung schuld oder sie stellten eine Gefahr für andere dar (vgl. European Commission, 2006). Sozialer Ausschluss oder Prekarisierung und körperliche bzw. psychische Krankheit führen zu einer doppelten Stigmatisierung, die soziale Beziehungen beschädigt und die ohnehin geringen gesellschaftlichen Teilhabechancen verringert; die persönlich erlebte Scham und dadurch eingeschränkte Handlungs- und Bewältigungsmöglichkeiten verstärken die Abwärtsspirale, denn Selbstabwertung verhindert ein Gefühl der Selbstwirksamkeit und verringert die Motivation für Veränderungen: „Stigma verschlimmert das persönliche Leiden und soziale Ausgrenzung kann den Zugang zu Wohnraum und Beschäftigung verwehren. Die Angst, gebrandmarkt zu werden, hält Menschen oft davon ab, Hilfe zu suchen“ (Europäische Gemeinschaft, 2005, S. 12). Die praktische Erfahrung zeigt, dass vor allem zu Beginn einer Behandlung die Nutzung von Psychotherapie durchaus ambivalent gewertet wird: Trotz gestiegener Akzeptanz wird die Notwendigkeit der Inanspruchnahme von Psychotherapie weiterhin häufig als beschämendes Zeichen für Unfähigkeit und persönlichem Scheitern erlebt.

Diese Abwertung wird durch politische und insbesondere mediale Stigmatisierungen verstärkt: Während in den 1960er/70er Jahren die soziale Notlage aus einer Betroffenenperspektive in all ihren Dimensionen „ausgeleuchtet“ und die mangelnde Inanspruchnahme sozialpolitischer Leistungen beklagt wurde, steht in den vergangenen 20 Jahren der Missbrauch öffentlicher Leistungen (Stichwort: „Sozialschmarotzer“) im Vordergrund – verknüpft mit der Behauptung, dass die Betroffenen gesellschaftliche Eingliederungsangebote, insbesondere des Arbeitsmarktes, ohne erkennbaren Grund ablehnten. Derartige Schuldzuschreibungen demütigen, lähmen und/oder verärgern und beeinträchtigen sowohl die Suche nach adäquater Unterstützung als auch eine hilfreiche psychotherapeutische Praxis in erheblichem

Maße. Entsprechende Schlagzeilen führen gerade bei motivierten Patienten häufig zu Demoralisierung und damit zu einer Verschlechterung der depressiven Symptomatik. „Der Erkrankte selbst verinnerlicht oftmals die Stigmatisierung und Diskriminierung. Dieses Phänomen wird als eine ‚zweite Erkrankung‘ bezeichnet“ (Bühning, 2006, S. 172).

## Gestaltung des Sozialen: Für eine Psychotherapie, die Verwirklichungschancen schafft

Von Psychotherapeuten wird der oben geschilderte soziale Wandel in erster Linie als bedrohlich und als Einschränkung ihrer „eigentlichen“ Aufgaben wahrgenommen. Es fällt ihnen schwer, die Potenziale psychosozialer Beratung und Psychotherapie zu sehen, diese Veränderungen aufzugreifen und in die psychotherapeutischen Prozesse einzubeziehen. Eine gestaltende psychosoziale Beratung und Psychotherapie kann jedoch „Verwirklichungschancen“ im Sinne des Nobelpreisträgers Amartya Sen schaffen. Er meint damit die Möglichkeiten und Fähigkeiten von Menschen, mit Selbstachtung ein eigenständiges, selbst verantwortetes Leben zu führen. Um eine solche gestaltende psychosoziale Beratung oder Psychotherapie zu ermöglichen, sind Veränderungen auf drei Ebenen notwendig:

### (1) Sozialpolitik

Die Reformen der Sozialpolitik zielten gezielt nicht, wie von vielen erhofft, auf einen gesellschaftlichen Umbau mit dem Ziel der Gestaltung des Sozialen: Dies wäre ein Paradigmenwechsel gewesen, der der gesellschaftlichen Entwicklung in Arbeitswelt und Lebensführung angemessen gewesen wäre. Ein solcher Paradigmenwechsel hätte mehr als ein politisches Verständnis dafür erfordert, dass eine ausschließlich vor- und fürsorgende Sozialpolitik historisch obsolet geworden ist: Eben weil die oben skizzierten Prekarisierungsprozesse soziale Beziehungen und gesellschaftliche Teilhabe beeinträchtigen und sich sozialer Zusammenhalt immer weniger „von alleine“ einstellt, wäre eine gestaltende Sozialpolitik notwendig gewesen, die ver-

schiedene gesellschaftliche, insbesondere zivilgesellschaftliche Kräfte bündelt. Dies hätte bedeutet, solche sozialpolitischen Maßnahmen auszubauen und zu stärken, die die Bildung sozialer Netzwerke, bürgerschaftliches Engagement und Selbsthilfepotenziale fördern, denn „generell kann die Unterstützung vulnerabler Gruppen die psychische Gesundheit verbessern, den sozialen Zusammenhalt stärken und soziale und wirtschaftliche Belastungen vermeiden helfen“ (Europäische Gemeinschaft, 2005, S. 11). Dabei ist die Forderung einer stärkeren Eigenverantwortung der Betroffenen und des sozialen Umfelds durchaus gerechtfertigt. Es gilt jedoch zu beachten, dass gerade Menschen in prekären Prozessen einen „sozialen Geleitschutz“ zur Bewältigung kritischer Lebensereignisse brauchen, denn derartige Situationen „machen die Menschen unsouverän, Väter verlieren ihre Rolle, Mütter ihre Gelassenheit, es entsteht eine Atmosphäre der Haltlosigkeit“ (Hurrelmann & Albert, 2006).

Eine Befähigung („Empowerment“) genau dieser Bevölkerungsgruppen erfordert zu-

dem eine Ausweitung des professionellen Angebots psychosozialer Beratung und Psychotherapie – es kann kein Zufall sein, dass Medien in den vergangenen Jahren mit einer Form der öffentlichen Ersatzberatung durch unterschiedliche Sendungen mit konkreten Hilfestellungen (Erziehungsberatung der „Super-Nanny“, Lebensberatung, Schuldnerberatung etc.) reagiert haben.

## (2) Gesundheitssystem

Eine Verbesserung der Versorgungslage ist zweifellos mit einem erhöhten finanziellen Aufwand verbunden; er würde sich aber gesamtgesellschaftlich durchaus „lohnen“, denn bisher liegen die Kosten für psychotherapeutische Leistungen in der EU weit unter 1% der durch psychische Störungen verursachten Gesamtkosten von jährlich fast 300 Milliarden Euro (vgl. European Brain Council, 2005; Wittchen, 2005). Hier ist angesichts des sozialen Wandels neben einer Ausweitung des Angebotes von Psychotherapie, insbesondere auch die Verstärkung spezifischer psychosozialer

Angebote (sozialpsychiatrische Dienste, Sozialberatung usw.) dringend erforderlich.

Eine weitere Voraussetzung für eine effektivere psychosoziale Versorgung wäre der Abbau von Stigmatisierung im medizinischen Bereich. Hier ginge es insbesondere um eine bessere Aufklärung von Ärzten anderer Fachgruppen über Psychotherapie, um eine größere Akzeptanz dieser Behandlungsverfahren zu erzielen. Idealerweise wäre damit eine Abkehr vom medizinisch-naturwissenschaftlichen Krankheits- und Behandlungsmodell und die Hinwendung zu einem sozialwissenschaftlichen Störungsmodell verbunden (vgl. Kühnlein, 2002). Ziel der Behandlung wäre dann nicht in erster Linie die Heilung einer Krankheit, sondern die systematische Auflösung von Blockaden und die Erweiterung von Wahrnehmungs-, Deutungs- und Handlungsmustern im biographischen und sozialen Kontext, um immer wieder neue Anforderungen und Lebenssituationen bewältigen zu können. Eine traditionelle Psychotherapie, die „kranke Individuen“ als

# JAHRESTAGUNG

## Hypnose und Medizin – therapeutische Kommunikation

19. - 22. März 2009 in Bad Kissingen

Mit Vorträgen zum Schwerpunktthema und zahlreichen Workshops zur praktischen Anwendung von Hypnose in der Psychotherapie

Unter anderem:

Psychosomatik, Angsterkrankungen, Trauma, Geburtshilfe, unerfüllter Kinderwunsch, Suchtproblematik, Raucherentwöhnung, Flugangst, ADHS, Tinnitus, Schlafstörungen, Schmerz, Onkologie, Kindertherapie, u.v.m.

Außerdem: „Best of M.E.G.“ – die besten Workshops renommierter Hypnotherapeuten

der Milton Erickson Gesellschaft  
für Klinische Hypnose (M.E.G.)



[www.MEG-Tagung.de](http://www.MEG-Tagung.de)

### Anmeldung:

Congress Organisation Claudia Winkhardt,  
Holtzendorffstr. 3, 14057 Berlin, Tel.: 030/ 36 28 40 40  
oder im Internet [www.MEG-Tagung.de](http://www.MEG-Tagung.de)

### Durchführung:

Milton Erickson Gesellschaft für Klinische Hypnose,  
Waisenhausstr. 55, 80637 München, [www.MEG-Hypnose.de](http://www.MEG-Hypnose.de)

Foto: © stm, photocase

Einzelpersonen behandelt, wie dies in unserem Krankenkassensystem vorgegeben ist, kann genau dies nicht leisten und kann deshalb langfristig nur in begrenztem Rahmen hilfreich sein. Vielmehr gilt es, neue Kooperationsformen zu entwickeln, wie etwa Gemeinschaftspraxen unterschiedlicher Berufsgruppen des psychosozialen Bereichs. Wichtig werden zudem Möglichkeiten, im Rahmen der Behandlung, bei Bedarf über die Familie hinaus, weitere Institutionen der sozialen Umwelt aktiv in den Therapieprozess einzubeziehen und eine bessere Zusammenarbeit zwischen den Agenten des Gesundheitssystems, des Arbeitsbereichs und des Sozialwesens aufzubauen.

Gerade angesichts der vielfältigen sozialen Aufgaben bei Prekarisierungs- und Ausgrenzungsprozessen ist dabei eine stärkere Beteiligung von anderen psychosozialen Berufsgruppen, wie z. B. Sozialarbeitern dringend erforderlich. Einer das Soziale gestaltende, auf breite Beteiligung vieler Menschen ausgerichteten Sozial- und Gesundheitspolitik auf der Makroebene entspricht eine psychotherapeutische Praxis auf der Mikroebene, die bei der Befähigung der Menschen einerseits und dem sozialen Umfeld andererseits gleichzeitig ansetzt – eine Herausforderung, der Psychotherapie in der derzeitigen Form nicht gewachsen ist.

### **(3) Psychotherapeutische Praxis**

Die oben beschriebenen sozialen Veränderungen durch Prekarisierungsprozesse bedeuten vor allem, dass sich der Kreis der Klienten erweitert und zugleich verändert: Insbesondere im ambulanten Bereich ist zu beobachten, dass zunehmend auch Personen in unsicheren wirtschaftlichen Lebensverhältnissen und Hartz IV-Empfänger eine Psychotherapie aufsuchen; zudem sind hier Menschen mit Migrationshintergrund zu nennen, die zumindest in urbanen Räumen häufiger als früher zu den Klienten gehören. Zusätzlich kommen auch vermehrt Personen in die Psychotherapie, die auf den ersten Blick gut integriert erscheinen, aber dennoch erhebliche Angst- oder Depressionssymptome aufweisen. Die Folge ist, dass sich die Form und Inhalt der psychotherapeutischen Praxis verändert:

Die therapeutischen Aufgaben werden vielfältiger und sie erfordern eine weitere Spannbreite von Interventionen.

Eine neue psychotherapeutische Offenheit ist gefordert, die auch das Selbstbild von Psychotherapeuten berührt: Es gilt zunehmend mehr, als Psychotherapeut sensibel für die Verschiedenartigkeit von „äußeren“ Arbeits- und Lebensbedingungen der Patienten zu sein, die die Handlungsmöglichkeiten der Betroffenen objektiv einschränken – aber gleichzeitig der psychotherapeutischen Praxis nicht unmittelbar zugänglich sind. Insbesondere bei der Behandlung von Ängsten und Depressionen sind nicht nur innerpsychische Vorgänge, sondern darüber hinaus stärker die gesellschaftlichen An- und Überforderungen ebenso sowie das soziale Umfeld und kulturelle Besonderheiten der jeweiligen Klienten in die psychotherapeutischen Überlegungen einzubeziehen, also auf eine „kultursensitive Psychotherapie“ (Gavranidou & Abdallah-Steinkopff, 2007) zu achten.

Rein diagnosespezifische Behandlungsansätze gehen an der veränderten gesellschaftlichen Realität vorbei. Es geht vielmehr darum, die eigenen Anteile der Klienten einerseits und gesellschaftliche Rahmenbedingungen andererseits der persönlichen Reflexion zugänglich zu machen: In der Psychotherapie sollten die Betroffenen in die Lage versetzt werden, sich selbst und die eigene Lebenssituation im gesellschaftlichen Kontext angemessen zu verstehen und adäquate Deutungs- und Handlungsmuster zu entwickeln. Dies bedeutet jedoch, dass Psychotherapeuten selbst besser in der Lage sein müssen, gesellschaftliche Zusammenhänge und Problemlagen sowie die Besonderheiten sozialpolitischer Bearbeitung von Prekarisierungsprozessen (durch Behörden, Jugendämter, Beratungsstellen usw.) zu verstehen und im Bedarfsfall aktive Unterstützung zu leisten. Für spezifische Problemstellungen müssen stärker beratende Anteile oder sogar konkrete Hilfestellungen (wie gemeinsames Ausfüllen von Formularen, Verfassen von Schriftsätzen oder gar Begleitung bei Behördengängen) einbezogen werden, wenn Klienten durch bürokratische Bearbeitungsprozeduren

überfordert sind und ihnen hilflos gegenüber stehen. So kann beispielsweise eine therapeutische Stellungnahme oder gar eine konkrete erste Intervention bei der Ausländerbehörde notwendig werden, wenn die weitere Aufenthaltsberechtigung eines gut integrierten Migranten ohne Schulausbildung abgelehnt wird, weil er seine Deutschkenntnisse nicht durch die korrekte Wiedergabe des Inhalts eines anspruchsvollen Artikels der Süddeutschen Zeitung unter Beweis stellen konnte. Psychotherapeuten erleichtern ihre Arbeit mit Personen in prekären Lebenssituationen, wenn sie selbst einen Blick für kostengünstige oder gar kostenfreie Angebote der sozialen Integration und Teilhabe entwickeln, da für viele bewährte hilfreiche Aktivitäten der Selbstfürsorge oder Ressourcensteigerung (wie einen Kaffee trinken gehen oder der Besuch eines Kurses der Volkshochschule usw.) aus finanziellen Gründen unerschaffbar sind.

Ein weiterer wichtiger Schritt ist die bessere Vernetzung der Institutionen im psychosozialen Bereich (freie Praxen, Kliniken, Beratungsstellen, Ämter, Vereine und Initiativen, Stiftungen, Selbsthilfegruppen usw.), um unterschiedlichste Integrations- und Unterstützungsformen aktivieren zu können. So kann eine kleine finanzielle Zuwendung etwa einer Stiftung ermöglichen, dass eine Bewerbung trotz guter Qualifikation nicht daran scheitert, dass nach jahrelangem Hartz IV-Bezug kein Geld für eine angemessene Kleidung vorhanden ist. Zugleich ist eine gute Zusammenarbeit dieser Agenten erforderlich, um das Ziel der Eigenaktivierung und Befähigung nicht aus den Augen zu verlieren und auch in diesem Bereich ein ausgewogenes Verhältnis von Fördern und Fordern herstellen zu können.

Darüber hinaus ist die Erweiterung der Zielrichtung therapeutischen Handelns zu bedenken: Eine Integration der oben geschilderten gesellschaftlichen Veränderungsprozesse und deren Auswirkungen auf die Individuen in die psychotherapeutische Praxis bedeutet, nicht (mehr) nur vorrangig die Beseitigung einer diagnostizierten Erkrankung oder einer aktuellen Krise im Blick zu haben, sondern darüber hinaus eine grundlegende Fähigkeit zur

Problembewältigung aufzubauen. Wesentlich sind die psychotherapeutische Bearbeitung eines flexiblen Umgangs mit neuen Arbeits- und Lebenssituationen und die Antizipation eines steten Wechsels. Dafür ist neben der Bewältigung von persönlichen Defiziten der Aufbau von Ressourcen- und Kompetenzüberzeugungen, d. h. eine Stärkung des Selbstvertrauens in die eigenen sozialen und psychischen Kräfte erforderlich. Letzten Endes muss es darum gehen, insbesondere Personen in prekären Lebenssituationen langfristig zu befähigen, eigene Wege selbstständiger Bewältigung zu finden und somit Autonomie zu gewinnen. Eine solche Befähigung zu aktiven Gestaltungsmöglichkeiten kann dabei zu einer Form der Identitätsarbeit werden, die eine Gratwanderung zwischen realistischer Anpassung und konstruktivem Widerstand bedeutet. Analog zur „gestaltenden Sozialpolitik“ kann von einer „gestaltenden Psychotherapie“ gesprochen werden.

Diese Überlegungen haben Auswirkungen auf die Ausbildung von Psychotherapeuten: Hier ist eine inhaltliche Ausweitung des Ausbildungsangebotes erforderlich. Dabei ist die Vermittlung eines Verständnisses von gesellschaftlichen Zusammenhängen und v. a. der jeweiligen Auswirkungen aktueller Gesellschaftsveränderungen auf individuelle Lebensgestaltungen einzubeziehen. Wichtig ist zudem eine stärkere Sensibilisierung für unterschiedliche Lebensaufgaben, kulturelle Gegebenheiten und dementsprechende biographische Entwicklungsbedingungen.

Letztlich ist jedoch zu beachten, dass psychosoziale Beratung und Psychotherapie

immer nur in einem begrenzten Maße zur Bewältigung der oben geschilderten gesellschaftlichen Entwicklungen hilfreich sein kann. Vielmehr sind die gesellschaftlichen Inklusionsbedingungen selbst sowie Maßnahmen von Politik und Staat, insbesondere eine Sozialpolitik, die derartige Prekarisierungsprozesse verstärkt oder sogar auslöst, kritisch zu hinterfragen. Gerade auch im Hinblick auf die Prävention psychischer Belastungen und Erkrankungen darf der Blick nicht auf den sozialen Nahbereich beschränkt bleiben. Die skizzierten sozialen Umbrüche haben ihren Ursprung in der Mitte der Gesellschaft, nicht an ihrem Rand. Es geht im Kern um das Wirtschaftssystem selbst, das auf Konkurrenz beruht und den „Stärkeren“ belohnt und somit entsprechende Verhaltensweisen fördert. Darin eingebettet sind die Strukturen des Arbeitsmarktes zu sehen, der genau nach diesem Muster soziale Ungleichheiten produziert und manifestiert. Menschen, die aus welchen Gründen auch immer in diesem Konkurrenzgefüge nicht „mithalten“ können, geraten zunehmend in eine Prekarisierungsspirale. Deshalb braucht es beispielsweise wettbewerbsgeschützte Räume, in denen leistungseingeschränkte Personen dennoch aktive Bürger sein können, sowie deren soziale Unterstützung zur Reintegration in eine reguläre Beschäftigung.

Das Gegenteil passiert: Während Staat und Politik Steuerungskompetenzen aufgeben (Stichwort: Deregulierung), wird in den Zonen der Prekarität und der Exklusion umso mehr Einfluss genommen. Politische und staatliche Maßnahmen haben in diesem Bereich „weit mehr Einfluss auf

die Lebenskonstruktionen der Einzelnen ... als zuvor“ (Bude & Willis, 2006, S. 12). In der Folge herrscht hier „Abhängigkeit von Markt und Staat“ (Kronauer, 2006, S. 32, Hervorhebung v. Verf.). Soziale Bürgerrechte in diesen Zonen werden eben nicht gefördert – sondern zunehmend eingeschränkt. Das gleiche gilt auch für die psychosoziale Versorgung, die zunehmend dem Markt und staatlichen Regulierungen ausgesetzt ist – sie haben nicht zu einer Ausweitung der Behandlungsmöglichkeiten, sondern zu deren Einschränkung geführt.

Die Potenziale von psychosozialer Beratung und Psychotherapie zur Bewältigung von Prekarisierungsprozessen bleiben bisher zu wenig genutzt. Eine größere Anerkennung und Verbreitung bereits vorhandener innovativer Modelle sowie Initiativen und Kooperationsformen und deren Vernetzung mit dem professionellen System könnten viel dazu beitragen. Beispiele dafür sind Mehrgenerationenhäuser, bei denen es nicht nur um generationsübergreifendes Wohnen, sondern um lokal („gemeindenah“) verankerte Netzwerke des Zusammenlebens geht, in denen auch Menschen mit psychischen Störungen ihren Platz haben (zur bereits vorhandenen Wirkungsforschung vgl. Gerzer-Sass, 2007). Weitere aktuelle Initiativen sind Patenschaftsmodelle, bei denen engagierte Bürger Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern eingehen und dabei professionell angeleitet und betreut werden. Derartige „Wahlverwandtschaften“ können die Sozialisationsbedingungen der Kinder verbessern, die Alltagsgestaltung der Familien erleichtern und Krisenzeiten überbrücken

Fordern Sie unsere  
neuen Mediadaten vom  
Psychotherapeutenjournal  
an unter

Telefon 0 62 21 / 43 70 42  
oder rufen Sie diese ab unter  
[www.ptv-anzeigen.de](http://www.ptv-anzeigen.de)

[www.klett-cotta.de/lebenlernen](http://www.klett-cotta.de/lebenlernen)

**Luise Reddemann**

**Würde –  
Annäherung an einen  
vergessenen Wert  
in der Psychotherapie**

Leben Lernen 212  
144 Seiten, broschiert  
€ 18,90 (D)  
ISBN 978-3-608-89066-2



(vgl. Patenschaftsprojekt, 2008). Für all diese Projekte gilt die Maxime, Menschen mit psychischen Störungen möglichst früh mit der Hilfe eines sozialen Umfelds engagierter Bürger in arbeits- und lebensweltliche Zusammenhänge zu integrieren und damit – wie auch in den innovativen amerikanischen „place-and-train“-Ansätzen – die „Teilnahme am ‚wirklichen‘ Leben zu unterstützen und zu fördern“ (Eikermann, Zacharias-Eikermann, Richter & Reker, 2005, S. 221). Dies bedeutet, dass Psychotherapeuten zukünftig nicht nur die Befähigung benötigen, mit dem arbeits- und lebensweltlichen Umfeld der Patienten sowie den unterschiedlichen Agenten des Sozialsystems zusammen zu wirken, sondern auch offen für die Zusammenarbeit mit engagierten Bürgern (z. B. freiwilligen Helfern) sein sollten.

## Literatur

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling The Mystery Of Health*. London: Jossey-Bass.
- Bartens, W. (2007, 23. Oktober). Die größte Gefahr von allen. *Süddeutsche Zeitung*, S. 18.
- Beck-Gernsheim, E. (1993). Individualisierungstheorie: Veränderungen des Lebenslaufs in der Moderne. In H. Keupp (Hrsg.), *Zugänge zum Subjekt. Perspektiven einer reflexiven Sozialpsychologie* (S. 125-146). Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Brinkmann, U., Dörre, K. & Röbenack, S. (mit K. Kraemer & F. Speidel). (2006). *Prekäre Arbeit – Ursachen, Ausmaß, soziale Folgen und subjektive Verarbeitungsformen unsicherer Beschäftigungsverhältnisse*. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Bude, H. (2008). *Exklusion. Die Debatte über die Überflüssigen*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Bude, H. & Willisch, A. (2006). Das Problem der Exklusion. In H. Bude & A. Willisch (Hrsg.), *Das Problem der Exklusion. Ausgegrenzte, Entbehrliche, Überflüssige* (S. 7-23). Hamburg: Hamburger Edition.
- Bühning, P. (2006). 109. Deutscher Ärztetag 2006: Gegen Stigmatisierung psychisch Kranker. *Deutsches Ärzteblatt PP*, 5 (4), 172.
- Castel, R. (2000). *Metamorphosen der sozialen Frage. Eine Chronik der Lohnarbeit*. Konstanz: UVK.
- Deutscher Gewerkschaftsverbund. (2008). *DGB-Index Gute Arbeit*. Verfügbar unter: [http://www.dgb-index-gute-arbeit.de/dgb-index\\_2007](http://www.dgb-index-gute-arbeit.de/dgb-index_2007) [31.07.2008].
- Dörre, K. (2005). *Prekäre Beschäftigung – subjektive Verarbeitungsformen und arbeitspolitische Konsequenzen*. Vortrag auf der Sektionstagung Industriosozio- logie. Verfügbar unter: [http://www. industriesozio- logie.de/downloads/08-sektionstagungen/03-herbstta- gung\\_2005/vortraege/Doerre\\_ Vortrag. pdf](http://www.industriosozio- logie.de/downloads/08-sektionstagungen/03-herbstta- gung_2005/vortraege/Doerre_ Vortrag. pdf) [05.05.2007].
- Eikermann, B., Zacharias-Eikermann, B., Richter, D. & Reker, T. (2005). Integration psychisch Kranker: Ziel ist die Teilnahme am „wirklichen“ Leben. *Deutsches Ärzteblatt PP*, 4 (5), 218-221.
- Europäische Gemeinschaft. (2005). *Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union*. Brüssel: Grünbuch.
- European Brain Council. (2005). *The Real Costs of Brain Disorders in Europe – Some Facts and Figures*. Verfügbar unter: [http://www.europeanbraincouncil. org/pdfs/Newsletters/EBC%20News- letter%20Sept2005.pdf](http://www.europeanbraincouncil.org/pdfs/Newsletters/EBC%20News- letter%20Sept2005.pdf) [12.08.2008].
- European Commission. (2006). *Special Eurobarometer 248: Mental well-being*. Verfügbar unter: [http://ec.europa.eu/ health/ph\\_infor- mation/documents/ ebs\\_248\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/ebs_248_en.pdf) [12.08.2008].
- Gavranidou, M. & Abdallah-Steinkopff, B. (2007). Brauchen Migrantinnen und Migranten eine andere Psychotherapie? *Psychotherapeutenjournal*, 7 (4), 353-361.
- Gerzer-Sass, A. (2007). Mehrgenerationen- häuser aktueller Stand und erste Bilanz. Verfügbar unter: [http:// www.mehrgenerationenhaeuser.de/ coremedia/generator/mgh/de/01\\_\\_ Mehrgeneranen\\_h\\_C3\\_A4user/02\\_\\_ Das\\_20Aktionsprgramm/03\\_\\_ Zahlen\\_20und\\_20Fakten/02\\_\\_Brosch\\_ C3\\_BCRe\\_20\\_Wirkungsforschung.html](http://www.mehrgenerationenhaeuser.de/coremedia/generator/mgh/de/01__ Mehrgeneranen_h_C3_A4user/02__ Das_20Aktionsprgramm/03__ Zahlen_20und_20Fakten/02__Brosch_ C3_BCRe_20_Wirkungsforschung.html) [12.03.2008].
- Greiner, K., Baumann, M. & Müller, F. (2006, 31. März). Haus und vorbei. Die Angst vor dem sozialen Abstieg hat inzwischen auch die Mittelklasse erreicht. *Süddeutsche Zeitung Magazin*, 8-15.
- Hacket, A., Janowicz, C. & Kühnlein, I. (2004). Erwerbsarbeit, bürgerschaftliches Engagement und Eigenarbeit: Pluralisierung – Entgrenzung – Gestaltung. In U. Beck & C. Lau (Hrsg.), *Entgrenzung und Entscheidung: Was ist neu an der Theorie reflexiver Modernisierung?* (S. 281-306). Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Heitmeyer, W. (2006). *Deutsche Zustände Folge 5*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Heitmeyer, W. & Hüpping, S. (2006, 21./22. Oktober). Auf dem Weg in eine inhumane Gesellschaft. *Süddeutsche Zeitung*, 11.
- Hurrelmann, K. & Albert, M. (2006). *Jugend 2006. Die 15. Shell-Jugendstudie. Eine pragmatische Generation unter Druck*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Kronauer, M. (2006). „Exklusion“ als Kategorie einer kritischen Gesellschaftsanalyse. Vorschläge für eine anstehende Debatte. In H. Bude & A. Willisch (Hrsg.), *Das Problem der Exklusion. Ausgegrenzte, Entbehrliche, Überflüssige* (S. 27-45). Hamburg: Hamburger Edition.
- Kühnlein, I. (2002). *Wie Psychotherapie verändert. Eine Langzeitstudie über Bedeutung und Auswirkungen psychotherapeutischer Behandlung im Lebensverlauf*. Weinheim: Juventa.
- Kühnlein, I. & Mutz, G. (in Druck). Neue Prozesse der Prekarisierung und Exklusion – Eine Herausforderung für die Psychotherapie. In H. Keupp, R. Rudeck, H. Schroer, M. Seckinger & F. Straus (Hrsg.), *Armut und Exklusion. Gemeindepsychologische Analysen und Gegenstrategien*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Lampert, T. & Kurth, B.-M. (2007). Sozialer Status und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. *Deutsches Ärzteblatt PP*, 6 (11), 521-526.
- Mutz, G. (2002). Pluralisierung und Entgrenzung der Erwerbsarbeit. Arbeit. *Zeitschrift für Arbeitsforschung, Arbeitsgestaltung und Arbeitspolitik*, 11 (1), 21-32.
- Nullmeier, F. (2004). Vermarktlichung des Sozialstaats. *WSI-Mitteilungen*, 57 (9), 495-500.
- OECD. (2007). *Improved childcare policies needed to achieve better work/ life balance*. Verfügbar unter: [http:// www.oecd.org/document/45/0.3343. en\\_2649\\_39699821\\_1\\_1\\_1\\_1.00.html](http://www.oecd.org/document/45/0,3343,en_2649_39699821_1_1_1_1.00.html) [12.03.2008].

Patenschaftsprojekt. (2008). Verfügbar unter: [http://www.patenschaftsprojekt.de/patenschaft\\_netzwerk\\_2.html](http://www.patenschaftsprojekt.de/patenschaft_netzwerk_2.html) [22.09.2008].

Rieser, S. (2007). Armut ist ungesund. *Deutsches Ärzteblatt PP*, 6 (6), 272.

Stoppe, G., Bramesfeld, A. & Schwartz, F.-W. (2006). *Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven*. Heidelberg: Springer.

Unger, H.-P. & Kleinschmidt, C. (2007). *Bevor der Job krank macht. Wie uns die heutige Arbeitswelt in die seelische Erschöpfung treibt und was man dagegen tun kann*. München: Kösel Verlag.

Weber, A., Hörmann, G. & Köllner, V. (2006). Psychische und Verhaltensstörungen. Die Epidemie des 21. Jahrhunderts? *Deutsches Ärzteblatt PP*, 5 (4), 169-172.

WHO. (2001). *World Health Report 2001*. Verfügbar unter: [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf) [12.03.2008].

Wittchen, H.-U. (2005). *Psychische Störungen in Deutschland und der EU. Größenordnung und Belastung*. Vortrag auf dem 1. Deutschen Präventionskongress. Verfügbar unter: <http://www.tu-dresden.de/presse/psyche.pdf> [12.03.2008].

Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2002). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Psychotherapeutenjournal*, 1 (0), 6-15.

Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 357-376.



Prof. Dr. Gerd Mutz

Volkswirt, Soziologe  
Professor für Wirtschaftssoziologie  
Hochschule für angewandte  
Wissenschaften  
Am Stadtpark 20  
81243 München  
[gerd.mutz@hm.edu](mailto:gerd.mutz@hm.edu)



Dr. Irene Kühnlein

Psychologische Psychotherapeutin  
Psychotherapeutische Praxis  
Hohenzollernstr. 112  
80796 München  
[irene.kuehnlein@yahoo.de](mailto:irene.kuehnlein@yahoo.de)

**Jetzt 4 Wochen kostenlos online testen!**

## Lexikon Gesundheitsmarkt

**Die Gesundheitswirtschaft  
in Stichworten und Zahlen**

Hrsg.: Dr. Uwe K. Preusker.  
2., überarb. u. erw. Auflage 2008.  
XXVI, 649 Seiten. Gebunden.  
Abonnementpreis € 138,-\* (erscheint  
jährlich neu) inkl. Onlinezugang.  
ISBN 978-3-87081-873-9

**Nur Online-Einzelpplatzlizenzen**  
Jahrespreis € 98,-\*  
ISBN 978-3-87081-777-0

\* Abonnementbedingungen: Kündigungen sind bis zu  
4 Wochen vor Bezugszeitraum-Ende möglich

Neue Begriffe, neue Abkürzungen, neue  
Bedeutungen – das ist der Alltag für alle,  
die in der Gesundheitsbranche tätig sind.  
Zuverlässige Hilfe in der Vielfalt alter und  
neuer Begriffe bietet das Lexikon Gesund-  
heitsmarkt: Ob „Krankenkassen“ oder  
„Kassenärztliche Vereinigungen“, ob Kran-  
kenhaus-Fachbegriffe oder Erläuterungen



zu den „neuen Versorgungsformen“ – über  
700 fundierte Begriffs-Erläuterungen bieten  
eine schnelle Übersicht. Dabei sind auch  
neueste Entwicklungen mit Begriffen wie  
„Medizinisches Versorgungszentrum“, „In-  
tegrierte Versorgung“ oder „G-DRG“ erfasst.  
Ebenfalls eingearbeitet sind neue Begriffe,  
die das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz  
(GKV-WSG) und das Vertragsarztrechtsän-  
derungsgesetz (VÄndG) mit sich gebracht  
haben. Erweitert ist die Neuauflage um den  
zusätzlichen Schwerpunkt „Arzneimittel-  
politik“.

[www.Lexikon-Gesundheitsmarkt.de](http://www.Lexikon-Gesundheitsmarkt.de)

Economica  
MedizinRecht.de

Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Im Weiher 10, 69121 Heidelberg, www.economica-verlag.de  
Bestell-Tel. 069/2183-7928, Bestell-Fax 069/2183-7620, E-Mail: [kundenbetreuung@hjr-verlag.de](mailto:kundenbetreuung@hjr-verlag.de)

## BIF

BERLINER INSTITUT FÜR FAMILIENTHERAPIE  
SYSTEMISCHE THERAPIE ·  
SUPERVISION · BERATUNG UND FORTBILDUNG e.V.



### Fort- und Weiterbildungsangebote:

Systemische Therapie / Familientherapie (SG)

Systemische Kinder- und Jugendlichentherapie (SG)

Systemische Supervision (DGSv und SG)

Systemische Supervision Ergänzungsweiterbildung  
DGSv und SG)

Systemisches Coaching und Wirtschaftsmediation (SG)

Systemische Beratung und Prozessbegleitung

Systemisches Arbeiten in der Kinder- und Jugendhilfe -  
Systemische Beratung (SG)

Unsere Broschüren zu den Angeboten senden wir Ihnen gern zu.

Anfragen und Information:

**BIF – Berliner Institut für Familientherapie e.V.**  
Dudenstr. 10, 10965 Berlin, ☎ 2 16 40 28, 📠 2 15 76 35  
E-Mail: [info@bif-systemisch.de](mailto:info@bif-systemisch.de), Internet: [www.bif-systemisch.de](http://www.bif-systemisch.de)

# Dieselbe Schulklasse für Patient und Kind einer Psychotherapeutin?<sup>1</sup>

Inge Berns

**Zusammenfassung:** Die Berufsordnung ist zum einen ein justiziables Regelwerk, auf dessen Grundlage die Kammer in berufsrechtlichen Verfahren über Verstöße eines Mitglieds gegen berufsrechtliche Vorschriften entscheidet. Andererseits kann sie vom Kammermitglied als Orientierungshilfe in Situationen von berufsethischer und -rechtlicher Relevanz verwendet werden. Eine explizite Regelung, die selbst die Beachtung der vier international anerkannten bioethischen Prinzipien vorschreibt, die ihrerseits Grundlage aller psychotherapeutischen Berufsordnungen sind (Beauchamp & Childress, 2001), bietet dem praktizierenden Therapeuten damit eine Orientierungshilfe von unschätzbarem Ausmaß, in einer konkreten, in der Regel komplexen Situation fundierte Lösungen zu finden, die ihn u. U. auch in einem berufsrechtlichen Verfahren entlasten könnten. An einem Beispiel soll die Verwendung der Berufsordnung als Orientierungshilfe demonstriert werden. Aus Neutralitätsgründen wird dazu die Musterberufsordnung herangezogen. Es wäre schön, wenn die exemplarische Auseinandersetzung mit der hier diskutierten Anfrage die Anwendung in eigenen Situationen erleichtert.

## Fallbeispiel<sup>2</sup>

Eine Psychotherapeutin behandelt ein 10-jähriges Kind. Der Schulwechsel zur weiterführenden Schule steht an. Die Therapeutin erfährt im Elterngespräch, dass der Patient am selben Gymnasium angemeldet ist, wie ihr eigenes Kind. Die Therapeutin würde gern auf die Klassenzusammenstellung so Einfluss nehmen, dass diese beiden Kinder in getrennte Klassen kommen. Ihre Anfrage lautet: Wie kann ich das tun unter Berücksichtigung der einschlägigen Berufspflichten zur Abstinenz und zur Verschwiegenheit?

## Fachlicher Hintergrund der Interventionsoption

Ein wesentlicher Wirkfaktor in Psychotherapien ist die Therapeutenpersönlichkeit. Mit einer Effektstärke von  $d = 0.50$  bis

0.60 kommt ihr ein bedeutsamer Wirkungsanteil zu (Wampold, 2001). Der effektiv arbeitende Psychotherapeut stellt dem Patienten seine Persönlichkeit so zur Verfügung, dass dieser das spezifische therapeutische Angebot für sich nutzen kann, d.h. z. B., dass er sich sicher fühlt in der therapeutischen Beziehung, sich frei äußert und sich den therapeutischen Interventionen dieses Psychotherapeuten vertrauensvoll zu- und sie mit therapeutischem Nutzen verwendet.

Grundlage dieser Wirkungen ist die sogenannte Passung zwischen Therapeut und Patient. Der Patient profitiert dann am besten von therapeutischen Interventionen eines Psychotherapeuten, wenn er ihm vertraut und von seiner Arbeitsweise überzeugt ist (Wampold, 2001, S. 42). Grundlage dieses Vertrauens sind die Informationen über den Psychotherapeuten, aus denen sich der Patient ein Bild über dessen Persönlichkeit macht.

Informationen über den Psychotherapeuten sammelt der Patient unmittelbar aus der bipersonalen Beziehungserfahrung. Dabei handelt es sich nicht nur um den Wortlaut konkreter Interventionen. Grundsätzlich kann jedes wahrgenommene Detail dazu verwendet werden, das Bild zu vervollständigen, etwa die Einrichtung der Therapieräume, der Text auf dem Anrufbeantworter, ja selbst vom Therapeuten nicht zu verantwortende und nicht veränderbare Eigenschaften wie Körpergröße, Geschlecht oder Alter. Es gehört zu den Aufgaben des Psychotherapeuten, seine persönlichen Eingaben in die Beziehung zu beachten, ihre Wirkung zu erkennen und ggf. auf Störungen in der Arbeitsbeziehung therapeutisch wirksam zu reagieren. Dies ist keine leichte Aufgabe für Psychotherapeuten, denn die Eingabe von Informationen durch den Psychotherapeuten und deren Wahrnehmung durch den Patienten geschehen auf allen Bewusstseinssebenen.

Stammen Informationen über den Therapeuten aus außertherapeutischen Zusammenhängen, wird diese Aufgabe weiterhin erschwert. Aus diesem Grunde fordern die Arbeitskonzepte aller bona-fide-Psychotherapien relative Neutralität, Anonymität und Abstinenz vom Psychotherapeuten in der Gestaltung der Beziehung zum Patienten.

Im vorliegenden Fall allerdings besteht die therapeutische Beziehung bereits. Die Wahl derselben Schule für einen Patienten und für das eigene Kind einer Psychotherapeutin liegt bei einem systembedingten

1 Mit Auszügen aus Stellpflug und Berns (2008).

2 Weitere Beispiele finden sich in Stellpflug und Berns (2008).

Schulwechsel eben im Bereich der Möglichkeiten. Ganz deutlich ist hier darauf zu verweisen, dass der Psychotherapeutin nach der Berufsordnung keine Pflichtverletzung vorgeworfen werden kann, dass sie also etwa verpflichtet gewesen wäre, rechtzeitig vor dem Schulwechsel des eigenen Kindes keine gleichaltrigen Kinder als Patienten anzunehmen oder dass sie die Wahl dieser Schule für ihr Kind zu revidieren hätte. Hier haben zwei Elternpaare für ihre Kinder oder mit ihren Kindern unabhängig voneinander eine Entscheidung getroffen, die Ausdruck selbstbestimmter Lebensgestaltung ist und die Realisierung eines Grundrechts darstellt.

Die Psychotherapeutin im Fallbeispiel denkt offensichtlich an die sich möglicherweise ergebenden Störungen in der therapeutischen Beziehung, wenn ihr eigenes Kind und ihr Patient Mitschüler in derselben Schulklasse wären. Träfen die beiden Kinder auf diese Weise regelmäßig zusammen, so ergäben sich sehr wahrscheinlich Beziehungsgeflechte, die die Psychotherapeutin in Rollenkonflikte brächten. Sowohl als Psychotherapeutin als auch als Mutter wäre sie dem Patienten bzw. dem eigenen Kind gegenüber in ihrem Verhalten befangen. Der Patient könnte durch den Kontakt zu dieser/m Mitschüler/in indirekt Informationen über die Psychotherapeutin erhalten, die die gebotene, dem Patienten die rücksichtslose Offenbarung ermöglichende relative Anonymität der Psychotherapeutin erschweren. Instrumentalisierungen der Nebenbeziehungen wären möglich und belasteten nicht nur die professionelle Arbeitsbeziehung zwischen Therapeutin und Patient, sondern möglicher Weise auch die Mutter-Kind-Beziehung. Schulbedingte Kontakte der Eltern beider Kinder könnten sich komplizierend auf die therapeutischen Kontakte auswirken.

## Orientierung an den Regelungen der Musterberufsordnung

Mit diesen Überlegungen kommt die Therapeutin ihrer Pflicht nach § 3 (1) MBO-PP/KJP nach, wonach sie ihren Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihr entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen hat:

### § 3 Allgemeine Pflichten

*(1) Psychotherapeuten sind verpflichtet, ihren Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihnen entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen.*

Psychotherapeuten, die vor Beginn einer Psychotherapie mögliche Beziehungsverflechtungen klären und berücksichtigen, ggf. auch kein eigenes Behandlungsangebot machen, handeln diesen Vorgaben gemäß verantwortungsvoll. So handeln z. B. Kinderpsychotherapeuten, die beim Schulelternabend von der Mutter einer Mitschülerin der eigenen Tochter auf eine mögliche Behandlung von deren Tochter angesprochen werden und diesen Auftrag nicht annehmen, aber behilflich sind mit einem Hinweis auf Kontaktmöglichkeiten zu KollegInnen, berufsordnungsgemäß.

Im hier beschriebenen Fall ist eine so frühzeitige Weichenstellung nicht mehr möglich. Weitere Überlegungen können sich aber mit der Frage beschäftigen, welche Interventionen geeignet sind, dem entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen. Was also erwarten der Patient bzw. seine Eltern unter dem Aspekt des Vertrauens von der Psychotherapeutin in der konkreten Situation? Ausgehend davon, dass die Psychotherapeutin bisher das Prinzip relativer Neutralität, Anonymität und Abstinenz realisiert hat, ist es wahrscheinlich, dass Patient und Eltern über die familiäre Situation der Therapeutin und den anstehenden Schulwechsel des eigenen Kindes nicht informiert sind. Aber auch dann, wenn sie über diese Informationen verfügen, werden sie darin möglicher Weise kein Problempotential für die therapeutische Zusammenarbeit vermuten. Sie würden die außertherapeutischen Kontakte vielleicht sogar begrüßen. Jedenfalls ist nicht generell davon auszugehen, dass das der Therapeutin entgegengebrachte Vertrauen einschließt, dass sie Einfluss nimmt auf die Klassenzusammensetzung, damit die beiden Kinder nicht Mitschüler derselben Schulklasse werden. Wohl aber umfasst dieses Vertrauen die Erwartung, dass die Therapeutin die Zusage von Verschwiegenheit über das Behandlungsverhältnis und Inhalte aus der Therapie einhält.

## Workshop

### Behandlung schwerer Persönlichkeitsstörungen

**Prof. Lorna Smith Benjamin**

**Freitag, 13. März 2009  
– Sonntag, 15. März 2009**

**Medizinische Hochschule  
Hannover  
Carl-Neuberg-Straße 1,  
30625 Hannover**

Frau Prof. Lorna Smith-Benjamin demonstriert ihre bindungstheoretisch fundierte Behandlung „therapieresistenter“ Patienten (passiv-aggressive, zwanghafte, Borderline-, paranoide u. a. Persönlichkeitsstörungen, chronische Depression, Angst, Suizidalität). Auf der Grundlage ihrer Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (SASB) entwickelte sie die Interpersonale Rekonstruktive Therapie (IRT), die alle klinischen Essentials der Psychoanalyse, der kognitiven Verhaltenstherapie und der Gesprächstherapie vor dem Hintergrund der Bindungstheorie zu einem hochgradig aktiven, individuell scharf fokussierten Ansatz vereinigt.

#### Veranstalter:

Förderverein für Psychosomatische Medizin.  
e. V. i. V.

#### Kosten:

Teilnahmegebühr: 280,00 EUR

#### Bankverbindung:

##### Zahlungsempfänger:

Förderverein für Psychosomatische Medizin e. V.

Deutsche Bank Düsseldorf

BLZ 300 700 24

Kto. Nr. 639 01 08

Stichwort: LSB-Workshop

#### Anmeldung:

Anmeldeschluss: 5. Januar 2009

möglichst per E-Mail, ansonsten per Fax an:

Frau Petra Grabowski

Sekretariat Prof. Dr. Dr. Wolfgang Tress

Klinisches Institut und Klinik für

Psychosomatische Medizin und

Psychotherapie der Heinrich-

Heine-Universität

Bergische Landstraße 2,

40629 Düsseldorf

Tel. 0211 922-4701

Fax 0211 922-4707

E-Mail [petra.grabowski@ivr.de](mailto:petra.grabowski@ivr.de)

#### Sprache:

Englisch/Deutsch

Von beiden Kammern zertifiziert  
(ca. 20 Fortbildungspunkte)



In Verbindung mit dem  
Klinischen Institut und  
der Klinik für Psycho-  
somatische Medizin  
und Psychotherapie der  
Heinrich Heine Univer-  
sität Düsseldorf



# Die Krankheit in Bilder und Worte bannen



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

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

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

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

Dies fordert auch § 8 der MBO-PP/KJP in Absatz 1, Satz 1:

## § 8 Schweigepflicht

*(1) Psychotherapeuten sind zur Verschwiegenheit über Behandlungsverhältnisse verpflichtet und über das, was ihnen im Zusammenhang mit ihrer beruflichen Tätigkeit durch und über Patienten und Dritte anvertraut und bekannt geworden ist.*

Daraus folgt, dass die Therapeutin von sich aus nicht berechtigt ist, der Schule gegenüber das Behandlungsverhältnis bekannt zu geben. Die Vorschrift umfasst auch indirekte Mitteilungen, die einen einfachen Rückschluss auf ein Behandlungsverhältnis nahe legen. So wäre z. B. auch ein Hinweis der Therapeutin gegenüber der Schule nicht berufsordnungsgemäß, sie könne den Wunsch, die beiden Kinder in verschiedene Klassen einzuschulen, wegen ihrer beruflichen Schweigepflicht nicht begründen, weil diese Mitteilung indirekt über das Behandlungsverhältnis informiert. Absatz 2 desselben § 8 könnte aber vielleicht helfen. Dort heißt es:

*(2) Soweit Psychotherapeuten zur Offenbarung nicht gesetzlich verpflichtet sind, sind sie dazu nur befugt, wenn eine wirksame Entbindung von der Schweigepflicht vorliegt oder die Offenbarung zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist. Dabei haben sie über die Weitergabe von Informationen unter Berücksichtigung der Folgen für den Patienten und die Therapie zu entscheiden.*

Gesetzliche Offenbarungspflichten sind in unterschiedlichen Vorschriften geregelt. Die hier beschriebene Situation betrifft keine dieser Vorschriften. An die Definition „zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes“ sind Maßstäbe gesetzt, die hier ebenfalls nicht erfüllt sind. Die Sorge um negative Auswirkungen auf therapeutische Effekte stellt keinen rechtfertigenden Notstand dar, der seinerseits die Therapeutin zur Offenbarung ermächtigen bzw. sogar verpflichten würde, d. h. ohne Einwilligung des Patienten bzw. seiner Eltern gegenüber der Schule tätig zu werden.

Die zitierte Regelung sieht jedoch ausdrücklich die Möglichkeit vor, mit Einwil-

ligung des Patienten bzw. seiner Eltern zuvor abgestimmte Informationen an zuvor bestimmte Personen weiter zu geben. Aber auch wenn eine Einwilligung vorläge, wäre die Therapeutin nach Satz 2 gehalten, vor der Weitergabe die Folgen für den Patienten und die Therapie zu berücksichtigen. Damit wird die Therapeutin in die Pflicht genommen, neben den juristischen Anforderungen auch die Auswirkungen der Offenbarung auf die therapeutische Arbeitsbeziehung, den Therapieverlauf und den Therapieeffekt fachlich zu bedenken und ggf. mit dem Patienten bzw. seinen Eltern vor der Entgegennahme bzw. vor der Verwendung der Schweigepflichtsentbindung zu besprechen.

Nun liegt hier aber, zumindest zunächst, keine Schweigepflichtsentbindung vor. Die Psychotherapeutin müsste sie ggf. erwirken. Wenn aber bereits gefordert ist, bei vorliegender Entbindung deren Verwendung sorgfältig fachlich zu bedenken, so ergibt sich konsequenter Weise dieselbe Notwendigkeit der fachlichen Abwägung, bevor die Therapeutin den Patienten bzw. seine Eltern um eine solche ersucht. Bei der Abwägung können die in § 3 (2) MBO-PP/KJP genannten Prinzipien zu Rate gezogen werden (s. u.).

Weitere Hinweise zur Beantwortung der Anfrage finden sich in § 6 MBO-PP/KJP:

## § 6 Abstinenz

*(1) Psychotherapeuten haben die Pflicht, ihre Beziehungen zu Patienten und deren Bezugspersonen professionell zu gestalten und dabei jederzeit die besondere Verantwortung gegenüber ihren Patienten zu berücksichtigen.*

*(4) Psychotherapeuten sollen außertherapeutische Kontakte zu Patienten auf das Nötige beschränken und so gestalten, dass die therapeutische Beziehung möglichst wenig gestört wird.*

*(6) Die abstinente Haltung erstreckt sich auch auf die einem Patienten nahe stehenden Personen, bei Kindern und Jugendlichen insbesondere auf deren Eltern und Sorgeberechtigte.*

Die spontane Idee der Therapeutin, Einfluss zu nehmen auf die Klassenzusammensetzung, damit die Kinder sich möglichst wenig begegnen, beruht wahrscheinlich auf dem naheliegenden Gedankenschluss, der Abstinenz gleichsetzt mit Verhinderung oder Beschränkung des Zusammentreffens von Therapeut und Patient außerhalb des therapeutischen Settings. Es ist ja auch zutreffend, dass jedes Zusammentreffen dieser Art die Realisierung der angemessenen abstinente Beziehungsgestaltung erschwert. Das, was in diesem Paragraphen der Berufsordnung gefordert wird, ist aber kein Verbot außertherapeutischer Begegnungen – das wäre ja auch ein Eingriff in die Souveränität von Patienten und Verkenning der Realität –, sondern eine Pflicht zur aktiven Gestaltung einer professionellen Beziehung, die dem entgegengenommenen Auftrag dienlich ist. Nach aktuellem Wissensstand ist dies eine Beziehungsgestaltung von Seiten des Therapeuten, bei der er sich dem Patienten engagiert, aber nicht wertend zuwendet, damit dieser sich vertrauensvoll mit allen Eigenheiten äußern kann, ihm dann seine Persönlichkeit mit den eigenen seelischen Empfindungen reaktiv zur Verfügung stellt und auf dieser Grundlage spezifische Interventionen anbietet, die auf therapeutische Wirkungen abzielen. Die Konzentration auf die Belange des Patienten impliziert entsprechende Zurückhaltung des Therapeuten bzgl. persönlicher Mitteilungen, die von dieser Konzentration ablenken. Damit wird das beschrieben, was als „abstinente Haltung des Psychotherapeuten“ bezeichnet wird und die dem Therapieziel dienenden persönlichen Mitteilungen des Therapeuten impliziert, die sogenannte „Mitteilung der Gegenübertragung“.

Zurück zum Fall: Gefragt ist an dieser Stelle unter den gegebenen Umständen, bei denen Störungen nicht mehr auszuschließen sind, nach einer aktiven Gestaltung der Beziehung, die das größtmögliche Maß an abstinenter Haltung realisiert. Die Frage ist, ob eine aktive Anfrage nach einer Schweigepflichtsentbindung dieses Ziel eher erreicht als das nicht von der Therapeutin zu verantwortende, aber auch nicht von ihr aktiv verhinderte Zusammentreffen beider Kinder in einer Klasse. Dazu können vielleicht die vier in § 3 (2) genannten

bioethischen Prinzipien Orientierungen geben (s. u.).

Zu ergänzen ist noch § 7 (Aufklärungspflicht), der in Absatz 2 und 3 lautet:

(2) *Psychotherapeuten unterliegen einer Aufklärungspflicht gegenüber Patienten über Indikation, Art der Behandlung, Therapieplan, ggf. Behandlungsalternativen und mögliche Behandlungsrisiken. ...*

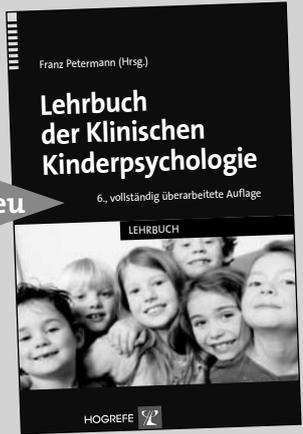
(3) *Die Aufklärung hat vor Beginn einer Behandlung in einer auf die Befindlichkeit und Aufnahmefähigkeit des Patienten abgestimmten Form zu erfolgen. Treten Änderungen im Behandlungsverlauf auf oder sind erhebliche Veränderungen des Vorgehens erforderlich, ist der Patient auch während der Behandlung darüber aufzuklären.*

Hier ist zu fragen: Handelt es sich um eine Situation, in der die Therapeutin nach dieser Vorschrift verpflichtet ist, ihren Patienten bzw. seine Eltern über die zu erwartenden Schwierigkeiten aufzuklären? Aufgeklärt werden muss über alle für eine Therapieentscheidung relevanten Informationen. Die Redeerlaubnis wäre eine solche Entscheidung, die Therapeutin wäre verpflichtet, die entsprechenden Informationen anzubieten. Das gleiche gilt, wenn die Indikation sich ändert, wenn z. B. die Fortsetzung der Therapie bei dieser Therapeutin nicht angezeigt wäre, das gleiche gilt selbstverständlich auch, wenn ein Therapeutenwechsel zur Diskussion stünde. Diese Regelung fordert aber nicht, dass die Therapeutin zum jetzigen Zeitpunkt mitteilt, dass sich Schwierigkeiten für die therapeutische Arbeit ergeben könnten. Dieses Risiko besteht immer und stellt auch in diesem Fall kein Behandlungsrisiko dar, das für den Patienten bzw. seine Eltern Grundlage einer Therapieentscheidung zum jetzigen Zeitpunkt sein könnte.

### Orientierung an Hand der international anerkannten bioethischen Prinzipien

§ 3 (2) MBO-PP/KJP lautet:

*Bei der Berufsausübung sind die international anerkannten ethischen Prinzipien zu*



Neu

6., vollst. überarbeitete Auflage

LEHRBUCH

HOGREFE

6., vollst. überarb. Auflage 2008  
850 Seiten, geb., € 59,95 / sFr. 99,-  
ISBN 978-3-8017-2157-2

Die vollständig überarbeitete Auflage des bewährten Lehrbuches liefert in 45 Kapiteln eine Übersicht über wichtige Grundlagen der Klinischen Kinderpsychologie und vermittelt die zentralen Ansätze zur Erklärung, Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Altersspezifischen Entwicklungsrisiken und -abweichungen werden eine besondere Bedeutung zugemessen. Großen Raum nimmt die Darstellung von verschiedenen Entwicklungsstörungen, von verhaltens- und emotionalen Störungen sowie von körperlichen Krankheiten, Suchterkrankungen und somatoformen Störungen ein. Schließlich wird auf Themen wie die Prävention psychischer Störungen, die Frühförderung, die Kinder- und Jugendhilfe sowie die forensische Kinderpsychologie eingegangen.

Mit Fragen und Antworten zur Prüfungsvorbereitung!

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG  
Rohnsweg 25 · 37085 Göttingen  
verlag@hogrefe.de · www.hogrefe.de



*beachten, insbesondere die Autonomie der Patienten zu respektieren, Schaden zu vermeiden, Nutzen zu mehren und Gerechtigkeit anzustreben.*

Aus Raumkapazitätsgründen wird hier auf eine ausführliche Darstellung des prinzipienethischen Ansatzes von Beauchamp und Childress (2001) verzichtet.<sup>3</sup> Die Prinzipien sind allgemeinverständlich, ihre Bedeutung erschließt sich unmittelbar. Sie sollen nun gleichgewichtig herangezogen werden, um die dargestellte ethische Dilemma-Situation zu analysieren, die sich daraus ergebenden Handlungskonsequenzen zu erarbeiten, mögliche Konflikte zwischen den Prinzipien zu erkennen und in diesem Fall Abwägungen vorzunehmen, die zu einer Handlungsentscheidung führen, die durch den vorausgegangenen gedanklichen Prozess begründet sind.

### **Das Prinzip der Achtung der Autonomie**

Die Verschwiegenheit von Therapeuten über Behandlungsverhältnis und Inhalte aus Therapien gegenüber Dritten ist prinzipiell Ausdruck der Achtung der Autonomie von Patienten. Ein Ersuchen um eine Offenbarungsbefugnis kann dies ebenfalls sein, impliziert es doch die Anerkennung des Persönlichkeitsrechts des Patienten auf die Entscheidung über die Weitergabe von personenbezogenen Informationen. Zunächst einmal ist die Bitte um eine Redeerlaubnis jedoch ein autonomer Akt der Therapeutin auf der Basis ihres fachlichen Wissens und ihrer Erfahrung. Ihr Patient bzw. seine Eltern verfügen nicht über das entsprechende Wissen und können gleichermaßen substanzial autonom nur dann Stellung nehmen, wenn sie über Informationen über die Relevanz der Situation und die Implikationen verfügen. Achtung vor der Autonomie des Patienten bzw. seiner Eltern hieße in diesem Fall, diese Informationen umfassend und in einer auf die Befindlichkeit und Aufnahmefähigkeit des Patienten bzw. seiner Eltern abgestimmten Form anzubieten. Dazu gehört inhaltlich, dass die Therapeutin als Initiatorin des Wunsches erkennbar wird, dass ihre Beweggründe deutlich werden, dass Nutzen und Schaden für die Beteiligten aufgezeigt werden. Diese beiden Aspekte werden weiter unten diskutiert.

Die Einflussnahme auf die Klassenzusammensetzung impliziert den Versuch einer Einflussnahme in die Beziehungsgestaltung der Kinder in Form einer Tabuisierung: Die Kinder sollen möglichst keinen Kontakt haben. Das ist ein erheblicher Eingriff in die Autonomie der Kinder.

### **Das Prinzip der Nichtschädigung**

Die bereits getroffene Auswahl derselben weiterführenden Schule für beide Kinder bringt Störungspotential mit sich. Die zu erwartenden Störungen können die therapeutische Arbeit erschweren und sich schädigend auswirken. Die konkreten Auswirkungen sind abhängig von verschiedenen Faktoren. Geringst mögliche Störungen sind zu erwarten, wenn die Kinder ohne Einflussnahme in Parallelklassen landen. Aber auch dann ist es möglich, dass sie sich kennen lernen und dass die Eltern sich in schulischen Zusammenhängen begegnen. Das Ausmaß der Begegnungen und das Störungspotential nehmen zu, wenn die Kinder Mitschüler derselben Klasse werden. Die Fähigkeiten und Störungen des Patienten bzw. seiner Eltern und die Fähigkeiten und Befangenheiten der Therapeutin, mit diesen Situationen pro-plan umzugehen, bestimmen dann das Ausmaß des Schadens. Die Therapeutin ist ja nicht nur als Therapeutin involviert, sondern auch als Mutter. Interessenkonflikte sind denkbar, auch der, dass ihre Priorität der Aufgabe als Mutter gilt. Selbst ein Therapeutenwechsel könnte unter Umständen angezeigt sein. Dies wäre natürlich mit Aufwand und Kosten verbunden, insofern entstände ein finanzieller „Schaden“, aber nicht zwangsläufig einer in Bezug auf den therapeutischen Effekt. Der größte denkbare Schaden ist der, dass die Therapeutin es nicht erkennt, wenn sie ihre therapeutische Aufgabe nicht mehr wahrnehmen kann.

Demgegenüber ist zu fragen: 1. Kann die Einflussnahme auf die Klassenzusammensetzung diese denkbaren Schädigungen verhindern oder mindern? 2. Kann die Offenbarung des Behandlungsverhältnisses sich schädigend auswirken? 3. Hat die Bitte um Redeerlaubnis schädigendes Potential?

Zu 1: Die Zuordnung der beiden Kinder in verschiedene Klassen soll dem Ziel dienen, potentielle Störfaktoren für die therapeutische Arbeit zu verhindern bzw. zu reduzieren. Wenn aber die Therapeutin dem Patienten bzw. seinen Eltern gegenüber ihre Bitte um Redeerlaubnis begründet, liefert sie selbst einige der potentiellen Störfaktoren, die sie gern vermieden hätte. Die Information, dass das eigene Kind dieselbe Schule besucht, kann auch dann, wenn beide Kinder in verschiedenen Klassen landen, Wirkungen entfalten.

Zu 2: Die Therapeutin informiert die Schulleitung bzw. den schulischen Mitarbeiter, der die Klassenzuweisung vornimmt. Sie kann um Vertraulichkeit bitten, es besteht aber keine Rechtsverpflichtung der Schule auf umfassende Verschwiegenheit. Schülern kann die Information weitergegeben werden, d. h. jeder Lehrer des Patienten kann erfahren, dass der Schüler in psychotherapeutischer Behandlung ist. Die Therapeutin, der Patient und seine Eltern können nicht wissen und haben keinen rechtlich begründeten Einfluss darauf, wie der so Informierte mit der Information umgeht und wie der Schüler in seinem Verhalten dann beurteilt wird. Das kann sich durchaus schädigend für den Patienten auswirken, auch langfristig.

Zu 3: Die Bitte der Therapeutin um Redeerlaubnis enthält implizite Mitteilungen, die geeignet sind, das Vertrauen in die Kompetenz der Therapeutin zu erschüttern. Sie erwartet Erschwernisse für ihre Arbeit und bringt mit ihrem Anliegen zum Ausdruck, dass sie diesen Schwierigkeiten gern ausweichen möchte und dies auf eine Weise versucht, die andere in Anspruch nimmt, wobei sie in Kauf nimmt, dass die ihrerseits Belastungen auf sich nehmen.

### **Das Prinzip der Nutzenmehrung**

Ginge die Therapeutin mit der erhaltenen Redeerlaubnis zur Schulleitung, so würde sie mit hoher Wahrscheinlichkeit erreichen, dass beide Kinder in Parallelklassen unterrichtet würden. Dennoch kann nicht

<sup>3</sup> Eine ausführliche Darstellung des prinzipienethischen Ansatzes findet sich bei Stellpflug und Berns (2008).

davon ausgegangen werden, dass die Therapeutin unbefangen wäre, dass ihre Arbeit wirklich ungestört wäre. Patient und Eltern hätten ja die Information über die Mitschülerschaft. Wie sie damit umgehen, auch im Umgang mit dem Kind der Therapeutin, läge ebenso sehr in ihrer Entscheidung, wie wenn sie es zufällig erführen.

Landen beide Kinder in einer Klasse, ist aber eine nutzenbringende Wirkung für die Therapie auch nicht auszuschließen. Diese Situation böte z. B. auch Gelegenheit zur Erfahrung angemessener Separation, Achtung der Persönlichkeitsgrenzen und Realitätsbewältigung. Die nutzbringende Wirkung dieser Variante ist aber abhängig von dem persönlichen Potential an Fähigkeiten bzw. Handicaps der beteiligten Personen zur Bemeisterung dieser Situation.

### **Das Prinzip, Gerechtigkeit anzustreben**

Unter dem Aspekt der Gerechtigkeit bzw. Fairness ist zu prüfen, ob die ins Auge gefassten Maßnahmen gerechtfertigt sind in Bezug auf Aktivitätsaufwand und zu erwartendem Erfolg, in Bezug auf die Kosten und Verteilung der Lasten unter den Beteiligten und ferner, ob Rechte betroffen und geregelte Pflichten zu beachten sind.

Der unmittelbare Aktivitätsaufwand ist relativ gering. Die Bitte um Redeerlaubnis wäre Thema einer der regelmäßig stattfindenden Therapiestunden bzw. der Elterngespräche. Der Antrag an die Schule ist ein erforderlicher Mehraufwand für die Therapeutin, er kann im Gespräch erfolgen oder schriftlich. Die Therapeutin kann das Gespräch allein führen, selbstverständlich können die Eltern auch selbst aktiv werden, es ist aber nicht zwingend erforderlich. Wird der Antrag vor der Klassenzuteilung gestellt, entsteht für die Schule kein organisatorischer Mehraufwand.

Erfolg in dem Sinne, dass die bisherige Ungestörtheit des therapeutischen Rahmens erhalten wird, ist weder mit der Einflussnahme noch ohne sie zu erreichen. Es geht lediglich um eine Reduzierung bzw. Begrenzung des zu erwartenden Störungspotentials. Der Mehraufwand ist dann gerechtfertigt, wenn ein deutlich spürbarer

Gewinn mit relativ großer Gewissheit zu erwarten ist. Hierbei sind auch finanzielle Aufwendungen zu berücksichtigen.

Kosten entstehen dadurch, dass die Gespräche mit Patient bzw. Eltern zur professionellen Tätigkeit der Therapeutin gehören, für die sie prinzipiell honoriert wird. Hier bringt sie jedoch ein eigenes Anliegen ein, so dass die Frage, wer für die Honorierung verantwortlich ist, zu klären ist. Kosten können auch entstehen, wenn tatsächlich Störungen auftreten, die therapeutisch bearbeitet werden, weitere, wenn u. U. tatsächlich ein Therapeutenwechsel erfolgt. Hier ist jeweils die gerechte Zuordnung der finanziellen Verantwortlichkeit zu prüfen. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass die Gesamtsituation auf der Grundlage grundgesetzlich geregelter Bürgerpflichten und -rechte entstanden ist, so dass z. B. eine Finanzierung durch solidarisch getragene Gelder (GKV) durchaus gerecht ist.

Kosten und zeitlicher Aufwand für Inanspruchnahme von Supervision gehören zu den Betriebskosten der Psychotherapeutin, die implizit mit dem Honorar abgegolten werden.

Wie werden die nicht finanziellen Lasten bei den jeweiligen Optionen verteilt? Die Therapeutin ist immer belastet, wenn sie aktiv wird und wenn sie nicht aktiv wird. Wird sie aktiv, werden alle anderen mit belastet, wird sie nicht aktiv, geschieht das nicht zwangsläufig. Wird sie nicht aktiv, trägt sie u. U. die Belastungen allein. Wird sie aktiv, entstehen neue Lasten. Z. B. bürdet sie ihrem Patienten und seinen Eltern die Entscheidungslast auf. Entscheiden diese sich für eine Redeerlaubnis, tragen sie die möglichen Konsequenzen aus der nicht korrigierbaren Information, entscheiden sie sich dagegen, tragen sie die Last der möglichen Schuldgefühle ihr gegenüber, die die Zurückweisung eines Ansinnens mit sich bringen kann. Das Kind der Therapeutin kann in beiden Fällen belastet werden, Inhalte und Ausmaß der Lasten sind von Umständen abhängig, die zum jetzigen Zeitpunkt weder bei Aktivwerden noch bei Nichtaktivwerden berechenbar sind. Wird die Therapeutin nicht aktiv, besteht aber die Möglichkeit, dass dem Kind aus der ganzen Angelegenheit keine Last

## **Institut für Psychoanalyse Nürnberg (DPG)**

bietet staatlich anerkannte und qualifizierte psychoanalytische Aus- und Weiterbildung für

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

**Nächster Beginn der Ausbildung:  
April 2009**

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

- 4.2.09: Abwehr und Widerstand
- 7.3.09: Das Unbewusste
- 14.3.09: Macht es noch Sinn, die Nazizeit in Vorgesprächen zu beachten?

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

**IPN, Penzstr. 10, 90419 Nürnberg**  
Tel: 0911/ 97797101  
e-mail: [sekretariat@dpg-nuernberg.de](mailto:sekretariat@dpg-nuernberg.de)  
[www.psychanalyse-nuernberg.de](http://www.psychanalyse-nuernberg.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)

entsteht. Äußert die Therapeutin aber den Wunsch nach Parallelklassenbeschulung, impliziert dies eine Aufforderung an die Kinder, persönlichen Kontakt zu meiden, was durchaus als Belastung zu bezeichnen ist.

Welche Rechte sind betroffen und welche geregelten Pflichten sind zu beachten? Die Relevanz des Selbstbestimmungsrechts des Patienten bzw. seiner Eltern und die Pflicht der Therapeutin zum Datenschutz wurden bereits erläutert. Ebenso wurde bereits ausgeführt, dass die Situation auf der Basis von grundgesetzlichen Pflichten und dem Wahlrecht von Eltern entstanden ist. Einschlägige Regelungen der MBO-PP/KJP wurden aufgelistet und diskutiert.

### Konsequenzen

Alle Prinzipien sind berührt und fordern, jedes für sich, Handlungskonsequenzen. Beide Handlungsoptionen – sowohl die Bitte um Redeerlaubnis und der Versuch der Einflussnahme auf die Klassenzusammensetzung als auch diesbezügliche Nichtaktivität – realisieren das Prinzip der Achtung der Autonomie, nicht aber die implizite Aufforderung der Therapeutin bzw. Mutter zur Vermeidung des persönlichen Kontakts der Kinder. Unter dem Aspekt der Nichtschädigung ist die Nichtaktivität dem aktiven Vorgehen vorzuziehen, denn die Bitte um Redeerlaubnis birgt in jedem Fall Störungspotential: a) sie stört im selben Bereich, in dem sie Störungen vorbeugen soll, b) sie liefert nicht korrigierbare Informationen über den Patienten, die sich schädigend für ihn auswirken können. Die Nichtaktivität enthält immerhin die Möglichkeit der Nichtschädigung. Das Risiko der Schädigung ist aber vorhanden und fordert entsprechenden Umgang, z. B. supervisorische Hilfestellung für die Therapeutin, insbesondere um dafür zu sorgen, dass Interessenskollisionen gesehen werden und ggf. rechtzeitig einen Therapeutenwechsel vorzuschlagen. Eine Nutzenmehrung ist bei beiden Optionen nicht sicher zu erwarten, der Wunsch, die bisherige Ungestörtheit der therapeutischen Arbeit zu erhalten, ist mit beiden Optionen nicht zu erfüllen. Daraus ist keine Handlungspflicht für eine der Optionen abzuleiten. Unter Gerechtig-

keitsaspekten sind die Überlegungen entscheidungsrelevant, wer die entstehenden Belastungen verantwortlich tragen sollte. Bei der Abwägung der Zumutbarkeit der Lasten für den Patienten und seine Eltern durch das Ansinnen der Therapeutin und die sich ergebenden Konsequenzen aus der Offenbarung des Behandlungsverhältnisses ist zu berücksichtigen, dass für den Patienten langjährig Auswirkungen auf dem Spiel stehen, während die Belastungen für die Therapeutin zeitlich begrenzt sind und grundsätzlich auch zum Berufsrisiko von Psychotherapeuten gehören. Dies spricht für Nichtaktivwerden der Therapeutin.

### Konflikte zwischen den Prinzipien

Die Ausgangsfrage der Psychotherapeutin wies auf einen berufsethischen Konflikt hin: Eine als hilfreich gedachte Außenintervention schien zu konfliktieren mit dem Abstinenzgebot und der Schweigepflicht. Die Anwendung der vier bioethischen Prinzipien zeigt, genau genommen, keine Konflikte zwischen den Prinzipien. Alle sich ergebenden Handlungskonsequenzen können ohne Widerspruch zueinander realisiert werden. Danach realisiert die Therapeutin die Prinzipien dann am besten, wenn sie nicht initiativ wird im Außenkontext, sondern sich bemüht, die Therapie trotz der zu erwartenden Störungen fortzusetzen und Maßnahmen ergreift, um die Störungen zu erkennen und qualitativ gut zu managen.

### Literatur

- Beauchamp, T. L. & Childress, J. L. (2001). *Principles of Biomedical Ethics* (5th ed.). New York: Oxford University Press.
- Beauchamp, T. L. & Faden, R. R. (2004). Bedeutung und Elemente des Informierten Einverständnisses. In U. Wiesing (Hrsg.), *Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch* (2. Aufl.) (S. 111-114). Stuttgart: Reclam.
- Clouser, K. D. & Gert, B. (2005). Eine Kritik der Prinzipienethik. In O. Raupich & F. Steger (Hrsg.), *Prinzipienethik in der Biomedizin. Moralphilosophie und medizinische Praxis* (S. 88-108). Frankfurt: Campus Verlag.

Dichgans, J. (2004). Der Arzt und die Wahrheit am Krankenbett. Zur Aufklärung von Kranken und Sterbenden. In U. Wiesing (Hrsg.), *Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch* (2. Aufl.) (S. 104-106). Stuttgart: Reclam.

Düwell, M., Hübenthal, C. & Werner, M. H. (2006). *Handbuch Ethik* (2. überarbeitete u. erweiterte Aufl.). Stuttgart: Metzler.

Raupich, O. & Steger, F. (Hrsg.). (2005). *Prinzipienethik in der Biomedizin. Moralphilosophie und medizinische Praxis*. Frankfurt: Campus Verlag.

Stellpflug, M. & Berns, I. (2008). *Musterberufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Text und Kommentierung* (2. überarbeitete Auflage). Heidelberg: Psychotherapeutenverlag.

Wampold, B. E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods, and Findings*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Bundesärztekammer. (2008). *Suchbegriff „Medizinethik in der Berufsordnung.“* Verfügbar unter [www.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de) [20.09.8008].



Inge Berns

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin  
Hohenzollernstraße 41  
30161 Hannover  
[IngeBerns@t-online.de](mailto:IngeBerns@t-online.de)

# Patientendaten im Griff



B. Meinen aktuellen Gesundheitszustand beurteile ich folgendermaßen:  
sehr gut  eher gut  eher schlecht  schlecht

Auf Empfehlung \_\_\_\_\_  
Auf persönlichen \_\_\_\_\_  
Sonstiges: \_\_\_\_\_

D. Noch zwei Fragen zu Ihrer Person:  
Alter:  Jahre

Bitte deutlich schreiben (Druckbuchstaben)



## Datenschutz in der Arztpraxis

Ein Leitfaden für den Umgang mit Patientendaten

Von Dr. Andreas Höpken und Helmut Neumann

2., überarbeitete Auflage 2008

96 Seiten. Kartoniert. € 29,80

ISBN 978-3-8114-3461-5

Dieser Leitfaden gibt einen Überblick über das Thema Datenschutz in der Arztpraxis. Die grundlegenden Sachverhalte werden in allgemein verständlicher Sprache dargelegt. Dazu gehören die Darstellung der gesetzlichen Grundlagen. Konkrete Tipps für den Praxisalltag reichen von der Praxiseinrichtung bis zum Umgang mit dem Praxis-PC und insbesondere den Aktivitäten der Arztpraxis im Internet.

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

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

Deutsches Ärzteblatt

# Oberverwaltungsgericht Nordrhein-Westfalen bestätigt die wissenschaftliche Anerkanntheit der Systemischen Therapie/Familientherapie

## Wissenschaftliche Anerkennung auf dem gerichtlichen Prüfstand, Teil II

Mareke de Brito Santos-Dodt

### Der Beschluss

Das Oberverwaltungsgericht Nordrhein-Westfalen (OVG NRW) hat am 04.08.2008 durch einstimmigen Beschluss das Land NRW erneut verpflichtet, eine Ausbildungsstätte nach § 6 Abs. 2 PsychThG für die Ausbildung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit dem Vertiefungsgebiet Systemische Therapie/Familientherapie zuzulassen (Az. 13 A 2146/06) und damit die Berufung gegen das Urteil des Verwaltungsgerichts Düsseldorf vom 07.04.2006 (Az.: 26 K 9121/03) zurückgewiesen.

In dem seit 2003 währenden Rechtsstreit hatte das Landesprüfungsamt der Bezirksregierung Düsseldorf dem Ausbildungsinstitut die Zulassung mit Verweis auf die fehlende Anerkennung des Verfahrens durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) nach § 11 PsychThG verweigert. Das OVG setzt sich daher erneut ausführlich mit dem zentralen Begriff des wissenschaftlich anerkannten Verfahrens gem. § 1 Abs. 3 PsychThG auseinander und kommt – wie zuvor das Verwaltungsgericht Düsseldorf – zu dem Ergebnis, „die Berufung auf einen fehlenden Wirksamkeitsnachweis“ sei nicht haltbar (S. 9). Entscheidend sei vielmehr, dass die Systemische Therapie/Familientherapie in der Wissenschaft und in der Profession „eine breite Resonanz gefunden“ und „in der beruflichen Praxis von einer erheblichen Zahl von Therapeuten angewandt“ werde (S. 7). Sowohl der WBP als auch die Landesbehörden seien an diese Auslegung

gebunden. In seiner Begründung stützt sich der OVG-Beschluss im Wesentlichen auf die grundsätzlichen Ausführungen in dem Beschluss zur Gesprächspsychotherapie vom 15.01.2008 (13 A 5283/04), die im PTJ 2/2008 bereits ausführlich dargestellt und erläutert wurden.<sup>1</sup>

### Grundsätzliche Eignung des Therapieverfahrens

Der Intention des Gesetzgebers entsprechend, „ein breit gefächertes Behandlungsspektrum mit unterschiedlichen Verfahren zu ermöglichen (...) und Weiterentwicklungen in diesem Bereich nicht zu verhindern, kann nach den dargelegten Kriterien Orientierungsmaßstab und -grenze für eine psychotherapeutische Methode nur sein, ob sie vor dem Hintergrund des zu schützenden Patientenwohls außerhalb der allgemeinen Akzeptanz in der Berufsbranche steht und beispielsweise (...) wegen fehlender Mindeststandards im Bereich der Scharlatanerie und der missbräuchlichen Anwendung anzusiedeln ist“ (S. 10). Diese „Grenze“ sei für die Systemische Therapie/Familientherapie nicht ersichtlich. Es würde folglich der dargelegten Intention widersprechen, „von vorneherein als wissenschaftlich anerkannte Verfahren im Sinne des Gesetzes nur diejenigen Verfahren zuzulassen, die zum Zeitpunkt des Gesetzes, also im Jahr 1998 weitgehend anerkannt waren“ (S. 11). Bereits in dem Forschungsgutachten aus dem Jahr 1991, wie auch in dem „Gutachten des WBP zur Systemischen Therapie als wissenschaftliches Psychotherapieverfahren“ von 1999

sei die „grundsätzliche Eignung des in Frage stehenden Therapieverfahrens nicht in Frage gestellt“ worden (S. 11).

### Weitere Klärung vor dem Bundesverwaltungsgericht

Das OVG betont, auch deshalb „mit der Entscheidung im Berufungsverfahren nicht länger zu warten“, weil nicht absehbar sei, „ob und wann“ mit dem Abschluss des Bewertungsverfahrens durch den WBP, zunächst für den Herbst 2007 angekündigt, dann verschoben auf 2008, gerechnet werden könne (S. 10). So biete „die gerichtliche Entscheidung zum jetzigen Zeitpunkt in Verbindung mit der Zulassung der Revision und dem inzwischen beim Bundesverwaltungsgericht anhängigen Verfahren zur Gesprächspsychotherapie (...) die Möglichkeit zu einer weiteren bundesgerichtlichen Klärung“ (S. 10).

Das Land NRW hat Revision eingelegt. So bleibt der Ausgang des Verfahrens mit Spannung abzuwarten.

Dipl.-Psych.

Mareke de Brito Santos-Dodt

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

<sup>1</sup> Den Wortlaut dieses Beschlusses wie auch den Beschluss vom 15.01.2008 finden Sie unter [www.psychotherapeutenjournal.de/archiv.html](http://www.psychotherapeutenjournal.de/archiv.html).

# Einwurf

## Rettet den G-BA!

Roland Raible

Ich muss ein Masochist sein. Warum hätte ich mir das sonst antun sollen? Nein, ich habe mich nicht verstümmelt und auch sonst keine Gewalt gegen mich gerichtet. Ich habe mich nur entschlossen, eine Ausbildung in Verhaltenstherapie zu machen, und zwar nach den Regeln der Ärztekammer, als Psychologe. Aber: Vorsicht mit Vorurteilen bitte! Ich leide nicht unter den Ärzten im Seminar und auch nicht unter der Verhaltenstherapie. Und auch dass ich die Mühe dieser Fortbildung auf mich nehme, obwohl ich es als approbierter Psychotherapeut mit Kassenzulassung nicht nötig hätte, spiegelt noch keinen Hang zur Selbstquälerei wider. Eher schon..., aber folgen Sie mir in das Seminar!

Mindestens die Hälfte des Therapieerfolges sind der Güte der therapeutischen Beziehung zuzuschreiben, höre ich. Das wundert mich nicht. Habe ich mich doch in meiner gesprächspsychotherapeutischen Ausbildung jahrelang darin geschult, die Fähigkeit zur Gestaltung einer therapeutischen Beziehung zu entwickeln. Allerdings: Im Ausbildungsprogramm der VT für die ärztlichen Kolleg(inn)en kommen die Themen „Gesprächsführung“ oder „Beziehungsgestaltung“ nicht vor. Das gibt mir zu denken. War ich früher einfach minderbegabt, dass ich das erst lernen musste?

Ich höre vom S-O-R-K-C-Schema, der Verhaltenskette vom Stimulus über die Reaktion zur Verstärkung derselben. Und davon, dass sich um dieses Schema herum viele andere Aspekte ranken, die den Menschen ausmachen: die Lebensgeschichte, die Lernerfahrung, die Sozialisation, die aktuel-

len Lebensbedingungen, die Beziehungserfahrungen usw. Und daher kann man verhaltenstherapeutische Interventionen nicht mechanistisch anwenden. (Eben, sonst wäre es ja nur eine Technik!) So setzt dann auch das Sieben-Stufen-Schema von F. Kanfer die eigentliche verhaltenstherapeutische Intervention erst an die fünfte Stelle. Und wie schafft man Voraussetzungen, damit sich bis dahin eine Beziehung entwickeln kann? Kein Thema in diesem Seminar.

Was genau ist denn nun die Therapie? Verhaltenstherapie als eine Vorgehensweise eingebettet in etwas eigentlich anderes? Aber nein: Die Verhaltenstherapie ist eine eigenständige Therapieform, keine Methode. Das behauptet der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) als für die Zulassung von Psychotherapieformen zur ambulanten Versorgung zuständiges Organ. Interessant. Wo doch, wie ich nun erstaunlicherweise auch von Verhaltenstherapeuten lerne, nur circa ein Drittel der therapeutischen Effekte auf die Anwendung der genuin verhaltenstherapeutischen Technik zurückzuführen sind.

Die übrigen zwei Drittel haben mit Beziehung und Beziehungsgestaltung zu tun, siehe oben. Also mit dem, was eigentlich die Gesprächspsychotherapie ausmacht. Erstaunlicherweise ist die aber keine wissenschaftlich fundierte Psychotherapie. Keine ausreichend effektive, keine für ausreichend viele Störungen bewährte jedenfalls, so der G-BA in seiner erneuten Ablehnung am 24. April 2008: Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie seien für die

# Neu anfangen



Aus dem Englischen übersetzt von Katharina Schröder. 2008. 280 S., 2 Abb., Kt € 19.95 / CHF 33.90 ISBN 978-3-456-84517-3

**Meg Kennedy Dugan / Roger R. Hock**  
**Neu anfangen**  
nach einer Misshandlungsbeziehung

Verständlich geschrieben, vermittelt das Buch klare Übungen zur Selbsterkundung und Förderung der Heilung nach Misshandlungsbeziehung.



Aus dem Englischen übersetzt von Karin Dilling. 2003. 219 S., 12 Abb., 8 Tab., Kt € 24.95 / CHF 42.80 ISBN 978-3-456-83963-9

**Helen Kennerley**  
**Schatten über der Kindheit**  
Wie sich frühe psychische Traumata auswirken und wie man sie bewältigt

Viele Menschen werden von schrecklichen Erinnerungen an Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit bis ins Erwachsenenalter verfolgt. Dieses Buch gibt ihnen konkrete und bewährte Anleitungen zur Selbsthilfe.

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

HUBER



Behandlung der wichtigsten psychischen Erkrankungen bislang nicht in der ausreichenden Breite wissenschaftlich belegt. Wieder durchgefallen. Das Plagiat hat Bestand und das Original wird verworfen?

Kennen Sie das? Ihr Vorgesetzter hat Ihnen ein Projekt nach dem anderen als nicht realisierbar, nicht solide genug, nicht ausreichend durchdacht zurückgegeben. Und während Sie brüten, was denn noch an Verbesserungen gefordert ist, bekommen Sie mit, dass er mit Ihren Arbeitsergebnissen in der Chefetage beeindruckt. Ist das nun künstlerische Befruchtung? Kongeniale Partnerschaft? Oder Etikettenschwindel? Wer schreibt sich hier was auf seine Fahnen?

Leide nur ich unter diesem Mimikri? Wenn ich meinen Kolleg(inn)en glauben darf, dann machen die meisten in der Therapie, was sie für richtig halten. Und zwar querbeet, unabhängig von der Herkunft und Schulorientierung. Weil jede(r) weiß: Der Therapeut/die Therapeutin selbst ist

das Agens, durch das hindurch jede „Methode“ erst wirksam wird. Offiziell ist man natürlich tiefenpsychologisch fundiert oder lernpsychologisch gepolt. Ein Hoch auf die Subversivität! Wir geben uns als Richtlinienpsychotherapeuten. Und dort, wo niemand hinschauen kann, machen wir das, was wir können und hinter dem wir stehen. Den Patienten ist's eh egal, wie das Kind heißt. Hauptsache es wird ihnen geholfen.

Dann gehöre ich doch nicht zu den Masochisten und nicht zu den Verlierern dieser Posse. Die sitzen vielmehr – richtig! – im G-BA. Oder glauben Sie denn, die wissen nicht, was in den Praxen gespielt wird? So dicke Mauern kann doch kein Elfenbeinturm haben! Man wird dort doch nicht allen Ernstes davon ausgehen, dass Gesprächspsychotherapie unwirksam sei – pardon! – „nicht ausreichend wissenschaftlich belegt“. Ganz zu schweigen von Gestalttherapie, Psychodrama, Systemischer Therapie.... Aber das evidenzbasierte Verständnis von Wissenschaft verlangt eben

Entscheidungen auch wider besseren Wissens. Das ist wahre Opferbereitschaft! Einsatzwille bis zur Selbstverleugung in einer Zeit, die subjektives Wohlbefinden zur Lebensmaxime erklärt. Welche Größe! Welche Standhaftigkeit! Kommen Sie, wir gehen sammeln. Damit uns dieser G-BA erhalten bleiben kann als Quelle für zukünftige historische Studien, als Denkmal einer rätselhaften Phase der deutschen Psychotherapiegeschichte.

Und wir Praktiker machen weiterhin tiefenpsychologisch fundierte Gesprächspsychotherapie auf lernpsychologischer Basis mit erlebnisaktivierenden Methoden unter Berücksichtigung systemischer Rahmenbedingungen zu unserer Richtlinie. Basta.

**Roland Raible**

Psychologischer Psychotherapeut  
Praßbergstr. 48  
88239 Wangen  
roland.raible@raible-idea.de

**LANGEOOG 2009 31.05. – 06.06.2009**

**38. Psychotherapiewoche**

*Leitthema:*

Denkste In der Psychotherapie



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

*Leitthema:*

Kindheit im digitalen Zeitalter



**Programmanforderung:** Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKN, Berliner Allee 20, 30175 Hannover, Tel.: 0511/3802496, FAX: 0511/3802499, E-Mail: akademie@aekn.de

# Recht: Aktuell

## Praxistipps – Hinweise – Informationen

### Leben oder sterben lassen – zur Suizidpaktentscheidung des Oberlandesgerichtes Braunschweig

Uta Rüping, Ulrike Lembke

In Deutschland sterben jährlich zwischen 11.000 und 12.000 Menschen durch Suizid, was die Zahl der Verkehrstoten bei weitem übersteigt. Noch nicht eingerechnet ist dabei die hohe Dunkelziffer. Die Bewertung des Suizids ist umstritten; die Extrempositionen reichen seit der Antike von der Qualifizierung als natürliches Recht des freien Menschen bis zur Verdammung als Verbrechen wider die menschliche Natur und gegen Gott.

Da der Suizid eine Folge von Depression oder einer sonstigen psychischen Erkrankung sein kann, liegt es in der Natur der Sache, dass sich eine Vielzahl von Suizidenten im Zeitpunkt ihres Entschlusses zur Selbsttötung in psychiatrischer oder psychotherapeutischer

Behandlung befanden oder befinden. Der folgende Beitrag befasst sich aus Anlass eines aktuellen Urteils mit der Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen der behandelnde Psychotherapeut im zivilrechtlichen Sinne, d. h. mit der Folge von Schadensersatzpflichten gegenüber dem Patienten oder seinen Hinterbliebenen, haftet.

#### **Der Fall (OLG Braunschweig v. 11.02.2008 Az. 1 U 2/08)**

Der Ehemann der Klägerin hatte sich nach Überweisung durch den Hausarzt und auf Empfehlung eines Psychologen am 11.02.2004 in die Behandlung des Beklagten, eines Facharztes für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, begeben. In einem ersten Beratungsgespräch zeigte sich,

dass der Patient an Depressionen litt, die unter anderem durch seine Probleme am Arbeitsplatz bedingt waren. Der beklagte Psychiater und der Patient vereinbarten einen Folgetermin für die nächste Woche. Doch schon am Freitag, den 13.02.2004, begab sich der Patient auf die ausdrückliche, dem Beklagten gegenüber telefonisch geäußerte Bitte seiner Ehefrau kurzfristig erneut in die Praxis des Beklagten. Im Rahmen dieser Konsultation wurde ein sogenannter Suizidpakt geschlossen, wobei sich der Beklagte vom Patienten in die Hand versprechen ließ, dass dieser sich bis zum nächsten Termin nichts antun werde. Ein sog. Suizidbogen wurde nicht erstellt. Am Morgen des 14.02.2004 erhängte sich der Patient in der Garage

des von der Familie bewohnten Hauses.

Die Ehefrau machte daraufhin gegen den Beklagten einen Anspruch auf ein vom Verstorbenen an sie vererbtes Schmerzensgeld geltend. Landgericht und Oberlandesgericht haben die Klage als unbegründet abgewiesen: der Psychiater habe gegenüber dem Verstorbenen seine Sorgfaltspflichten aus dem Behandlungsvertrag nicht schuldhaft verletzt, der Suizid sei nicht kausal auf ein Tun oder Unterlassen des Behandlers zurückzuführen und so könne die Witwe auch keinen Schmerzensgeldanspruch ererbt haben.

Diese Entscheidung ist im Ergebnis richtig. Wir werden im Folgenden aufzeigen, wie das



**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

juristische Handwerkszeug den besonderen Raum der psychiatrischen und psychotherapeutischen Beziehung respektiert und in Angelegenheiten der Seele einem allzu schlicht-linearen Kausalitätsglauben entgegentritt.

### **Voraussetzungen eines Schmerzensgeldanspruches**

Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüche gegen einen Behandler setzen zunächst voraus, dass der Behandler schuldhaft gegen eine Pflicht aus dem Behandlungsvertrag verstoßen oder in anderer Weise schuldhaft ein Rechtsgut wie Leib, Leben oder Freiheit des Vertragspartners verletzt hat.

### **Erkennbarkeit einer akuten Suizidgefahr**

Erste Voraussetzung einer Haftung für den Suizid eines Patienten ist, dass für den Behandler eine akute Suizidgefahr erkennbar war. Doch schon die Frage, wann eine grundsätzliche Suizidalität, wie sie bei vielen Patienten vorhanden ist, in eine akute Suizidgefahr umschlägt, ist nur für den Einzelfall zu beantworten und vom Gericht daher nur eingeschränkt nachprüfbar.

Ob der Behandler die Aktualität der Gefahr hätte erkennen müssen, lässt sich in der Regel nur unter Rückgriff auf die ärztliche/psychotherapeutische Dokumentation klären. Wird eine sorgfältige Exploration durchgeführt und werden die zur Einschätzung der Suizidalität erforderlichen Fragen gestellt, steht dem Behandler bei der Einschätzung akuter Suizidalität ein Ermessensspielraum zu. Das Gericht prüft also grundsätzlich nur, ob der Behandler nach den Regeln der ärztlichen

bzw. psychotherapeutischen Kunst gehandelt hat. Hat der Behandler Zustand und Absichten des Patienten genau erforscht, ohne dass dieser seine akute Suizidalität offenbart hätte, haftet er nicht für dessen – nach dem Befund überraschendes – selbstschädigendes Verhalten. Der Rechtsprechung ist bewusst, dass selbst während des Aufenthaltes in einem psychiatrischen Krankenhaus ein Suizid niemals mit absoluter Sicherheit vermieden werden kann.

### **Beweissituation bezüglich der Erkennbarkeit der akuten Suizidgefahr**

Da eine Psychotherapie normalerweise aus einem nie im Detail dokumentierten Zweiergespräch besteht, ist das Gericht auf die Angaben des in Anspruch genommenen Psychiaters/Psychotherapeuten angewiesen. Im besprochenen Beschluss führt so das Oberlandesgericht Braunschweig wiederholt aus, die Einlassung des Beklagten, der Verstorbene habe Suizidalität auf ausdrückliches Befragen durch den Beklagten verneint, sei unwiderlegt und unwiderlegbar. Damit spielt das Gericht auf die in Arzthaftungssachen meist „kriegsentscheidende“ Frage der Beweislast an.

Die Beweislast liegt im Grundsatz bei demjenigen, der einen Haftungsanspruch geltend macht. Es liegt nun auf der Hand, dass ein solcher Beweis kaum zu erbringen ist: entweder der Patient ist tot oder vielleicht, wenn der Suizidversuch glücklicherweise erfolglos blieb, nicht in der Lage, ein verwertbares Zeugnis abzugeben. Zudem stehen sich in diesem Fall die Angaben des

Patienten und des Behandlers gegenüber. Dieser chronischen Beweisnot der Patientenseite trägt die Rechtsprechung durch Beweiserleichterungen Rechnung, die – bei gravierenden Fehlern des Arztes – sogar bis zur Beweislastumkehr gehen können. Und genau an diesem Punkt setzte im Bezugsfall auch die Klägerin an.

Für die ärztliche Haftung gilt, dass eine lückenhafte oder unzulängliche Dokumentation zu Beweiserleichterungen für den Patienten führen kann. Entsprechend behauptete hier die Klägerin, die fehlende Erstellung eines sogenannten Suizidbogens belege als Dokumentationsmangel die unzureichende Exploration. Nur deshalb habe der Psychiater die akute Suizidalität verkannt.

Nun dient die Dokumentation primär therapeutischen Belangen, ihr Inhalt und Umfang richtet sich daher nicht nach den Erfordernissen in einem späteren Haftungsprozess. Gibt es z. B. in einer Klinik die (gebräuchliche) Übung, nur wesentliche Begebenheiten in der Dokumentation festzuhalten, so kann aus dem Schweigen der Dokumentation nicht auf ein Versäumnis geschlossen werden. Ein allgemeiner Grundsatz, wonach in der Klinik oder in der ambulanten Psychotherapie in jedem Fall ein sog. Suizidbogen zu fertigen wäre, existiert nicht. Es genügt vielmehr, dass (in der Dokumentation erkennbar) auf die Frage der Suizidalität eingegangen worden ist. Selbst wenn man anderer Auffassung wäre – so das OLG Braunschweig weiter – führe das Fehlen eines Suizidbogens nicht zu der Beweiserleichterung, dass zu einem bestimmten Zeitpunkt eine

akute Suizidgefahr vorgelegen habe.

### **Beweislast und sog. Suizidpakt**

Nach Ansicht des Oberlandesgerichts Braunschweig lässt auch der Abschluss eines sog. Suizidpakt nicht den Rückschluss zu, dass der Therapeut von einer akuten Suizidgefahr ausgegangen sei. Das Gericht sieht die Einlassung des Beklagten als unwiderlegt an, der Verstorbene habe Suizidalität auch auf ausdrückliches Befragen verneint und der sog. Suizidpakt sei nur geschlossen worden, weil es sich um einen neuen Patienten gehandelt habe. Zwar erkennt das Gericht die gewisse Reibung in der Aussage des Psychiaters: Wozu ein Suizidpakt, wenn von einer akuten Suizidalität nicht auszugehen war? Seine juristische Antwort ist schlicht: das Ergreifen überflüssiger Maßnahmen erzeugt noch keine Haftung.

Die richterliche Praxis beschränkt also die Beurteilung, ob für den Behandler eine akute Suizidgefahr erkennbar war, weitgehend darauf nachzuprüfen, ob der Behandler selbst der Frage der möglichen Suizidalität hinreichend nachgegangen ist. Haftungsvermeidend ist daher eine sorgfältige Befunderhebung nebst Diagnoseerstellung, die auch auf die Frage der Suizidalität eingeht. Diese Befunderhebung sollte hinreichend dokumentiert sein, um dem Gericht vorgelegt werden zu können.

### **Verhinderung des Suizids als Vertragspflicht?**

Ist nun bei einer umfassenden Exploration die akute Suizidgefahr festgestellt, so ist allein damit noch keine schuldhaft

Pflichtverletzung durch den Behandler dargetan. Vielmehr schließt sich die Frage an, ob der Behandler es pflichtwidrig unterlassen hat, den Suizid bzw. Suizidversuch zu verhindern. Dies wirft die Frage auf, welche Maßnahmen überhaupt zur Verfügung stehen.

Für den klinischen Bereich hat das Oberlandesgericht Naumburg mit einer Entscheidung vom 08.02.2000 konstatiert, dass ein Suizid niemals absolut vorhersehbar sei und dass die Selbsttötung im Grundsatz keine Pflichtverletzung des behandelnden Arztes indiziere: Wurde die Suizidgefahr des Patienten erkannt und wurde dieser Gefahr im Rahmen der Therapie entsprechend den ärztlichen Standards begegnet, scheidet danach eine Haftung

des behandelnden Krankenhausarztes bzw. des Krankenhausärztes aus.

Es geht also auch hier nicht darum zu prüfen, ob der Suizid mit irgendwelchen Mitteln hätte verhindert werden können, sondern ob das Verhalten des Behandlers fachgerecht und situationsadäquat war. Darin liegt das Eingeständnis, dass auch die beste und fachgerechte Behandlung den Suizid nicht mit absoluter Sicherheit ausschließen kann. In der Rechtsprechung ist überdies anerkannt, dass den Sicherungspflichten in Kliniken selbst bei erkannter Suizidneigung in mehrfacher Hinsicht durch folgende Rechtsgüter Grenzen gesetzt sind: die Menschenwürde und die allgemeine Handlungsfreiheit des Patienten, die Gesamtgesund-

heitssituation des Patienten und der angestrebte Therapieerfolg, die vertrauensvolle Beziehung und Zusammenarbeit zwischen Patient und Arzt sowie Krankenhauspersonal, das Erforderliche und Zumutbare auch für die Behandler.

Und selbst wenn eine Pflichtwidrigkeit begangen wurde, muss noch nachgewiesen werden, dass der Erfolg des Suizids oder Suizidversuchs gerade auf dieser Pflichtwidrigkeit beruht.

Der Bundesgerichtshof hatte mit Urteil vom 19.06.2001 den Fall einer Hausärztin zu entscheiden, die auf einen nächtlichen Anruf den Ehemann ihrer Patientin lediglich aufgefordert hatte, die Patientin im Auge zu behalten und am nächsten Morgen mit ihr in die

Sprechstunde zu kommen. Bevor es zu diesem Sprechstundenbesuch kommen konnte, unternahm die Patientin einen Suizidversuch, bei dem sie sich schwer verletzte. Der Bundesgerichtshof hielt es nicht für bewiesen, dass sich bei einem nächtlichen Hausbesuch ein so gravierendes Befundergebnis gezeigt hätte, dass sofort Maßnahmen zur Verhinderung des weiteren Geschehens hätten ergriffen werden müssen. Eine Beweislastumkehr zu Gunsten der klagenden Patientin komme nur bei einem groben Behandlungsfehler in Betracht, der hier nicht vorliege. Das Unterlassen eines nächtlichen Hausbesuches sei kein schlechterdings unverständliches Fehlverhalten, wie es einer Ärztin für Allgemeinmedizin niemals unterlaufen dürfe.



4. Praxissymposium des Universitätsverbundes der Psychologischen Institute der Universitäten Frankfurt, Gießen, Mainz und Marburg

**„Quo vadis VT? Neuere Entwicklungen in der Verhaltenstherapie“**  
**Samstag, 06. Juni 2009**

9.15-18.15 Uhr im Lindner Congress Hotel in Frankfurt/Höchst

**Programm**  
**Vormittags Vorträge und nachmittags Workshops zu folgenden Themen:**

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <b>Prof. Dr. Franz Caspar</b>     | „Quo vadis, Verhaltenstherapeutin und Verhaltenstherapeut? Vor der Herausforderung sich wandelnder Aufgaben in der Psychotherapie“ |
| <b>Dr. Matthias Berking</b>       | „Wie können wir die emotionalen Kompetenzen unserer Patienten stärken?“  |
| <b>Dr. Rainer F. Sonntag</b>      | „Flexibilität und wertebezogene Lebensführung: Der Ansatz der Akzeptanz- und Commitment-Therapie“                                  |
| <b>Prof. Dr. Ulrich Schweiger</b> | „Chronische Depression: Neue Konzepte und Therapiestrategien“  |

Wir freuen uns auf einen anregenden Veranstaltungstag mit Ihnen! Kontakt/Info: Weiterbildungsstudiengang Psychologische Psychotherapie der Justus-Liebig-Universität Gießen Südanlage 30, 35390 Gießen  
 Tel.: 0641/209 33 00, Fax: 0641/209 32 99 praxissymposium09@vt-giessen.de, www.vt-giessen.de

9 Fortbildungseinheiten sind beantragt

## Z-Expert Fortbildungen zur Behandlung von Zwangsstörungen

### Therapie von Zwängen bei Kindern und Jugendlichen

Münster, 14.03.2009, 125 €  
 Dipl.-Psych. Hildegard Goletz

### Spezifische Kognitive VT bei Zwangsstörungen

München, 28.03.2009, 125 €  
 Dipl.-Psych. Dr. Gisela Röper

### Behandlung von Zwangsgedanken

Marburg, 25.04.2009, 125 €  
 Dipl.-Psych. Thomas Hillebrand

### Therapie von Zwängen bei Kindern und Jugendlichen

Würzburg, 09.05.2009, 125 €  
 Dipl.-Psych. Dr. Uwe Hemminger

### Therapie der Trichotillomanie

Münster, 09.05.2009, 125 €  
 Dipl.-Psych. Dr. Antje Bohne

### Therapie körperdysmorpher Störungen

Berlin, 16.05.2009, 125 €  
 Dipl.-Psych. Dr. Ulrike Buhlmann

### Behandlung von Zwangsgedanken

Stuttgart, 20.06.2009, 145 €  
 Dipl.-Psych. Dr. Hansruedi Ambühl

### Expositionsbehandlung von Zwängen

München, 04.07.2009, 125 €  
 Dipl.-Psych. W. Mangold; Dr. N. Niedermeier

### Information und Anmeldung:

**[www.z-expert.de](http://www.z-expert.de) oder Telefon: 0251 - 5105741**

## Handlungsoptionen des behandelnden Psychotherapeuten

Die Situation des behandelnden Psychotherapeuten ist aber weder die des Haus- noch des Klinikarztes: Der Psychotherapeut kann sich einerseits nicht auf die Sachferne eines Hausarztes berufen, andererseits stehen ihm nicht die Handlungsmittel eines Klinikarztes zur Verfügung. Wenn der Psychotherapeut einer akuten Suizidgefahr bei einem seiner Patienten entgegentreten will, ist er oftmals auf externe Hilfe angewiesen. Darin liegt ein besonderes Problem: die Inanspruchnahme solcher Hilfen dürfte die Therapiebeziehung schwer belasten, wenn nicht gar untergraben.

Zu erwägen sind – wenn sie nicht untauglich oder zu langsam erscheinen – zunächst niederschwellige Maßnahmen. Der Patient könnte dazu bewegt werden, selbst weitere Hilfen in Anspruch zu nehmen, insbesondere durch Konsultation eines niedergelassenen Psychiaters zur interimistischen Medikation oder durch freiwillige Selbsteinweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus. Ein Gespräch darüber ist bei erkannter akuter Suizidgefahr immer angezeigt und Vertragspflicht des Psychotherapeuten (dokumentieren!). Gerade bei suizidgefährdeten Patienten anerkennt die Rechtsprechung, dass die Stärkung der Eigenverantwortlichkeit und damit die Inkaufnahme von Risiken wie dem der Selbstschädigung im Einzelfall therapeutisch notwendig sein kann. Realisiert sich daher bei solchen Maßnahmen das Suizidrisiko, so liegt nicht schon darin ein Haftungsgrund.

Ob und unter welchen Bedingungen stattdessen der sog.

Suizidpakt eine zulässige und ausreichende Handlungsoption darstellt, ist von der Rechtsprechung – bis auf die Erwähnung als therapeutische Maßnahme – noch nicht abschließend entschieden worden, zumal die Sinnhaftigkeit und Zulässigkeit eines sog. Suizidpaktes in der psychiatrisch/psychotherapeutischen Fachwelt nicht unumstritten ist (zum Suizidpakt statt vieler: Jürgen Kind, 2005, Suizidal. Die Psychoökonomie einer Suche, S. 186 ff.). Immerhin: wenn in einer funktionierenden psychotherapeutischen Beziehung dem Behandler ein Versprechen gegeben wird, kann nur dieser selbst beurteilen, ob durch einen solchen Pakt die zuvor akute Suizidalität zumindest temporär überwunden werden kann. Man kann also den Suizidpakt nicht nur (kritisch) unter dem Blickwinkel der Kenntnis von einer anfänglichen Suizidalität sehen, sondern auch (entlastend) als ein Hilfsmittel des Behandlers, im Rahmen seines Beurteilungsspielraumes nach Ausschöpfung seiner therapeutischen Mittel die Aktualität der Suizidgefahr zutreffend einzuschätzen. So könnte die juristische Beurteilung der Tatsache Rechnung tragen, dass der Suizidpakt ein Bindeglied zwischen Patient und Behandler sein kann, das den latent suizidbereiten Patienten gewissermaßen vor sich selbst schützt. Würde dieses Instrument juristisch als grundsätzlich untaugliches Mittel eingestuft, griffe das Gesetz ohne Not tief in die Behandlungsfreiheit und die therapeutische Zweierbeziehung ein; die oben entwickelten Grundsätze zum Beurteilungsspielraum des Behandlers würden ausgehöhlt.

### Information Dritter

Hält der Psychotherapeut eine akute Suizidgefahr für gegeben und scheiden niederschwellige

Maßnahmen als zu unsicher oder gar untauglich aus, so muss und darf fremde Hilfe ggf. auch gegen den Willen des Patienten aktiviert werden, wenn nicht der Suizid krankheitsfreier Ausdruck eines wohlabgewogenen Entschlusses (sog. Bilanzselbstmord) ist. Im Extremfall kommt eine Unterbringung, also die zwangsweise Einweisung in eine psychiatrische Klinik, als lebensrettende Maßnahme in Betracht.

Ob als weniger einschneidende Maßnahme eine Information der Angehörigen oder anderer Vertrauenspersonen zulässig wäre, ist mehr als zweifelhaft. Dem steht die Schweigepflicht, die nach § 203 StGB strafbewehrt und auch im Berufsrecht (so bsw. in § 8 Abs. 2 BO PKNds) verankert ist, entgegen. Zwar wird davon ausgegangen, dass eine Verletzung der Schweigepflicht durch Notstand nach § 34 StGB (hier: eine akute Suizidgefahr) gerechtfertigt sein kann, doch ist mit Blick auf die Persönlichkeits- und Freiheitsrechte des Patienten insgesamt Vorsicht geboten. Die Berufsordnungen lösen den Konflikt oftmals nicht, so spricht § 8 Abs. 4 BO PKNds nur von zu treffenden Maßnahmen für den Fall der Selbstgefährdung des Patienten, ohne diese zu spezifizieren. Ferner stellt sich die Frage, wie denn die solcherart informierten Personen einen Suizidversuch verhindern sollten. Ist die Selbstgefährdung akut und nicht anders abwendbar, bleiben auch diesen nur hoheitliche Zwangsmaßnahmen, ist sie nicht akut, gibt es wohl keine Rechtfertigung, die Schweigepflicht zu verletzen.

Allerdings ist in der Rechtsprechung eine Hinweispflicht des behandelnden Psychiaters

(und in vergleichbaren Fällen dann wohl auch des behandelnden Psychotherapeuten) an den nachbehandelnden Arzt bezüglich der Suizidgefahr anerkannt, andernfalls kann sich der vorbehandelnde Psychiater haftpflichtig machen, wie das Thüringische Oberlandesgericht am 15.11.2000 entschieden hat. Nicht gänzlich geklärt ist, wie konkret die Gefahr sein muss. Im entschiedenen Fall sollte der nachbehandelnde Arzt gerade die aus einem Suizidversuch stammenden Schnittverletzungen versorgen.

### Die zwangsweise Unterbringung

Als radikalste, aber zugleich wohl wirksamste Maßnahme kommt die Einschaltung des sozialpsychiatrischen Dienstes der Kommune mit dem Ziel der zwangsweisen Unterbringung des suizidgefährdeten Patienten in einer psychiatrischen Klinik nach Maßgabe des jeweiligen Landesgesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (PsychKG) in Betracht. In diesem Zusammenhang sind die Behörden berechtigt, unmittelbaren Zwang auszuüben.

Die Unterbringung einer Person ist nur zulässig, wenn von ihr in Folge einer auf psychischer Störung beruhenden Krankheit oder Behinderung eine gegenwärtige erhebliche Gefahr für sich oder andere ausgeht und diese Gefahr auf andere Weise nicht abgewendet werden kann, so beispielsweise § 16 NdsPsychKG.

Die – bis auf wenige Stunden der vorläufigen Unterbringung im Eilfall – dem Vormundschaftsrichter vorbehaltene Unterbringungsentscheidung setzt einen Antrag des Betreuers oder Bevollmächtigten

bzw. der zuständigen Behörde, meist des sozialpsychiatrischen Dienstes sowie das Gutachten eines Arztes für Psychiatrie oder zumindest mit Erfahrung auf dem Gebiet der Psychiatrie voraus, § 17 NdsPsychKG. Die unterzubringende Person wird durch den Richter persönlich angehört, da es sich um eine freiheitsentziehende Maßnahme handelt (Art. 104 GG). Das Vormundschaftsgericht muss bei seiner Entscheidung das Prinzip der Verhältnismäßigkeit beachten und es müssen konkrete Tatsachen vorgetragen werden, aus denen sich die akute Suizidgefahr ergibt.

An die konkreten Tatsachen zur Begründung einer für die Rechtfertigung der Unterbringung hinreichenden Gefahr stellt die Rechtsprechung hohe Anforderungen. Auch sind mit Blick auf die Verhältnismäßigkeit ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Maßnahmen einer freiheitsentziehenden Unterbringung immer vorzuziehen, was jedoch voraussetzt, dass diese ambulanten Maßnahmen ähnliche Aussicht auf eine Beseitigung der akuten Suizidgefahr versprechen.

Ist der sozialpsychiatrische Dienst nicht erreichbar, bleibt nur die Einschaltung des Gesundheitsamtes oder der Polizei, die über Verwaltungsvollzugsbeamte auch im Blick auf das NdsPsychKG verfügen. Die polizeirechtlichen Vorschriften der Länder sehen gewöhnlich auch einen sog. Schutzgewahrsam zur Sicherung der körperlichen Integrität der zu schützenden Person vor. Nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 Nds. SOG und zur Vollziehung des NdsPsychKG können die Verwaltungsbehörden oder die Polizei eine Person in Gewahrsam nehmen,

wenn dies zum Schutz dieser Person gegen eine Gefahr für Leib oder Leben erforderlich ist, insbesondere weil die Person sich erkennbar in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand oder sonst in hilfloser Lage befindet.

Eine abstrakte Suizidgefahr ist nicht ausreichend, es muss eine konkrete Gefahr bestehen. Folglich kann es im Einzelfall schwierig sein, die Polizeibeamten von der akuten Gefahrensituation zu überzeugen, der Erfolg dürfte wesentlich von den Vorkenntnissen der Beamten und dem aktuellen Verhalten des Patienten abhängig sein. Die mit Kränkungen für den Patienten verbundene Einschaltung der Polizei kommt nur in ganz akuten Notsituationen in Betracht und wenn die Unterbringung anders nicht gewährleistet werden kann.

### **Zusammenfassend lässt sich also festhalten**

Es gibt keine gerichtliche Entscheidung und auch keinen Rechtsgrundsatz, der den Behandler zwänge, einen wohlabgewogenen, nicht störungsbedingten und auf freier Willensentschließung beruhenden Suizid unter Bruch der Schweigepflicht zu verhindern. Behandlungsvertrag und Fürsorgepflicht, Berufsrecht und Strafrecht verpflichten den Behandler aber, die Gefahr von Selbstschädigungen in Folge einer psychischen Erkrankung stets im Blick zu behalten und zu erforschen, ob eine akute Suizidalität besteht, sowie alle Maßnahmen zu ergreifen, die notwendig und geeignet sind, eine Verzweiflungstat zu verhindern. Dabei hat der Psychotherapeut einen gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbaren

Beurteilungsspielraum sowohl hinsichtlich der Aktualität der Gefahr als auch hinsichtlich der Eignung des möglichst wenig eingreifenden Schutzmittels. Ein Suizidpakt wird als therapeutische Maßnahme die Haftung nur ausschließen können, wenn der Psychotherapeut sich davon Wirksamkeit versprochen hat und versprechen durfte (Beurteilungsspielraum!). Je intensiver die Patientenkenntnis und je länger die Therapiebeziehung, desto eher kann das der Fall sein. Da der Psychotherapeut – anders als der Psychiater des Bezugsfalls – über das Handlungsmittel der Medikation nicht verfügt, muss er als erste Maßnahme dem Patienten die medikamentöse Unterstützung durch einen Psychiater oder im Rahmen einer freiwilligen Krankenhausbehandlung anraten, um seinen Pflichten zu genügen.

Was immer er tut und vor allem, was immer er unterlässt: seine umfassende Exploration sowie die Voraussetzungen und Gründe seiner Entscheidungen sollten nachvollziehbar dokumentiert werden.

### **Rechtsprechung und Literatur (Auswahl)**

- Krankenhaushaftung und Arzthaftung bei Selbsttötung eines suizidgefährdeten Patienten, Vorhersehbarkeit des Suizids, ärztliche Standards, Grenzen der Sicherungspflicht: BGH vom 19.06.2001, Az. VI ZR 286/00; BGH vom 23.09.1993, Az. III ZR 107/92; OLG Koblenz vom 03.03.2008, Az. 5 U 1343/07; OLG Sachsen-Anhalt vom 08.02.2000, Az. 1 U 140/99; OLG Koblenz vom 14.09.1999, Az. 1 U 1551/95; OLG Stuttgart

vom 20.10.1994, Az. 14 U 38/93.

- Dokumentation, Suizidpakt, Suizidbogen: OLG Braunschweig vom 11.02.2008, Az. 1 U 2/08.
- Voraussetzungen für die zwangsweise Unterbringung, Feststellung konkreter Tatsachen, Ausgleich zwischen Freiheit und Sicherheit der Person: BVerfG vom 07.10.1981, Az. 2 BvR 1194/80; OLG SH vom 11.01.2006, Az. 2 W 231/05; OLG München vom 13.10.2005, Az. 33 Wx 137/05; OLG Stuttgart vom 29.04.2003, Az. 8 W 130/03.
- Grundsätzlich zur juristischen Debatte (statt vieler): *Horst Dreier*, Grenzen des Tötungsverbotes. Selbsttötung und Tötung auf Verlangen, in: Juristenzeitung 2007, S. 317–326; *Kai Möller*, Selbstmordverhinderung im freiheitlichen Staat, in: Kritische Vierteljahresschrift 2005, S. 230–243.

#### **Dr. Uta Rüping**



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

#### **Dr. Ulrike Lempke**

Rechtsreferendarin  
RAe Rüping, Karoff und Kollegen  
Hindenburgstr. 28/29  
30175 Hannover  
ulrikelembke@gmx.de

# Aktuelles aus der Forschung

Karin Welsch

Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

## Die Wirksamkeit von Psychotherapie bei Depressionen im Alter

Hautzinger, M. & Welz, S. (2008). Kurz- und längerfristige Wirksamkeit psychologischer Interventionen bei Depressionen im Alter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 37 (1), 52-60.

Noch gibt es wenige Untersuchungen zur psychotherapeutischen Behandlung von Depressionen im Alter, auch die längerfristige Wirksamkeit ist noch wenig erforscht. In einer früheren Studie konnten die Autoren die hohe Wirksamkeit (Effektsrängen von  $d=1,3$  bis  $1,4$ ) von kognitiv-verhaltenstherapeutischer Gruppenintervention im Vergleich zu einer Wartekontrollbedingung belegen: Nach 6 Monaten waren noch immer an die 60% der Patienten symptomfrei. Nun wollten die Forscher herausfinden, ob die Erfolge auf die kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen (KVT) zurückzuführen sind oder ob auch eine unspezifische unterstützende Behandlung (UT) wirkt. Weiter gingen sie den Fragen nach, ob das Gruppensetting hilfreicher ist, als das Einzelsetting und ob

leichte kognitive Beeinträchtigungen (gemessen mit dem Mini Mental Status – MMS) sowie die Einnahme von Antidepressiva einen Einfluss auf das Behandlungsergebnis haben.

109 Personen über 65 mit einer klinisch relevanten Depression und einer höchstens leichten kognitiven Beeinträchtigung ( $MMS \geq 21$  Punkten) wurden in die Studie einbezogen. Die Zuweisung zu den vier Versuchsgruppen (KVT im Einzel- und im Gruppensetting, UT im Einzel- und im Gruppensetting) erfolgte zufällig.

Sämtliche Interventionen hielten sich an Manuale und umfassten 15 wöchentliche Termine (Einzel 50 Minuten, Gruppe 100 Minuten) über vier Monate. Die kognitiv-verhaltenstherapeutische Intervention verwendete das von Hautzinger entwickelte Programm. Die unspezifische unterstützende Behandlung enthielt u. a. Diagnostik, Selbstbeobachtung, Psychoedukation zu Depression, Schlaf, Ernährung und Gedächtnis,

lebensgeschichtliche Einordnung, Aufbau von Hoffnung, Empathie und Unterstützung, Beratung bei aktuellen Problemen, jedoch keine Steuerung, Strukturierung oder Anleitung und keine Übungen.

Durch beide Interventionsformen reduzierten sich die depressiven Symptome signifikant. Auch nach einem Jahr blieb der Erfolg signifikant. Dabei erwies sich jedoch die KVT nur in den numerischen Testergebnissen, nicht jedoch als statistisch signifikant wirkungsvoller als die UT. Die Einzeltherapien brachten signifikant bessere Ergebnisse als die Gruppentherapien.

Patienten mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen verbesserten ihre Symptomatik ebenfalls signifikant unter beiden Interventionsformen, nur etwas weniger als Patienten ohne kognitive Einbußen. Die Einnahme von Antidepressiva zeigte keine Effekte.

Dass die KVT der UT nicht signifikant überlegen ist, führen

die Autoren darauf zurück, dass die UT regelmäßige strukturierte persönliche Kontakte bot und eine Reihe von psychotherapeutisch wirksamen Elementen enthielt. In einer jüngeren Stichprobe hatte sich die KVT als signifikant der UT überlegen gezeigt.

**Kommentar:** Die Studie belegt trotz der unerwarteten Ergebnisse sehr schön, dass ambulante psychotherapeutische Interventionen bei Depressionen im Alter, selbst bei leichten kognitiven Beeinträchtigungen wirksam sind und in verhältnismäßig kurzer Zeit – nur 15 Wochen – erreicht werden können. Dabei scheint insbesondere Empathie, Unterstützung, Erklärungen, Alltagsstrukturierung und professioneller Kontakt hilfreich zu sein. Dies bräuchte jedoch noch weitere wissenschaftliche Untersuchungen. Da sich die Inhalte der Gruppen- und Einzeltherapie nicht unterschieden, scheint es an der größeren Flexibilität der Einzeltherapie zu liegen, dass die Patienten hiervon mehr profitieren.

## Psychotherapie im Seniorenheim

Laireiter, A.-R., Baumann, U., Messer, R., Lenzenweger, R., Krammer, E. & Crombach, H. (2008). *Psychotherapie im Se-*

*niorenheim. Konzept und Evaluation. Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 21 (1), 61-69.

Die Lebenserwartung nimmt zu und damit der Bevölkerungsanteil älterer und sehr alter Menschen. Verschiedene

Studien konnten belegen, dass psychische Störungen im Alter häufiger auftreten. Rund 25% der über 65-Jährigen haben

eine psychische Störung. Am häufigsten treten Demenzen, Depressionen, Schlafstörungen und Angststörungen auf. Besonders häufig sind diese Störungen bei Bewohnern von Seniorenheimen anzutreffen. Ältere Menschen und insbesondere Bewohner von Seniorenheimen haben also einen höheren Bedarf an Psychotherapie. Diesem Bedarf steht jedoch eine deutliche Unterversorgung gegenüber. Nur 2% der über 65-Jährigen und nahezu keine über 75-Jährigen sind in psychotherapeutischer Behandlung. Dass eine Psychotherapie auch im höheren und hohen Alter wirkt, haben eine Reihe von Studien, u. a. die oben dargestellte, bewiesen.

Das über 10 Jahre laufende Projekt der Salzburger Forscher zur Durchführung

und Evaluation von Psychotherapie in Seniorenheimen umfasst mehrere qualitative und quantitative Studien. Die vorliegende Studie beschreibt die Ergebnisse einer retrospektiven Befragungsstudie und einer Dokumentationsanalyse.

Insgesamt wurden die Daten von 97 Psychotherapien ausgewertet. Der Altersdurchschnitt lag bei 86 Jahren (!), 70% der Patienten lebten im Wohnbereich, 28% im Pflegebereich der Seniorenheime. Die häufigsten Diagnosen waren affektive Störungen (29%), Belastungs- und Anpassungsstörungen (41%) und Verhaltensauffälligkeiten (41%). Durchschnittlich umfassten die Therapien 30 Sitzungen. Die Psychotherapie war kognitiv-behavioral und wurde erweitert um das Wissen über die

spezifische Phänomenologie von psychischen Störungen im Alter, altersspezifischer psychischer Störungen, altersspezifischer Therapiethemen, einer verkürzten Lebensperspektive etc. Die psychotherapeutische Behandlung erfolgte in Einzelsitzungen in den Seniorenheimen.

Die Dokumentationsanalyse ergab eine signifikante Reduktion des Verbrauchs von Antidepressiva, Hypnotika, Tranquilizern und Analgetika, eine signifikante Reduktion der Krankenhausaufenthalte und der psychiatrischen Konsultationen. In der Katamnese (nach durchschnittlich 17 Monaten) zeigte sich eine weitere signifikante Reduktion des Verbrauchs von Antidepressiva, Hypnotika und Tranquilizer sowie der Krankenhausaufenthalte.

In der Befragungsstudie wurden das Pflegepersonal, die Therapeuten und die Patienten retrospektiv befragt. Die Prä-Post-Analyse der Urteile der Pflegemitarbeiter und der Therapeuten ergab signifikante Verbesserungen u. a. der Depressivität, der Ängstlichkeit, der Anpassung ans Heim, der sonstigen Beschwerden und der psychosozialen Gesamtbeeinträchtigung. Die katamnestiche Befragung des Pflegepersonals ergab weitere signifikante Verbesserungen in diesen Bereichen. Die Patientenbefragung ergab im Prä-Post-Vergleich nur hinsichtlich der Depressivität, der Ängstlichkeit und der Anpassung ans Heim signifikante Verbesserungen. In der Katamnese zeigte sich eine weitere Verbesserung der Ängstlichkeit und der Anpassung ans Heim, nicht jedoch der Depressivität.

## 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.

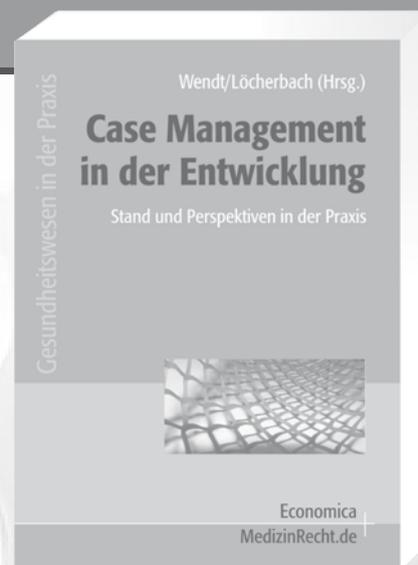
Das Buch beleuchtet den fachlichen Stand, der im Case Management bereits erreicht ist. Und das in seinen verschiedenen

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.



Die Gesamtbeschwerden verschlechterten sich tendenziell.

**Kommentar:** Für die Praxis bedeuten diese Ergebnisse, dass eine Psychotherapie in Seniorenheimen möglich und wirkungsvoll ist, dabei braucht

es nur wenig Modifikation der herkömmlichen Methoden und das Interesse der Psychotherapeuten.

Nützlich für den Praktiker ist die kurze Beschreibung der wesentlichsten Besonderheiten

bei der Psychotherapie mit Älteren und Seniorenheimbewohnern.

Leider weist die Studie aber erhebliche methodische Mängel auf: es gab keine Kontrollbedingung, der Kan-

tamnesezeitraum der Dokumentationsanalyse war nicht standardisiert, in der Befragungsstudie wurden nur retrospektive Einschätzungen ausgewertet und es fand keine Analyse möglicher intervenierender Variablen statt.

## Prädiktoren für das Auftreten von Depressionen nach Unfällen

*Küh, M., Ehlert, U., Rumpf, H.-J., Backhaus, J., Hohagen, F. & Brooks, A. (2008). Psychologische Prädiktoren für das Auftreten einer Major Depression nach schweren Unfällen. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 37 (2), 89-94.*

Bisherige Forschungen haben gezeigt, dass es nach einem Unfall zu einem deutlichen Anstieg der Prävalenz einer Major Depression kommt. Könnte man Patienten mit einem erhöhten Risiko für eine Major Depression frühzeitig erkennen, so ließen sich möglicherweise durch frühzeitige Interventionen die (weitere) Entwicklung der Symptome verhindern. Man geht davon aus, dass spezifische Vulnerabilitäten kombiniert mit ungünstigen persönlichen Bedingungen und Stressoren die Entwicklung einer Depression begünstigen. Andererseits können Immunitäten die Entwicklung einer Depression abschwächen oder sogar aufhalten.

Ausgehend von diesen Überlegungen untersuchte die

Forschergruppe, ob Unfallpatienten ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Major Depression haben, wenn eine gering ausgeprägte Immunität und spezifische Vulnerabilitäten zusammentreffen.

Unter Immunität verstehen die Autoren nach Hautzinger: allgemeine Lebenszufriedenheit, soziale Unterstützung, funktionale Bewältigungsstrategien. Vulnerabilitäten sind: belastende Erfahrungen vor dem Unfall, dysfunktionale Überzeugungen, psychische Störungen in der Vorgeschichte, ungünstige Lebensbedingungen und weibliches Geschlecht.

Die prospektive Studie untersuchte 52 Unfallpatienten innerhalb von sechs Wochen nach dem Unfall oder nach dem Erwachen aus dem Koma. Es wurden nahezu alle Unfallpatienten des Raumes Lübeck berücksichtigt, die eine mindestens mäßig schwere Verletzung hatten, zwischen 18 und 65 Jahre alt waren und aktuell keine behandlungsbedürftige psychische Störung aufwiesen.

Rund 10% (N=5) hatten sechs Monate nach dem Unfall eine Major Depression entwickelt, drei (60%) davon mit einer (mindestens subsyndromalen komorbiden Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS).

Es konnten eine Reihe von Vorhersagefaktoren identifiziert werden. Der Vulnerabilitätsfaktor einer oder mehrerer psychischer Störungen in der Vorgeschichte ging signifikant mit einem deutlich erhöhten Risiko für die Entwicklung einer depressiven Episode einher. Eine oder mehrere frühere Traumatisierungen führten zu einer tendenziell erhöhten Gefährdung, eine Depression zu entwickeln. Folgende Immunitätsfaktoren verbesserten die Vorhersage einer Major Depression: Eine geringere allgemeine Lebenszufriedenheit kurz nach dem Unfall erwies sich als bedeutsamer Prädiktor, eine als gering wahrgenommene soziale Unterstützung als tendenzieller Prädiktor. Auch psychopathologische Prozesse erwiesen sich als Prädiktoren: Die

subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch psychische Symptome und das Vorliegen mindestens einer psychischen Störung kurz nach dem Unfall.

Die Ergebnisse der Studie sind unter der wesentlichen Einschränkung einer sehr kleinen Stichprobe zu bewerten. Es konnte z. B. nicht zwischen Patienten mit und ohne komorbider PTBS unterschieden werden.

**Kommentar:** Trotz der genannten Einschränkung können die Ergebnisse für die Selektion von depressionsgefährdeten Unfallpatienten genutzt werden sowie für die (Weiter-)Entwicklung von Frühinterventionen und zur Sekundärprävention von Depressionen nach Unfällen. Es müsste weiter untersucht werden, ob die depressionsgefährdeten Patienten von einer Verbesserung der Problembewältigungsstrategien, einer Ressourcenaktivierung und -verbesserung, einer Stärkung der Immunitätsfaktoren und dem Abbau der Vulnerabilitäten profitieren.

## Essverhalten und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen

*Thiels, C. & Pätel, J. (2008). Erhebung von Essverhalten und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugend-*

*lichen. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 36 (4), 265-274.*

Der deutsche Kinder- und Jugendgesundheitsurvey hat 2007 bestätigt, dass der Anteil übergewichtiger und adipöser

Kinder zugenommen hat. Rund 17% der 14- bis 17-Jährigen sind übergewichtig und 8,5% sind adipös. Verschiedene Studi-

en haben gezeigt, dass ein hoher Body Mass Index (BMI) ein Prädiktor für Essstörungen ist.

Die Bielefelder Forscherinnen haben nun untersucht, ob (1) unter- und übergewichtige Kinder und Jugendliche auffälliger im Essverhalten sind und mehr psychosoziale Probleme berichten als Normalgewichtige, ob (2) Übergewicht mit weniger sportlichen Aktivitäten und Vereinsmitgliedschaften verbunden ist und ob (3) Übergewicht in Folge von Bildungsmangel bei sozioökonomisch Benachteiligten häufiger auftritt.

In die Studie wurden 1057 Jungen und Mädchen im Alter von 10 bis 17 Jahren einbezogen.

Bei untergewichtigen Mädchen zeigen sich psychosoziale Probleme nicht signifikant häufiger als bei normalgewichtigen. Auch Störungen des Essverhaltens zeigen sich nicht häufiger. Die Mehrzahl der untergewichtigen Mädchen könnte also tatsächlich seelisch gesund sein. Bei den untergewichtigen Jungen fanden sich ebenfalls nicht mehr Auffälligkeiten im Essverhalten als bei normalgewichtigen, auch nicht mehr psychosoziale Probleme, aber höhere Werte auf der Skala „Körperliche Beschwerden“. Ein Zusammenhang zwischen den körperlichen Beschwerden und dem Untergewicht kann vermutet werden.

Übergewicht ist bei Jungen und Mädchen mit psychosozialen

Auffälligkeiten verbunden, mit Essstörungssymptomen und mit essstörungstypischen Problemen (z. B. Bulimie). Auch zeigen übergewichtige Kinder und Jugendliche beiderlei Geschlechts weniger Aktivitäten, schwächere soziale Kompetenzen und schlechtere schulische Leistungen.

Die Schulbildung der Eltern hat einen signifikanten Einfluss auf den BMI der Mädchen: Je niedriger die Schulbildung der Eltern, desto häufiger sind Töchter übergewichtig. Ebenfalls nur bei den Mädchen hat die Schulart einen Einfluss auf den BMI: Mädchen mit niedrigem BMI finden sich am häufigsten an Realschulen, Mädchen mit hohem BMI finden sich am

häufigsten an Haupt- und Gesamtschulen.

Die Studienteilnehmer sind keine Zufallsstichprobe, wodurch die Aussagekraft der Ergebnisse eingeschränkt ist. Gewicht und Körpergröße der Kinder und Jugendlichen wurde nicht gemessen, sondern erfragt, was Ungenauigkeiten wahrscheinlich macht.

**Kommentar:** Die Studie führt deutlich vor Augen, dass es sinnvoll ist, an Schulen verstärkt Prävention von Essstörungen und frühe Interventionen, vor allem für übergewichtige Kinder und Jugendliche auszubauen. Insbesondere müssen dabei essstörungstypische Symptome wie Bulimie berücksichtigt werden.

# Das deutsche Gesundheitssystem verstehen

## Strukturen und Funktionen im Wandel

Von Dr. Uwe K. Preusker. 2008. IX, 348 Seiten. Kartoniert.

€ 58,-. ISBN 978-3-87081-456-4

Wer sich im Rahmen seiner Ausbildung oder seiner Berufstätigkeit intensiver mit dem deutschen Gesundheitssystem beschäftigt, wird schnell feststellen: Hier handelt es sich um ein außerordentlich komplexes Geflecht verschiedener Subsysteme. Der Mix aus staatlichen Regelungskompetenzen und Selbstverwaltungsbefugnissen, aus Freiberuflichkeit und bürokratischer Regeldichte, aus freiem Unternehmertum und körperschaftlicher Verfassung ist in dieser Form einmalig auf der Welt.

In diesem Werk wird das deutsche Gesundheitssystem in seinen aktuellen Strukturen und Funktionen beschrieben und es werden die Wandlungsprozesse hin zu einem sich entwickelnden Gesundheitsmarkt illustriert. Hinzu kommt die Darstellung der wesentlichen Änderungen, die das deutsche Gesundheitssystem durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz erfahren hat; die Neuregelungen der Reform und ihre Auswirkungen werden analysiert und kommentiert.



Economica  
MedizinRecht.de

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

## Intelligenzprofil bei Kindern mit Migrationshintergrund

Daseking, M., Lipsius, M., Petermann, F. & Waldmann, H.-C. (2008). *Intelligenz und Kulturelle Einflüsse. Differenzen im Intelligenzprofil bei Kindern mit Migrationshintergrund: Befunde zum HAWIK-IV. Kindheit und Entwicklung, 17 (2), 76-89.*

Welche Tests können für die Beurteilung der allgemeinen kognitiven Leistungsfähigkeit von Kindern mit Migrationshintergrund (Mh.) eingesetzt werden? Ausgehend von dieser Frage befassten sich die Bremer Forscher mit dem HAWIK-IV. Der HAWIK zählt zu den am häufigsten eingesetzten Intelligenztests weltweit. Die Normierungsstichprobe des HAWIK-IV, also der deutschen Adaption der vierten Edition umfasst die Daten von 1650 Kindern.

Die Autoren wollten wissen, ob und wie sich Kinder mit und ohne Migrationshintergrund unterscheiden, insbesondere in den Untertests, die stark mit sprachlichen Fähigkeiten verknüpft sind. Auch untersuchten sie, ob sich bei den älteren Kindern deutlichere Differen-

zen zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund zeigen als bei jüngeren.

321 zweisprachig aufwachsende Kinder mit Migrationshintergrund und 321 deutschsprachige Kinder ohne Migrationshintergrund im Alter von 6 bis 16 Jahren wurden miteinander verglichen. Dabei wurden die Kinder der beiden Gruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht bzw. Schultyp und Bildungsabschluss der Eltern gematcht (ein Kind der einen Gruppe wurde einem Kind der anderen Gruppe zugeordnet). Damit ergab sich eine Stichprobe von 218 Kinderpaaren.

In der nur nach Alter und Geschlecht gematchten Stichprobe zeigt sich in fast allen Untertests, in den vier Index-Werten und im Gesamt-IQ ein signifikanter Unterschied zwischen Kindern mit und ohne Mh. Wird der Bildungsabschluss der Hauptbezugsperson mit einbezogen, so zeigen sich u. a. in allen sprachlichen Untertests, im Index Sprachverständnis und im Gesamt-IQ signifikante Unterschiede. Wird nach Alter, Geschlecht und Schulform

gematcht bleiben u. a. drei sprachliche Untertests, der Index Sprachverständnis und der Gesamt-IQ signifikant unterschiedlich.

Die größten Unterschiede finden sich bei Hauptschülern, sowohl bei der sprachlichen wie auch der fluiden Intelligenz. Unabhängig vom Schultyp finden sich im Wortschatztest die größten Unterschiede.

Mit zunehmendem Alter vergrößert sich der Unterschied der Kinder mit und ohne Mh. im Sprachverständnis, im wahrnehmungsgebundenen logischen Denken und in der fluiden Intelligenz. Mangelnde sprachliche Fähigkeiten führen also mit zunehmendem Alter zu weiteren kognitiven Nachteilen. Kein altersbezogener Unterschied zeigt sich bei den basalen Fähigkeiten und Fertigkeiten, der Verarbeitungsgeschwindigkeit und den Gedächtnisleistungen.

**Kommentar:** Für den diagnostischen Alltag ist es also dringend erforderlich, den Migrationshintergrund in die Beurteilung der Intelligenz der

Kinder mit einzubeziehen. Wichtig scheint vor allem die Leistungsfähigkeit der Kinder nicht am Gesamt-IQ festzumachen. Die Autoren empfehlen sprachfreie Intelligenztests, internationale Testversionen, zweisprachige Testleiter und den Einsatz von Sprachtests.

Die Studie zeigt außerdem, dass für Kinder mit Migrationshintergrund in jedem Alter eine gezielte Sprachförderung in Betracht gezogen werden sollte. Eine möglichst frühe Diagnostik und Förderung der Sprache kann den kumulativen negativen Effekt auf andere kognitive Leistungen möglicherweise aufhalten. Insbesondere Hauptschüler mit Migrationshintergrund gilt es zu fördern.

**Mag. rer. nat. Karin Welsch**

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

**„Sexualtherapeutische Weiterbildung“ in Hamburg.** Curriculum II der *Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS)* für psychologische und ärztliche Psychotherapeut(inn)en

**TEIL I: Paartherapie nach dem Hamburger Modell:**

- dreiwöchiger Intensivkurs mit Durchführung einer Therapie (05. – 26. 09. 2009).
- zwei katamnestiche Seminare (Nov. 2009, Jan. 2011).
- regionalisierte Supervisionsgruppen in 2010 (zehn Gruppensitzungen).

**TEIL II: Vier praktisch und theoretisch ausgerichtete Wochenendseminare** inklusive themenzentrierter Selbsterfahrung:

Sexuelle Traumatisierung (März 2010) / Perversionen – Paraphilien (Mai 2010) / Störungen der Geschlechtsidentität (September 2010) / Sexualberatung (Dezember 2010). Es kann ein **Zertifikat Sexualtherapie** der *DGfS* (erfolgr. Abschluss Teil I + Teil II) erworben werden. Akkreditierung beantragt.

**Anmeldeschluss:** 15. März 2009. Für weitere Informationen wenden Sie sich an: [kleber@uke.uni-hamburg.de](mailto:kleber@uke.uni-hamburg.de) Dr. R. A. Kleber, Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Martinistrasse 52, 20246 Hamburg 040 42803 7760(tel.)/69(fax)

# Buchrezension

**Piechotta, B. (2008). PsyQM. Qualitätsmanagement für psychotherapeutische Praxen. Heidelberg: Springer Medizin Verlag. 270 Seiten. 39,90 €.**

Ingeborg Lackinger Karger

Den bekannten gesetzlichen Vorgaben geschuldet, beschäftigen sich Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten seit bald 15 Jahren mit der Implikation von Qualitätsmanagement in ihren somatischen und psychotherapeutischen Praxen. Dabei wurde bald deutlich, dass die anfangs zur Verfügung stehenden Konzepte aus der Wirtschaft dem Gesundheitswesen angepasst werden mussten und darüber hinaus diese Konzepte aber den Bedürfnissen und Vorstellungen der Psychotherapeuten nicht entsprachen – vor allem weil sie ohne ausreichende Detailkenntnis von psychotherapeutischer Arbeit mehr der Forschung oder einer externen Kontrolle dienten.

Die Autorin des vorliegenden Buches, Beatrice Piechotta, ist niedergelassene Psychoanalytikerin. Als Pionierin auf dem Gebiet psychotherapeutischer Qualitätssicherung beschäftigt sie sich wissenschaftlich und praktisch seit Mitte der 1990er Jahre intensiv mit diesem Thema – insbesondere mit einem passgenauen Zuschnitt von QS und QM auf die Anforderungen psychotherapeutischer Tätigkeit als eigenes Konzept: PsyQM. Dieses Buch stellt das bisherige Ergebnis ihrer Arbeit dar: eine praxisrelevante und

höchst praktikable Anwendungshilfe für die Umsetzung der gesetzlichen Auflagen zum Qualitätsmanagement.

Qualitätsmanagement ist generell unbeliebt und die Arbeitsabläufe in der psychotherapeutischen Praxis sind denen einer somatischen Praxis nicht in allen Punkten vergleichbar – das fängt schon mit der grundlegenden Praxisstruktur an, die in den meisten Fällen eine Ein-Personen-Praxis ist – fast immer ohne Angestellte und selten als Praxisgemeinschaft oder als Gemeinschaftspraxis. Ganz grundsätzlich unterschiedlich wird es aber, wenn es um die Inhalte psychotherapeutischer Arbeit geht. Sie erscheinen als Beziehungsarbeit oftmals schwer greifbar und entsprechend rational fassbar zu sein. Die Neigung mancher Psychotherapeuten, auch ihre Arbeit in emotionalen Sinnzusammenhängen zu verstehen und ihre – trotz der Verwendung von Behandlungsmanualen – vielfach deutliche Abneigung gegen objektivierbare Kontrolle ihrer Behandlerqualität von außen, tragen zur generellen Ablehnung des Qualitätsmanagements bei.

Die Autorin hat mit ihrem Konzept einen Weg gefunden, Psychotherapeuten die

unumgängliche QS inhaltlich nachvollziehbar zu machen. Ihr PsyQM zeichnet sich durch folgende zentrale Prinzipien aus:

- QM und Psychotherapie sollen in einen Diskurs gebracht werden, der den sachlogischen Ansatz des QM mit dem psychologischen Ansatz der Psychotherapie ergänzend zusammenbringt, um daraus einen Zugewinn an Qualität zu bewirken.
- QM wird als Führungsaufgabe verstanden, in der Psychotherapeuten selbst den Prozess des QM<sup>2</sup> zu gestalten, um über Eigenverantwortung und Selbstkritik eine Qualitätsförderung in Gang zu bringen.
- QM wird als flexibler Prozess der Kritik verstanden, der den unterschiedlichen Ansätzen der jeweiligen Therapieverfahren, aber auch der Individualität der nur begrenzt normierbaren, auch praxisindividuellen Arbeit gerecht wird.

Das Buch ist in zwei Hauptteile gegliedert: Theoretische Grundlagen (rund 100 Seiten) und Umsetzung (rund 170 Seiten). Im ersten Teil werden Begriffe, Grundprinzipien und ihre Anwendung im Gesundheitswesen kompetent

und trotz des gewöhnungsbedürftigen und recht sperrigen Stoffs sehr gut lesbar und verständlich vermittelt. Es folgt eine Erläuterung zur Bedeutung des Qualitätsmanagement in der ambulanten Praxis, in der vor allem auf eine sinnvolle Anwendung von QM in der Psychotherapie Wert gelegt wird. Durch diesen Teil muss man sich jedoch anfangs leider mühsam hindurch lesen; einerseits weil dem nicht selten auf Abwehr eingestellten Anfänger die Relevanz dieses intensiven Einblicks noch undeutlich ist. Andererseits bremst der Text eben durch seine Genauigkeit und Differenziertheit den Lesefluss – obwohl die Autorin stilistisch darauf achtet, die Leser nicht mit wissenschaftssprachlicher Sperrigkeit abzuschrecken. Der praxisrelevante Zugang erschließt sich deshalb erst später, bzw. bei der Umsetzung von QM auf die eigene Praxis, denn dann erwachsen wie von selbst die Fragen, zu denen hier bereits im Vorgriff kompetent Überblick und Einsicht vermittelt werden sollen.

Geradezu unschätzbar ist jedoch der zweite Teil, in dem Piechotta nach dem Motto „Pflicht und Kür“ ein angemessenes verschlanktes Schema der Anwendung von QM auf die Gegebenheiten der psychothe-

reputischen Praxis vorstellt. Es wird unmittelbar deutlich, dass hier aus der Praxis für die Praxis geschrieben wird und dass eigene Erfahrungen, Gespräche mit Kollegen und wahrscheinlich vielfache Trial-and-Error-Ansätze zu diesem dann letztlich hoch verständlichen und praktikablen System beigetragen haben müssen. In drei Unterkapiteln zu Patientenversorgung, Praxisführung und Vorgehen beim Aufbau des Qualitätsmanagements in der Praxis wird der Leser schrittweise angeleitet, sein eigenes QM-System zu erstellen und kann dies an den zahlreichen Beispielen für formale und inhaltliche Gestaltung des eigenen Qua-

litätsmanagement-Handbuchs sofort praxisrelevant umsetzen. Die Vorarbeit, die hier geleistet wurde, ist zum Teil so umfangreich, dass derjenige, der allein den Pflichtvorschriften des Gesetzes nachkommen möchte, schon ausreichend Vorgaben findet, diese unmittelbar für sich zu verwenden. Hinweise zur Homepage der Autorin, von der zahlreiche Vorlagen herunterzuladen sind, erleichtern noch die Umsetzung.

Was beim Lesen und vor allem beim Arbeiten mit diesem Buch jedoch gerade den kritischen und dem Qualitätsmanagement in seinen wie aufgestülpt erscheinenden Regulativfunk-

tionen ablehnend gegenüber eingestellten Leser verblüffen wird, ist, dass mit der Zeit die Materie tatsächlich interessant und sinngebend wird!

Die Anleitung zum geordneten Nachdenken über die eigenen Praxisabläufe zeigt oft nachweisbar und unübersehbar auf, wie intensiv eine psychotherapeutische Praxis ohnehin durchstrukturiert ist, wie selbstverständlich die fachinterne Qualitätssicherung immer schon in Intervention, Supervision, Weiterbildung etc. betrieben wurde und wie wenig oft inhaltlich nötig ist, dem Ganzen eine Form zu geben, welche die gesetzlichen Vorgaben des Qualitätsma-

agements erfüllt. Und damit eröffnet sich erst der tiefere Sinn eines QM, das auch für selbstkritische Psychotherapeuten reizvoll sein kann: ernsthaftes reflektierendes Nachdenken über eigene innere und äußere Organisation, über Arbeitsweise, ihre Vertiefungsmöglichkeiten, Verbesserungs- und Erleichterungspotentiale in den Abläufen und Inhalten. Dieses Buch ist Psychotherapeuten aller Fachausrichtungen uneingeschränkt zu empfehlen.

*Dr. Ingeborg Lackinger Karger*

Am Rittersberg 47  
40595 Düsseldorf  
lackingerkarger@nexgo.de

# Knüpfen Sie die richtigen Kontakte!

**Das LEONHART Taschen-Jahrbuch Gesundheitswesen 2008/2009 enthält rund 4.500 Adressen aller maßgeblichen Institutionen, Organisationen und Verbände des Gesundheitswesens in Deutschland:**

- **12.000 Entscheidungsträger und Ansprechpartner aus Politik, Verwaltung, Forschung und Selbsthilfe**
- **Internet- und E-Mail-Adressen**
- **Umfangreiches Personen- und Institutionenregister**

**LEONHART**  
**Taschen-Jahrbuch Gesundheitswesen 2008/2009**  
**Institutionen, Verbände, Ansprechpartner. Deutschland – Bund und Länder**  
8. Jahrgang 2008. XII, 1.069 Seiten. Kartoniert.

**Abonnementpreise 2008:**

Buch mit Online-Einzelplatzlizenz: € 74,-\*  
(erscheint jährlich neu).  
ISBN 978-3-87081-755-8

Nur Online-Einzelplatzlizenz: € 59,-\*  
ISBN 978-3-87081-644-5

**Einzelpreis 2008:**

Nur Buch: € 89,-  
ISBN 978-3-87081-563-9

\* Abonnementbedingungen: Kündigungen sind bis 4 Wochen vor Ende des Bezugszeitraums möglich



[www.leonhart-taschenjahrbuch.de](http://www.leonhart-taschenjahrbuch.de)

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

**Economica**



# Mitteilungen der Bundespsychotherapeutenkammer

## 13. Deutscher Psychotherapeutentag in Leipzig

Am 15. November 2008 fand in Leipzig der 13. Deutsche Psychotherapeutentag statt. Seine zentralen Themen waren neben dem GKV-Organisationsweiterentwicklungsgesetz (GKV-OrgWG) und dem Reformgesetz zur Krankenhausfinanzierung (KHRG) auch die Aus- und Weiterbildung.

Die sächsische Staatsministerin für Soziales, Frau Christine Ursula Clauß, und die

fenden Kooperation führen könnten. Dies, so Frau Mrazek, sei eine Erfahrung, von der DPT, Länderrat und BPTK profitieren könnten.

### Mindestquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Das GKV-Organisationsweiterentwicklungsgesetz ist verabschiedet. Es tritt zum 1. Januar 2009 in Kraft. BPTK-Präsident Prof. Dr. Rainer Richter ging im Bericht des Vorstandes auf die damit erreichte Einführung einer Mindestquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Höhe von 20 Prozent ein. Ursprünglich hatte die Bundesregierung eine Quote von nur zehn Prozent geplant. In dieser Höhe hätte die Quote kaum zu zusätzlichen Praxissitzen geführt. Eine

faktische Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher wäre nicht erreicht worden. Der BPTK und den Berufs- und Fachverbänden der Psychotherapeuten sei es aber während des Gesetzgebungsverfahrens gelungen, die Länder und die Abgeordneten des Deutschen Bundestages davon zu überzeugen, dass eine Mindestquote von 20 Prozent für Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche versorgen, unverzichtbar sei. Erst damit könnten in fast allen Planungsbereichen zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten für Psychotherapeuten geschaffen werden.

### Ausschreibung halber Praxissitze

Eine bessere Versorgung ermögliche, so Richter, auch eine Klarstellung des GKV-OrgWG zur Ausschreibung von Praxissitzen. Künftig müssten die Zulassungsausschüsse auch halbe Praxissitze ausschreiben, wenn ein Praxisinhaber seinen vollen Praxissitz auf einen halben verringerte. Erst durch diese Klarstellung werde die mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz bereits eingeführte Möglichkeit zur Halbierung von Praxissitzen praktisch umsetzbar. Psychotherapeuten, die aus familiären oder Altersgründen ihre Praxistätigkeit einschränken wollten, könnten nun im Rahmen der Nachbesetzungsregelung des § 103 Abs. 4 SGB V Nachfolger für halbe Praxissitze suchen.

### Aufhebung der Altersgrenze

Das GKV-OrgWG hebt außerdem die Altersgrenze für Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten auf. Die bisherige Altersgrenze von 68 Jahren für den Niedergelassenenbereich fällt zum 1. Januar 2009. Viele ältere Psychotherapeuten begrüßten, so Richter, diese Lösung. Für junge Psychotherapeuten, die nach erfolgreicher Approbation eine Niederlas-



Staatsministerin Christine Ursula Clauß und Andrea Mrazek

Präsidentin der OPK, Frau Andrea Mrazek, begrüßten die Delegierten in Leipzig. Frau Clauß hob in ihren Begrüßungsworten noch einmal hervor, dass die Gründung einer länderübergreifenden Kammer durch den Staatsvertrag 2006 ein historisches Ereignis war, das allen Beteiligten eine große Kompromiss- und Innovationsbereitschaft abforderte. Frau Mrazek dankte anlässlich der Eröffnung des 13. DPT den „älteren“ Landespsychotherapeutenkammern für die Unterstützung der OPK in der Gründungsphase. Die OPK, so Frau Mrazek, betrete seither Neuland. Als länderübergreifende Kammer habe man gelernt, dass der Wille zur Einigung und die Verpflichtung auf eine gemeinsame Sache zu einer erfolgreichen länder-, verfahrens- und verbandsübergrei-



Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der BPTK

sungsmöglichkeit suchten, verenge sich damit allerdings das Angebot an Praxissitzen weiter. Die Möglichkeit, einen vollen Versorgungsauftrag auf einen halben zu reduzieren, wenn man im Alter nicht mehr umfassend tätig sein wolle, könne etwas Entlastung für die nachrückende Generation schaffen. Gefordert sei eine generationenübergreifende Solidarität.

### Mindestquote für Ärzte

Das GKV-OrgWG enthalte allerdings auch einen Wermutstropfen: Die Quote für psychotherapeutisch tätige Ärzte werde verlängert, allerdings auf 25 Prozent gesenkt. Es bleibe damit bei der gravierenden Unterversorgung in den Ostländern und in strukturschwachen Gebieten, wo für Ärzte reservierte Praxissitze durch diese nicht besetzt werden, aber in der Bedarfsplanung als besetzt gezählt würden. Aus Sicht von Kassen und KVen habe diese Art der Bedarfsplanung jedoch aufgrund ihrer mengenbegrenzenden Wirkung durchaus ihre Vorteile. Die zweite Perspektive habe sich zum Schluss der Beratungen des GKV-OrgWG leider durchgesetzt.

### Reform der Krankenhausfinanzierung

BPtK-Vorstand Andrea Mrazek stellte die zentralen Inhalte des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG, BT-Drs. 16/10807) vor. Der Gesetzentwurf war am 12. November zur 1. Lesung im Deutschen Bundestag. Die Anhörung im Gesundheitsausschuss findet am 24. November statt. Die 2. und 3. Lesung im Deutschen Bundestag sind am 19. Dezember geplant. Mrazek schilderte zunächst die aus Sicht der BPtK positiven Weichenstellungen des Gesetzentwurfes, z. B.:

- die Einführung eines pauschalierenden, tagesbezogenen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser,
- den Prüfauftrag, für bestimmte Leistungsbereiche (z. B. sektorübergreifende Leistungen) andere Abrechnungsmodelle als tagesbezogene Entgelte zu erwägen,
- die Beteiligung der BPtK an der Entwicklung des Entgeltsystems.

BPtK-Vorstand Mrazek machte deutlich, dass bei der Entwicklung des Entgeltsystems für Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik psychotherapeutischer Sachverstand unverzichtbar sei. Darüber hinaus forderte sie von der Gesundheitspolitik, die BPtK auch an der Weiterentwicklung des Entgeltsystems der somatischen Krankenhäuser zu beteiligen.



Andrea Mrazek, Präsidentin der OPK

Grundsätzlich positiv sei aus Sicht der BPtK, dass Psychiatrie und Psychosomatik mit dem KHRG die Option erhalten sollten, mit den Krankenkassen über eine bessere Umsetzung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) zu verhandeln. Nicht nachvollziehbar sei allerdings, dass die Finanzierung des Erfüllungsgrads der Psych-PV auf 90 Prozent gesetzlich beschränkt werden solle, kritisierte Mrazek. Die Psych-PV sei eine Rechtsverordnung und ein Gesetzgeber sei eigentlich verpflichtet, für eine 100prozentige Umsetzung seiner eigenen Normen zu sorgen.

Die Beteiligung an der Entwicklung des neuen Entgeltsystems sei eine arbeitsintensive Zukunftsaufgabe der Psychotherapeuten-schaft. Der BPtK-Vorstand schlug deshalb dem DPT vor, das Mandat der Krankenhauskommission auf die Entwicklungs- und Umsetzungsphase des neuen Entgeltsystems auszudehnen und zu verlängern. Der DPT folgte diesem Antrag. Die

Mitglieder der Krankenhauskommission sind bereit, diese Aufgabe zu übernehmen.

Ein zentrales Anliegen der BPtK bei der Krankenhausfinanzierung sei, so Frau Mrazek, auch eine gesicherte Vergütung für Psychotherapeuten in Ausbildung. Mrazek erinnerte daran, dass 57 Prozent der Ausbildungsteilnehmer während ihrer praktischen Tätigkeit im Krankenhaus keine Vergütung erhielten. Nur 13 Prozent erhielten bis 1.000 Euro, immerhin 9,7 Prozent zwischen 1.000 und 1.500 Euro und nur 9,4 Prozent über 1.500 Euro. Eine angemessene Vergütung von Psychotherapeuten in Ausbildung werde regelmäßig mit dem Argument abgelehnt, dass die Ausgaben nicht pflegesatzfähig seien. Das KHRG biete jetzt die Chance, eine solche gesetzliche Regelung zu schaffen, stellte Mrazek fest. Die BPtK werde sich dafür einsetzen.

### Zukunft der Psychotherapieausbildung

BPtK-Präsident Rainer Richter informierte die Delegierten über die Diskussion zur Zukunft der Psychotherapieausbildung. Er erinnerte daran, dass der Anlass der Diskussion die Anpassung der psychologischen und pädagogischen Studienabschlüsse an die europäische Bachelor-/Mastersystematik sei.

Ohne eine Reform des Psychotherapeutengesetzes setze die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten (PP) einen Masterabschluss in Psychologie, die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) einen Masterabschluss in Psychologie oder einen Bachelorabschluss in Pädagogik bzw. Sozialpädagogik voraus. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) habe bereits 2006 deutlich gemacht, dass eine Gesetzesänderung im Sinne einer einheitlichen Vorgabe des Masterabschlusses nur umsetzbar sei, wenn es substantielle Gründe für eine solche Gesetzesänderung gebe. Andernfalls würden die damit teilweise erschwerten Zugangsbedingungen gegen Art. 12 des Grundgesetzes verstoßen.

Allerdings zeige, so Richter, die Vergabe eines Forschungsgutachtens im November

2007, das die Ausbildungsregelung des Psychotherapeutengesetzes bilanzieren und bewerten soll, dass das BMG in der nächsten Legislaturperiode eine Reform des Psychotherapeutengesetzes erwäge. Die Ergebnisse des Gutachtens sollen im Frühjahr 2009 vorliegen.

Richter wies darauf hin, dass neben den divergierenden Zugangsvoraussetzungen auch die praktische Tätigkeit, ihre inhaltliche Konzeption, aber insbesondere die fehlenden Regelungen zur Vergütung ein Anlass für die Profession seien, über eine Reform des Psychotherapeutengesetzes nachzudenken. Grundsätzlich gehe es um eine Bestandsaufnahme, ob die während der Ausbildung erworbenen psychotherapeutischen Kompetenzen ausreichen, damit Psychotherapeuten zukünftig adäquat auf die Anforderungen reagieren könnten, die sich durch demografischen Wandel und verändernde Versorgungsstrukturen ergäben. Schließlich sei es wichtig, die Ausbildung zum Psychotherapeuten auch künftig im Vergleich zu anderen akademischen Heilberufen attraktiv zu erhalten.



Die Profession brauche angesichts der Komplexität des Themas und der Interessenvielfalt eine Plattform für den Meinungsaustausch und das Zusammentragen der notwendigen Fakten, stellte der BPTK-Präsident fest. Die BPTK habe diese Plattform durch interne Workshops geschaffen. Ziel des BPTK-Vorstands sei es, dem 14. DPT im Mai 2009 ein umfassendes Meinungsbild der Profession vor dem Hintergrund der Ergebnisse des Forschungsgutachtens zu präsentieren. Die Zukunft der Ausbildung solle das Schwerpunktthema des 14. DPT werden.

### Zugänge zur Psychotherapieausbildung

Erheblichen Handlungsbedarf sehe der Vorstand der BPTK allerdings aufgrund der Anpassung der Studiengänge an die

Bachelor-/Mastersystematik sowie zunehmender Profilbildung innerhalb der Studiengänge. Durch diese Dynamik werde es zunehmend schwierig festzustellen, welche Studiengänge die Zugangsvoraussetzungen des Psychotherapeutengesetzes zur Psychotherapieausbildung hinreichend erfüllen. Es gehe darum, anhand bundes einheitlicher Kriterien, die von der Profession gemeinsam mit den einschlägigen Fachgesellschaften zu entwickeln seien, festzuhalten, welche Mindestvoraussetzungen BA/MA-Programme in den Bereichen Psychologie, Pädagogik und Sozialpädagogik erfüllen müssten, um zu einer PP- bzw. KJP-Ausbildung zu qualifizieren. Durch intensive Gespräche mit der Deutschen Gesellschaft für Psychologie und der

Kultusministerkonferenz könne bald eine Lösung für die Psychologiestudiengänge gefunden werden, berichtete Richter. Dies sei allerdings erst der halbe Weg. Dann gehe es darum, ähnliche Regelungen für die Pädagogik- und Sozialpädagogikstudiengänge zu finden. Die größere Interessenvielfalt von Universitäten und Fachhochschulen, Erziehungswissenschaften und Sozialpädagogen stelle dabei eine Herausforderung dar. Der DPT schloss sich dieser Einschätzung des Vorstandes der BPTK mit einer Resolution an.

### Musterweiterbildungsordnung

Im Nachgang zum 12. DPT hatte die BPTK bei den Landespsychotherapeutenkammern sowie Berufs- und Fachverbänden nachgefragt, für welche Bereiche eine Weiterentwicklung der Musterwei-

terbildungsordnung zu prüfen sei. Ausgangspunkt der Überlegungen ist eine Musterweiterbildungsordnung, die sich auf Zusatzbezeichnungen beschränkt und grundsätzlich keine Gebietsbezeichnungen vorsieht.

Insgesamt ergäben die Rückmeldungen der Landespsychotherapeutenkammern und der Fachgesellschaften hinsichtlich der Prüfung einer Weiterentwicklung der Musterweiterbildungsordnung ein heterogenes Bild, fasste der BPTK-Präsident zusammen. Deutlich werde, dass es keine Präferenz für Klinische Somatopsychologie insgesamt gebe, sondern für einzelne Felder, wie z. B. Psychodiabetologie, Psychoonkologie oder Schmerztherapie.

Der Vorstand der BPTK schlage vor diesem Hintergrund vor, drei Fachkommissionen einzurichten, die prüfen, inwieweit zu den Themen Qualitätsmanagement, Psychoonkologie und Psychotraumatologie eine Weiterentwicklung der Musterweiterbildungsordnung sinnvoll sein könnte. Mit der Entscheidung für Qualitätsmanagement solle eine Weiterbildung in einem Bereich geprüft werden, der sich nicht unmittelbar auf die eigentliche psychotherapeutische Tätigkeit beziehe.

Mit der Psychoonkologie solle ein Bereich aus dem Feld der Klinischen Somatopsychologie geprüft werden, der sich auf Patienten mit einer (chronischen) körperlichen Erkrankung beziehe und für den zugleich auch in der Ärzteschaft Möglichkeiten für eine Weiterbildungsregelung geprüft würden. Und schließlich solle mit der Psychotraumatologie die Weiterbildung für einen Kernbereich der F-Diagnosen geprüft werden, die gemäß der Präambel der Musterweiterbildungsordnung ausgeschlossen seien.

Die Delegierten sahen die Auswahl der Prüfbereiche skeptisch, insbesondere die Psychotraumatologie und damit die Prüfung im Bereich der F-Diagnosen stießen auf Kritik. Die Delegierten forderten eine

ergebnisoffene Prüfung. Es müsse am konkreten Thema aufgearbeitet werden, welcher Qualifizierungsbedarf bestehe, wo und wie dieser adäquat verortet werden könne und welche Interdependenz sich für angestellte oder niedergelassene Kollegen hieraus ergebe. Zu beachten seien hierbei die Personal- und Organisationsentwicklung im Krankenhaus bzw. in den Rehabilitationseinrichtungen, die Entwicklung neuer Versorgungsformen und die Diskussion um die Weiterentwicklung der Musterweiterbildungsordnung der Ärzte. Voraussetzung für eine weitere Diskussion im DPT sei darüber hinaus eine Bestandsaufnahme der Umsetzung der Musterweiterbildungsordnung zur Klinischen Neuropsychologie und der Erfahrungen der Landespsychotherapeutenkammern, die für weitere Bereiche Weiterbildungsordnungen verabschiedet hätten. Im Übrigen hielt es der DPT für zwingend erforderlich, neben den Prüfergebnissen zu konkreten Einzelfällen auch die übergeordneten Problemstellungen aufzuarbeiten und im Rahmen einer der nächsten Bundesdelegiertenversammlungen zu debattieren. Angesichts dieses Aufgabenportfolios beschloss der DPT, eine Weiterbildungskommission einzurichten.

### Versorgungsforschung

PD Dr. Frank Jacobi (TU Dresden) bereitete mit seinem Vortrag zu „Psychotherapeutische Versorgung und Versorgungsforschung“ die Haushaltsentscheidungen des DPT zur Erweiterung der personellen Ressourcen der BPTK inhaltlich vor. Versorgungsforschung sei eine multidisziplinäre Wissenschaft, stellte Jacobi fest. Sie untersuche, wie Organisationsstrukturen und -prozesse des Gesundheitswesens, seine Finanzierungs- und Honorierungssysteme sowie die individuellen Verhaltensweisen von Versicherten und Patienten Qualität und Kosten der Versorgung beeinflussen. Darüber hinaus sei es Aufgabe der Versorgungsforschung, auf der Basis der durch Grundlagenforschung gewonnenen

Wissens innovative Versorgungskonzepte zu entwickeln und ihre Umsetzung unter Alltagsbedingungen zu evaluieren. Zentrale Fragen der Versorgungsforschung mit Blick auf psychische Krankheiten seien:

- Wie lässt sich der Zugang zum Versorgungssystem steuern?
- Wie lässt sich bei epidemiologisch gut dokumentierter Prävalenz und Inzidenz psychischer Krankheiten die Versorgung angesichts knapper Ressourcen angemessen organisieren?
- Welche Konsequenzen haben die fragmentierten, sektorierten und hinsichtlich der Kostenträgerschaft gesplitteten Versorgungsangebote für psychisch kranke Menschen und wie können stärker patientenorientierte Versorgungsangebote gefördert werden?



PD Dr. Frank Jacobi, TU Dresden

Insgesamt kam Jacobi zu dem Fazit, dass Versorgungsforschung einen wichtigen Einfluss auf die Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen haben könne und dass es eine vorrangige Aufgabe sei, sich angesichts der Vielfalt der potenziellen Themen auf prioritäre zu einigen.

### Haushaltsentwurf 2009

Bei den anschließenden Haushaltsberatungen folgten die Delegierten dem Votum des BPTK-Vorstands und einem Antrag des DPT, bei der BPTK ein zusätzliches Referat „Versorgungsforschung“ einzurichten. Mit den zusätzlichen personellen Ressourcen solle die BPTK, so die Delegierten des 13. DPT, Kompetenzen in diesem Bereich weiter ausbauen und sich verstärkt in die wissenschaftliche und politische Diskussion zu Themen der Versorgungsforschung einbringen.

Gerd Hoehner, stellvertretender Vorsitzender des Finanzausschusses, informierte die Delegierten über die Ergebnisse der Prüfung des Haushaltsjahres 2007 und die Haushaltsplanungen für das Jahr 2009. Der DPT entlastete daraufhin einstimmig den BPTK-Vorstand für das Haushaltsjahr 2007 und verabschiedete den Haushaltsentwurf für das Jahr 2009, der die Einrichtung einer zusätzlichen, befristeten Vollzeitstelle ermöglicht.

### Satzung der BPTK und Geschäftsordnung der DPT

Dem 13. DPT lagen Entwürfe der redaktionell überarbeiteten Satzung und Geschäftsordnung vor. Der DPT folgte weitgehend den Vorschlägen des Vorstandes, der seine Vorschläge auf der Basis der Vorarbeit einer Expertengruppe der Kammerjuristen vorgelegt hatte. Satzung und Geschäftsordnung sind in Kürze auf der Homepage der BPTK veröffentlicht.

### Geschäftsstelle

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



# Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

## WICHTIG – WICHTIG

Im Mittelteil dieser Ausgabe sind für die Mitglieder in Baden-Württemberg die folgenden, am 18.10.2008 verabschiedeten Änderungssatzungen der LPK eingehftet, nämlich die Neufassung der Meldeordnung und der Umlageordnung, die Beitragstabelle 2009, die dritte Satzung zur Änderung der Berufsordnung, die Satzungen zur Änderung der Weiterbildungs- und der Gebührenordnung sowie der Beschluss zur Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung.

## WICHTIG – WICHTIG

### Liebe Kolleginnen und Kollegen,

im kommenden Jahr können Sie, die derzeitigen Mitglieder der Kammer, freiwillig dem Psychotherapeutenversorgungswerk beitreten, um so ihre Vorsorge für den Ruhestand oder für den Fall der Berufsunfähigkeit finanziell abzusichern oder zu verbessern. Das Angebot des Versorgungswerkes ist hierbei nicht nur für selbstständig arbeitende Psychotherapeuten interessant, sondern auch Angestellte können davon im Sinne einer zusätzlichen Vorsorgeversicherung für die Zukunft profitieren. Wie mehrfach berichtet, hat die Vertreterversammlung der Psychotherapeutenkammer beschlossen, dem Psychotherapeutenversorgungswerk Nordrhein-Westfalen (PTV-NRW) beizutreten. Auf der Homepage des Versorgungswerkes ([www.ptv-nrw.de](http://www.ptv-nrw.de)) finden Sie viele Informationen, die Ihnen bei der Entscheidung zur Mitgliedschaft behilflich sein können.

In dem nun zu Ende gehenden Jahr haben sich viele von uns mit finanziellen Fragen beschäftigen müssen. Die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen hatten zu befürchten, dass ihre KV-Honorare einbrechen und ein Teil von ihnen hatte für einige Quartale Einkommenseinbußen hinzunehmen. Dank Geschlossenheit und großem Verhand-

lungsgeschick konnten die in der KBV und den KV-Gremien aktiven Kolleginnen und Kollegen erreichen, dass die Vergütung der Psychotherapien auch in Zukunft auf akzeptablem Niveau bleiben wird, mehr war wohl derzeit nicht zu erreichen.

Die angestellten Kolleginnen und Kollegen haben sicher die Tarifverhandlungen und deren Umsetzung mit großem Interesse verfolgt. Bedauerlicherweise sind für uns Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten noch keine tarifrechtlichen Regelungen geschaffen worden. Deshalb kommt es auf die Arbeitgeber und möglicherweise auch Verhandlungen mit dem Betriebsrat oder Personalrat an, wie Sie an ihrer Arbeitsstelle tarifrechtlich eingestuft werden. Die Landeskammern und die Bundespsychotherapeutenkammer machen hier ihren Einfluss geltend, dass bessere Regelungen geschaffen werden.

Dem Vorstand der Kammer ist verständlich und nachvollziehbar, dass die von der Vertreterversammlung beschlossene und in diesem Jahr vollzogene Erhöhung des Kammerbeitrages bei vielen Mitgliedern Unmut ausgelöst hat. Neben den zunehmenden vielfältigen fachlichen und juristischen Fragen, mit denen wir uns befassen müssen und zu denen die Kammer Stel-

lung nehmen muss, aber auch die Umsetzung gesetzlicher Vorgaben wie z. B. die Zertifikatserteilung im Rahmen der Fortbildungsverpflichtung, haben diese Erhöhung notwendig gemacht. Wir alle tragen dafür Sorge, dass die Kammer die finanziellen Ressourcen optimal nutzt.

In den Kammergremien und der Kammeröffentlichkeit sowie auch in gerichtlichen Auseinandersetzungen war die Beitragsgestaltung mit einem für alle Mitglieder einheitlichen Beitrag wiederholt in der Diskussion. Eine deutliche Mehrheit der Mitglieder hat sich für den Erhalt eines einheitlichen Beitrags mit einer neu einzuführenden Abstufung für Mitglieder mit geringerem Einkommen ausgesprochen, was in der neuen Beitragsordnung umgesetzt wird. Kammervorstand und Haushaltsausschuss sind sich darüber einig, dass mit dieser Änderung der Beitragsregelung keine „heimliche“ Erhöhung des Beitrages erfolgen soll. Der Gesamthaushalt der Kammer wird nicht erhöht, die Erhöhung des Einheitsbeitrages ist ausschließlich dazu erforderlich, die reduzierten Beiträge der Mitglieder mit geringerem Einkommen zu kompensieren. Auf der Homepage ([www.lpk-bw.de](http://www.lpk-bw.de)) können sie sich über die Beitragsregelung ausführlich informieren.

Die gesetzlichen Regelungen für neue Versorgungsformen haben die Kammer ebenfalls beschäftigt. Hierbei ist es nicht die Aufgabe der Kammer, Empfehlungen auszusprechen, dies ist Aufgabe der sozialrechtlichen Selbstverwaltung in KV und KBV sowie der Verbände. Die Kammer verfolgt jedoch aufmerksam, ob die fachlichen und berufsrechtlichen Erfordernisse im Sinne der Kolleginnen und Kollegen und vor allem der Patienten eingehalten sind und wird gegebenenfalls intervenieren. Neue Versorgungsformen dürfen das

erreichte Niveau der Qualität der psychotherapeutischen Versorgung nicht gefährden, sondern sollen dazu dienen, diese zu verbessern, ohne dass die Psychotherapeuten und ihre Patienten hierdurch Nachteile in Kauf nehmen müssen. Vorstand, Kammerausschüsse und Vertreterversammlung werden die Entwicklungen weiter verfolgen und sofern erforderlich, über die Homepage, den dort regelmäßig veröffentlichten Kammernewsletter und das Psychotherapeutenjournal über berufsrechtlich relevante Probleme informieren.

Hinweisen möchten wir noch einmal auf die Möglichkeit, bereits jetzt das Fortbildungszertifikat zum 30.06.2009 erwerben zu können.

Mit den besten Grüßen für erholsame Weihnachtstage, einen angenehmen Jahreswechsel und alles Gute im neuen Jahr,

Ihr Kammervorstand

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

## Mahnung zur Datensicherung – Pressemitteilung des Innenministeriums Baden-Württemberg

In einer Pressemitteilung mahnt das Innenministerium bei allen Berufsgeheimträgern Maßnahmen zur Datensicherung an. Aufgrund eines Vorfalls in einer Waldshuter Rechtsanwaltskanzlei wird auf die datenschutzgerechte Aufbewahrung und Entsorgung von Mandantenakten hingewiesen.

Im Herbst vergangenen Jahres war durch die Medien der Fall einer Rechtsanwaltskanzlei bekannt geworden, deren Mandantenakten teilweise als Altpapier gebündelt am Straßenrand aufgefunden worden waren. Daraufhin ermittelte die Aufsichtsbehörde für Datenschutz im nichtöffentlichen Bereich.

Die Aufsichtsbehörde empfiehlt infolgedessen, „mit den personenbezogenen Daten sorgsam umzugehen, MitarbeiterInnen auf das Datengeheimnis zu verpflichten und die im Bundesdatenschutzgesetz enthaltenen Vorschriften einzuhalten“.

## Homepage – Impressumspflicht für Psychotherapeuten

Auf der Kammerhomepage (unter Nachrichten/Downloads/Nachrichten2008) finden Sie eine Erläuterung für Psychotherapeuten zur Impressumspflicht in Folge

des Telemediengesetzes. In einem kurzen Paper wird die Rechtslage für Psychotherapeuten dargelegt, die ihre Dienste über eine Homepage im Internet anbieten. Hier-

bei sind bestimmte Angaben verpflichtend zu machen. Die Anforderungen werden im Paper dargestellt und anhand eines Gestaltungsbeispiels verdeutlicht.

## Fortbildungszertifikat zum Wunschtermin – Noch einmal!

Die Fortbildungsnachweisfrist gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung läuft am 30. Juni 2009 ab! Bei sofortiger Einreichung der Teilnehmerbescheinigungen erhalten Sie Ihr Fortbildungszertifikat sofort oder zum Wunschtermin. Die Bearbeitungszeit beträgt derzeit ca. 8 Wochen. Durch die rechtzeitige Einreichung vermeiden Sie unnötig lange Wartezeiten im nächsten Frühjahr! Die LPK appelliert nochmals an alle VertragspsychotherapeutInnen, von der Möglichkeit Gebrauch zu machen, bereits jetzt das Fortbildungszertifikat zu beantragen. Nur bei möglichst frühzeitiger Antragstellung kann eine rechtzeitige Prüfung der Unterlagen und Zertifikatserteilung von der Kammer zugesichert werden. Diese Information gilt für alle, die ihren Fortbildungsnachweis bis zum 30.06.2009 gegenüber

der Kassenärztlichen Vereinigung führen müssen.

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erhalten auf Antrag von der Landespsychotherapeutenkammer ein Fortbildungszertifikat, wenn sie nachweisen, dass sie in einem Fortbildungszeitraum von höchstens 5 Jahren mindestens 250 Fortbildungspunkte erworben haben. Das Fortbildungszertifikat der Landespsychotherapeutenkammer wird als ein möglicher Fortbildungsnachweis nach § 95 d SGB V von der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg anerkannt. Die Übergangsfrist zum erstmaligen Nachweis der Fortbildung endet Ende Juni 2009. Mit dem Ausstellungsdatum des Fortbildungszertifikats beginnt ein neuer 5-jähriger Fortbildungszeitraum.

Falls Sie jetzt oder bereits vor dem oben genannten Termin 250 Fortbildungspunkte (einschl. 10 Punkte pro Jahr für das Selbststudium – max. 50 Punkte) gesammelt haben, können Sie Ihre Teilnehmerbescheinigungen bei der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg zur sofortigen Prüfung einreichen und eine Ausstellung des Fortbildungszertifikates auf ein späteres Datum (und damit den Beginn des nächsten Fortbildungszeitraumes) beantragen. Bitte beachten Sie, dass zwischenzeitlich erworbene Fortbildungspunkte für den nächsten Fortbildungszeitraum keine Berücksichtigung finden können. Weitere Infos finden Sie auf der Homepage der Kammer [www.lpk-bw.de](http://www.lpk-bw.de).

## LPK unterstützt Heroinmodellversuch Karlsruhe – Aufruf an die Politik zur Weiterführung

Nach Ansicht der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg muss die Abgabe des Heroinersatzstoffes Diamorphin in der Behandlung Opiatabhängiger unbedingt weitergeführt werden. Nachdem bekannt wurde, dass die Stadt Karlsruhe beabsichtigt, die Finanzierung der Abgabe von Diazethylmorphin (Heroin) zum Ende des Jahres 2008 einzustellen, steht die weitere medizinische Betreuung der Schwerstabhängigen vor dem Aus.

Die Landespsychotherapeutenkammer hält dabei an ihrer schon früher geäußerten Auffassung fest, dass die Substitution mit Diamorphin in der Behandlung und

Rehabilitation Opiatabhängiger neben weiteren medizinischen, sozialen, psychotherapeutischen Methoden für einen Teil dieser Patienten eine meist lebenswichtige bzw. -rettende Funktion hat. In Karlsruhe ist die Anzahl der jährlichen Drogentoten deutlich gesunken, was insbesondere auch auf die Erfolge im Modellprojekt zurückgeführt werden kann. Auch die Evaluation an den anderen Modellstandorten, wie z. B. Köln, belegt den Erfolg des Modellversuchs.

Deshalb fordert die LPK Baden-Württemberg mit anderen Experten und Verbänden eine zügige Änderung des Betäubungsmit-

telgesetzes dahingehend, dass die Abgabe von Diazethylmorphin an Schwerstabhängige rechtlich auf eine sichere Grundlage gestellt wird. Die Finanzierung eines solchen Projektes einer Kommune zu überlassen, ist weder politisch/ökonomisch noch medizinisch/psychotherapeutisch vertretbar. Die LPK hat daher alle beteiligten Stellen, insbesondere die Gegner des Projekts in der Südwest-CDU gebeten, die für die kleine Gruppe der Heroin- bzw. Schwerstabhängigen so wichtige Behandlung in Karlsruhe nicht auslaufen zu lassen, sondern eine von der kommunalen Finanzierung unabhängige Weiterbetreuung zu ermöglichen.

## Praxisführung und Patientenversorgung – Kommentar des QS-Ausschusses zur Berufsordnung

Der Ausschuss Qualitätssicherung LPK BW hat ausgewählte Kapitel der Berufsordnung unter den Gesichtspunkten Praxisführung und Patientenversorgung bearbeitet. Checklisten sollen einen raschen Überblick ermöglichen, welche Anforderungen für eine psychotherapeutische Praxis unter Qualitäts Gesichtspunkten jeweils bestehen. In komprimierter Form werden u. a. folgende Themen behandelt:

- Worüber müssen Patienten vor Aufnahme einer Psychotherapie aufgeklärt werden? (BO § 6)
- Was ist in der Arbeit mit Minderjährigen zu beachten? (BO § 9)
- Wie können sensible Daten geschützt werden? (BO § 12)
- Was ist bei der Kooperation mit Kollegen, Hausärzten und Kliniken zu beachten? (BO § 16)
- Was muss bei der Praxisaufgabe berücksichtigt werden? (BO § 28)

Die Checklisten finden Sie auf der Homepage der Kammer [www.lpk-bw.de](http://www.lpk-bw.de) unter „Downloads“ bzw. „Aktuelles“.

## Staatsvertrag zwischen Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen zum Versorgungswerk der Psychotherapeutenkammer

Nach Unterzeichnung wird der Staatsvertrag zwischen Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen über die Zugehörigkeit der Psychotherapeuten des Landes Baden-Württemberg zum Versorgungswerk der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen im Feb. 2009 in Kraft treten. Das Versorgungswerk der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, das seinen Betrieb zum 01.01.2004 aufgenommen hat, betreut mittlerweile bereits über 1.800 Mitglieder und verwaltet ein Vermögen von knapp 16 Mio. €. Die Einstellung zur gesetzlichen Rentenversicherung hat sich geändert; weitere private und freiwillige Maßnahmen sind Voraussetzung für eine solide Altersversorgung. Für die Einbindung

der Psychotherapeuten Baden-Würtbergs in das Versorgungswerk der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen sprechen folgende Argumente:

- Versorgungswerke nehmen im Rahmen einer berufsständischen Solidarität alle Berufsangehörigen ohne Gesundheitsprüfung auf.
- Versorgungswerke bieten für jüngere Kolleginnen und Kollegen einen sofortigen „Rundum-Schutz“ als Grundversorgung und den Aufbau einer hervorragenden Altersvorsorge.
- Rentenanwartschaften werden in der Regel ohne Wartezeit erworben.
- Versorgungswerke sind von einer Geldentwertung unabhängig.
- Die aufgebauten Versorgungsansprüche können bis zur Pfändungsfreigrenze nicht gepfändet werden und sind damit dem Zugriff Dritter entzogen.
- Die individuelle Einstellung zur freien/gesetzlichen Vorsorge hat sich geändert. Die Vergangenheit hat gezeigt, dass die privaten und freiwilligen Maßnahmen einer Ergänzung durch gesetzlich geregelte Vorsorge bedürfen, um dem Sicherheitsbedürfnis der KollegInnen zu genügen.

Um Leistungen und Beiträge langfristig abstimmen zu können, ist ein versicherungs-

mathematisches Finanzierungsverfahren notwendig. Für das Versorgungswerk der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen wurde das modifizierte Anwartschaftsdeckungsverfahren, ein kapitalbildendes Verfahren, gewählt. Anders als bei dem Finanzierungsverfahren der DRV (Umlageverfahren) erhält der Versicherte im Versorgungswerk eine beitragsgerechte Anwartschaft/Rente, die er sich durch seine Beitragszahlung zzgl. der angesammelten Zinsen während seiner Versicherungszeit erwirtschaftet hat.

Mit In-Kraft-Treten des Staatsvertrages werden automatisch alle Mitglieder der Psychotherapeutenkammer Pflichtmitglieder (Gründungsmitglieder) des Versorgungswerks, die das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, unabhängig, ob sie selbstständig oder angestellt tätig sind. Unter bestimmten Voraussetzungen können sie sich auf Antrag von der Mitgliedschaft befreien lassen. Kammermitglieder,

die das 40. Lebensjahr, jedoch noch nicht das 63. Lebensjahr vollendet haben, können auf Antrag Mitglied des Versorgungswerks werden.

Alle, die zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens des Staatsvertrages Kammermitglieder sind und das 63. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, können als „Gründungsmitglieder“ innerhalb einer Frist von 6 Monaten frei wählen, ob und ggf. in welcher Höhe sie einen Pflichtbeitrag zahlen wollen. Wählbar sind Beiträge in Zehntelstufen von 1/10 bis 10/10 des Höchstbeitrages zur gesetzlichen Rentenversicherung; 2008 betrug dieser € 1054,70. Daneben sind im Rahmen der Satzung auch zusätzliche freiwillige Beiträge möglich.

Die Satzung des Versorgungswerks sieht folgende Leistungsarten vor:

- Alters-, Berufs- und Hinterbliebenenrente,

- Kapitalabfindung für Witwen und Witwer,
- unter best. Voraussetzungen Erstattung und Übertragung von Beiträgen,
- Zuschüsse für Rehabilitationsmaßnahmen.

Über die Höhe der erworbenen Anwartschaften werden jährlich Anwartschaftsmitteilungen ausgestellt. Bei Rückfragen steht Ihnen das Versorgungswerk gerne zur Verfügung.

Versorgungswerk der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen  
Postanschrift:  
Postfach 10 52 41  
40043 Düsseldorf  
Telefon: 0211-179369-0  
Telefax: 0211- 179369-55  
Email: office@ptv-nrw.de  
Web: www.ptv-nrw.de  
Telefonische Sprechzeiten:  
Mo – Do 9:00 – 12:00 u. 14:00 – 16:00;  
Fr 9:00 – 12:00

## Nachwuchs- und Ausbildungssituation Psychologischer Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) in Baden-Württemberg – Ergebnisse einer Befragung der Ausbildungsinstitute

Im ersten Quartal dieses Jahres hat die Landespsychotherapeutenkammer eine Befragung der staatlich anerkannten Ausbildungsstätten in Baden-Württemberg zur aktuellen Ausbildungssituation in Baden-Württemberg durchgeführt. Alle 21 anerkannten Ausbildungsstätten haben sich an der Befragung beteiligt (14 psychodynamisch ausgerichtete Institute und 7 verhaltenstherapeutische Institute). Derzeit bieten 57,1% der Ausbildungsstätten die Ausbildung zum PP, 14,3% die Ausbildung zum KJP und 28,6% beide Ausbildungen an. Die Gesamtzahl genehmigter Ausbildungsplätze pro Jahr liegt bei 319, davon entfallen 78,4% (N=250) auf PP-Plätze. In den genehmigten Institutsausbildungen der befragten Ausbildungsstätten sind alle Vertiefungsschwerpunkte (AP, TP, integrierte AP/TP, VT) mit Ausnahme der GT vertreten, wobei die Zahl der Ausbildungsplätze an den einzelnen Instituten eine große Varianz aufweist. Insgesamt 59,6% der genehmigten PP-Ausbildungsplätze und insgesamt 56,5% der genehmigten KJP-Plätze entfallen auf den Vertiefungsschwerpunkt VT. Die Gesamtzahl der im Jahre 2007 neu

eingeschriebenen Ausbildungsteilnehmer/innen lag bei 217, davon waren 75,1% PP-Ausbildungsbeginner/innen. Gemessen an den genehmigten Plätzen entspricht dies einer „Auslastungsquote“ von 68%. Diese war allerdings bei den verhaltenstherapeutischen Ausbildungsstätten mit 85,7% deutlich höher als bei den psychodynamischen Instituten (48,3%). Die Gesamtzahl der Ausbildungsbeginner/innen schwankte in den Jahren 2002 bis 2007 zwischen 133 (2003) und 217 (2007). Zum Stichtag 31.12.2007 waren bei den befragten Ausbildungsstätten insgesamt 947 Ausbildungsteilnehmer/innen eingeschrieben (davon befinden sich 78,6% in PP-Ausbildung). 75,1% der eingeschriebenen PP-Ausbildungsteilnehmer/innen haben das Vertiefungsfach VT gewählt, lediglich 24,9% ein psychodynamisches Vertiefungsfach (hier zumeist die integrierte Ausbildung AP/TP). Auch bei den eingeschriebenen KJP-Ausbildungsteilnehmer/innen dominiert mit 56,7% das Vertiefungsfach VT. Insgesamt 80,3% der eingeschriebenen Ausbildungsteilnehmer/innen sind Frauen (79,7% im PP-Ausbildungsbereich

und 82,3% im KJP-Bereich). Hinsichtlich der Altersstruktur zeigt sich, dass 52% der eingeschriebenen Ausbildungsteilnehmer/innen in der Altersgruppe 31 – 40 Jahre liegen. 24,6% sind höchstens 30 Jahre alt, 19,9% liegen in der Altersgruppe 41 – 50 Jahre und 3,5% sind älter als 50. Ein wesentlicher Gesamtbefund der durchgeführten Befragung ist, dass insbesondere in der PP-Ausbildungslandschaft – ähnlich wie auch in anderen Bundesländern – eine Verengung auf ein psychotherapeutisches Verfahren, die Verhaltenstherapie zu beobachten ist. Weitere Infos dazu finden Sie im Newsletter 3/2008 sowie auf der Kammerhomepage.

### Geschäftsstelle

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



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

## 3. Bayerischer Landespsychotherapeutentag am 11. Oktober 2008 in München

Am 11. Oktober 2008 trafen sich in München ca. 500 bayerische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, um mit führenden Fachexperten sowie Vertretern aus Politik und Gesundheitswesen die Auswirkungen aktueller gesellschaftlicher und politischer Entwicklungen auf die Psychotherapie zu beraten.

### „Schneller, billiger, transparenter“ – Gilt das auch für Psychotherapeuten?

Der aktuelle Zeitgeist mit seinem Druck der Ökonomisierung, Beschleunigung und Effizienzsteigerung trägt seine Ansprüche zunehmend auch an Psychotherapeut/inn/en heran. Können Psychotherapien beschleunigt werden, können Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten effizienter arbeiten, um eine größere Zahl von Patienten zu behandeln, – oder besteht die Gefahr, dass dann eine fachgerechte Psychotherapie für und mit unseren Patienten nicht mehr möglich ist?

Die Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (PTK Bayern) hat dieses hochaktuelle Thema mit dem 3. Bayerischen Landespsychotherapeutentag aufgegriffen und dadurch Mitgliedern und Öffentlichkeit die Möglichkeit geboten, den Blick für Chancen und Risiken der aktuellen Entwicklung zu schärfen. Dies vor dem Hintergrund, dass eine ständig wachsende Zahl von Menschen mit psychischen Krankheiten dringend psychotherapeutische Behandlung sucht und braucht.

„Wir wollen zusammen mit unseren Partnern vor Ort und in übergreifenden Strukturen nach und nach die richtigen Veränderungen einleiten und umsetzen“, betonte **Dr. Nikolaus Melcop**, Präsident der PTK Bayern, in seiner Eröffnungsrede. Er forderte die Politik auf, die Selbstverwaltungsinstitutionen der Heilberufe zu stärken und warnte vor den Gefahren, die ein ungesteuerter Wettbewerb im Gesundheitswesen und im Hochschulbereich insbesondere für die psychotherapeutische Versorgung der Patienten auslöst.

Frau **Staatsministerin Christa Stewens** machte in ihrem Grußwort deutlich, dass sie wichtige Forderungen und Vorschläge von Seiten der Psychotherapeuten unterstütze, wie z. B. den Erhalt des Erstzugangsrechts. Die Ministerin führte aus, dass zunehmend alle Lebensbereiche der Beschleunigung und ökonomischen Zwängen unterlägen. Dies führe zu einer Zunahme psychischer Erkrankungen. „Hier wird Ihr Berufsstand dringend gebraucht“, so Stewens.

Neben Vertretern der Politik waren u. a. auch Repräsentanten von Kassenärztlicher Vereinigung Bayerns, Krankenkassen und Heilberufekammern aus Bayern und anderen Bundesländern der Einladung der Kammer gefolgt.

### Die Fachvorträge im Einzelnen

**Prof. Heiner Keupp** sprach davon, dass der gesellschaftliche Strukturwandel mit seinem Zwang zu Rationierung, und Gewinnsteigerung enorme psychosoziale Folgen habe und eine erhebliche Zunahme behandlungsbedürftiger psychischer

Störungen bewirke. Allgemeine psychosoziale Folgen seien die Erosion traditioneller Lebenskonzepte, ein erschöpftes Selbst, fehlende Stabilität für Familien und Kinder. Von Psychotherapeuten forderte er eine vermehrte Reflexion gesellschaftlicher Hintergründe für individuelles Leiden.



*Nikolaus Melcop (Foto: Wolfgang M. Weber)*

**Prof. Bernhard Strauß** führte aus, es werde zu häufig in Begriffen des Qualitätsmanagements gedacht und geplant. Zum Thema Therapiedauer und -frequenz referierte Strauß über aktuelle Resultate der Psychotherapieforschung, „die Aufschluss über zeitliche Aspekte psychotherapeutischer Behandlungen geben und die ganz allgemein zeigen, dass positive und insbesondere dauerhafte Effekte von Psychotherapie in längeren Behandlungen



*Staatministerin  
Christa Stewens  
mit Bruno Wald-  
vogel (l.) und  
Peter Lehndorfer  
(r.). (Foto: Marion  
Munke, KVB)*

wahrscheinlicher sind“. Strauß wies explizit darauf hin, dass in der Psychotherapieforschung häufig die Forschungsrealität nicht ausreichend zur klinischen Realität passe. Multimorbide Patienten mit komplexen Störungsbildern würden tendenziell aus Therapiestudien selektiert, seien im klinischen Alltag aber die Regel.

**Prof. Peter Fiedler** lieferte weitere Ausführungen zum Thema „Dosis-Wirkungs-Effekt“. Er berichtete über Studien verschiedener Therapieschulen, die Indikatoren sichtbar machten, „anhand derer sich bereits früh in der Therapie entscheiden lässt, ob eher eine kürzere oder langfristig zu planende Behandlung ins Auge gefasst werden kann“. Für Therapieeffizienz, so Fiedler, sei eine tragfähige Therapeut-Patient-Beziehung entscheidend. Diese solle vermehrt im Forschungsinteresse stehen.

Psychotherapie führt auch zu neurobiologischen Veränderungen im Gehirn. Dazu

gehören die Bahnung synaptischer Verbindungen, die Neubildung von Synapsen, Nervenzellneubildungen u. a. **Prof. Peter Henningsen** warnte aber davor, über diese bekannten Effekte eine quasi-pharmakologische Effizienzprüfung für Psychotherapie einführen zu wollen. Psychotherapie zielt auf eine Änderung von Schemata bei Patienten ab. Sie sei dann effizient, wenn Verhalten, Denken und Fühlen modifiziert würden. Daher seien dies die Variablen, über die die Effektivität von Psychotherapie zu erfassen sei.

Der Faktor Zeitmanagement stand im Zentrum des Schlussvortrags von **Prof. Olaf Geramanis**. Er zieht in seinen Ausführungen zum Zeitmanagement den Schluss: „Zentrale menschliche Bedürfnisse nach Vertrauen, Zugehörigkeit und sozialer Anerkennung verschließen sich einer ökonomischen Kontrolllogik, bzw. werden durch sie geradezu vernichtet“. Übertragen auf die therapeutische Situation, in der diese

menschlichen Bedürfnisse im Vordergrund stehen, bedeutet dies, dass ökonomisch motiviertes Zeitmanagement auf therapeutische Belange übertragen kontraproduktiv wirken kann.

Neben den fünf Plenarvorträgen gab es 11 weitere Vorträge in fünf Parallelveranstaltungen. Schwerpunkte waren: Die verstärkte Bedeutung von Leitlinien bei der Behandlung von psychischen Störungen und in der Rehabilitation. Vier Vorträge befassten sich mit dieser Thematik. In zwei Vorträgen ging es um den Einfluss elektronischer Medien auf den therapeutischen Prozess. Zwei weitere Vorträge handelten, unter dem Aspekt des Bewirtschaftens knapper Ressourcen, von der Abgrenzung von Coaching und Beratung von eigentlicher Psychotherapie. Es wurde deutlich, dass in der Erziehungsberatung bei komplexen Problemlagen auch psychotherapeutische Interventionen vorgenommen werden. Schließlich gab es noch drei Vorträge, die sich mit psychotherapeutischen Herausforderungen in einer sich immer stärker wandelnden Gesellschaft beschäftigten.

Von Seiten der Kammer möchten wir uns bei allen Teilnehmern, Referenten und Gästen für diesen gelungenen Bayerischen Landespsychotherapeutentag 2008 ganz herzlich bedanken.

Weitere Informationen zum Landespsychotherapeutentag mit den einzelnen Themen der Vorträge und einer Abstractsammlung finden Sie auf der Homepage der Kammer.

## Delegiertenversammlung für Erhalt der Ausbildungsstrukturen

Die zweite Delegiertenversammlung des Jahres 2008 stellte am 23.10.2008 unter der Versammlungsleitung von Klemens Funk und seiner Stellvertreterin, Ellen Bruckmayer, die Weichen für die Arbeit der Kammer in wichtigen aktuellen Themenbereichen.

Den **Schwerpunkt des Vorstandsberichts** von Kammerpräsident Dr. Nikolaus Melcop bildete **die Zukunft der Ausbildung**

**zum PP und KJP**. Dr. Melcop bekräftigte für die PTK Bayern als vorrangiges Ziel, das Qualifikationsniveau der PP und KJP und damit auch die Qualität der psychotherapeutischen Versorgung zu erhalten oder zu verbessern. Aus diesem Anlass wiederholte Dr. Melcop erneut die **Forderung nach einem Master-Abschluss als Berufszugangsvoraussetzung sowohl für PP als auch für KJP, deren Inhalte sich dann auch weit überwiegend decken soll-**

**ten. Planungen zu einer weitreichenden Umstrukturierung der Ausbildung, insb. der Möglichkeit einer vorgezogenen Approbation schon nach dem Zugangsstudium, erteilte er eine klare Absage.**

Dr. Melcop stellte im Bericht des Vorstandes außerdem den Bezug zwischen den Auswirkungen der Finanz- und Wirtschaftskrise und den Perspektiven für den Berufsstand und die psychotherapeutische Ver-

sorgung her. Er warnte vor den Gefahren einer übertriebenen und rein ökonomisch orientierten Deregulierung, die auch bei der Studienreform schon jetzt verheerende Folgen zeige. Er forderte, die Umbruchstimmung als Chance zu nutzen, Regelungen mit Augenmaß zu erzielen und Kammern sowie berufliche Selbstverwaltung zu stärken. Der Vorstand werde darauf hinwirken, dass in Bayern auch die neue Staatsregierung in Kontinuität zur bisherigen bayerischen Politik die besondere Bedeutung psychotherapeutischer Angebote für die Patienten beachtet.

Am Schluss der intensiv geführten Diskussion zum Vorstandsbericht positionierte sich die Delegiertenversammlung in einem Meinungsbild zum Thema „Zukunft der Ausbildung“: **ohne Gegenstimmen bei einzelnen Enthaltungen unterstützten die Delegierten o. g. Grundlinie zur möglichen Weiterentwicklung der Ausbildung.**

### **Resolution zur elektronischen Gesundheitskarte**

Vizepräsident Peter Lehnendorfer berichtete den Delegierten über die sich beschleunigenden Vorbereitungen zur **Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und des Heilberufeausweises (HBA)**. Dabei betonte er, dass der aktiv handelnde Patient Mensch im Fokus der Sichtweise stehen müsse und nicht der anonyme Datenlieferant. Hierfür müsse der aktive, souveräne und selbst bestimmte Umgang mit den Informationen über die eigene Person gefördert werden. Weiterhin sei gerade aus psychotherapeutischer Sicht ein differenzierter Umgang mit Daten und der Vertrauensschutz unabdingbar. Er mahnte an, dass die Diskussion um die Einführung der Telematik ein gesamtgesellschaftliche Diskussion bedürfe, da die eGK alle Menschen angehe, nicht nur die Leistungserbringer.

Die Delegiertenversammlung verabschiedete nach ausführlicher und kritischer Diskussion von Risiken und Möglichkeiten der neuen Technologie eine Resolution, in der sie unter anderem forderte:

- die Einführung der eGK muss tatsächlich erhebliche Verbesserungen für die

*Delegiertenversammlung PTK Bayern (Foto: Wolfgang M. Weber)*



Gesundheitsversorgung der Patienten erbringen,

- ein selbst bestimmter und gesundheitsförderlicher Umgang mit den eigenen „Daten“ durch die Patienten soll gefördert werden,
- ein Missbrauch des informationellen Selbstbestimmungsrechtes muss durch umfangreiche datenschutzrechtliche Maßnahmen verhindert werden.

Der Vorstand wurde beauftragt, noch weitere Kritikpunkte an der Telematik, die in der Diskussion benannt wurden, in die Resolution aufzunehmen. Die gesamte Resolution finden Sie auf unserer Homepage.

### **Diskussion zur Weiterbildungsordnung**

Dr. Bruno Waldvogel, Vizepräsident der Kammer, berichtete über den aktuellen Entwicklungsstand zur Frage der Einrichtung von Weiterbildungen. Auf dem 12. Deutschen Psychotherapeutentag im Mai dieses Jahres forderte die Mehrheit der Bundesdelegierten die Landeskammern dazu auf, Weiterbildungsordnungen zunächst für den Bereich der Neuropsychologie, zu verabschieden. Weiterhin wurde der Vorstand der BPTK beauftragt, weitere Weiterbildungsbereiche vorzuschlagen. Auf Initiative der bayerischen Delegierten wurde jedoch gleichzeitig ein Moratorium dahingehend beschlossen, bis zur Veröffentlichung des Forschungsgutachtens zur Zukunft der Psychotherapieausbildung keine Beschlüsse zur Verabschiedung und Weiterentwicklung von Weiterbildungsordnungen zu fassen.

Die PTK Bayern ist eine der wenigen Landeskammern, die bislang keine Weiterbildungsordnung eingeführt hat. Zum einen fehlt dafür die gesetzliche Grundlage im Bayerischen Heilberufe-Kammergesetz (HKaG). Zum anderen sieht die PTK Bayern in einer Ausdifferenzierung unserer Berufe durch Weiterbildungsbereiche die Gefahr einer Entwertung der psychotherapeutischen Grundqualifikation.

Hintergrund der aktuellen Entscheidungen des Deutschen Psychotherapeutentages für eine Forcierung der Entwicklung von Weiterbildungsordnungen und -gängen sind neue rechtliche Rahmenbedingungen: Nach Auffassung des Vorstands der BPTK sowie des Justizars der BPTK, Dr. M. Stellpflug, lassen sich in Zukunft die Qualifikationsvoraussetzungen für die Durchführung und Abrechnung neu vom G-BA anerkannter Behandlungsmethoden durch bundesweit inhaltsgleiche Weiterbildungsregelungen der Psychotherapeutenkammern bestimmen. Ohne bundesweit inhaltsgleiche Weiterbildungsregelungen würden die Qualifikationsvoraussetzungen vom Spitzenverband der Krankenkassen und der KBV bestimmt werden.

Die Delegierten nahmen sich aufgrund der weitreichenden kammerübergreifenden Bedeutung die Zeit für eine umfassende Diskussion der Thematik. Schließlich wurde entschieden, ohne weitere Entscheidungen zu präjudizieren, zumindest die Ermächtigung zur Verabschiedung einer Weiterbildungsordnung durch eine entsprechende Änderung des Heilberufe-Kammergesetzes anzustreben.

## Weitere thematische Schwerpunkte der Delegiertenversammlung

Die Verabschiedung des **Perspektivenpapiers 2011** durch den 12. Deutschen Psychotherapeutentag nahmen die Delegierten nach einer Einführung durch Vorstandsmitglied Gerda B. Gradl zum Anlass, um ein Resümee der Perspektivenplanung auf Bundesebene und der Berücksichtigung der Vorschläge bayerischer Delegierter zu ziehen. In der Delegiertenversammlung im Frühjahr hatten die bayerischen Delegierten eine Stellungnahme mit konkreten Vorschlägen zu dem Papier verabschiedet.

## Kurznachrichten

### Leitende PsychotherapeutInnen und PsychologInnen psychiatrischer und psychosomatischer Kliniken und Ausbildungsinstitute in der Kammer

Die Treffen mit beiden Gruppen fanden am 2. Oktober 2008 in der Geschäftsstelle der PTK Bayern statt. Von Seiten der Kammer nahmen Nikolaus Melcop, Heiner Vogel und Bruno Waldvogel teil.

Themen des Treffens mit Leitenden PsychotherapeutInnen/PsychologInnen in Kliniken waren die angestrebte Mitwirkung an der Krankenhausbedarfsplanung, die Situation der PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA) in den Kliniken, die Fortbildungsverpflichtung für PP/KJP in Krankenhäusern und die Situation der PP/KJP im multidisziplinären Team einer Klinik.

Zum Vortrag von Prof. Ulrike Willutzki, Ruhr Universität Bochum, zum „Forschungsgutachten zur Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“, waren auch die VertreterInnen der bayerischen PT-Ausbildungsinstitute und die PiA-VertreterInnen in der Delegiertenversammlung eingeladen worden.

Im Anschluss an den Vortrag von Frau Prof. Willutzki bestand die vorgesehene Möglichkeit zum Austausch zwischen den in Kliniken

Den Sachstand der Planungen **zu Regelungen für die Sachverständigentätigkeit von PP und KJP** durch eine Arbeitsgruppe des Länderrates der Kammern berichtete Dr. Andreas Rose (Beauftragter des Vorstands für die Themengebiete Sachverständigentätigkeit und Forensik).

Vizepräsident Peter Lehndorfer stellte ausführlich den **Haushaltsplan für das Jahr 2009** vor. Nach Stellungnahme des Finanzausschusses und Diskussion wurde der Haushaltsplan durch die Delegiertenversammlung einstimmig angenommen.

Vorstandsmitglied Angelika Wagner-Link stellte die Planungen zu der geplanten

tätigen leitenden Psychologen und Vertretern der Ausbildungsinstitute. Besprochen wurden hierbei insbesondere einige aufgetretene Probleme der Abstimmung hinsichtlich der Durchführung der praktischen (Ausbildungs-)Tätigkeit in den Kliniken.

Die Vertreter der Ausbildungsinstitute wurden im Anschluss über Gespräche des Vorstands der PTK mit den zuständigen Approbationsbehörden u. a. zu Fragen der Zugangsvoraussetzungen für die Ausbildung zum PP und zum KJP informiert.

### Legastheniegutachten durch KJP und PP für Schule und Jugendhilfe

Die Fortbildungsveranstaltung stieß auf großes Interesse unserer Mitglieder. Da sie schon früh ausgebucht war konnten „nur“ ca. 100 Kolleg/inn/en teilnehmen. Sollte das Interesse weiter bestehen, planen wir eine Wiederholung.

### Bevorstehende Veranstaltungen

**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. Bitte beachten Sie das beiliegende Anmeldeformular.

Fachtagung der PTK Bayern am 21.3.2009 „Prävention psychischer Krankheiten – eine Herausforderung für die Zukunft“ vor.

Im Anschluss informierten die **satzungsgemäßen Vertreter der Ausbildungsinstitute** (Susanne Färber), **der Psychotherapeut/innen in Ausbildung** (Frank Mutert), **und Hochschulen** (Frau Prof. Weber) über ihre Tätigkeit.

Zum Abschluss folgten die **Berichte aus den Ausschüssen** der Kammer für **Aus-, Fort- und Weiterbildung** (Klemens Funk), für die **psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen** (Angelika Rothkegel) sowie **Psychotherapie in Institutionen** (Dr. Peter Dillig).

„Prävention psychischer Krankheiten – eine Herausforderung für die Zukunft“ am 21.03.2009 in der Ludwig-Maximilians-Universität München.

**8. Suchtforum** am 29.4.2009 in München in Kooperation mit der Bayerischen Landesärztekammer, der Bayerischen Landesapothekerkammer und der Bayerischen Akademie für Suchtfragen.

„**Perspektiven der ambulanten Suchtberatung**“ – **Fachtagung** gemeinsam mit der Bayerischen Akademie für Suchtfragen am 17.6.2009.

Nähere Informationen und Programme zu den Veranstaltungen sowie Anmeldeformulare finden Sie zeitnah 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

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



# Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Berlin

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

## 1. Interdisziplinäres Colloquium zur Hilfeplanung im institutionellen Spannungsfeld soll fortgesetzt werden

Der Erfolg einer Psychotherapie eines Kindes, Jugendlichen oder der Familie hängt wesentlich von der Zusammenarbeit der fachlichen und institutionellen Bezogenheit der Fachdienste, der Verwaltung und natürlich vom behandelnden Psychotherapeuten ab.



*Die rund 70 geladenen Gäste machten sich ihre eigenen Gedanken zu dem vorgestellten Fall*

Dieser These stimmten die am 2. September 2008 in das Haus der Kirche, Berlin-Charlottenburg, geladenen Gäste der Veranstaltung voll und ganz zu. Voraussetzung für diesen Erfolg ist aber die Klärung von Schnittstellen und von Vernetzungs- und Kooperationsmöglichkeiten. In der Praxis wird häufig über Ineffizienz und Unverständnis von eingeleiteten Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen, über Mangelversorgung, Ressourcenknappheit und personelle wie finanzielle Konkurrenzen zwischen den Professionen geklagt. Misserfolge werden häufig nicht angesprochen – Schuld sind häufig immer die anderen Professionen oder Institutionen.

Um dieses Missverhältnis aufzubrechen, hatte die Psychotherapeutenkammer Berlin Multiplikatoren und Funktionsträger aus der Senatsverwaltung, der Schule, den bezirklichen Jugendämtern und Beratungsstellen, den Kliniken, der Universität und Fachhochschulen eingeladen.

Es wurden keine Vorträge im klassischen Sinn gehalten – sondern die Veranstaltung war ein Live-Experiment: Anhand der Vorstellung eines schwer gestörten Jugendlichen, eines „Falls“, wollte die Kammer Vertreter/-innen unterschiedlicher Professionen und Institutionen zielbezogen ins Gespräch kommen lassen. Ziel war ein Bewusstmachen über professionelle und institutionelle Standpunkte. Am deutlichsten wurde dies bei der inszenierten Hilfeplankonferenz (nach SGB VIII), als Vertreter der Psychiatrie, einer Beratungsstelle,



*v. l.: Zum Fall aus Sicht der Pädagogik (Prof. Dr. Burkhard Müller), der Klinischen Sozialarbeit (Prof. Dr. Silke Gahleitner), der Psychotherapie (Prof. Dr. Jürgen Körner), der Kinder- und Jugendpsychotherapie (Martina Blass), KJHG (Alfred Luttermann) und Kinder- und Jugendpsychiatrie (Dr. med. Willner)*



*Dipl.-Päd. Rebecca Friedmann vom Projekt Denk-Zeit e.V. der FU Berlin über den Fall eines devianten 18-jährigen Jugendlichen*

einer psychotherapeutischen Praxis dem schwer gestörten Jugendlichen Vorschläge über weitere Hilfsmaßnahmen machten. Voraussetzung einer funktionierenden Hilfeplankonferenz ist, dass sich die unterschiedlichen Professionen über klare Zielstellungen im Fall einigen.

Die Inhalte des 1. Interdisziplinären Colloquiums wurden auf DVD und Bänder aufgezeichnet. Sie sollen über die FU Berlin unter der Federführung von Prof. Dr. Jürgen Körner ausgewertet werden. Die Ergebnisse werden im Rahmen eines weiteren Bandes der Schriftenreihe der Psychotherapeutenkammer veröffentlicht.

Gesamttenor der Veranstaltung war, dass derartige sektorenübergreifende Treffen unbedingt wiederholt werden sollten.

*Dr. Beate Locher,  
Referentin für Öffentlichkeitsarbeit*

## Jung – psychisch krank – und nicht therapiefähig?

Die integrierte Psychotherapie der komplementären psychiatrischen Versorgung taucht im fachlichen Diskurs kaum auf. Zu Unrecht, da sie psychisch kranken Menschen einen Zugang zu psychotherapeutischen Hilfen ermöglicht, die in den ambulanten Praxen nur selten versorgt werden. Die Komplexität des Hilfebedarfes erfordert ein schulübergreifendes Arbeiten, unterschiedliche Settings und konkrete Hilfen in der Alltagsbewältigung. Die Autorin schildert dies am Beispiel des „Therapeutisch Betreuten Wohnens mit psychisch kranken jungen Erwachsenen“.

### Der Behandlungsrahmen

In einer Untersuchung zur retrospektiven Bewertung ehemaliger Klient/innen des „Therapeutisch Betreuten Wohnens für psychisch kranke junge Erwachsene“ der ajb gmbh in Berlin, wurde nachhaltig positiv bewertet, „dass wir dran geblieben sind“ (Szczotko, 2007). „Dranbleiben“ heißt in diesem Kontext oftmals ein Jahr lang immer wieder bei Rückzug Kontakt anzubieten, bevor eine hilfreiche Beziehung entstehen kann.

2004 haben wir in Neukölln einen Wohnverbund mit 14 Plätzen eröffnet, um jungen psychisch erkrankten Menschen im Alter von 18 – 25 Jahren wieder eine „Teilhabe am gesellschaftlichen Leben“ (§ 53 SGB XII) zu ermöglichen. Das Therapeutisch Betreute Wohnen ist Teil der bezirklichen psychiatrischen Versorgung, die Finanzierung erfolgt über die Eingliederungshilfe, die Belegung über die bezirkliche Steuerungsrunde und die Begutachtung über die psychiatrische Klinik oder den Sozialpsychiatrischen Dienst. Die Behandlung kann die Bereiche: Selbstversorgung/Wohnen, Tagesgestaltung/Kontaktfindung und Beschäftigung/Arbeit/Ausbildung sowie integrierte psychotherapeutische Leistungen umfassen. Voraussetzung für die Finanzierung der integrierten Psychotherapie ist, dass das Setting einer ambulanten Psychotherapie nicht bzw. noch nicht eingehalten werden kann.

Die Situation von allen, die zu uns kommen, ist gekennzeichnet durch eine Ori-

entierungslosigkeit in der Identität, in den Beziehungen zu den Gleichaltrigen und zur Familie sowie im schulischen und beruflichen Bereich. Die Suche nach Antworten auf die Fragen, wer bin ich eigentlich, was soll ich werden, welches ist mein Platz in der Gesellschaft – auch im Hinblick auf eine bi-kulturelle familiäre Herkunft –, mit wem und wie möchte ich leben, was ist mir wichtig, ist durch die Erkrankung stagniert oder zumindest stark verunsichert. Sie kommen mit schweren Störungen in der Persönlichkeitsentwicklung und schizophrenen Erkrankungen.

Neben den alterstypischen Entwicklungsaufgaben haben psychisch kranke junge Erwachsene auch die Aufgabe, sich mit ihrer psychischen Erkrankung auseinanderzusetzen und einen Umgang damit zu finden. Hierzu gehört eine angemessene Nähe-Distanzregulation zu den Eltern. Es geht in dieser Entwicklungsphase nicht um Verarbeitung der Vergangenheit, sondern darum, wieder Vertrauen in sich und andere aufzubauen und den Kreislauf von Kränkung und Rückzug mittels positiver Lern- und Beziehungserfahrungen zu durchbrechen.

### Der familientherapeutische Einstieg

Im Rahmen der Behandlungs- und Rehabilitationsplanung erarbeiten wir mit den Klient/innen, was sie mit unserer Hilfe erreichen wollen. Oftmals beginnen wir insbesondere bei schizophrenen Ersterkrankten mit familientherapeutischen Gesprächen, klären Loyalitäten, Schuldgefühle und Ambivalenzen im Ablösungskonflikt. Gerade Familien mit Migrationserfahrung haben den Anspruch, ihre psychisch kranken Kinder im Familienkontext zu versorgen, auch wenn alle damit überfordert sind. Nach dem Auszug aus der Familie stehen verschiedene Wohnformen, wie ein Krisenplatz, Einzel- und Gruppenwohnen zur Verfügung.

### Das therapeutische Milieu

Danach folgen der Aufbau von vertrauensvollen Beziehungen zu den Bezugsbetreuer/innen und die Integration in die

## Schriftenreihe der Psychotherapeutenkammer Berlin:

### „Psychotherapeutische Leistungen im Sozialrecht“

von Gerhard Nothacker

In Kürze erscheint das von der Psychotherapeutenkammer Berlin in Auftrag gegebene Rechtsgutachten zum Thema „Psychotherapeutische Leistungen im Sozialrecht“ von Prof. Gerhard Nothacker.

Das Gutachten bildet den ersten Band der neuen Schriftenreihe der Psychotherapeutenkammer Berlin.

Der Band kann zum Selbstkostenpreis von 15,- Euro direkt bei der Geschäftsstelle der Psychotherapeutenkammer Berlin bezogen werden.

Bewohner/innengruppe. Parallel zur konkreten Unterstützung im Alltag wird mit der schulischen oder beruflichen Reintegration begonnen. Die Probleme der Bewohner/innen zeigen sich im alltäglichen Miteinander. Um dem komplexen Hilfebedarf von psychisch kranken jungen Erwachsenen zu entsprechen, ist das Team multikulturell und multiprofessionell bestehend aus Pädagog/innen, Erzieher/innen, Sozialarbeiter/innen und einer Psychologischen Psychotherapeutin zusammengesetzt.

Im Rahmen des therapeutischen Milieus sollen neue emotional korrigierende Beziehungserfahrungen gelingen. Damit emotional geladene Alltagssituationen und Beziehungsverstrickungen konstruktiv aufgelöst werden können, bedarf es eines gemeinsamen Verstehensprozesses und einer gemeinsamen Behandlungsplanung im Team. Tiefenpsychologisch fundierte therapeutische Ansätze ermöglichen ein Verstehen der Psycho- und Beziehungsdynamik der Klient/innen und ihrer psychischen Erkrankung. Aufgabe der Psychologischen Psychotherapeutin ist es, diesen Verstehensprozess im Team anzuleiten, wie auch die Psychotherapie, die Gruppen-

psychotherapie und die Familientherapie durchzuführen.

### **Integrierte Psychotherapie**

Viele psychisch kranke junge Erwachsene können ihre Probleme noch nicht verbalisieren. Sie drücken sich eher über Handlungen und körperliche Inszenierungen aus und wollen konkrete Unterstützung im Alltag. Gleichwohl leiden sie unter ihren unverarbeiteten Erfahrungen. Wenn das Vertrauen in uns gewachsen ist, entsteht bei einigen auch der Wunsch nach einer psychotherapeutischen Unterstützung. Oft sind zuvor schon einige Therapieversuche gescheitert, so dass der Aufbau einer therapeutischen Beziehung nur langsam gelingt.

Psychisch kranke junge Erwachsene benötigen eine wohlwollende Atmosphäre. Damit Misstrauen abgemildert werden kann, bedarf es einer aktiven Beziehungsgestaltung. Bearbeitet werden vorrangig Themen aus dem Alltag. Es gilt, sich im Hier und Jetzt als hilfreich zu erweisen. Kleine Schritte und Erfolge brauchen eine ausreichende Würdigung. Abstinente Haltungen und stark konfrontative Techniken führen zur negativen Übertragung und zum Abbruch. Die Interventionen sind entwicklungsfördernd sowie halt- und strukturgebend. Hilfreich sind auch Methoden, wo das noch Unsagbare eine Form finden kann. Solche Interventionsmöglichkeiten finden sich sowohl in den wissenschaftlich anerkannten Verfahren als auch in den Verfahren der humanistischen Psychotherapie.

Störungsspezifische Ansätze wie der von Streeck-Fischer (2007) erweisen sich auch in der komplementären psychiatrischen Versorgung als hilfreich, um komplex traumatisierte junge Menschen mit ihren Beziehungsverstrickungen langfristig therapeutisch begleiten zu können. In der strukturbezogenen Psychotherapie von Rudolf (2004) findet sich ein Fundus an therapeutischen Positionierungen und Interventionen, mit denen die selbstverantwortliche Auseinandersetzung mit den

alterstypischen Entwicklungsaufgaben und die Selbst- und Beziehungsregulation therapeutisch unterstützt werden kann.

Neben dem verbalen Zugang ermöglicht die Körperpsychotherapie einen Zugang zur Seele, wenn Worte noch schwer zu finden sind. Das Selbstwertgefühl junger Menschen ist eng mit dem Körperlichen verbunden. Konflikte inszenieren sich im und am Körper. Essstörungen, Selbstverletzungen und Schmerzen sind Ausdruck ihrer Not. Unter Einbeziehung des Körpers gelingt es, körperlichen Signalen nachzugehen, den eigenen Gefühlen mehr Aufmerksamkeit zu schenken und damit das Selbst- und Körpererleben zu stärken. Auch sind Interventionen hilfreich, die die Impulskontrolle, den Spannungsabbau und die Selbstfürsorge unterstützen. Regressionsfördernde Techniken lösen eher maligne Prozesse aus. Mit Berührungen gilt es zurückhaltend zu sein, da sie leicht zur Verwirrung in der Abgrenzung und Überflutung mit frühen Sehnsüchten und Ängsten führen können.

### **Bedürfnisorientiertes Setting**

Nicht nur der therapeutische Ansatz sondern auch das Setting kann in der komplementären psychiatrischen Versorgung den Bedürfnissen der Klient/innen entsprechend angepasst werden. Bei den schizophren erkrankten jungen Erwachsenen, die dyadische Beziehungen als zu bedrohlich erleben, gestalten wir die Bezugsbetreuung triadisch. Einzeltherapie wird in dieser Entwicklungsphase oft abgelehnt. In der Evaluation unserer Arbeit haben schizophrene Klient/innen die Gruppenpsychotherapie und die Familientherapie für sich als besonders hilfreich erlebt (vgl. Aderhold u. a. 2003).

### **Abschluss**

Psychisch kranke junge Erwachsene benötigen über die familientherapeutische Unterstützung im Ablösungskonflikt hinaus ein tiefenpsychologisches Verstehen und Einfühlen in ihre innere und äußere Welt.

Welche Methoden in die therapeutische Arbeit integriert werden, ist sowohl von den einzelnen Klient/innen als auch von der eigenen therapeutischen Verortung abhängig. Verstanden werden wir von den jungen Erwachsenen als Übergangsraum, „als ein Mikrokosmos, in dem man erlernen kann, wie es denn gehen kann, mit der Welt da draußen“ (Szcotko, 2007) und so lösen sie sich auch von uns ab, wenn sie die erste Liebe, eine Arbeit und eine eigene Wohnung erreicht haben.

### **Literatur**

- Aderhold, V.; Alanen, Y.; Hess, G.; Hohn, P. (Hg.) : Psychotherapie der Psychosen; 1. Aufl.; Gießen; Psychosozial-Verlag; 2003
- Rudolf, Gerd: Strukturbezogene Psychotherapie; 1. Aufl.; Stuttgart; Schattauer; 2004
- Streeck-Fischer, Annette: Trauma und Entwicklung; 1. Aufl.; Stuttgart; Schattauer; 2006
- Szcotko, Jacob: Gelungene Verselbständigung und Beziehungsgestaltung im Spannungsfeld von Selbst- und Fremdbestimmung; unveröffentlichte Diplomarbeit FU Berlin; 2007

### **Autorin**

Irmtraut Witte, Dipl. Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin  
Therapeutische Leitung ajb gmbh,  
gemeinnützige Gesellschaft für Jugendberatung und psychosoziale Rehabilitation  
i.witte@ajb-berlin.de

### **Redaktion**

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

### **Geschäftsstelle**

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



# Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Bremen

## Gesundheitsberichterstattung Bremer Gesundheitsressort legt Bericht zur Depression vor

Anfang September erhielten die Mitglieder der Gesundheitsdeputation (die Deputationen sind eine Bremer Besonderheit: in ihnen sind im Unterschied zum Parlamentsausschuss Legislative und Exekutive vertreten) den gerade fertig gestellten Gesundheitsbericht zum Thema Depression in seiner Kurzfassung. Die Langfassung, die insbesondere für die Fachöffentlichkeit bestimmt ist, wurde kurze Zeit später vorgelegt.

In diesem Bericht sind Daten zum Vorkommen von psychischen Erkrankungen unter dem Schwerpunkt Depression zusammengestellt. Es wurden Berichte der verschiedenen Krankenkassen, Daten der Kassenärztlichen Vereinigung und der Kassen (AOK und GEK) ausgewertet. Ebenfalls flossen in den Bericht die Ergebnisse qualitativer Interviews mit psychologischen Psychotherapeuten ein, die durch Mitarbeiter des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen geführt worden waren (siehe PTJ 3/08).

Von der Senatorin für Arbeit, Frauen, Jugend, Gesundheit und Soziales waren

schon früh im Rahmen einer Arbeitsgruppe Mitarbeiterinnen des IPP und der PKHB (Ursula Kappelhoff) einbezogen worden. Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens war vor der Verabschiedung der Endfassung ebenfalls um fachliche Hinweise gebeten worden.

Im Fazit des Berichts werden auf eine Reihe von Problemen bei der Versorgung psychisch kranker Menschen hingewiesen, insbesondere auf die sehr ungleiche Verteilung von Psychotherapeuten im Land Bremen und auf die – trotz statistischer Überversorgung – langen Wartezeiten für psychotherapeutische Behandlungen. Als Maßnahmen werden u. a. angeregt:

1. Bereitstellung eines gewissen Kontingents an Stunden für Krisensitzungen durch Psychotherapeuten und angemessene Weitervermittlung, wenn die Behandlung in der eigenen Praxis nicht möglich ist. Die Anzahl und Vergütung der probatorischen Sitzungen sollten entsprechend erhöht werden.
2. Einrichtung eines Informations- und Notfalldienstes Psychotherapie. Aufbau

eines Informationssystems über freie Plätze in Psychotherapie.

3. Schaffung von Steuerungsmöglichkeiten, um die eklatanten Unterschiede in der regionalen Versorgung auszugleichen und um mittelfristig zu einer stadtteilbezogenen bedarfsgerechteren Verteilung zu gelangen.
4. Übernahme von Case-Management durch die Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen in den regionalen psychiatrischen Behandlungszentren für die Steuerung von schwer psychisch kranken Menschen.
5. Schaffung von Verträgen zur Integrierten Versorgung, in denen Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, Psychotherapeuten und ambulante sozialpsychiatrische Einrichtungen sich auf strukturierte Kooperationen verpflichten, um für Patienten Versorgungskonzepte „aus einem Guss“ zu ermöglichen.

(Der vollständige Bericht steht zum Download auf unserer Internetseite [www.pk-hb.de](http://www.pk-hb.de) bereit)

## PKHB geht neue Wege: Erstmals Zugang für Bremer Psychotherapeuten über Vertrag der Integrierten Versorgung möglich

Im Juli 2008 war es soweit. Die Vertreter des DAK-Vertragsbereiches Niedersachsen und Bremen und der beiden Psychotherapeutenkammern in Niedersachsen und Bremen unterzeichneten die „Einbeziehungsvereinbarung“ zu einem bestehenden Vertrag zur Integrierten Versorgung im psychiatrischen Feld. Diese war von niedersächsischen Psychiatern und der DAK geschlossen worden und regelt einen

schnelleren Zugang von schwer psychisch kranken Menschen in eine angemessene Behandlung. Insbesondere wurde auch die schnelle Beteiligung von psychiatrischen Pflegediensten ermöglicht. Auf Initiative von Werner Köthke, Vorstandsmitglied der PKN, wurden im Jahre 2007 Gespräche mit der DAK aufgenommen, um in dieses Vertragswerk die Einbeziehung psychotherapeutischer Leistungen zu gewährleisten.

In der PKHB, die frühzeitig in dieses Projekt einbezogen wurde, wurden die ersten Vertragsentwürfe kontrovers diskutiert (siehe PTJ 1/08). Letztlich aber entschieden sich Kammerversammlung und Vorstand, eine solche Einbeziehungsvereinbarung anzustreben. Im Juli 2008 kam es zur Vertragsunterzeichnung, die in einer Feierstunde am 10. Oktober in den Räumen der PKN unter Anwesenheit von Vertretern der Kas-

se, der beteiligten Ärzte und der Kammern nochmals gesondert gewürdigt wurde.

Besonders hervorzuheben an diesem Vertragswerk sind folgende Punkte:

Zwischen Psychiatern und Psychotherapeuten kommt es zu einer gemeinsamen Diagnosestellung. Alle beteiligten Leistungserbringer verpflichten sich zur engen Kooperation und zur Beteiligung an Qualitätszirkeln, die einmal im Quartal zusammenkommen.

Den Psychotherapeuten stehen 15 Psychotherapiesitzungen außerhalb der Richtlinien zur Verfügung. Diese können ohne Antragstellung eingesetzt werden. Diese

werden mit jeweils 89,68 € (zuzüglich einer Pauschale von 20,- € pro Quartal und Patient) von der DAK vergütet. Alle sonstigen diagnostischen und psychotherapeutischen Leistungen werden über die KVHB abgerechnet. Sind darüber hinaus weitere Behandlungseinheiten nötig – was bei den schwer gestörten Patienten, die der IV-Vertrag und die Vereinbarung ausschließlich berücksichtigt, der Fall sein kann – werden diese gemäß den Psychotherapie-Richtlinien wie gewohnt durchgeführt.

Die Psychotherapeuten verpflichten sich, zeitnah innerhalb von 14 Tagen nach Diagnosestellung mit der Behandlung zu beginnen.

Im August stellte der Vertreter der DAK, Renee Beneke, auf einer Zusammenkunft des Berufsverbandes der Nervenärzte den Bremer Psychiatern dieses Vertragswerk vor, da es bis dahin – bis auf eine Praxis – nur von niedersächsischen Psychiatern genutzt wurde. PKHB-Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens hatte ebenfalls Gelegenheit die Einbeziehungsvereinbarung und die verbesserten Möglichkeiten der Kooperation beider Berufsgruppen darzulegen. In Folge schlossen sich diesem IV-Vertrag zur psychiatrischen Versorgung weitere ärztliche Praxen an. Die ausführliche Information für die Mitglieder der PKHB löste im Anschluss bei den Mitgliedern reges Interesse für die Vertragstexte aus.

## Zur Supervision/Organisationsberatung des Kammervorstands Ein subjektiver Zwischenbericht

Schon die Einteilung in Geschichte und Vorgeschichte ist eine ganz subjektive Interpretation, die für jeden Beteiligten anders ausfallen würde. Für mich begann die Geschichte, als ich hörte, der Kammervorstand sei zurückgetreten und nur ein Teil der bisherigen Vorstandsmitglieder würde erneut kandidieren. Mit dem Entschluss, mich selbst für den Posten eines Beisitzers zu bewerben, begann es für mich. Der Verlauf der Kammerversammlung, in der der neue Vorstand gewählt wurde, machte mir dann deutlich, dass die Vorgeschichte den neuen Kammervorstand noch heftig beschäftigen würde. Bereits auf dieser Kammerversammlung wurde Supervision als eine Möglichkeit zur Unterstützung der Vorstandsarbeit ins Gespräch gebracht.

Es gab dann auch wenig Bedenken, diese Idee auch praktisch umzusetzen. Einige waren wir uns, dass es um eine Organisationssupervision gehen und der Berater nicht aus einem der psychotherapeutischen Lager kommen sollte. Mehrere erfahrene Kolleginnen und Kollegen wurden angeschrieben und um eine kurze Stellungnahme gebeten. Die Auswahl für uns „passenden“ Kollegin fiel dann einstimmig aus.

Themen unseres ersten Treffens waren die unterschiedlichen Einschätzungen der



Von links: Fr. Dr. Bataller, Hr. Schrömgens, Fr. Dr. Block, Hr. Janzen, Fr. Schröder, Hr. Bodenstein, Hr. Schindler

aktuellen Situation im Vorstand, Fragen rund um die Vorgeschichte sowie der Verlauf der Kammerwahlen und der nächsten Kammerversammlung mit der ungeplanten Diskussion um den Vertrag zur „Integrierten Versorgung“. Dabei ging es um Vertrauen und Misstrauen und auch um die Frage, wie die Berufsverbände in den Kammervorstand hineinwirken. Mein Eindruck war, auch ohne dass es „Lösungen“ gab, führte das offene Ansprechen der Themen schon zu einer ersten Entspannung. Sitzplätze bei den Vorstandssitzungen wurden getauscht, die Berufsverbände wurden zu einem ers-

ten Treffen eingeladen – das waren nur einige der praktischen Konsequenzen dieser ersten Supervisionssitzung.

Bei der zweiten Sitzung – bei der ich beruflich verhindert war – ging es, dem Bericht einer Kollegin zufolge, um die Vor-Vorgeschichte. In Bremen, einer Hochburg der Psychoanalyse, wurde schon beim Gründungsausschuss für die Gründung der Psychotherapeutenkammer und bei der Wahl des ersten Präsidenten nicht ein Analytiker oder eine Analytikerin, sondern einer von der „Konkurrenz“, ein „Erstattungspsycho-

therapeut“, gewählt. Diese Kränkung sowie der Verlust an Macht und Einfluss haben tiefe Spuren hinterlassen.

Diese zweite Sitzung und der relativ entspannte Verlauf der nächsten Kammerversammlung haben das Miteinander in der Vorstandsarbeit weiter erleichtert.

So war es nicht verwunderlich, dass zu Beginn der dritten Sitzung von allen von Entspannung und von Erleichterung berichtet wurde. Thema dieser Sitzung war dann: Wie demokratisch oder zentralistisch ist eigentlich die Psychotherapeutenkammer verfasst? Was sagen dazu eigentlich das Heilberufsgesetz, die Kammersatzung und die Geschäftsordnung der Kammer? Deutlich wurde die im Gesetz angelegte

starke Stellung des Präsidenten. Noch im Eindruck der Entspannung aus der letzten Zeit planten wir den nächsten Termin in einem größeren Abstand und mit einem geringeren Zeitkontingent. „Vielleicht wird das ja der Abschlusstermin“, habe an dem Nachmittag nicht nur ich gedacht.

Als wir uns dann zu diesem Termin trafen, hatte sich alles anders entwickelt als erwartet. Es hatte vor den Sommerferien Zeiten von Stress gegeben, da waren Wertschätzung klein und Heftigkeit in der Wortwahl groß geschrieben worden. Doch erleichtert durch den Abstand der Sommerferien trafen wir uns wieder im Vorstand und schon bald auch zu unserer nächsten Supervisionsitzung. Die Einschätzung, dass wir die Vorgeschichte ziemlich abgeschlossen hat-

ten und jetzt in unserer eigenen Geschichten angekommen waren, wurde allgemein geteilt. So konnte es jetzt um die Schwierigkeiten des aktuellen Miteinanders in der Arbeit gehen, um „unsere“ Konflikte. War das ein Genderthema?

Am Ende dieser kurzen Sitzung kamen wir zu Überlegungen, unseren Arbeitsstil zu verändern, um Arbeitsbelastungen zu vermindern: Strategische Diskussionen vom Alltagsgeschäft zu trennen, mehr zu delegieren, die Häufigkeit von Vorstandssitzungen verringern. Gerade sind wir dabei, diesen Veränderungen eine Struktur zu geben und sie auszuprobieren. Die Supervision ist auf jeden Fall noch nicht abgeschlossen. Es wird weitergehen.

*Hans Schindler*

## Wechsel in der Geschäftsstelle Dank an Frau Lappus für hervorragende Zusammenarbeit

Mit kräftigem Applaus dankte die Kammerversammlung am 18. November Frau Renate Lappus für die tatkräftige und engagierte Arbeit in der Geschäftsstelle der Kammer.



*Renate Lappus verlässt die Geschäftsstelle*

Frau Lappus verließ die Geschäftsstelle Ende November nach fast siebenjähriger Tätigkeit. Seit ihrem Arbeitsbeginn im Februar 2002 wehte ein neuer Wind in der Geschäftsstelle. Rasch und umsichtig organisierte sie die verschiedenen Geschäfts-

abläufe, so dass nach kurzer Zeit auch Aufgaben wie die Beitragsverwaltung, die ausgelagert waren, mit Bordmitteln erledigt werden konnten. Für die Mitglieder war Frau Lappus oft erste Ansprechpartnerin. Die Anliegen der Mitglieder fanden stets ein offenes Ohr. Schnell und unbürokratisch wurden Anfragen, die an die Geschäftsstelle gerichtet wurden, erledigt. Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens bedankte sich für die aktive Unterstützung und für die sehr vertrauensvolle Zusammenarbeit.

Zugleich zeigte er sich erfreut, dass mit Frau Regina Berger eine Nachfolgerin gefunden wurde, mit der die erfolgreiche Zusammenarbeit in der Geschäftsstelle eine gute Fortsetzung findet. Frau Berger begann mit ihrer Tätigkeit am 15. September und wurde seither von Frau Lappus intensiv mit allen Verwaltungsvorgängen vertraut gemacht. Frau Berger, gelernte Industriekauffrau, schaut auf umfangreiche Berufserfahrungen in verschiedenen Tätigkeiten als Chefsekretärin bzw. Assistentin der Betriebsleitung in Wirtschaft und Verwaltung zurück. Herr Schrömgens



*Regina Berger – unsere neue Mitarbeiterin*

zeigte sich überzeugt, dass Frau Berger einerseits die Tätigkeit gut fortsetzen wird, andererseits aber auch ihren eigenen Stil in der Gestaltung der Geschäftsstelle finden wird.

Zusätzlich gelang es, Frau Heidemarie Flügger, die drei Jahre im Rahmen einer Integrationsmaßnahme bei uns gearbeitet hatte, erneut in der Geschäftsstelle weiter befristet zu beschäftigen.

## Gemeinsame Tagung der Vorstände der Bremer Ärztekammer und der Bremer Psychotherapeutenkammer

Anlässlich der Neuwahl des Vorstandes der Bremer Ärztekammer zu Beginn des Jahres hatte die PKHB die ärztlichen Kollegen zu einer gemeinsamen Sitzung in Form eines Arbeitssessens geladen. Anfang September kam es zu einem kurzweiligen Abend mit anregenden Gesprächen. Als Themen waren vorab ein Austausch über die Versorgungssituation psychisch kranker Menschen, die Unterstützung des Bündnisses gegen Depression und gemeinsame Fortbildungsaktivitäten vereinbart worden. Von Seiten der Ärztekammer nahmen neben dem Präsidenten Dr. Klaus-Dieter Wurche, seiner Stellvertreterin Dr. Heidrun Gitter, den Beisitzern Hubert Bakker, Dr. Johannes Grundmann und Dr. Jörg Hermann auch die Hauptgeschäftsführerin Dr. Heike Delbanco und ihr Stellvertreter Franz-Josef Blömer teil. Vom Vorstand der PKHB

nahmen alle sieben Mitglieder teil. Der Austausch konzentrierte sich auf Fragen der Kooperation, insbesondere zwischen Hausärzten und Psychotherapeuten, der langen Wartezeiten bei Psychotherapien und des Schnittstellenmanagements. Auf Unverständnis stieß das Vorgehen der KV-HB, trotz Versorgungsengpässe psychotherapeutische Kassensitze aufzukaufen und sie stillzulegen. Im Laufe des Abends kam es zu mehreren Vereinbarungen:

- Bildung einer Arbeitsgruppe mit der Aufgabenstellung, Fortbildungskonzepte zum Thema Schnittstellenmanagement zu erarbeiten sowie Bedingungen für die Bildung einer Vermittlungsstelle für freie Therapieplätze zu prüfen, die entweder ohne oder mit Indikationsstellung tätig wird.

- Erarbeitung von Empfehlungen zum Verfassen von kurzen Berichten an Hausarzt oder Facharzt und zum Verfassen von ärztlichen Informationen, die für PP/KJP relevant sind.
- Erarbeitung von interdisziplinären Fortbildungsthemen.
- Verfassen eines Beitrags zum Thema Schnittstellenmanagement für eine bevorstehende Ausgabe des Bremer Ärztejournals.

Alle Beteiligten äußerten sich zufrieden über die angeregte und angenehme Gesprächsatmosphäre, diese Form des persönlichen Kennenlernens wurde als hilfreich angesehen. Es bestand Übereinstimmung, solche Treffen auch in Zukunft durchzuführen.

## Fortbildungszertifikat rechtzeitig beantragen!

Wir möchten Sie an die Verpflichtung nach § 95 d Abs. 2 SGB V erinnern, ihre Fortbildungsnachweise, z. B. in Form des Fortbildungszertifikates der Kammer vor dem 30. Juni 2009 an die Kassenärztliche Vereinigung einzureichen.

Wir empfehlen Ihnen, die **Fortbildungsnachweise** so früh wie möglich und auf jeden Fall spätestens **bis zum 15. März 2009** an die Gemeinsame Akkreditierungs- und Zertifizierungsstelle (GAZ) der PKN/PKHB einzureichen, damit die GAZ Ihre Fortbildungsnachweise prüfen und das Fortbildungszertifikat ausstellen kann. Von der GAZ erhalten Sie dann das Fortbildungszertifikat und eine Kopie des Zerti-

fikates. Diese Kopie reichen Sie bei der KV Bremen ein.

Mit dem Zertifikat weisen Sie gegenüber Ihrer KV nach, dass Sie Ihre Fortbildungsverpflichtung (mind. 250 Fortbildungspunkte ab dem 1.07.2004, bzw. 1.01.2004) erfüllt haben. Wie viele Fortbildungspunkte genau erreicht wurden, ist nicht Inhalt der Zertifizierung.

Die Kassenärztliche Vereinigung Bremen plant in folgender Weise vorzugehen: Wer bis zum 30. Juni 2009 das Fortbildungszertifikat der Kammer (Kopie) vorlegt, hat damit seine Fortbildungsverpflichtung nach § 95d SGB V erfüllt. Das nächste Fortbil-

dungszertifikat muss danach wieder im 5-Jahres-Rhythmus bis zum 30. Juni 2014 vorgelegt werden.

Bitte beachten Sie: Die Kassenärztliche Vereinigung ist nach § 95 d Abs. 3 SGB V verpflichtet, eine Honorarkürzung von 10 von Hundert vorzunehmen, falls die Fortbildungsnachweise nicht bis zum 30. Juni 2009 vorliegen.

Erfreulich ist, dass in Bremen fast die Hälfte der Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten schon im Sommer 2008 mehr als 250 Fortbildungspunkte gegenüber der GAZ nachgewiesen haben.

### Redaktion Bremer Kammerseiten

An diesen Seiten arbeiteten mit: Dr. Isabel Bataller, 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

### Datenschutz und Datensicherheit

Persönliche Angaben von Patienten/innen und persönliche Daten über Patienten/innen dürfen nicht in die Hände Dritter gelangen. Gegenüber Dritten dürfen weder Namen noch Adressen von PatientInnen genannt werden. Selbstverständlich dürfen auch keine Aufzeichnungen über PatientInnen egal welchen Inhalts liegen gelassen oder weitergegeben werden.

Im Zeitalter der elektronischen Kommunikation und der Datenspeicherung gelten diese Grundsätze ebenso. Leider wird bei dem Umgang mit elektronischen Daten gelegentlich die notwendige Sorgfalt außer Acht gelassen.

So gehören auch die Emailadressen der PatientInnen zu den persönlichen Daten und dürfen ohne Einwilligung nicht in die Hände Dritter gelangen. Daraus folgt, dass PsychotherapeutenInnen die bei ihnen vorhandenen Emailadressen von PatientInnen getrennt von den sonstigen privaten Emailadressen speichern und den Zugriff darauf in geeigneter Weise – zum Beispiel durch ein Passwortgeschütztes elektronisches Adressbuch – schützen müssen. Dies gilt umso mehr, da Schadsoftware wie Viren & Trojaner nach aller Erfahrung bevorzugt die Emailadressbücher zum Ziel haben.

Aus der Berufsordnung folgt die zweite elementare Forderung an alle Kammermitglieder, die Daten von PatientInnen elektronisch speichern oder verarbeiten, alle patientenbezogenen Daten mit geeigneter Software zu verschlüsseln und ein sich selbst aktualisierendes Anti-Virus-Programm einzusetzen.

Diese Empfehlung bezieht sich sowohl auf die gespeicherten Dateien (Patientenakte, Antragsberichte etc.) als auch auf die elektronische Kommunikation mit PatientInnen. Geeignete Programme hierfür finden sich bei der Internetsuche unter „Datenverschlüsselung“ oder „Kryptografie“.

### Selbständige verlieren 2009 Anspruch auf Krankengeld

Freiwillig in einer gesetzlichen Krankenkasse versicherte Selbständige verlieren 2009 den Anspruch auf Krankengeld. Mit dem 01.01.2009 wird der Anspruch auf Krankengeld für Selbständige neu geregelt.

Wir möchten Sie auf diesem Wege auf eine bislang wenig beachtete Änderung im Zusammenhang mit der jüngsten Gesundheitsreform aus dem Jahr 2007 aufmerksam machen. Diese bisher wenig beachtete Änderung betrifft nur selbstständige Tätige, die freiwilliges Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind.

Deren bisheriger Anspruch auf Krankengeld wird mit dem 31.12.2008 gesetzlich entfallen. Hintergrund ist eine ab Januar 2009 geltende Neuregelung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG), wonach Selbstständige das Krankengeld bei gesetzlichen Krankenkassen nur noch über einen Wahltarif versichern können. Wer hierbei nicht selbst aktiv wird, verliert einen bisher bestehenden Anspruch auf Krankengeld ab Januar 2009 ersatzlos.

Im Zuge der Neuregelungen des GKV-WSG wird der gesetzliche Anspruch auf Krankengeld für freiwillig in der GKV

versicherte hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige ab Januar 2009 ausdrücklich verneint. Bisher haben Selbstständige – wie auch Arbeitnehmer – Anspruch auf Krankengeld bei ärztlich festgestellter Arbeitsunfähigkeit, sofern sie sich nicht schon bisher für einen Tarif ohne Krankengeldanspruch zum ermäßigten Beitragssatz entschieden hatten.

Die Nachfolgeregelung für Selbstständige sieht in der Fassung ab 2009 vor, dass die Krankenkassen einen entsprechenden Krankengeld-Wahltarif anbieten müssen. Entscheidet sich der Versicherte für den neuen Krankengeld-Tarif und zahlt dafür zusätzliche Prämien, bindet er sich automatisch für drei Jahre an seine Krankenkasse. Bis mindestens 31.12.2011 verzichtet er dadurch also auf sein ordentliches und – im Falle der ab 2009 möglichen Festsetzung oder Erhöhung von Zusatzbeiträgen – auf sein außerordentliches Kündigungsrecht. Wählen hauptberuflich Selbstständige den Tarif dagegen nicht, verlieren sie ab 01.01.2009 automatisch ihren bestehenden Krankengeldanspruch – zahlen dafür jedoch auch nur den „ermäßigten Beitragssatz“. Dieser wird entsprechend dem allgemeinen einheitlichen Beitragssatz ab 2009 von der Bundesregierung für alle Kassen festgelegt.

Selbstständige, deren Praxis im Krankheitsfall nicht ausreichend weitergeführt werden kann, sind jedoch häufig auf das Krankengeld als Einkommensersatz angewiesen. Sollten Sie von dieser Änderung betroffen sein, sollten Sie sich über entsprechende Alternativen informieren.

Krankenkassen, Versicherungen und die Berufsverbände bieten nach unserem Wissen entsprechende Informationen an.

## Wegfall der Altersgrenze bei 68 Jahren

Bei Redaktionsschluss dieser Ausgabe des Psychotherapeutenjournals hatten sich die zuständigen Ausschüsse im Deutschen Bundestag und das Bundesgesundheitsministerium auf diverse Änderungen im Sozialrecht im Zuge der Vorbereitung des GKV-OrgWG (**Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung**) verständigt.

Eine dieser Änderungen ist der Wegfall der Altersgrenze für KV-Zugelassene bei Erreichen des 68. Lebensjahres. Bislang mussten KV-Zugelassene bei Erreichen dieser Altersgrenze die KV-Zulassung zurückgeben, die daraufhin in aller Regel zur Nachbesetzung neu ausgeschrieben wurde.

Nunmehr können KV-Zugelassene ohne Altersbegrenzung weiter im GKV-System verbleiben.

### Überlegungen zum Wegfall der Altersgrenze für die vertragspsychotherapeutische Tätigkeit

Diese geplante Änderung hat in der Kammergeschäftsstelle einige Anfragen ausgelöst. Erste Auswirkungen sind Auflösungen von Jobsharingverträgen, Rückzug von Ausschreibungen von Praxissitzen bei der KV usw. Aus Sicht der Kammer sind folgende drei Aspekte zu diskutieren:

1. Auswirkungen für die Versorgung
2. Auswirkungen für den „Nachwuchs“ des Berufsstandes
3. Auswirkungen für die PraxisinhaberInnen

#### Zu 1 – Auswirkungen für die Versorgung:

Da viele ältere KollegInnen nur noch in reduziertem Umfang ihre Praxis fortführen wollen, droht hier eine Verschlechterung der Versorgungssituation für Patienten/innen (längere Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz, vermehrte Schwierigkeiten, Abendtermine zu bekommen etc.). Auch der jetzt schon mögliche Verzicht auf einen halben Versorgungsauftrag (Teilzu-

lassung) kann hier keine Abhilfe schaffen, solange „halbe Praxissitze“ von der KV nicht zur Nachbesetzung ausgeschrieben werden. Ein einfacher Verzicht führt derzeit noch dazu, dass der frei gewordene Praxissitz ruht. Auch für diese Problematik der Neuausschreibung von „halben Praxissitzen“ ist eine Änderung vorgesehen. Dazu weiter unten mehr.

Ein weiteres Problem könnte sein, dass ältere PsychotherapeutInnen krankheitsbedingt teilweise oder ganz ausfallen und sich hieraus für die betroffenen Patientinnen erhebliche Belastungen und für die Behandlungen Qualitätsprobleme ergeben könnten.

#### Zu 2 – Auswirkungen für den Nachwuchs des Berufsstandes:

In Hamburg ist der Zugang zum GKV-System praktisch nur über Praxismachfolgeverfahren möglich. Hier bestehen immer noch mehrere Jahre Wartezeit für die Übernahme einer Praxis.

Wenn jetzt weniger Praxen ausgeschrieben werden, verlängern sich die Wartezeiten weiter. Unter Umständen steigen die Preise für den Kauf einer Praxis, wenngleich die wirtschaftlichen Interessen der Praxisabgeber nur bis zu dem von den Zulassungsgremien festgestellten Verkehrswert berücksichtigt werden müssen. Da aber der Zeitdruck für die Übergabe einer Praxis entfällt, ist die Verhandlungsposition der PraxisabgeberInnen gestärkt.

Andererseits können Jobsharingpartnerschaften auch mit über 63-jährigen PraxisinhaberInnen entstehen, die zur Übernahme der Praxis nach 5 Jahren berechtigen.

#### Zu 3 – Auswirkungen für die PraxisinhaberInnen:

Zunächst einmal ist die Möglichkeit, über das 68. Lebensjahr hinaus vertragspsychotherapeutisch tätig zu sein für die PraxisinhaberInnen ein wirtschaftlicher und persönlicher Vorteil – z. B. im Hinblick auf eine unzureichende finanzielle Absicherung im Alter.

Hier ist aber auch Folgendes zu bedenken:

- Durch eine Reduzierung der Behandlungstätigkeit verliert die Praxis an Wert, da sich der Verkehrswert an den bisherigen Umsätzen der Praxis orientiert.
- Die bundesmantelvertraglichen Regelungen erfordern eine Mindestzeit von 20 Stunden in der Woche, die für die (Kassen-)Patientenversorgung zur Verfügung gestellt werden müssen. Die nicht ausreichende Erfüllung des Versorgungsauftrages kann zur Entziehung oder Teilentziehung der Zulassung führen. Auch wenn die KV aus nahe liegenden Gründen hier bisher selten eingeschritten ist, ist zu bedenken, dass eine Missachtung der geltenden vertragsärztlichen Pflichten ein Verstoß gegen die Berufsordnung darstellen kann.
- Eine möglicherweise kommende Aufhebung der Bedarfsplanung (als gesundheitspolitische Folge des Wegfalls der 68er-Grenze) würde die Zulassungssperre beenden. Dies könnte dazu führen, dass sich keine PraxismachfolgerInnen mehr finden lassen und sich so der Praxiswert auf Null reduziert.

Es ist Aufgabe der Kammern zu einem fairen Ausgleich der Interessen der PatientInnen, der älteren Kammermitglieder und des Nachwuchses unseres Berufsstandes beizutragen. Deshalb sollten die aufgeworfenen Fragen ausführlich diskutiert und auch bei der individuellen Entscheidung für oder gegen die Aufgabe der Praxistätigkeit bedacht werden.

### Die geplante Neuregelung im Einzelnen

(Laut Änderungsantrag der Regierungsfractionen von CDU/CSU und SPD vom 19.09.2008)

„Mit der Ersetzung der Sätze 3 bis 9 des § 95 Abs. 7 werden die Regelungen zur Altersgrenze der an der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer aufgehoben. Künftig können damit Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten auch nach Vollendung des 68. Lebensjahres vertrags(zahn)ärztlich tätig sein. Bereits durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz vom 22. Dezember 2006 wurde eine Aufhebung der Altersgrenze für die Fälle

geregelt, in denen der Landesausschuss nach § 90 die Feststellung getroffen hat, dass in bestimmten Gebieten eines Zulassungsbezirks eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder in absehbarer Zeit droht. Zuvor galt bereits die Regelung, dass sich die Zulassung von Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten, die zum Zeitpunkt der Vollendung des 68. Lebensjahres weniger als 20 Jahre als Vertragsarzt, -zahnarzt oder -psychotherapeut tätig und vor dem 1. Januar 1993 zugelassen waren, bis zum Ablauf der 20-Jahres-Frist verlängert. Darüber hinaus ist es Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten bereits heute erlaubt, auch nach Vollendung des 68. Lebensjahres Privatpatienten zu behandeln. Die bisherigen Erfahrungen mit diesen Leistungserbringern, die über das 68. Lebensjahr hinaus Patientinnen und Patienten behandeln, rechtfertigen es, die Altersgrenze ganz aufzuheben. Die Aufhebung der Altersgrenze bedeutet für die Betroffenen mehr Planungssicherheit und mehr Gestaltungsspielraum bei der Organisation ihrer Nachfolge. Zugleich können Versorgungsprobleme vermieden werden, wenn die Betroffenen über das 68. Lebensjahr hinaus tätig bleiben, weil sie keinen Nachfolger finden.

Die Regelung tritt rückwirkend zum 1. Oktober 2008 in Kraft. Ein rückwirkendes Inkrafttreten zu diesem Stichtag ist gerechtfertigt, weil davon auszugehen ist, dass zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes die Nachbesetzungsverfahren für die Ärzte, die im letzten Viertel des Jahres 2008 das 68. Lebensjahr vollenden, noch nicht abgeschlossen sind. Dies gilt insbesondere deshalb, weil nach bisherigem Recht die Zulassung eines Vertragsarztes am Ende des Kalendervierteljahres endet, in dem der Vertragsarzt sein 68. Lebensjahr vollendet. Das bedeutet, dass die Zulassung der Ärzte, die im letzten Viertel des Jahres 2008 ihr 68. Lebensjahr vollenden, erst zum 31. Dezember 2008 endet. Ärzte, die im letzten Viertel des Jahres 2008 das 68. Lebensjahr vollenden, können daher von einem Antrag auf Ausschreibung ihrer Vertragsarztsitze absehen.

Für die Vertragsärzte, die nach dem 1. Januar 2008 und vor dem 30. September 2008 das 68. Lebensjahr vollendet haben

und bei denen das Nachbesetzungsverfahren nach § 103 Abs. 4 SGB V nicht zu einer Nachbesetzung geführt hat, wird eine Übergangsregelung geschaffen. Das gilt auch für die Fortführung des Vertragsarztsitzes nach § 103 Abs. 4a Satz 2. Auch diesen Ärzten soll im Sinne einer möglichst weitreichenden Aufhebung der Altersgrenze das Recht gegeben werden, über die Altersgrenze von 68 Jahren hinaus tätig zu sein. Gleichzeitig ist gewährleistet, dass bereits abgeschlossene Nachbesetzungsverfahren von der Aufhebung der Altersgrenze nicht betroffen sind.

Ärzte, deren Zulassung zum 30. September 2008 durch Bescheid des Zulassungsausschusses endet, können frühestens am 1. Oktober 2008 und längstens bis zum 31. März die Fortsetzung ihrer Tätigkeit gegenüber dem Zulassungsausschuss erklären.

Wird die Erklärung am 1. Oktober 2008 abgegeben, gilt die Zulassung mit Inkrafttreten des Gesetzes am 1. Januar 2009 rückwirkend zum 1. Oktober 2008 als fortbestehend. Für die Zeit bis zum Inkrafttreten des Gesetzes bedarf es rechtlicher Lösungen auf der Basis des geltenden Rechts. Es ist sinnvoll, dass den Ärzten, die vor dem 1. Oktober 2008 bzw. vor dem 1. Januar 2009 das 68. Lebensjahr vollenden bzw. vollendet haben und deren Vertragsarztsitze nicht nachbesetzt sind, die Fortführung ihrer Tätigkeit möglichst ohne Unterbrechung ermöglicht wird. Nach dem Beschluss des Bayerischen Landesozialgerichts vom 11. Juli 2008 (Az.: L 12 B 1113/07 KA ER) ist eine Entscheidung des Zulassungsausschusses unverhältnismäßig, wenn vor dem Hintergrund gesetzgeberischer Bestrebungen, die eine Abschaffung der Altersgrenze der Vertragsärzte vorsehen, die Vertragsarztpraxis geschlossen werden müsste, obgleich der Vertragsarzt im nächsten Jahr seine Tätigkeit fortsetzen könnte. Darüber hinaus können die Zulassungsausschüsse den Ärzten, die ab dem 1. Januar 2009 mit Wirkung zum 1. Oktober 2008 ihre Praxis fortführen möchten, eine Ermächtigung zur Versorgung der Versicherten erteilen.

Sofern eine Nachbesetzung nicht stattgefunden hat, können Ärzte durch Erklärung

gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Tätigkeit als Vertragsarzt wiederaufnehmen. Die Zulassung wird rückwirkend als ruhend fingiert. Um Rechtsklarheit herbeizuführen, ob ein nach bisherigem Recht unter die Altersgrenzenregelung fallender Vertragsarzt von der Möglichkeit der Wiederaufnahme seiner Tätigkeit Gebrauch macht, muss er gegenüber dem Zulassungsausschuss bis zum 31. März 2009 erklären, dass er seine Tätigkeit als Vertragsarzt wieder aufnimmt. Die Einbeziehung der Ärzte, die im Jahr 2008 wegen der Altersgrenzenregelung ausscheiden mussten und keinen Nachfolger finden konnten, ist sachgerecht, weil der Zeitpunkt der Beendigung der Vertragsarzt-tätigkeit und der Wiederaufnahme zeitlich nah beieinander liegen und anzunehmen ist, dass der Vertragsarzt noch einen engen Bezug zu seiner Vertragsarzt-tätigkeit und seinen Patienten hat.

Die Vertragsärzte, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Regelung das 68. Lebensjahr vollendet haben und ihre Praxis an einen Nachfolger übergeben haben, können bei dem Zulassungsausschuss einen Antrag auf erneute Zulassung stellen. Über diesen Antrag entscheidet der Zulassungsausschuss nach den für das Zulassungsverfahren geltenden rechtlichen Bestimmungen, insbesondere des Bedarfsplanungsrechtes. Grundsätzlich möglich ist daher eine Zulassung für die Bereiche, für die keine Zulassungssperren angeordnet sind.“

Wenden Sie sich im Einzelfall mit Fragen bitte an ihren zuständigen Berufsverband oder die Kassenärztliche Vereinigung.

## Klarstellung zur Ausschreibung von Teilzeit-zulassungen

Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz hat der Gesetzgeber die Möglichkeit geschaffen, dass Vertragsärzte, -psychotherapeuten und -zahnärzte nicht nur mit zeitlich vollem, sondern auch mit hälftigem Versorgungsauftrag an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen können (vgl. § 95 Abs. 3 Satz 1 i.V.m. § 19a Abs. 2 Ärzte-ZV).

Der Leistungserbringer erhält in diesem Fall eine sog. Teilzulassung mit beschränktem Versorgungsauftrag und wird nach § 101 Abs. 1 Satz 7 bei der Berechnung des Versorgungsgrades in einem Planungsbereich nur mit dem Faktor 0,5 berücksichtigt.

Möglich ist dabei zum einen der Fall, dass von vornherein nur eine Teilzulassung beantragt wird. Möglich ist zum anderen aber auch der Fall, dass ein Leistungserbringer den sich aus seiner Zulassung ergebenden Versorgungsauftrag nachträglich auf die Hälfte beschränkt und damit auf eine halbe Zulassung verzichtet.

Eine Umsetzung der Möglichkeit, den Versorgungsauftrag nachträglich auf die Hälfte zu beschränken, wird in der Praxis häufig dadurch verhindert, dass Anträge auf Ausschreibung des frei werdenden hälftigen Vertragsarztsitzes von den Kassenärztlichen Vereinigungen unter Hinweis auf den Wortlaut des § 103 Abs. 4 abgelehnt werden. So wird dargelegt, dass in § 103 Abs. 4 von einer Beschränkung auf einen hälftigen Versorgungsauftrag nicht die Re-

de sei und eine solche Beschränkung auch nicht mit dem in der Vorschrift geregelten Verzicht auf die vertrags(zahn)ärztliche Zulassung gleichzusetzen wäre.

Mit der vorgesehenen Einfügung eines neuen Satzes 2 in den § 103 Abs. 4 wird daher klargestellt, dass es sich auch bei einer nachträglichen freiwilligen Beschränkung auf einen hälftigen Versorgungsauftrag um einen (Teil-)Verzicht handelt und deshalb sowohl in diesem Fall als auch bei der hälftigen Entziehung der Zulassung nach § 95 Abs. 6 Satz 2 die Ausschreibungspflicht nach § 103 Abs. 4 Satz 1 gilt. Auch in diesen Fällen hat die Kassenärztliche Vereinigung daher auf Antrag des Leistungserbringers die frei werdende Teilzulassung auszuschreiben.

Es ist damit zu rechnen, dass die KVen bei der Umsetzung dieser Neuregelungen Anforderungen an den vorausgegangenen Tätigkeitsumfang stellen werden. Bei Fragen im Einzelfall werden Sie sich bitte an Ihren zuständigen Berufsverband oder die Kassenärztliche Vereinigung.

## Eröffnung der Ausstellung „Kammerblicke“

In den Räumen der Geschäftsstelle fand am 19.9.08 die Ausstellungseröffnung „Kammerblicke – Schönheit im Verborgenen und Banalen“ mit künstlerischen Photographien der Kollegin Dipl.-Psych. Doris Oechsle-Fenske statt. Ausdrucksstarke, großformatige Fotografien, die die Umwelt aus ungewohnten und ungewöhnlichen Perspektiven zeigen, zieren nun die Wände der Geschäftsstelle.

Sie können die Ausstellung (voraussichtlich bis Februar 2009) nach telefonischer Anmeldung auch während unserer Geschäftszeiten besuchen.

### Geschäftsstelle

PTK Hamburg  
Hallerstraße 61  
20146 Hamburg  
Tel. 040/226226060  
Fax. 040/226 226  
Internet: [www.ptk-hh.de](http://www.ptk-hh.de)  
EMail: [info@ptk-hh.de](mailto:info@ptk-hh.de)



# Psychotherapeutenkammer Hamburg

## Entschädigungs- und Reisekostenordnung

Die Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hamburg hat in ihrer Sitzung vom 28. Mai 2008 aufgrund § 19 Absatz 2 des Hamburgischen Kammergesetzes für die Heilberufe (HmbKGH) in der Fassung vom 14.12.2005 (HmbbGVBL Nr. 42, S. 495-511), zuletzt geändert am 14.12.2007 (HmbGVBL 2008 S. 17, 18), die nachfolgende Entschädigungs- und Reisekostenordnung beschlossen.

Die Psychotherapeutenkammer Hamburg gewährt ehrenamtlich tätigen Kammermitgliedern und weiteren Personen für die zeitliche Inanspruchnahme in der Delegiertenversammlung, im Vorstand, in Ausschüssen und Unterausschüssen, Arbeitsgruppen und als Beauftragte von Organen der Kammer, sowie für den Mehraufwand an Bürokosten Entschädigungen. Zusätzlich werden die mit der Aufgabenwahrnehmung verbundenen Reisekosten erstattet.

### § 1 Bürokostenpauschale

Jedes Mitglied der Delegiertenversammlung erhält eine jährliche Bürokostenpauschale. Die Höhe der Bürokostenpauschale wird im Zuge der Beschlussfassung über den Haushaltsplan des jeweiligen Jahres festgelegt. Für 2008 beträgt sie 250,00 €. Mit der Bürokostenpauschale sind alle Kosten für Büromaterial, Telefon oder andere Auslagen abgegolten.

### § 2 Entschädigungen für die zeitliche Inanspruchnahme für gewählte Kammermitglieder und weitere Personen

(1) Die Mitglieder des Vorstands erhalten für die von ihnen regelmäßig wahrzunehmenden Aufgaben eine monatliche Aufwandsentschädigung. Beginnt oder endet die Amtsperiode der Vorstandsmitglieder nicht zu Beginn des Monats, erhalten sowohl das neu gewählte als auch das ausscheidende Vorstandsmitglied für den laufenden Monat die volle Aufwandsentschädigung.

(2) Mit der Aufwandsentschädigung gelten alle Vorstandstätigkeiten für die Psychotherapeutenkammer Hamburg als abgegolten. Reisekosten entsprechend § 5 und im Einzelfall Verdienstausschlag entsprechend § 3 können erstattet werden. Die Höhe der Aufwandsentschädigung wird im Zuge der Beschlussfassung über den Haushaltsplan des jeweiligen Jahres festgelegt. Für 2008 beträgt die monatliche Aufwandsentschädigung

- |                                  |           |
|----------------------------------|-----------|
| 1) für den/die Präsident/in:     | 2.000,- € |
| 2) für die/den Vizepräsident/in: | 2.000,- € |
| 3) für die Beisitzer/in:         | 1.000,- € |

(3) Zu den regelmäßig von den Vorstandsmitgliedern wahrzunehmenden Aufgaben zählen insbesondere:

1. das Führen der laufenden Geschäfte der Kammer,
2. die Wahrnehmung der Aufgaben der Kammer in gerichtlichen und außergerichtlichen Verfahren einschließlich berufsrechtlicher und Widerspruchsverfahren,
3. die Vertretung der Kammer gegenüber Senat, Behörden, Sozialleistungsträgern, Kassenärztlicher Vereinigung und anderen Institutionen und Organisationen in Hamburg,
4. die Vertretung der Kammer im Rahmen der Sitzungen und Treffen der Bundespsychotherapeutenkammer sowie der Landespsychotherapeutenkammern,
5. die Vorbereitung und Teilnahme an Sitzungen der Organe und von diesen gewählten bzw. benannten Ausschüssen und Arbeitsgruppen sowie die Vorbereitung und Teilnahme an Veranstaltungen, deren Durchführung eines der Organe der beschlossen hat,
6. die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit.

(4) Für alle Sitzungen der gewählten Ausschüsse wird den Ausschussmitgliedern ein Sitzungsgeld in Höhe von 80,- € je Sitzung gewährt. Vom Vorstand ernannte Beauftragte oder Mitglieder von durch den Vorstand eingesetzten Arbeitsgruppen erhalten ebenfalls ein Sitzungsgeld in Höhe von 80,- € je Sitzung.

(5) Für die Teilnahme am Deutschen Psychotherapeutentag erhalten die gewählten Delegierten – oder im Verhinderungsfall deren Stellvertreter – ein Sitzungsgeld in Höhe von 50,- € pro Stunde, höchstens jedoch 450,- € pro Tag.

(6) Mitglieder von Ausschüssen und Arbeitsgruppen können für ergänzende Sachverständigentätigkeit (z. B. im Falle von Prüfaufträgen), die mit einem erheblichen zeitlichen Mehraufwand verbunden sind, auf Antrag an den Vorstand eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 20,- €/Std. erhalten.

### § 3 Entschädigung bei Verdienstausschlag

(1) Verdienstausschläge können von Personen geltend gemacht werden, die als Mitglied der Delegiertenversammlung, des Vorstands, der Ausschüsse oder Arbeitsgruppen oder im Auftrag von diesen Organen und Gremien innerhalb ihrer Arbeitszeit Aufgaben für die Kammer wahrnehmen.

(2) Der Verdienstausschlag wird von der Kammer mit max. 50,- € je Std. und max. 450,- € pro Tag entschädigt. Wenn Verdienstausschlag geltend gemacht wird, erlischt der Anspruch auf die Gewährung von Sitzungsgeldern nach § 2 Abs. 4 dieser Entschädigungsordnung.

(3) Die Gewährung einer plausibel geltend gemachten Verdienstausschlagentschädigung erfolgt im Einzelfall durch den Vorstand. In der Regel hat die Genehmigung durch den Vorstand im Voraus zu erfolgen.

### § 4 Übergangsgeld

(1) Scheidet der Präsident/die Präsidentin oder der Vizepräsident/die Vizepräsidentin nach mindestens einem Jahr Vorstandszugehörigkeit vorzeitig aus dem Amt, so wird ein Übergangsgeld in Höhe der Aufwandsentschädigung an ihn/sie oder seine/ihre Erben für zwei weitere Monate beginnend mit dem Monat nach dem Ausscheiden aus dem Amt ausbezahlt.

### § 5 Reisekosten

(1) Die Kammer erstattet für Reisen außerhalb Hamburgs die entstehenden Kosten in folgender Höhe:

1. Entstandene Fahrtkosten bis zur Höhe eines Bundesbahntickets 1. Klasse zzgl. Taxikosten. Mitglieder des Vorstands, Delegierte zum Deutschen Psychotherapeutentag und Beauftragte des Vorstands erhalten auf Antrag einen angemessenen Zuschuss zu einer privat erworbenen Bahncard. Der Zuschuss zur Bahncard wird max. in Höhe des Preises der Bahncard 50/2.Kl. Gewährt.
2. Wenn die Nutzung von Bahn oder PKW zu unzumutbaren Reisezeiten führt, werden alternativ die Flugkosten für die jeweils günstigste Flugverbindung übernommen. Notwendige Flüge bedürfen der Einzelgenehmigung des Vorstands, wenn die entstehenden Reisekosten den Erstattungsbetrag gemäß § 5 Abs. 1 dieser Entschädigungsordnung übersteigen.
3. Bei Benutzung eines privaten Fahrzeugs (PKW) können die Fahrtkosten mit dem pauschalen Kilometersatz angesetzt werden, der durch das Bundesministerium der Finanzen jeweils für die Nutzung eines privaten PKW zu Dienstreisezwecken anerkannt wird (Aktuell für 2008 sind dies 0,30 € je Fahrkilometer). Für jede Person, die aus beruflicher Veranlassung bei einer Dienstreise mitgenommen wird, erhöht sich der Kilometersatz um 0,02 €.
4. Übernachtungskosten werden bis zur tatsächlichen Höhe der Kosten für Übernachtung und Frühstück – max. bis zu einem Betrag von 150,- € – gegen Vorlage der Rechnung erstattet. Wenn die Übernachtungskosten den Betrag von 150,- € übersteigen, bedarf dieses der Genehmigung durch den Vorstand.
5. Verpflegungsmehraufwendungen können dann geltend gemacht werden, wenn die reisende Person keinen Anspruch auf Sitzungsgeld oder Verdienstausschlagentschädigung entsprechend § 2 Abs. 4 und § 3 dieser Entschädigungsordnung geltend macht oder machen kann. Für Verpflegungsmehraufwendungen werden entsprechend den lohnsteuerrechtlichen Vorschriften bei einer Abwesenheit von:

- a) 8 bis 14 Stunden je Kalendertag eine Pauschale in Höhe von 6,00 €,  
 b) 14 bis 24 Stunden je Kalendertag eine Pauschale in Höhe von 12,00 €,  
 c) 24 Stunden je Kalendertag eine Pauschale in Höhe von 24,00 €

erstattet. Alternativ können die Einzelverpflegungskosten auf Basis der tatsächlich nachgewiesenen Kosten (Belege) mit Genehmigung des Vorstands erstattet werden.

#### § 6 Sonstiges

(1) Ansprüche nach dieser Entschädigungsordnung müssen zeitnah im laufenden Kalender-

jahr – möglichst binnen vier Wochen nach dem jeweiligen Anlass – spätestens jedoch bis zum Ende des 1. Quartals des darauf folgenden Kalenderjahres geltend gemacht werden. Doppelabrechnungen für Veranstaltungen, die im Interesse mehrerer Organisationen wahrgenommen werden, sind unstatthaft.

(2) Alle Zahlungen erfolgen ausschließlich unbar und werden auf ein von dem Bezugsberechtigten zu benennendes Girokonto überwiesen. Der Vorstand ist berechtigt, in begründeten Einzelfällen eine abweichende Zahlungsmodalität zu genehmigen.

(3) Der Empfänger von Leistungen nach dieser Entschädigungsordnung ist für die ord-

nungsgemäße steuerliche- und sozialversicherungsrechtliche Behandlung der empfangenen Zahlungsbeträge selbst verantwortlich. Die Kammer übernimmt weder Einkommensteuern noch Sozialabgaben.

(4) Voraussetzung für die Gewährung von Leistungen nach dieser Entschädigungsordnung ist die Einreichung entsprechender Nachweise. Der Anspruch ist abhängig von der Überprüfung auf sachliche Richtigkeit. Wird eine Erstattung seitens der Kammer abgelehnt, kann der Antragsteller den Antrag über den Haushaltsausschuss beim Plenum der Delegiertenversammlung zu einer Revisionsentscheidung einreichen.

## Inserentenverzeichnis PTJ 4/08

|  |      |   |     |
|--|------|---|-----|
| Adler & Röhn, Essen  | 331  | St. Vinzenz-Hospital, Dinslaken   | 339 |
| Akademie bei König & Müller, Würzburg                              | 329  | Stadtmission, Nürnberg  | 339 |
| Akademie für ärztliche Fortbildung, Hannover                       | 358  | Schön Kliniken, Bad Arolsen   | 337 |
| Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Lübeck                    | 341  | Timmermann & Partner, Cuxhaven  | 341 |
| BIF Berliner Institut für Familientherapie, Berlin                 | 347  | Justus-Liebig-Universität, Allgemeine Psychologie, Gießen   | 361 |
| CIP-Medien, München  | 4.US | Verlag Hans Huber, CH-Bern  | 357 |
| DGfS Institut für Sexualforschung, Hamburg                         | 368  | Verlag Klett-Cotta, Stuttgart   | 345 |
| DGVT Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen        | 329  | Julius Beltz, Weinheim  | 333 |
| EMDR-Institut, Bergisch-Gladbach                                   | 331  | Kath. St.-Johannes-Gesellschaft, Dortmund   | 339 |
| Epikursoftware, Berlin   | 327  | Z-Expert Thomas Hillebrand, Treuchtlingen   | 361 |
| Ergosoft, Hassloch   | 2.US |   |     |
| Hogrefe Verlag, Göttingen  | 351  | Einem Teil oder aber der gesamten Auflage dieser Ausgabe sind Beilagen folgender Institutionen beigelegt: |     |
| IPN Institut für Psychoanalyse, Nürnberg                           | 353  | ■ AWP Arbeitsgemeinschaft für wissenschaftliche Psychotherapie, Freiburg                                  |     |
| Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Düsseldorf | 349  | ■ AWP Arbeitsgemeinschaft für wissenschaftliche Psychotherapie, Berlin                                    |     |
| Luisenlinik – Zentrum für Verhaltensmedizin, Bad Dürkheim          | 337  | ■ CIP-Medien, München   |     |
| Kanzlei Meisterernst Düsing, Münster                               | 353  | ■ Ergosoft, Hassloch  |     |
| Milton Erickson, München   | 343  | ■ Helm Stierlin Institut, Heidelberg  |     |
| Psychoholic, Remscheid   | 359  | ■ Institut für Sucht und Fortbildung, Berlin  |     |
| Psychometrika, Hannover  | 3.US | ■ Psychotherapeutenkammer Bayern, München   |     |
| Springer-Verlag, Heidelberg  | 335  | <i>Wir bitten unsere Leser um Beachtung !</i>   |     |

## Liebe Kolleginnen und Kollegen

In der nächsten Delegiertenversammlung wird eine Thematik diskutiert, die unsere beiden Berufsgruppen als Ganzes berührt, in der Kammerarbeit sowie bei der Durchsetzung im berufspolitischen



Jürgen Hardt

Feld eine große Rolle spielt. Es handelt sich um Kooperation, Spannungen und Konflikte, Abgrenzung und Verständigungsmöglichkeit zwischen den verschiedenen Traditionen der Psychotherapie. Wenn Sie das Heft in der Hand halten, wird die Delegiertenversammlung stattgefunden haben und es wird sich erwiesen haben, ob meine Überlegungen aufgegriffen wurden oder nicht.

In der Gründungszeit der Kammer war Vielen die „Allgemeine Psychotherapie“ ein erstrebenswertes Ziel für die Zukunft – trotz des Einwandes, eine solche Psychotherapie würde als kleinster gemeinsamer Nenner unterschiedlich ausgestalteter Auffassungsweisen und Strategien zu einem Niveauverlust insgesamt führen (Beispiele dafür findet man leicht in der Geschichte der Psychotherapie). Ein anderer Weg ist, die verschiedenen Psychotherapien über Einsatz- und Ergebnisverrechnungen nebeneinander zu stellen und Zuständigkeiten auszuloben. Beide Lösungen sind wenig befriedigend für alle, die ihren Ansatz ernst nehmen und gelernt haben, mit ihrem „Vorurteil“, ihrer Auffassung, Sprache und ihrem Instrumentarium zu arbeiten. Diese verschiedenen Strategien haben eine ihnen entsprechende Weise gefunden, ihre Tätigkeit wissenschaftlich zu legitimieren. In der Aufbauzeit der Kammer habe ich

die Verschiedenartigkeit öfter als Chance bezeichnet, die es so zu nützen gilt, dass größtmögliche gemeinsame Kräfte entstehen.

Wenn man die Situation der Psychotherapie geisteswissenschaftlich verortet, muss man sie zur ersten Postmoderne rechnen. Dort geht es nicht um ein beliebiges „anything goes“, sondern um die Koexistenz gleichermaßen berechtigter Ansprüche, die oft nicht als Widersprüche, sondern als „Widerstreite“ zu verstehen sind: Es gibt keine Instanz, die vernünftig entscheiden könnte, wer Recht hat, weil jede Argumentation in eigener Sprache vorgetragen wird und eigenen Rechtfertigungen folgt. Solche Widerstreite sind nicht mit der Hoffnung auf Einsicht irgendwann in der unendlichen Zukunft zu befrieden. Sie werden sich nicht abmildern und nicht beruhigen.

Es stellt sich also die Frage, wie damit umzugehen ist. Das ist möglicherweise die entscheidende Frage des Zusammenhaltes unserer Berufsgruppen. Man kann die Frage fachlich oder politisch behandeln; dann herrschen unterschiedliche Diskurslogiken; die Kammer steht aber im Schnittpunkt von Politik und Fachlichkeit, sie muss sich beidem stellen und es ist schwer zu entscheiden, welchem Diskurs zu folgen ist. Der fachliche Diskurs soll sich einsichtig und wahrheitsgemäß entscheiden, d. h. alle teilnehmenden Diskurspartner sind einem zwanglosen Zwang verpflichtet. Der politische Diskurs hat Macht, nicht Wahrheit zum Ziel. Hier gelten andere Regeln, z. B. in der demokratieverpflichteten Politik, die Suche nach Mehrheit und der Mehrheitsentscheid.

Eine politische Entscheidung darf aber nicht Wahrheit beanspruchen, wie wir in der jüngeren deutschen Geschichte erfahren haben. Eine politische Entscheidung bleibt so lange eine ungenügende

fachliche Lösung, wenn nicht alle, die von unterschiedlichen Ansatzpunkten ausgehen, zustimmen können.

Was bleibt in einer solchen Situation übrig? Letztlich nur die Verpflichtung, den Anderen ernst zu nehmen und ihm zuzubilligen, dass er genau so, wie wir es von uns meinen, seinen Standpunkt sorgsam wählt und vertritt. Das ist der minimale Konsens, der die Verständigung leiten muss. Respekt und Fairness, letztlich die Forderung der „Solidarität“, treten anstelle des Pochens auf Wahrheit und des Durchsetzens mit Macht. Beides ist von Rechthaberei oft nicht zu unterscheiden und führt in Sackgassen.

Ihr Jürgen Hardt  
Präsident

## KJP-Themen – Aktuell und wichtig

In den derzeitigen Beratungen im Deutschen Bundestag geht es um wichtige Weichenstellungen im Bereich der Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Hier soll die eigentlich auslaufende Quotenregelung des Psychotherapeutengesetzes



Marion Schwarz

abgeändert werden. Dabei haben wir uns als hessische Kammer vor allem für die Einführung einer **20%-Quote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie** ausgesprochen, um die seit Jahren bestehende Unterversorgung abzubauen. Da Kinder und Jugendliche einen Anteil von 20% an der Bevölkerung ausmachen und ungefähr eine gleiche Prävalenz psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter

vorliegt, erscheint eine solche Quote angemessen und vor allem auch unter dem Gesichtspunkt einer möglichst zeit- und ortsnahen Versorgung dringend indiziert! Der Bundesrat ist mit großer Mehrheit dieser Argumentation gefolgt – hoffen wir, dass auch die Parlamentarier im Bundestag sich hierfür einsetzen werden!

Für das zur Zeit laufende Forschungsgutachten zur Evaluierung des Psychotherapeutengesetzes werden auf verschiedenen Ebenen Befragungen (online) durchgeführt. Dabei sind Fragen zur zukünftigen Ausbildung, zu den hierfür notwendigen Zugangsvoraussetzungen und zum Erhalt des **eigenständigen Heilberufs des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten** von zentraler Bedeutung. Die unterschiedlichen Studienabschlüsse in Psychologie und Sozial-/Pädagogik (FH), die durch die Bologna-Beschlüsse verursacht wurden, führen zu massiven Verwerfungen in der kj-psychotherapeutischen Ausbildung, aber auch in der Gleichwertigkeit der Ausbildung

zum PP bzw. KJP. Die hessische Kammer spricht sich dabei klar für den Erhalt des eigenständigen Heilberufs des KJP aus sowie für gleich hoch qualifizierte Studienabschlüsse als Zugangsvoraussetzung für die Ausbildung zum KJP und PP.

Die Sorge um das Wohl von Kindern hat in den letzten Monaten in der Öffentlichkeit und der Politik zu heftigen Diskussionen um **Prävention und Kinderschutz** und zu Entscheidungen in der Gesundheitspolitik geführt, wie z. B. zu den nun in Hessen verbindlichen Vorsorgeuntersuchungen im Kindesalter mit der Pflicht des Arztes, die Nichteinhaltung der Untersuchungen einer neu eingerichteten Institution zu melden. Die in der hessischen Kammer aktiven Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP-AG) haben diese Diskussionen zum Anlass genommen, eine Fachtagung durchzuführen mit dem Titel „Wer hört die Kinder weinen?“ (20.9.2008). Im Hauptvortrag von Frau **Prof. Ludwig-Körner** (Potsdam) wurde deutlich, dass

wir Psychotherapeuten viel Wissen um die Schwierigkeiten von Mutter- bzw. Elternschaft besitzen, die dringend in diese Diskussion eingespeist werden muss. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sollten sich in diesem Feld weiter fortbilden, um für diese spezielle Altersgruppe der unter 3-Jährigen fundierte Hilfe anbieten zu können. Wichtig ist es dabei, sich an Netzwerken und (Modell-)Projekten zur Prävention zu beteiligen und unsere Kompetenz dort einzubringen. Deutlich wurde in den lebhaften Diskussionen aber auch, dass es effektive Hilfe nicht „billig“ geben kann. Eine langfristige und qualitätsgesicherte Hilfe für Kinder und Familien bedarf sowohl gesicherter Finanzierung als auch angemessener personeller Ausstattung für Präventionsprojekte (z. B. mit Familienhebammen) und in Beratungsstellen sowie bei den Sozialen Diensten der Jugendämter.

*Marion Schwarz  
Mitglied des Vorstands*

## „Verlorenen in virtuellen Welten“ – Tagung über Computerspielsucht am 6. September 2008 in Frankfurt

Den oben genannten Titel trug eine eintägige Veranstaltung der Hessischen Psychotherapeutenkammer in Zusammenarbeit mit dem Jugend- und Sozialamt der Stadt Frankfurt, dem Zentrum für Gesellschaftliche Verantwortung der ev. Kirche von Hessen und Nassau und dem medienpädagogischen Infocafé Neu-Isenburg am 06.09. im Jugend- und Sozialamt der Stadt Frankfurt. Es war eine intensiv angefragte Fachtagung, die die Fachöffentlichkeit über den aktuellsten Stand der Forschung und Handlungsmöglichkeiten im Umgang mit exzessiver Entgleitung bei Computerspielen informieren sollte.

Virtuelle Welten in Form von Fantasiewelten, Märchen, Sagen hat es schon immer gegeben. Und auch das „Sich-darin-Verlieren“ hat es schon immer gegeben. Wer hat nicht als Jugendlerner die Nächte hindurch Karl May oder „Der Herr der Ringe“ gelesen? Was macht nun die besondere Faszination der Internetwelten und -rollenspiele aus, die diese zu einem Massenphänomen

werden ließ? Wann müssen wir sogar von einer pathologischen Entwicklung sprechen?

Für Erwachsene sind das Spiel und die Fantasiewelt Rückzugsmöglichkeiten, für Kinder und Jugendliche ein wichtiger Entwicklungsbereich, in dem sie sich üben auf die Lebenswirklichkeit vorbereiten können, betonte **Jürgen Hardt**, Hessischer Kammerpräsident, in seinem einleitenden Grußwort. Insofern erfülle die virtuelle, technisch bereitgestellte Spielwelt eine wichtige Entwicklungsaufgabe, solange sie das Spannungsfeld von Fantasie und Wirklichkeit erhalte und den Gegensatz nicht verwische oder für obsolet erkläre. Werde dieser Gegensatz jedoch verwischt, so drohten zwei Gefahren: Die virtuelle Welt werde zu einer zweiten Realität, die den Zweck habe, Lebensstatsachen wie z. B. Körperlichkeit und Endlichkeit des menschlichen Lebens zu leugnen, umzugestalten und erträglich zu machen. Als besonders Besorgnis erregend erscheine es aber,

dass die virtuellen Welten zunehmend dem Beeinflussungsapparat des Konsumismus unterworfen seien. So werde spielerische Fantasie vom „System“ (im Sinne von Jürgen Habermas) kolonialisiert. Hier könne man feststellen, dass, was wir für ein individuelles, therapeutisches Problem halten – die Computerspielsucht – unter anderem Aspekt – geleitet von anderen, wirtschaftlichen Interessen – keine Pathologie, sondern eine höchst wünschenswerte Bildung sei: Es gebe das erfolgreiche Bestreben, Kinder und Jugendliche in die virtuelle Welt zu locken und in ihr zu halten. Jürgen Hardt betonte, Psychotherapie habe hier neben der therapeutischen eine gesellschaftliche Verantwortung. Sie müsse zugleich auf die Gefährdung von Entwicklungsräumen hinweisen und diesen Gefahren aufklärend entgegenreten.

Frau **Dr. Eunicke Morell**, Schulpsychologin, Psychologische Psychotherapeutin und Mitglied einer Arbeitsgruppe des Landespräventionsrates mit dem Thema: „Neue

Medien ja, – Gewalt nein“ überbrachte ein Grußwort für das Hessische Kultusministerium.

**Thomas Graf** von der Fachstelle für Suchtprävention Marburg-Biedenkopf schockierte die Versammlung mit schier unglaublichen Zahlen über die Anzahl der User und die immensen Summen und wirtschaftlichen Interessen, die hinter der Spieleindustrie stehen. Deren Umsätze haben sich in nur drei Jahren von 2005 bis 2008 (projektiert) von 1,6 auf 2,6 Mrd. € gesteigert. Hinzu kommen Gebühren für Accounts und Add-ons sowie Einnahmen für Werbung auf den Spieleseiten. Der Bestseller unter den Computerspielen ist das Spiel „World of Warcraft“. Es ist das meistverkaufte Onlinerollenspiel aller Zeiten. Aktuell gibt es 10,7 Mio. Spieler, in Deutschland sind es rund 800.000.

**Michael Grunewald**, Referent für Jugend und Gesellschaft im Zentrum Gesellschaftliche Verantwortung der Evangelischen Kirche Hessen und Nassau, präsentierte den Teilnehmern danach drei populäre Computerspiele: „Counterstrike“, „Second Life“ und „World of Warcraft“. Dabei vermittelte er einen Eindruck von den Gestaltungsmöglichkeiten, die sich Spielern bieten. Neben dem Erschrecken über die Brutalität z. B. in Counterstrike war aber auch deutlich etwas von der Faszination zu spüren, die diese Spiele ausüben können. Auch Fragen des Jugendschutzes wurden angesprochen.

Die Perspektive von Jugendlichen wurde deutlich in Interviews, die **Stefan Baier** und **Uta Cramer-Düncher** mit drei Jugendlichen aus dem Infocafé Neu-Isenburg, einer medienpädagogischen Einrichtung, führten und die per Video vorgestellt wurden. Deutlich wurde, dass es vor allem die Intensität und die Schnelligkeit des Spiels und der Erfolge sind, die Jugendliche faszinieren.

Den Auftakt des **Nachmittagsprogramms** gestaltete **Prof. Helmut Lukesch** vom Lehrstuhl für Pädagogische Psychologie und Medienpsychologie der Universität Regensburg. Er präsentierte metaanalytische Befunde, die zeigten, dass der statistische Zusammenhang zwischen Mediengewalt (etwa im Fernsehen oder in gewalthaltigen Videospielen) und aggressivem Verhalten

ungefähr so deutlich ausgeprägt ist wie zwischen Rauchen und Lungenkrebs. Dieser Zusammenhang bleibe auch dann erhalten, wenn andere statistisch bedeutsame Einflussgrößen auf aggressives Verhalten, wie etwa Geschlecht, Sozialschicht oder Alkoholkonsum herausgerechnet würden. Was speziell die Internetabhängigkeit angeht, dazu zählten die Cybersexabhängigkeit, die Informationssucht („Dataholics“) und auch die Abhängigkeit von Online-Rollenspielen wie „World of Warcraft“, so stellte Helmut Lukesch hierzu einen gut einsetzbaren Fragebogen vor, nämlich die „Internetsucht-Skala“ von Jerusalem und Hahn. Diese Skala besteht aus den Unterskalen „Kontrollverlust“, „Entzugserscheinungen“, „Toleranzentwicklung“, „negative Konsequenzen auf soziale Beziehungen“ und „negative Konsequenzen auf Arbeit und Leistung“. Ob die krankhafte Internetnutzung psychopathologisch als nicht-stoffliche Abhängigkeit, als Störung der Impulskontrolle oder als Begleiterscheinung anderer psychischer Störungen zu verstehen ist, wird in der Fachwelt zurzeit noch kontrovers diskutiert.

Zu dieser Diskussion stellten **Prof. Hinderk Emrich** und **Dr. Stefanie Lampenlkamp** von der Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover eine Untersuchung aus Ihrer Forschungsgruppe für medienassoziierte Störungen vor. Ausgangshypothesen dieser Untersuchung waren: 1. Störungen der Impulskontrolle im Zusammenhang mit der Nutzung neuer Medien seien nicht als eigene Krankheitsidentität zu verstehen, sondern als Symptome komplexer psychischer Störungen, deren Charakter es zu eruieren gilt. 2. Dieser Charakter stehe in enger Beziehung zu den jeweils konsumierten medialen Formaten und Inhalten. In der Untersuchung wurden 30 Patienten klinisch interviewt, die wegen Internetsuchtproblemen die psychiatrische Universitätsambulanz aufgesucht hatten. Als Resultat der Untersuchung ergab sich, dass die 30 Patienten im Vergleich zu einer Kontrollgruppe aus klinisch unauffälligen Menschen deutlich erhöhte Werte in der Symptom Checkliste (SCL-90) aufgewiesen haben, vor allem auf den Unterskalen „Zwanghaftigkeit“, „Unsicherheit im Sozialkontakt“, „Depressivität“ und „Ängstlichkeit“. Außerdem ergab sich, dass 18 der 30 Pro-

banden ein depressives Syndrom im Sinne von Becks Depressionsinventar aufwiesen, 9 eine akzentuierte Persönlichkeitsstruktur, 8 eine Persönlichkeitsstörung, 4 eine Angststörung und ein Proband eine schizophrene Psychose. Die Forscher interpretierten, Internetsucht sei u. a. als virtuelle Kompensation von narzisstischen Kränkungen in der konkret-realen Welt zu verstehen: Der Cyberspace werde zum Regressionsraum für Depressivität sowie zum Agitationsraum für Aggressivität.

Ein konkretes behavioral orientiertes Behandlungsprogramm für solche klinisch-psychologischen Konstellationen stellte **Klaus Wölfling**, psychologischer Leiter der Ambulanz für Spielsucht an der Universitätsklinik Mainz, vor. Er therapiert Computer- und Glücksspielsüchtige gemeinsam im Gruppensetting. Wesentliche Elemente dieses Behandlungsprogramms sind die Durchführung von Symptom-Tagebüchern, Reiz-Konfrontationstrainings oder Rollenspielen. Wölfling ging zudem auf den Aspekt der Angehörigenarbeit ein. Oft hätten etwa Eltern exzessiver Computerspieler einen viel größeren Leidensdruck als die Betroffenen selbst – und seien deshalb häufig diejenigen, die den Kontakt mit Psychotherapeuten suchten. Um auch auf die Familien effektiver eingehen zu können, sollen die familientherapeutischen Kompetenzen in der Ambulanz ausgebaut werden, was erst mit erweiterten finanziellen Mitteln möglich sein werde.

In der abschließenden **Podiumsdiskussion** wurde zunächst die Frage verfolgt, ob die Problematisierung von Computerspielsucht in Psychotherapie und Wissenschaft vielleicht dann passé sei, wenn erst einmal die Computerspiel-Generation in der Wissenschaft und auch unter den Psychotherapeuten etabliert sei. Prof. Emrich teilte die Einschätzung, dass Virtualisierung keineswegs nur in Computerspielen erfolge, sondern ein gesamtgesellschaftliches Phänomen sei, in dem das Leben immer weiter von den Menschen fortrücke. Kammerpräsident Jürgen Hardt hielt fest, dass gesunde Bedürfnisse junger Menschen nach Phantasie und Spiel von einer neuen Industrie höchst effektiv wirtschaftlich verwertet würden. Hinzu komme, dass gerade bei Computer und Internet junge Menschen der Generation ihrer Eltern weit überlegen seien, was die Hand-

lungsmöglichkeiten der Eltern einschränke. Kontrovers wurden Fragen der Altersfreigabe bei Computerspielen diskutiert – Mitveranstalter vom Jugendamt Frankfurt sowie von der evangelischen Kirche arbeiten in Gremien mit, die über die Altersfreigaben entscheiden. Obwohl die Altersfreigaben etwa von Prof. Lukesch kritisch gesehen

wurden, entgegneten Vertreter des Jugendschutzes, dass potentielle Gefahren von Computerspielen – insbesondere Suchtgefahren – über eine Analyse der Spielinhalte unzureichend erfasst werden könne.

Am Ende der Veranstaltung zeigte sich deutlich, dass die Debatte über dieses für

Psychotherapeuten zunehmend wichtige Thema gerade erst begonnen hat. PPs und KJPs sollten sich gleichwohl an die Arbeit mit exzessiven Computerspielern heranwagen und mit ihnen die virtuellen Welten entdecken – ohne darin verloren zu gehen.

(MO / UCD / SB)

## AG KJP in der LPPJKP fordert Folgevereinbarung zur interdisziplinären Versorgung junger Patienten

Der Spitzenverband der Krankenkassen (VdAK) hat mit Wirkung zum 31.12.2008 die Sozialpsychiatrievereinbarung (SPV) gekündigt und damit erhebliche Empörung bei den betroffenen psychiatrisch und psychotherapeutisch tätigen Ärzten hervorgerufen. Die 1994 im Rahmen des Bundesmantelvertrages zwischen KBV und dem Spitzenverband der Kassen im Bund getroffene Vereinbarung galt als Modell einer sinnvollen Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen und Institutionen. Diese Vereinbarung war aus den langjährigen Diskussionen um die sozialmedizinischen Anteile an der Versorgung von psychisch labilen und kranken Kindern und Jugendlichen hervorgegangen. In diesem Sinne war bislang die Möglichkeit einer honorierten Zusammenarbeit zum Zweck einer verbesserten Versorgung von Kindern und Jugendlichen zwischen Ärzten und nichtärztlichen Berufsgruppen an der Nahestelle zwischen heilkundlicher Behandlung und sozial- und heilpädagogischer Präventions- und Integrationsarbeit insbesondere auch Ausdruck eines veränderten Verständnisses psychischer Erkrankungen: Diagnostik und Therapeutik sollten auch das psychosoziale Umfeld der Patienten einbeziehen. Entwickelt mit dem Ziel einer integrativen Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen lag diesem Konzept der interdisziplinäre Gedanke zugrunde, dass die sozialmedizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen über die somatische Behandlung hinaus nach der Kooperation mit anderen Fachgruppen verlangt. Das pädagogische Wissen und die psychosoziale Kompetenz sollte fortan das medizinische Fachwissen bei der Patientenbehandlung ergänzen.

In welchem Maße sich diese psychosozialen Kompetenzen fachlich als dringlich erwie-

sen haben, zeigen inzwischen unter anderem die aktuellen Studien des Robert-Koch-Instituts von 2007 (KIGGS): Demnach ist das Krankheitsgeschehen bei Kindern und Jugendlichen unter anderem geprägt von einer deutlich erkennbaren Verschiebung von somatischen zu psychischen Symptomen. Im Bereich der psychischen Gesundheit findet man bei 11,5% der Mädchen und 17,8% der Jungen Hinweise auf Verhaltensauffälligkeiten oder emotionale Probleme. Dass die Zunahme psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen nicht ausschließlich auf somatische Gründe zurückgeführt werden kann, vielmehr auch psychosoziale Komponenten einbezogen werden müssen, wird aus der Studie ebenfalls deutlich. Sie belegt damit eindrucksvoll, dass Diagnostik und Behandlung integrative Ansätze von Ärzten, Psychotherapeuten und Pädagogen benötigen, die in der kollegialen Zusammenarbeit die gemeinsame Entwicklung psychosozialer Kompetenzen möglich werden lassen.

Die berufs- und sozialrechtliche Anerkennung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach dem PTG 1999 mit der Folge einer gleichberechtigten Einbeziehung in das Gesundheitswesen haben die Voraussetzungen für eine Folgevereinbarung zur SPV inzwischen deutlich verändert. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten werden nun an der Seite von ärztlichen Kollegen dazu beitragen können, auch die psychosoziale Versorgung im Umfeld der Patienten einzubeziehen. Gerade in diesem Feld werden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wegen ihrer Erfahrungen im pädagogischen Grundberufe und aufgrund ihrer in der spezifischen Ausbildung erworbenen Kompetenzen eine hervorragende Bereicherung sein können.

Inhaltlich überrascht die kurzfristige Kündigung der Vereinbarung durch den VdAK auch vor dem Hintergrund, als die Entwicklung im Gesundheitssystem nach dem WSG (Wettbewerbsstärkungsgesetz) die Etablierung Integrativer Versorgungskonzepte vorsieht, in denen interdisziplinäre und sektorenübergreifende Zusammenarbeit gefördert und gesondert finanziert werden sollen. Derartige Versorgungsmodelle lassen zukünftig eine gleichberechtigte Teilnahme der verschiedenen Fachgruppen sinnvoll und notwendig erscheinen. Der Ansatz eines kooperativen Miteinanders von kinderpsychiatrisch und -psychotherapeutisch tätigen Ärzten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen sollte daher auch Grundlage für die Schaffung eines Integrativen Versorgungsmodells sein, das eine enge Zusammenarbeit mit sozial- und heilpädagogischen Angeboten und mit Institutionen der Jugendhilfe vorsieht.

In diesem Sinne fordert die AG der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der Hessischen Landeskammer, eine Folgevereinbarung im Geiste der bisherigen Sozialpsychiatrievereinbarung zu treffen und hierbei auch die Kompetenzen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten einzubeziehen und vertraglich zu verankern. Ein dringend erforderlicher Folgevertrag der Sozialpsychiatrievereinbarung sollte die psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch eine Kooperation von kinderpsychiatrisch und -psychotherapeutisch tätigen Ärzten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und sozial- und heilpädagogisch Tätigen auf ausreichend hohem Niveau gewährleisten (Adressaten dieser Stellungnahme sollen der VdAK, die Krankenkassen, das Sozialministerium sowie die KJP-Verbände sein).

## Nachrichten

### Sachverständige für forensische Fragestellungen berufen

Die erste Sitzung der Kommission fand Anfang Oktober statt. Vom Vorstand ist **Mario Schwarz** zuständig. Die Aufgaben der Kommission bestehen in der Verabschiedung des Fortbildungscurriculums „Forensische Sachverständigentätigkeit“ sowie der Erstellung einer Sachverständigenliste der LPPKJP. Die Mitglieder sind:

- **Prof. Fritz Matzejat**, PP, KJP, Marburg – Fachgebiet Familienrecht/KJHG
- **Claudia Wesseler**, PP, Wiesbaden – Fachgebiet Sozialrecht
- **Dr. Sophinette Becker**, PP, Frankfurt – Fachgebiet Zivilrecht; Schwerpunkt: Transsexuellengesetz, Aufenthaltsrecht, Leiterin der Sexualmedizinischen Ambulanz der Universität Frankfurt

- **Andrea Frosch**, PP, Lich – Fachgebiet STGB (Kriminalprognose)
- **Dr. Lutz Gretenkord**, PP, Marburg – Fachgebiet Maßregelvollzug, Klinik Haina.

### Ab Mitte 2009 drohen Sanktionen für Niedergelassene, wenn Fortbildungspunkte fehlen!

**Am 30. Juni 2009 endet für die meisten Niedergelassenen der Zeitraum, bis zu dem 250 Fortbildungspunkte gegenüber der KV nachgewiesen werden müssen, um die weitere ungestörte Honorarabrechnung zu gewährleisten.**

Viele Mitglieder haben uns noch keine Teilnahmebescheinigungen über besuchte Fortbildungen eingereicht. Wenn damit bis zum Ende des ersten 5-Jahreszeitraums,

der für die Mehrheit der Betroffenen gilt, zugewartet wird, kann es zu einem Bearbeitungsstau mit möglicherweise negativen Folgen für die Betroffenen kommen – für Kassenbehandler drohen Honorarsanktionen seitens der KV Hessen.

Wir weisen eindringlich darauf hin, dass unsere Verwaltung nicht darauf eingerichtet ist, einem plötzlichen Ansturm von Anträgen zeitnah nachzukommen. Auch müssen unklare Anträge der ehrenamtlich besetzten Akkreditierungs- und Zertifizierungskommission vorgelegt werden, die nur alle zwei Monate tagt. Wir empfehlen deshalb dringend, unverzüglich Kopien der vorhandenen Teilnahmebescheinigungen an Fortbildungen einzureichen (dazu finden Sie Unterlagen unter [www.ptk-hessen.de/ptj](http://www.ptk-hessen.de/ptj)).

### Nachrichten im Internet:

*Der Kranke als Objekt des Kassen-Managements – Als Folge des Wettbewerbsstärkungsgesetzes (WSG) im Gesundheitswesen werden Patientendaten immer wichtiger. Kann das dazu*

*führen, dass der unmittelbare Kontakt zwischen Patienten und Arzt oder Psychotherapeuten durch mediale Kontakte ersetzt werden soll? Was sind die Folgen?*

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).

- „Ist Irren noch menschlich? – Psychotherapie im gesundheitspolitischen Wandel“, Veranstaltung von LPPKJP und Landesärztekammer Hessen, 23. – 24. Januar 2009, Frankfurt, Haus am Dom. Prof. Dr. Klaus Dörner wird den Eröffnungsvortrag am Abend des 23. Januar 2009 halten.
- **24. und 25. April 2009, Delegiertenkonferenz**, Butzbach/Nieder-Weisel Hotel Johanniter (Die Johanniter)
- **30. und 31. Oktober 2009, Delegiertenkonferenz**; der Tagungsort wird rechtzeitig bekanntgegeben.

### Gedenken

Wir gedenken unseres verstorbenen Kollegen:

Dipl.-Psych. Bernd Gerstner, Biedenkopf, geb. 17.05.1956, gest. 03.10.2008. Bitte lesen Sie einen ausführlichen Nachruf unter [www.ptk-hessen.de/ptj](http://www.ptk-hessen.de/ptj).

### Frohe Weihnachten und ein gutes Jahr 2009!

Am Ende dieses auch für die Hessische Psychotherapeutenkammer ereignisreichen Jahres wünschen Ihnen Vorstand, Geschäftsführung und Mitarbeiter der Geschäftsstelle ein gesegnetes Weihnachtsfest und ein gesundes und erfolgreiches Jahr 2009!

### 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)

# Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir hatten sie nach langer, intensiver Arbeit an diesem Projekt fast schon abgeschlossen, deshalb sind wir umso erleichtert und zufriedener, dass sie doch noch zustande gekommen ist: die Einbeziehungsvereinbarung mit der DAK, die Werner Köthke unten ausführlich erläutert und in ihren Besonderheiten vorstellt. Wir haben darauf schon per Brief an alle Mitglieder aufmerksam gemacht und viele Anfragen dazu erhalten, wir hoffen aber, dass dieser Artikel noch zusätzliche Neugier und Interesse weckt, dass er noch deutlicher machen kann, worin der Gewinn für Patienten und Psychotherapeuten zu sehen ist. Enttäuschte Reaktionen gab es auch: Mehrere Kolleginnen und Kollegen haben beklagt, dass die Vereinbarung nur von in der GKV zugelassenen Mitgliedern der PKN genutzt werden kann. Aber trotz dieses „Wermutstropfens“ sind wir sicher, damit einen weiteren wichtigen Schritt auf dem Weg zu Modellen integrierter Versorgung getan zu haben.

Immer wieder wird von Mitgliedern der Verkauf von Praxen (nicht von Zulassungen, denn die können nicht verkauft werden!) thematisiert – vor allem von den jungen Kolleginnen und Kollegen, die ihre Ausbildung in jüngerer Zeit abgeschlossen haben und nun auf die Möglichkeit zur Ausübung ihrer Kompetenz warten und die sich über

die verlangten Preise beklagen. Die PKN nimmt diese Klagen ernst und versucht, zu einem Interessenausgleich von verkauften und an einem Kauf interessierten Mitgliedern beizutragen, u. a. dadurch, dass sie zweimal im Jahr Seminare mit dem Titel „Approbation – was nun?“ und Existenzgründungsseminare veranstaltet (s. den Bericht von Ekkehard Mittelstaedt weiter unten). Außerdem wird Frau Dr. Rüping zusammen mit ihrer Kollegin Soffner für das nächste PTJ einen Artikel speziell zum Thema Praxisverkauf schreiben.

Auf eine immer noch viel zu wenig genutzte Möglichkeit für frisch Approbierte, nach Abschluss ihrer Psychotherapieausbildung „Praxis“-Erfahrung zu sammeln, weist Werner Köthke auf diesen Seiten unter der Überschrift „Entlastungsassistenz“ hin.

Was war sonst noch?

Die von der PKN angebotene curriculare Palliativ-Psychotherapeutische Fortbildung ist gut angenommen worden. Wir bleiben an diesem zunehmend auch von der Politik beachteten Thema (der erste Palliativstützpunkt in Hannover ist im August eröffnet worden) dran, in dem Bemühen, die Bedeutung psychotherapeutischer Kompetenzen in der palliativen Versorgung deutlich zu machen und dieser Bedeutung

auch in Verträgen mit den Krankenkassen Geltung zu verschaffen.

Die von unserem Notfallpsychotherapiebeauftragten Dr. Kröger (TU Braunschweig) „importierten“ differenzierten Hinweise für den psychosozialen Notfall können als Dienstleistung der PKN inzwischen auch in den Sprachen Türkisch, Russisch, Italienisch und Englisch auf unserer Homepage abgerufen werden. Mit dem Niedersächsischen Innenministerium wurde im Juli eine Zusammenarbeit verabredet; unter anderem sollen die Möglichkeiten von Psychotherapeuten bei psychosozialen Notfällen (wie etwa „Großschadensereignissen“) auf einer Dienstbesprechung im zuständigen Dezernat vorgestellt werden. Außerdem ist für interessierte Kolleginnen und Kollegen eine Fortbildungsveranstaltung in Notfallpsychotherapie geplant, zu der noch gesondert eingeladen wird.

Eine Bitte haben wir noch: Wenn Sie in der Frühförderung tätig sind, melden sie sich bitte in der Geschäftsstelle: Wir möchten klären, ob und in welcher Hinsicht für die PKN Handlungsbedarf besteht (in Bezug auf eine Landesrahmenempfehlung).

*Ihr PKN-Vorstand:*

*Dr. Lothar Wittmann, Gertrud Corman-Bergau, Werner Köthke, Bertke Reiffen-Züger, Prof. Dr. Hans-Joachim Schwartz*

## Existenzgründung – Bericht über Seminar in Braunschweig

Für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bieten sich eine Fülle von Möglichkeiten, ihren Beruf auszuüben. Der Schritt in die Selbstständigkeit ist eine Möglichkeit, der jedoch hinsichtlich der Gestaltungsvarianten nicht allein auf die Existenzgründung durch Praxisverkauf reduziert werden darf. Das war eine der zentralen Botschaften des ersten Existenz-

gründerseminars der PKN am 25. Juli 2008 in Braunschweig. Neben der Vorstellung der für die PP und KJP gängigen Existenzgründungsarten wie bspw. Kleingründung, Teamgründung, Nachbesetzungsverfahren und Teilgründung, wurde detailliert auch auf die häufig mit der Person des Gründers im Zusammenhang stehenden Gründe für ein Scheitern des Vorhabens eingegangen. Ziel

war es, anhand der Beispiele die Eigenschaften herauszustellen, die unbedingt für den Erfolg des Gründungsvorhabens wichtig sind. Dabei darf auch die familiäre Situation und der Rückhalt der Familie nicht außer Acht gelassen werden.

Es wurde ferner darauf hingewiesen, dass neben den beruflichen Erfahrungen und

die fachliche Kompetenz vor allem kaufmännische Kenntnisse notwendig sind, um realistisch zu planen und auch während der Gründungsphase die Erreichung der Ziele zu überprüfen, um ggf. gegensteuern zu können. Hierfür wurden die gängigen Instrumente vorgestellt: Die Berechnung des Mindestgewinns zur Deckung des Lebensunterhalts, die Gesamtkapitalbedarfsplanung, die Rentabilitätsvorschau und die Liquiditätsplanung für einen Dreijahreszeitraum. Das Seminar schloss mit den Anforderungen an einen Businessplan und der Vorstellung der Fördermöglichkeiten ab.

Leider war die Zeit – drei volle Stunden – zu kurz bemessen, so dass einige Aspekte nicht in der Tiefe vorgestellt und erläutert werden konnten, wie ursprünglich geplant. Hier werden Folgeseminare gewiss von den Erfahrungen aus der Pilotveranstaltung profitieren.

Alle Teilnehmer fanden es äußerst hilfreich, dass die jeweiligen Tabellen für die Berechnung des Mindestgewinns zur Deckung des Lebensunterhalts, die Gesamtkapitalbedarfsplanung, die Rentabilitätsvorschau und die Liquiditätsplanung über

die Homepage der PKN zum Download bereitstehen. Jeder kann so nach Lust und Laune seine ganz eigene Berechnung durchführen und einen Eindruck davon gewinnen, welche Vorarbeiten für eine erfolgreiche Existenzgründung notwendig sind.

Bei Interesse an weiteren Existenzgründerseminaren, sind alle Leserinnen und Leser herzlich eingeladen, sich an die Geschäftsstelle der PKN zu wenden.

*Ekkehard Mittelstaedt*

## Entlastungsassistenz – eine noch immer wenig genutzte Möglichkeit

Sie sind frisch approbierter PP oder KJP und haben weder die Aussicht auf einen Praxissitz noch einen (Vollzeit-)Arbeitsplatz als angestellter PP/KJP, wollen aber gern Ihre psychotherapeutische Kompetenz einsetzen können?

Sie können Ihre Praxis für eine gewisse Zeit nicht in vollem Umfang weiterführen, weil Sie z. B. ein (weiteres Kind) bekommen oder für absehbare Zeit erkrankt sind?

In beiden Fällen wird Sie die Option der Entlastungsassistenz interessieren.

Nach § 32 Ärztezulassungsverordnung (Ärzte-ZV) besteht nämlich die Möglichkeit, „aus Gründen der Sicherstellung“ einen Assistenten zu beschäftigen.

Dafür gibt es 4 Voraussetzungen auf Seiten des Praxisinhabers:

- Einen Antrag des Praxisinhabers, der mit der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung begründet werden muss und deshalb auch in einem gesperrten Bezirk möglich ist.
- Der Antrag muss befristet sein und die Hinderungsgründe für eine volle Versorgung der eigenen Praxis auflisten. Hin-

derungsgründe können Krankheit, Alter, Kindererziehung oder wissenschaftliche und/oder berufspolitische Tätigkeit sein.

- Vorherige Genehmigung der KV – nicht des Zulassungsausschusses.
- Die Beschäftigung darf nicht der Vergrößerung der psychotherapeutischen Praxis oder der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxiseumfanges dienen. Nach der Rechtsprechung des BSG ist ein „übergroßer“ Praxiseumfang auf jeden Fall anzunehmen, wenn die Praxis etwa zweieinhalb bis dreimal soviel Scheine pro Quartal abrechnet, wie der Durchschnitt vergleichbarer Praxen. Ein Praxiszuwachs um 25% ist damit unbedenklich (BSG vom 28.09.2005 – B 6 KA 14/04, juris. Rz. 15).

Auf Seiten des potentiellen Entlastungsassistenten gibt es folgende Voraussetzungen:

- Er muss über die Approbation als PP oder KJP und eine Eintragung in das Arztregister verfügen.
- Er muss denselben Fachkundenachweis wie der Praxisinhaber besitzen.

Ein PP oder KJP kann in der Praxis eines Arztes als Assistent beschäftigt werden,

nicht jedoch ein Arzt in der Praxis eines PP oder KJP. Das schließt § 2 IV der Musterberufsordnung der Ärzte aus. Das Rechtsverhältnis zwischen Praxisinhaber und Assistent ist als Arbeitsverhältnis im Sinne des § 622 BGB anzusehen. Der Assistent unterliegt der Sozialversicherungspflicht.

Für Praxisinhaber und Berufseinsteiger ist die Möglichkeit der Entlastungsassistenz also geradezu ideal. Da die Vorstände der 11 KV-Bezirksgeschäftsstellen der KVN bei der Genehmigung von Entlastungsassistenten aber recht unterschiedlich verfahren, kann es im Einzelfall dazu kommen, dass eine Genehmigung nicht ausgesprochen wird, obwohl dies sachlich und rechtlich geboten wäre. In diesem Fall empfiehlt die PKN ihren Mitgliedern, sich vertrauensvoll an den Vorstand der PKN zu wenden, der seinerseits dann gegenüber der KVN klärend tätig wird.

### Literatur

R. Schallen: Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, Vertragszahnärzte, Medizinische Versorgungszentren, Psychotherapeuten. Kommentar. C.F.Müller, MedizinRecht.de. Heidelberg 2007.

*W. Köthke*

## Einbeziehungsvereinbarung unter Dach und Fach oder: Was lange währt, wird endlich gut

Wir hatten es schon vor längerer Zeit angekündigt, dann schien es doch unmöglich – und nun hat es geklappt: Im Juli 2008

haben die Präsidenten der Psychotherapeutenkammern Niedersachsen und Bremen, Dr. Lothar Wittmann und Karl-

Heinz Schrömgens, und der Leiter des Vertragsbereiches der DAK Niedersachsen/Bremen, Hans-Joachim Mahlke, die Ein-

beziehungsvereinbarung zum Vertrag zur Integrierten Versorgung nach § 140 a SGB V unterzeichnet.

Was verbirgt sich konkret hinter diesem sperrigen Titel? In seinem Artikel „Integrierte Versorgung – Chancen für Vertragsärzte und Psychotherapeuten“<sup>1</sup> nennt Martin Stellpflug, der Justitiar der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK), auf Seite 54 folgende drei Prüfkriterien für „Integrierte Versorgungskonzepte“<sup>1</sup>:

### **Warum ist die Teilnahme an der Integrierten Versorgung für den Patienten attraktiv?**

Antwort:

- Behandlungsbedürftigen Patienten, bei denen eine krankenhausvermeidende psychotherapeutische Behandlung erfolgen soll oder bei denen im Ersatz einer stationären Klinikbehandlung ein umfassendes Hilfeprogramm realisiert werden muss, wird durch die Unterschrift unter den Kooperationsvertrag zur Einbeziehungsvereinbarung ein zeitnaher Psychotherapiebeginn innerhalb von 14 Tagen garantiert.
- Durch das Zusammenwirken der psychiatrischen und psychotherapeutischen Leistungsanbieter einer Region wird den Patienten eine zufallsbestimmte Inanspruchnahme verschiedener Praxen und Klinikangebote erspart.
- Durch den IV-Vertrag wird nachhaltig die Umstellung von einem institutsbezogenen zu einem personenbezogenen Hilfeansatz realisiert.
- Durch die aktive Teilnahme an Qualitätszirkeln wird die Verzahnung zwischen Psychotherapeuten, Psychiatern, Hausärzten und Versorgungskliniken stabilisiert. Dies dient dem Gebot, die gesetzlichen Maßgaben des § 140 a SGB V so umzusetzen, dass eine einheitliche Versorgungsstruktur entsteht. Für die Psychotherapeuten Bremens und Niedersachsens gilt hierbei zur Qualitätssicherung die von der PKN entwickelte „Orientierungshilfe zum Qualitätsmanagement“.
- Für Patienten, die einen umfassenden psychotherapeutischen Versorgungsbedarf aufgrund schizophrener, affektiver,

depressiver, manischer und bipolarer sowie psychosomatischer Störungen und Suchterkrankungen haben, eröffnet sich so ein transparentes multiprofessionelles Hilfesystem, das in sämtlichen Phasen der Behandlung kompetente Partner bietet. Sowohl die bisherigen Schwachpunkte, wie sie in sämtlichen Patientenbefragungen mit dem Wechsel des Hilfesystems bei Klinikentlassung oder Klinikaufnahme deutlich werden, als auch die Unzulänglichkeiten der eher auf leicht erkrankte Menschen hin orientierten kassenärztlichen Versorgung und der nur geringen Abstimmung unter den Behandlern über die Behandlungsziele, lassen sich hier gemeinsam mit kompetenten Helfern ausräumen.

### **Wodurch spart die Krankenkasse Geld (kurz-, mittel- oder langfristig)?**

Antwort:

- Für die DAK ergeben sich hieraus neue Möglichkeiten, um durch die Setzung derartiger Rahmenbedingungen zusätzliche kompetente psychotherapeutische Leistungsanbieter nach SGB V in das integrierte Hilfeprogramm einzubeziehen, wodurch die Priorität bedarfsgerechter ambulanter Versorgung eine spürbare Verbesserung erhält. In Verbindung mit der Aktivierung von Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsreserven lassen sich so für DAK-Versicherte Gewährleistungsprogramme erreichen, die von Anfang an auf die mit Dauer und Schwere der psychischen Erkrankung verbundenen weitreichenden Hilfenotwendigkeiten Rücksicht nehmen. Durch diese Maßnahmen verspricht sich die DAK – vielleicht nicht kurzfristig – jedenfalls aber mittel- und langfristig auch Kosteneinsparungen.
- Laut dem DAK Gesundheitsreport 2008 für Niedersachsen und Bremen stehen die psychischen Erkrankungen auf Rang vier bei den Krankheitsarten mit den größten Anteilen an Arbeitsunfähigkeitstagen. Besonders bei Männern sind die Fehltagelast in den letzten sieben Jahren um 19 Prozent gestiegen. Wichtigste Einzeldiagnose: Depression. Derartige Feststellungen zwingen die Krankenkassen zu kostensparenden Modifikationen ihrer Angebote im Gesundheitswesen.

- In vielen IV-Verträgen gibt es ein Case-Management, das den Behandlungsverlauf eines Patienten plant, dessen Durchführung kontrolliert und die finanziellen Dinge regelt. Auf ein solches Management ist hier – auch aus Kostengründen – verzichtet worden.

### **Welche Vorteile bietet die Teilnahme an der Integrierten Versorgung für den Arzt / Psychotherapeuten?**

Antwort:

- Mit dieser Einbeziehungsvereinbarung schaffen DAK, Psychiater und Psychotherapeuten (gleich welcher Therapie-„Schule“ der Richtlinientherapien PA, TP oder VT) in Bremen und Niedersachsen ein gemeinsames Dach, unter dem sie besser als bisher zum Wohl ihrer Patienten und zu ihrem eigenen Wohle miteinander kooperieren können.
- Dadurch wird die Gruppe der PP und KJP aus den beiden Kammern PKN und PKHB in einen bestehenden IV-Vertrag zwischen DAK Nds./HB und psychiatrischen Praxen beider Bundesländer einbezogen.
- Psychiatrische und psychotherapeutische Praxen können unter diesem Dach einen Kooperationsvertrag schließen – wenn sie dies wollen –, mit dem die Einbeziehungsvereinbarung in das unmittelbare IV-Rechtsverhältnis der Leistungserbringer zur DAK transformiert wird. Kein Psychotherapeut ist verpflichtet, mit einem bestimmten Psychiater einen Kooperationsvertrag abzuschließen, wie auch kein Psychiater verpflichtet ist, mit einem kooperationswilligen PP oder KJP eine solche Verbindung einzugehen. Psychotherapeuten können aus der Liste der am IV-Vertrag teilnehmenden Psychiater ihre „Favoriten“ auswählen. So ist eine Gleichberechtigung beider Kooperationspartner gegeben.
- Mit dieser Vereinbarung wird in gemeinsamer Kooperation auf Augenhöhe beider Professionen fast das gesamte

<sup>1</sup> Martin Stellpflug: Integrierte Versorgung – Chancen für Vertragsärzte und Psychotherapeuten“, S. 53 ff. In: Thomas Bohle: Integrierte Versorgung: Rechtsfragen, Checklisten, Vertragsmuster. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. Economica, Heidelberg 2008

Störungsspektrum des F-Katalogs der ICD-10 leistungsmäßig abgedeckt. DAK und Psychiater erkennen mit dieser Vereinbarung also an, dass der gesamte ICD-F-Katalog auch der Behandlung durch PP und KJP bedarf und Psychiater und Pflegekräfte dafür nicht ausreichen – eine bei manch anderen Krankenkassen und Psychiatern (noch) nicht so selbstverständliche Überzeugung.

- In den bestehenden IV-Vertrag zwischen DAK und einem Netzwerk von Psychiatern sind die Kassenärztlichen Vereinigungen Niedersachsen und Bremen nicht einbezogen. Das wollten die Psychiater so. Man kann die Nicht-Beteiligung der beiden KV'en bedauern oder begrüßen. Da diese Frage nicht von uns zu entscheiden war, ist es am besten, man ist hier leidenschaftslos.
- Alle diagnostischen und psychotherapeutischen Leistungen werden über die entsprechenden KVen abgerechnet – bis auf die ersten 15 Psychotherapiestunden, die mit jeweils 89,68 € (zuzüglich einer Pauschale von 20,- € pro Quartal und Patient) von der DAK vergütet werden. Sind über die ersten 15 Therapie-stunden hinaus weitere Behandlungseinheiten nötig – was bei den schwer gestörten Patienten, die der IV-Vertrag und die Vereinbarung ausschließlich berücksichtigt – werden diese gemäß den Psychotherapie-Richtlinien wie gewohnt durchgeführt. Die Schwere des Falles wird von Psychiater und Psychotherapeut nach entsprechender Diagnose und Indikation gemeinsam festgestellt. Das Erstzugangsrecht der Patienten zu einer Behandlung wird also nicht in Frage gestellt.
- Die Einschreibung des Patienten in den IV-Vertrag erfolgt ausschließlich durch den Psychiater. Dabei entbindet der Patient Psychotherapeut und Psychiater von ihrer gegenseitigen Schweigepflicht als auch von ihrer Schweigepflicht gegenüber der DAK, was Diagnose und

Behandlungsbedürftigkeit betrifft, wie dies auch im Rahmen der PT-Richtlinien geregelt ist.

- Natürlich ist geprüft worden, ob die Kammern eine solche Einbeziehungsvereinbarung (die kein IV-Vertrag ist, sondern die Psychotherapeuten in einen solchen implementiert) unterzeichnen dürfen. Gem. § 9 HKG, (1), 1., 2., 6b und 7 ist dies problemlos möglich.
- Kritiker eines Selektivvertragssystems (um ein solches handelt es sich bei IV-Verträgen) sehen durch solche Verträge das Kollektivvertragssystem gefährdet. Wenn dies so wäre, dürfte die KV bei keinem IV-Vertrag mitmachen. Das tut sie aber – ebenfalls in Form von Einbeziehungsvereinbarungen, z. B. bei den beiden IV-Verträgen zwischen DAK und den psychosomatischen Kliniken Bad Bevensen und Bad Pyrmont.
- Übrigens sollten Sie nicht vergessen: Im Rahmen des IV-Vertrags der DAK, Hamburg-Münchner und AOK mit der psychosomatischen Roswitha-Klinik Bad Gandersheim können Sie, wenn Sie den Vertrag mit der Klinik unterschrieben haben, selbst direkt einweisen, ohne lange Wartezeiten für Ihre DAK-, H-M- und AOK-Patienten. (Falls Sie noch einen dieser drei IV-Verträge unterschreiben wollen, können Sie sich in der PKN-Geschäftsstelle informieren).
- „Große Zurückhaltung“ gegenüber der Integrierten Versorgung konstatiert Petra Bühring in ihrem gleichnamigen Leitartikel im Deutschen Ärzteblatt (Heft 8, 2007). Sie weist zu Recht darauf hin, dass von den am 31.3.2007 von der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) registrierten 3.671 IV-Verträgen nicht nur lediglich 31 Projekte speziell für die Versorgung psychisch Kranker von der DGPPN aufgelistet waren, sondern dass auch bei diesen Projekten – wie z. B. bei dem Aachener IV-Vertrag, der von der Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt bei seiner

Einführung hoch gelobt wurde – teilweise niedergelassene PP nicht einmal mit im Boot waren. Dies ist durch die Einbeziehungsvereinbarung zum IV-Vertrag zwischen DAK und Psychiatern für den Bereich Niedersachsen/Bremen nunmehr korrigiert.

„Es bleibt noch viel zu tun“, titelt Frau Bühring in einem ihrer jüngsten Leitartikel im Deutschen Ärzteblatt (Heft 8, 2008). Durch die Einbeziehungsvereinbarung sind zwar die Psychotherapeuten in Niedersachsen und Bremen berufspolitisch einen großen Schritt vorangekommen. Ohne Unterschriften unter die Kooperationsverträge mit Psychiatern wird die Vereinbarung aber nicht mit Leben gefüllt werden. Die PKN ist in Vorleistung getreten. Jetzt liegt es an Ihnen, den nächsten Schritt zu tun. Lukrativ ist er ja allemal.

Wenn Sie bisher noch nicht aktiv geworden sind, wir aber jetzt Ihr Interesse geweckt haben, dann wenden Sie sich an die Geschäftsstelle der PKN. Sie bekommen dann umgehend sämtliche Unterlagen zur Einbeziehungsvereinbarung zugeschickt.

*W. Köthke*

#### Geschäftsstelle

Psychotherapeutenkammer  
Niedersachsen  
Roscherstr. 12  
30161 Hannover  
Tel.: 0511/850304-30  
Fax: 0511/850304-44  
Sprechzeiten allgemein:  
Mo, Mi, Do, Fr 09.00 – 11.30 Uhr  
Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr  
Sprechzeiten für Fragen zur Akkreditierung:  
Mi. + Do. 09:00 – 11:30 Uhr  
Mail-Anschrift: info@pk-nds.de  
Mail-Anschrift für Fragen zur Akkreditierung: Akkreditierung@pk-nds.de  
Internet: www.pk-nds.de



# Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

## Psychotherapie im Krankenhaus sichtbar machen

Eine Befragung im Herbst 2007 (Ergebnisse im PTJ 2/2008) hatte ergeben, dass die Kammermitglieder in den Krankenhäusern einen wesentlichen Teil der psychotherapeutischen Versorgung tragen. Diese Tatsache ist jedoch zu wenig bekannt und wird in der Politik nicht entsprechend gewürdigt. Am 4. September 2008 hatte die Kammer deshalb zu einer Arbeitstagung nach Dortmund eingeladen, um in Krankenhäusern arbeitenden Psychotherapeutinnen ein Forum zu bieten. Eine Statusverbesserung – und eine damit verbundene Verankerung in der Entgeltstruktur – ist nur zu erreichen, wenn die Angestellten auch öffentlich deutlich machen, welchen Beitrag sie in der aktuellen Diskussion um neue Versorgungsformen bei psychischen Erkrankungen leisten können und wollen.

Kammerpräsidentin Monika Konitzer wies in ihrer Begrüßung darauf hin, dass nach Zahlen des statistischen Landesamtes in Krankenhäusern mehr Psychologische Psychotherapeuten als Fachärzte mit entsprechender Gebietsbezeichnung arbeiten. Hermann Schürmann als Beauftragter des

Vorstands für Krankenhausfragen betonte, dass es notwendig sei, das Profil der Psychotherapeuten in Krankenhäusern zu verdeutlichen. Hans-Werner Stecker (Rheinische Kliniken, Langenfeld) hob hervor, dass stationäre Psychotherapie nur dann eine „eigenständige Behandlung“ im Krankenhaus sein könne, wenn die Rahmenbedingungen und das Konzept stimme, was aus seiner Sicht auf einer psychiatrischen Allgemeinstation nicht möglich sei – eine These, die in der Diskussion viel Widerspruch herausforderte.

Silvia Burgemeister aus der Ambulanz des Evangelischen Krankenhauses Bielefeld berichtete über den dortigen Vertrag zur integrierten Versorgung, dass im ersten Modul ein ambulantes multimodales Behandlungsangebot (Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Sozialberatung, Sport) gemacht und anschließend eine psychotherapeutische Weiterbehandlung gesichert wird.

In der anschließenden Diskussion wurden die heterogenen Rahmenbedingungen



erneut deutlich, in denen Psychotherapeuten im Krankenhaus arbeiten: von häufig wechselnden Stationsärzten, die als Psychotherapeuten das Sagen haben wollen, über psychotherapiefreundliche oder -feindliche Chefärzte bis hin zum Medizinischen Dienst der Krankenkassen, der trotz anderslautender Gerichtsurteile die stationäre Psychotherapie immer noch der Rehabilitation zuordnet und die Aufenthaltsdauer kürzt. Die Indikation zur Psychotherapie als eigenständige Behandlungsform im Krankenhaus müsse präzisiert werden, genauso wie die Unterschiede zur ambulanten Richtlinienpsychotherapie. Monika Konitzer konnte dann noch vom Erfolg der Bundespsychotherapeutenkammer berichten, der bei Neuordnung der Krankenhausfinanzierung ein Beratungsrecht eingeräumt werden soll.

## Zwischen Verfahren und Methoden – Die Zukunft der Psychotherapie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 24. April 2008 erneut gegen die Gesprächspsychotherapie entschieden. Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie sei für die Behandlung der wichtigsten psychischen Erkrankungen – mit Ausnahme der Depression – nicht ausreichend wissenschaftlich belegt. Eine ausreichend breite Versorgungsrelevanz sei jedoch ein wesentliches Kriterium für die Aufnahme eines Psychotherapieverfahrens in den Leistungskatalog der gesetzlichen

Krankenversicherung, weil nur so sichergestellt sei, dass ein in einem Psychotherapieverfahren ausgebildeter Psychotherapeut Patienten in ausreichendem Umfang behandeln könne, so der G-BA. „Es ist mehr als bedauerlich, dass damit gerade ein Verfahren nicht anerkannt wurde, dessen Gründer, Carl R. Rogers, als ein Pionier der wissenschaftlichen Psychotherapieforschung gilt“, stellte Monika Konitzer, Präsidentin der Psychotherapeutenkammer NRW, fest. Der Vorstand der PTK NRW

### Kammerwahl 2009

Im Jahr 2009 findet wieder die Wahl zur Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW statt.

Als Tag der Wahl ist:

**Mittwoch, der 17. Juni 2009,**

vom Vorstand bestimmt worden. Die Wahlbriefe müssen an diesem Tag bis 18 Uhr eingegangen sein.

hatte sich seit Juli 2002 stets für die Anerkennung der Gesprächspsychotherapie als Richtlinienverfahren eingesetzt. Aus Gründen der Gleichbehandlung plant der G-BA auch die tiefenpsychologisch fundierte und die analytische Psychotherapie sowie die Verhaltenstherapie erneut zu prüfen. Die Zukunft der gesamten Psychotherapie hänge daher jetzt entscheidend davon ab, dass sie ihre Wirksamkeit und ihren Nutzen ausreichend wissenschaftlich belegen kann.

Die Psychotherapeutenkammer NRW vertrat gegenüber Politik und G-BA in den vergangenen Jahren die Position, dass das Sozialrecht grundsätzlich dem Berufsrecht folgen müsse. Denn seit dem Psychotherapeutengesetz 1999 stehen zwei Paradigmen im Konflikt: einerseits die Definition und Ausgestaltung der Psychotherapie durch die Profession selbst und andererseits die Überprüfung durch die Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung.

1999 war die Gesprächspsychotherapie zunächst auch vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) nicht als Verfahren für die vertiefte Ausbildung empfohlen worden, und daher war ihre berufsrechtliche Anerkennung nicht erfolgt. Drei Jahre später kam der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie zu dem Ergebnis, dass für die Gesprächspsychotherapie ausreichend Wirksamkeitsnachweise vorliegen. Daraufhin stellte die PTK NRW beim G-BA, der damals noch Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hieß, den Antrag, die Gesprächspsychotherapie sozialrechtlich anzuerkennen und als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung zuzulassen. In den folgenden Jahren änderten sich die gesetzlichen Vorgaben für den G-BA erheblich. Es kam zu einer intensiven Diskussion darüber, nach welchen Kriterien eine diagnostische oder therapeutische Leistung oder ein Arzneiwirkstoff als wirk-

sam gelten und deshalb mit den Krankenkassen abgerechnet werden kann.

Aus Gründen der Transparenz entwickelte der G-BA für alle Behandlungsmethoden und Arzneimittel, also auch für Psychotherapieverfahren, ein einheitliches Beurteilungsverfahren nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin. Entscheidendes Kriterium, um eine medizinische Methode zu beurteilen, wurde der Nachweis der Wirksamkeit der Behandlung von Erkrankungen durch wissenschaftliche Studien. Jedoch widersetzte sich die deutsche Psychotherapeutenkammer einer indikationsbezogenen Zulassung von Psychotherapieverfahren. Ein kassenzugelassener Psychotherapeut sollte immer in der Lage sein, Patienten mit psychischen Leiden umfassend psychotherapeutisch zu behandeln. Im Jahr 2006 definierte der G-BA erstmals, im Jahr 2007 nach Überarbeitung erneut das Kriterium der Versorgungsrelevanz für die Zulassung von Psychotherapieverfahren. Es fordert den Nachweis des Nutzens jedes Verfahrens für affektive Störungen, Angststörungen und mindestens eine weitere Gruppe psychischer Erkrankungen („Schwellenkriterium“) für die Zulassung eines Psychotherapieverfahrens.

Am 22. November 2006 verweigerte der G-BA der Gesprächstherapie erstmals die sozialrechtliche Anerkennung. Weil er der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) aber nicht alle erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt hatte, beanstandete das BMG im Februar 2007 diesen Beschluss. Eine Expertenkommission der BPTK kam daraufhin zu dem Schluss, „dass die Gesprächspsychotherapie bei einer Reihe von Anwendungsbereichen der Psychotherapie wirksam und nützlich ist.“ Dieser Beurteilung folgte der G-BA nicht, sondern urteilte, „dass die Wirksamkeit und der Nutzen der Gesprächspsychotherapie „nicht in der ausreichenden Breite wissenschaftlich belegt sei“. BPTK und G-BA wichen auch in

der Beurteilung der Frage, welche der in Studien geprüften Interventionen dem Verfahren Gesprächspsychotherapie zuzuordnen sind, voneinander ab. Das Sozialrecht folgt damit nicht dem Berufsrecht. Ob dies rechtens ist, werden jetzt noch die Gerichte überprüfen.

Die Psychotherapie steht inzwischen allerdings noch vor einer ganz anderen grundlegenden Frage: Psychotherapie hat sich historisch in verschiedenen therapeutischen Verfahren entwickelt. Seit den sechziger Jahren bestehen Fortschritte in der psychotherapeutischen Behandlung aber vor allem in neuen Methoden. Die Konzeption neuer Verfahren wird immer unwahrscheinlicher. Die neue Frage ist deshalb: Könnte ein Psychotherapeut in der Zukunft sich nicht auch darüber definieren, dass er ausreichend viele Methoden beherrscht, um psychische Krankheiten zu behandeln – unabhängig davon, wo er arbeitet: in einer Praxis, einer Beratungsstelle, einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung. Könnte ein solcher Wandel nicht ein einheitliches berufliches Selbstverständnis aller Psychotherapeuten befördern? Deshalb diskutiert die Psychotherapeutenkammer derzeit intensiv, welche Kompetenzen notwendig sind, um Menschen mit psychischen Krankheiten zu behandeln.

Am 24. Juni 2008 hat das BMG entschieden, den Beschluss des G-BA zur Gesprächspsychotherapie nicht zu beanstanden. Es hat dem G-BA jedoch auferlegt zu prüfen, ob die Gesprächspsychotherapie nicht indikationsbezogen zugelassen werden kann, sprich als Methode zur Behandlung von affektiven Störungen. Der G-BA hat diese Auflage akzeptiert. Er hat im Rahmen der Überprüfung vorab die geschäftspsychotherapeutischen Fachgesellschaften, die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundesärztekammer um Stellungnahmen gebeten.

## Schwerpunkt beim 4. Jahreskongress Wissenschaft – Praxis: Leitlinien in der Depressionsbehandlung

Depressionen zählen zu den häufigsten und meistunterschätzten Erkrankungen. Das Risiko, im Laufe des Lebens an einer

Depression zu erkranken, liegt national wie international bei 16 bis 20 Prozent. Laut Bundesgesundheitsurvey leidet in

Deutschland jeder 20. Erwachsene an einer depressiven Störung. Das bedeutet, dass derzeit in Deutschland rund drei Mil-

lionen Menschen depressiv erkrankt sind. Etwa ein Viertel davon erkrankt schwer. Bei circa einem Fünftel der Patienten, die an depressiven Episoden erkranken, treten auch hypomanische, manische oder gemischte Episoden auf. Das Risiko, im Laufe des Lebens an einer solchen bipolaren Störung zu erkranken, liegt bei einem Prozent.

Die Behandlungskosten für affektive Störungen in Deutschland betragen 2004 circa 4,3 Milliarden Euro. Jeder depressive Patient kostet jährlich fast 4.000 Euro. Diese direkten Kosten betragen nur ein Drittel der Gesamtkosten. Als indirekte Kosten kommen insbesondere die Kosten aufgrund von Arbeitsunfähigkeit und vorzeitiger Berentung hinzu. Mehr als jeder fünfte Erwerbstätige war 2006 mindestens einmal psychisch krank. Zu den häufigsten psychischen Erkrankungen, die arbeitsunfähig machen, zählen Depressionen.

Psychotherapie kommt insbesondere in der ambulanten Behandlung von depressiven Störungen zu kurz. Über die Hälfte der Patienten befindet sich ausschließlich in hausärztlicher Behandlung und erhält keine oder eine ausschließlich medikamentöse Behandlung. Etwa jeder fünfte Patient ist sowohl in hausärztlicher als auch fachärztlicher Versorgung und wird vorwiegend pharmakotherapeutisch behandelt. Nur jeder 25. Patient wird hausärztlich und psychotherapeutisch behandelt (Daten der KV Bayern). Bedarfsgerecht wäre eine besser abgestufte und vernetzte Versorgung von Haus-, Fachärzten und Psychotherapeuten sowie von ambulanter und stationärer Behandlung.

Leitlinien sollen dazu beitragen, die Versorgung zu optimieren. Der günstige Einfluss von Leitlinien auf Prozess- und Ergebnisqualität im Gesundheitswesen ist mehrfach in Studien belegt. In Deutschland kam es deshalb zur Entwicklung der S3-Leitlinie Unipolare Depression, an der rund 31 Fachgesellschaften bzw. Berufsverbände beteiligt waren, und – eng damit verknüpft – der Arbeit an einer Nationalen Versorgungsleitlinie Depression.

Grundlegendes Ziel der Leitlinien ist es, eine systematisch entwickelte Entscheidungshilfe zur Diagnostik und Therapie der

unipolaren depressiven Störung zu geben, hierzu die wissenschaftlich fundierten Behandlungsverfahren darzustellen und zu bewerten. Durch Empfehlungen für eine optimierte Diagnostik und Therapie sollen die Behandlungsqualität verbessert, die Anwendung wirksamer Verfahren gefördert sowie die kaum bzw. nicht wirksamen Verfahren verringert werden. Wesentliches Element dieser Leitlinien ist, dass ihre Empfehlungen sowohl evidenzbasiert als auch zwischen den klinischen Fachleuten abgestimmt sind.

Die Nationale Versorgungsleitlinie Depression, die derzeit beraten wird, bezieht sich auf die unipolare depressive Störung (depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie). Depressionen sind danach psychische Störungen, die durch einen Zustand deutlich gedrückter Stimmung, Interessenlosigkeit und Antriebsminderung über einen längeren Zeitraum gekennzeichnet sind. Damit verbunden treten häufig verschiedenste körperliche Beschwerden auf. Depressive Menschen sind durch ihre Erkrankung meist in ihrer gesamten Lebensführung beeinträchtigt. Es gelingt ihnen nicht oder nur schwer, alltägliche Aufgaben zu bewältigen, sie leiden unter starken Selbstzweifeln, Konzentrationsstörungen und Grübelneigung. Depressionen gehen wie kaum eine andere Erkrankung mit hohem Leidensdruck einher, da diese Erkrankung in zentraler Weise das Wohlbefinden und das Selbstwertgefühl von Patienten beeinträchtigt

Da depressive Patienten selten spontan über typische depressive Kernsymptome berichten, lautet eine vorgesehene Empfehlung der Nationalen Versorgungsleitlinie an alle Behandler, aktiv zu explorieren, ob eine depressive Störung vorliegt, insbesondere dann, wenn der Patient über unspezifische Beschwerden wie Schlafstörungen mit morgendlichem Früherwachen, Appetitminderungen, allgemeine Kraftlosigkeit, anhaltende Schmerzen oder körperliche Beschwerden berichtet.

Diskutiert wird, Psychotherapie weit stärker in der Versorgungspraxis zu verankern, als dies bisher realisiert ist. Als zentrale Empfehlungen der Leitlinie sind z. B. bisher vorgesehene:

- Zur Behandlung akuter leichter bis mittelschwerer depressiver Episoden soll eine Psychotherapie angeboten werden.
- Bei akuten schweren Depressionen soll eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und Psychotherapie angeboten werden.
- Wenn ein alleiniges Behandlungsverfahren in Betracht gezogen wird, soll bei ambulant behandelbaren Patienten mit akuten mittelschweren bis schweren depressiven Episoden eine alleinige Psychotherapie gleichwertig zu einer alleinigen medikamentösen Therapie angeboten werden.
- Bei schweren und rezidivierenden sowie chronischen Depressionen, Dysthymie und Double Depression sollte die Indikation zur Kombinationsbehandlung aus Pharmakotherapie und geeigneter Psychotherapie vorrangig vor einer alleinigen Psychotherapie oder Pharmakotherapie geprüft werden.
- Zur Stabilisierung des Therapieerfolgs sowie zur Senkung des Rückfallrisikos soll im Anschluss an eine psychotherapeutische Akutbehandlung eine angemessene Nachbehandlung (Erhaltungstherapie) angeboten werden.
- Bei therapieresistenter Depression sollte dem Patienten eine angemessene Psychotherapie angeboten werden.

Eine stationäre Einweisung soll erwogen werden bei:

- akuter Suizidalität bei fehlender Absprachefähigkeit,
- schwerer psychotischer Symptomatik,
- drohender Verwahrlosung,
- ambulanten Therapieresistenz.

Die Nationale Versorgungsleitlinie Depression soll Empfehlungen grundsätzlicher Art enthalten. Sie wird keine Empfehlungen für den Ablauf einzelner Behandlungsstunden geben. Die Empfehlungen werden den Psychotherapeuten nicht davon entbinden, bei seinen Entscheidungen in der Diagnostik und Therapie den individuellen Fall und die verfügbaren Ressourcen im Einzelfall zu berücksichtigen.

Konkrete Handlungsempfehlungen finden sich bisher z. B. beim Gesprächs- und Beziehungsangebot an suizidale Patienten und beim Krisenmanagement. Zur speziellen akuten Behandlung der Suizidalität sollten Antidepressiva nicht eingesetzt werden. Eine Nachuntersuchung von Patienten, die wegen Suizidalität stationär aufgenommen wurden, soll kurzfristig, maximal eine Woche nach Entlassung, geplant werden, da in der Zeit nach der Entlassung das Risiko für weitere suizidale Handlungen am höchsten ist. Patienten, die wegen Suizidalität stationär behandelt wurden und einen Termin zur Nachuntersuchung nach

Entlassung nicht wahrnehmen, sollten unmittelbar kontaktiert werden, um das Risiko für einen Suizid oder Selbstverletzungen abzuschätzen.

Leitlinien sind als Grundlage einer gemeinsamen Entscheidungsfindung zwischen Patient und Versorger zu betrachten und stellen damit einen wesentlichen Bestandteil eines modernen Informationsmanagements in der täglichen klinischen Arbeit dar. Die diskutierten Empfehlungen der Leitlinie richten sich an alle Berufsgruppen, die mit der Erkennung, Diagnostik und Behandlung von Patienten mit uni-

polarer Depression befasst sind: Haus- und Fachärzte, Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie, Akut- und Rehabilitationskliniken für psychosomatische Medizin sowie andere Rehabilitationseinrichtungen; an unipolaren depressiven Störungen erkrankte Erwachsene und deren Angehörige; Entscheidungsträger im Gesundheitswesen; die Öffentlichkeit zur Information über gute medizinische Vorgehensweisen. Sie sind darüber hinaus wichtige fachliche Grundlagen für strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) und Konzepte der integrierten Versorgung.

## Kurzmitteilungen:

### Weiterbildungsbefugnis für Klinische Neuropsychologie erteilt

Die Umsetzung der Weiterbildungsordnung Klinische Neuropsychologie erfolgt Schritt für Schritt: Im September erhielten die ersten Kolleginnen und Kollegen die Weiterbildungsbefugnis für Klinische Neuropsychologie. Damit ist eine weitere Voraussetzung geschaffen, dass in NRW Weiterbildung in Klinischer Neuropsychologie stattfinden kann.

### Psychotherapeuten in Telefonverzeichnissen

Der Vorstand der Kammer hat nochmals die ca. vierzig Telefonbuchverlage in NRW angeschrieben und auf die Rechtslage hinsichtlich der Eintragung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aufmerksam gemacht. Im Schreiben forderte die PTK insbesondere:

- Eine gesonderte Rubrik „Psychotherapeuten“ ist einzurichten.
- In der Rubrik „Psychotherapeuten“ dürfen keine Berufsfremden aufgeführt werden.
- Psychotherapeuten dürfen nicht in der Rubrik „Ärzte“ aufgelistet werden.

Mehrere Verlage äußerten ihre Bereitschaft bei der Umsetzung dieser Vorgaben mit der PTK zu kooperieren.

Wesentliche Voraussetzung dafür ist allerdings, dass Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ihre Berufsbezeichnung bei der Anmeldung ihres Anschlusses angeben, da sie sonst nicht ins Verzeichnis übernommen werden kann.

### Ausbildung von Psychotherapeuten – Diskussion wird fortgeführt

Seit dem Frühjahr arbeitet eine Kommission daran, die Kernkompetenzen zu beschreiben, die ein Psychotherapeut/eine Psychotherapeutin zum Zeitpunkt der Approbation durch die Ausbildung erworben haben soll. Das Thema „Zukunft der Psychotherapieausbildung“ war ein Schwerpunkt der Sitzung der Kammerversammlung am 06.12.2008. Einen Bericht dazu finden Sie unter [www.ptk-nrw.de](http://www.ptk-nrw.de).

### Geschäftsstelle

Willstätterstraße 10  
40549 Düsseldorf  
Telefon: 0211 / 52 28 47 – 0  
Telefax: 0211 / 52 28 47 – 15  
E-Mail: [info@ptk-nrw.de](mailto:info@ptk-nrw.de)  
[www.ptk-nrw.de](http://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

## Informationsveranstaltung in Mecklenburg-Vorpommern

### OPK-Berufsordnung – Großes Interesse an Bestimmungen zu Berufsausübungsgemeinschaften

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

auch die zweite Informationsveranstaltung auf Länderebene für die Kolleginnen und Kollegen in Mecklenburg-Vorpommern hat bei unseren Mitgliedern regen Zuspruch gefunden. Fast 90 Teilnehmer konnten wir am 9.7.2008 in der Ärztekammer in Rostock begrüßen. Lebhaft diskutiert wurde über die Berufsordnung sowie den aktuellen Stand der Quotenregelung für ärztliche/psychologische Psychotherapeuten. Es konnten auch wichtige Fragen unserer Mitglieder zur Fortbildungszertifizierung geklärt werden.



*Interessierte Zuhörer in Rostock*

Dass die neuen Regelungen zur Berufsordnung doch viele Mitglieder intensiv beschäftigen, zeigten zahlreiche Wortmeldungen nach dem durch Praxisbeispiele veranschaulichten Vortrag von Rechtsanwalt Jan H. L. Immen. Ein nicht unwichtiger Aspekt betraf beispielsweise die deutliche Abgrenzung der Psychologischen Psychotherapeuten von den Heilpraktikern.

Dazu erläutert Immen:

„Die Berufsordnung der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer lehnt sich in ihrem wesentlichen Inhalt an die von der Bundespsychotherapeutenkammer vor-

geschlagene Musterberufsordnung an. Ausschlaggebend hierfür war der Wunsch, dass es nicht zu einer Zersplitterung des Berufsrechtes der Psychotherapeuten in der Bundesrepublik Deutschland kommen sollte.

In mehreren Einzelpunkten, unter anderem bei den Regelungen zum Abstinenzgebot und den Aufklärungspflichten wurde die Berufsordnung gegenüber der Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer abgemildert, da deren Vorgaben als zu streng empfunden wurden. Bei der Frage, in welcher Rechtsform niedergelassene Psychotherapeuten ihren Beruf ausüben können und mit wem sie sich zur Ausübung ihres Berufs zusammenschließen dürfen, hat es gegenüber der Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer hingegen Verschärfungen gegeben.

Während die Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer auch kaufmännische Rechtsformen wie die Offene Handelsgesellschaft und die Kommanditgesellschaft als Rechtsform zulässt, sind diese Gesellschaftsformen im Bereich der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer unzulässig. Nach Auffassung der OPK sind sie mit dem Bild des Psychotherapeuten als Heilberufler nicht in Übereinstimmung zu bringen. Einer unnötigen Kommerzialisierung des Psychotherapeutenberufs würde dadurch Vorschub geleistet.

Ein weiterer, noch gravierender Unterschied betrifft die Frage, mit wem sich Psychotherapeuten zu einer Berufsausübungsgemeinschaft zusammenschließen dürfen. Nach der Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer dürfen

sich Psychotherapeuten mit allen Beratungsberufen zur gemeinsamen Berufsausübung verbinden. Die Berufsordnung der OPK schränkt den Kreis derjenigen, mit denen eine Berufsausübungsgemeinschaft gegründet werden darf, auf Angehörige von Heilberufen mit einer staatlich geregelten Ausbildung ein. Es ist demnach für OPK-Mitglieder weder zulässig, sich mit Angehörigen anderer Beratungsberufe, die nicht heilkundlich tätig sind, zusammenzuschließen, noch ist ein Zusammenschluss mit Heilpraktikern zulässig, da es sich bei Heilpraktikern nicht um einen staatlich geregelten Gesundheitsberuf handelt.

Das berufsrechtliche Verbot der Gründung einer Berufsausübungsgemeinschaft mit einem Heilpraktiker bleibt in seinen Auswirkungen auf reine Privatpraxen beschränkt, da die gemeinsame Berufsausübung zwischen einem niedergelassenen Psychotherapeuten und einem Heilpraktiker bei der gesetzlichen Krankenversicherung ohnehin verboten ist (§ 33 Absatz 2 Satz 1 Ärzte-ZV).

Aus Sicht der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer ist es konsequent, dieses in der GKV geltende Verbot auch auf reine Privatpraxen auszudehnen. Maßgeblich hierfür ist, dass für Heilpraktiker – anders als für alle anderen Heilberufe – die in § 203 StGB verankerte Verschwiegenheitspflicht nicht gilt. Auch andere berufsrechtliche Pflichten, wie sie für die anderen Heilberufler selbstverständlich sind, gelten für Heilpraktiker nicht. Ein Heilpraktiker darf Werbung betreiben und er hat keine Gebührenordnung, an die er sich halten muss. Und das für Psychotherapeuten geltende Abstinenzgebot gilt für Heilpraktiker nicht bzw. nur eingeschränkt. Sofern sich

Psychotherapeuten und Heilpraktiker zu einer Berufsausübungsgemeinschaft zusammenschließen, könnte der Heilpraktiker für Psychotherapeuten verbotene Werbemaßnahmen ergreifen, er könnte unter Umgehung des Abstinenzgebots Geschenke von Patienten annehmen und er könnte von

den Patienten Zuzahlungen verlangen, die Psychotherapeuten nach den einschlägigen gebührenrechtlichen Vorschriften verboten sind.“

Immen war auch beim anschließenden Imbiss noch für etliche Teilnehmer gefrag-

ter Gesprächspartner zum Thema Berufsordnung. Über die bei Redaktionsschluss (Ende September) noch ausstehenden Veranstaltungen in Brandenburg, Sachsen und Thüringen werden wir Sie im OPK-Aktuell oder im nächsten Heft des PTJ informieren. (RA Jan H.L. Immen/Wendt)

## Integrierte Versorgung ermöglicht intensivierte Verhaltenstherapie bei Angst- und Essstörungen

### Neue Behandlungskonzepte an der Institutsambulanz und Tagesklinik für Psychotherapie der TU Dresden

Zwischen der DAK (Vertragsbereich Sachsen), der Institutsambulanz und Tagesklinik für Psychotherapie an der TU Dresden (Direktor: Prof. Dr. H.-U. Wittchen) und dem Facharzt für Innere Medizin Dr. M. Nitschke-Bertaud ist im August 2008 ein Vertrag zur Integrierten Versorgung bei Angst- und Essstörungen abgeschlossen worden. Zahlreiche niedergelassene Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie unterstützen das Projekt als Kooperationspartner. Der Beitritt weiterer Kolleginnen und Kollegen ist jederzeit möglich und erwünscht. Ferner können nach einer Ausschlussfrist weitere Krankenkassen dem Vertrag beitreten.

Zu den Zielen des Vertrages gehören:

- eine vertiefte Eingangs- und Zuweisungsdiagnostik im Expertenteam einschließlich etablierter standardisierter Verfahren;
- eine patientenzentrierte, zeitlich und behandlingstechnisch optimierte Behandlungsplanung;

- die Verringerung von Wartezeiten bei der Behandlungsanbahnung bzw. an den Übergängen zwischen ambulanter und stationärer Behandlung;
- die Verkürzung oder Vermeidung stationärer Behandlungszeiten;
- die Verbesserung des Transfers der Veränderungen in den Alltag und damit eine verbesserte Stabilisierung des Erreichten;
- die verbesserte Koordination und konsiliarische Kooperation bei bestehenden komorbiden körperlichen Erkrankungen einschließlich einer wechselseitigen Berichtspflicht über relevante behandlungsbezogene Ereignisse.

Angst- wie auch Essstörungen sind die im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie vorgegebenen Abläufe mit langen Wartezeiten und Beantragungszeiträumen und den üblichen ein bis zwei Therapiestunden pro Woche für das Erreichen eines a) zeitnahen und b) möglichst weitreichenden Behandlungserfolges oft ungünstig. Die in der Dresdner Institutsambulanz in den letzten Jahren erprobten intensivierten verhaltenstherapeutischen Behandlungsprogramme für Angst- und Essstörungen haben deshalb Eingang in die nun etablierte Integrierte Versorgung gefunden.

Für den Angstbereich (Prof. Dr. Jürgen Hoyer) wird es damit möglich, zeitintensive Konfrontationsbehandlungen flexibel zu planen und frei von den in der Richtlinien-therapie verankerten Zeitbeschränkungen durchzuführen.

Für den Bereich der Essstörungen (Prof. Dr. Corinna Jacobi) können die spezifisch auf Essstörungen zugeschnittenen tagesklinischen Behandlungsbedingungen mit ihren zahlreichen integrativverhaltenstherapeutischen Therapiebausteinen nun verbessert realisiert und regelhaft in die Versorgung einbezogen werden.

Zu den Vertragsinhalten gehören auch umfangreiche Verpflichtungen im Rahmen der Qualitätssicherung, wie zum Beispiel Qualitätsberichte und Qualitätszirkel mit den beteiligten Vertrags- und Kooperationspartnern.

Der erhöhte zeitliche Aufwand sowohl für die Behandlungen als auch für die Qualitätssicherung wird bei der vereinbarten Vergütung berücksichtigt.

Es ist vorgesehen, an dieser Stelle über die Entwicklung dieses Projekts regelmäßig zu berichten. (Prof. Dr. Jürgen Hoyer)

## Was erwarten und wünschen sich Selbsthilfe-Verbände von der OPK?

Selbsthilfegruppen und -verbände können eine wichtige Vermittlerrolle zwischen den Erkrankten und professionellen Behandlern wahrnehmen, den Zugang zur Therapie ebnen und den therapeutischen Prozess stärken. Sie können auch helfen, Konflikte

zu vermeiden oder in geordnete Bahnen zu lenken und auf Probleme aufmerksam zu machen. Es ist deshalb im Interesse der OPK und ihrer Mitglieder, Kontakte zu knüpfen und diese zu entwickeln. Damit hat die Kammer begonnen.

Das folgende Interview mit Margit Rauch von der Selbsthilfe-Initiative Psychiatriebetroffener Durchblick e.V. in Leipzig und Monika Schöpe, Vorstandsvorsitzende des Landesverbandes der Angehörigen Psychisch Kranker in Sachsen e.V., die auch

Vorsitzende des Leipziger Vereins WEGE e.V. ist, soll Vertreter von Betroffenen und Angehörigen zu Wort kommen lassen. Von Seiten der OPK führte Brigitte Düring, Mitarbeiterin Öffentlichkeitsarbeit, das Interview.

### **Was hindert Ihrer Meinung nach Menschen mit psychischen Problemen, eine Behandlung in Anspruch zu nehmen?**

*Rauch:* Die Frage müsste eher lauten: Was weiß man im jungen Alter darüber, dass man möglicherweise an einer Krankheit leidet und diese behandelt werden kann? Ist der Gedanke an eine Psychotherapie vorhanden, sind den meisten Menschen mit psychischen Problemen Anlaufpunkte nicht bekannt.

Bis reagiert werden kann, ist die Krise meist schon zugespitzt, so dass eine stationäre Aufnahme erfolgt. Im Vorfeld sind bei den relativ jungen Menschen mit psychischen Problemen zunächst ganz andere Themen relevant: Die Orientierung auf die Ausbildung, Partnerwahl, anderer Umgang mit den Eltern, Auszug usw.

Man grübelt, ob man den richtigen Weg eingeschlagen hat, den Erwartungen der Eltern entspricht. Es ist schon ein großer Schritt, sich nicht abzukapseln und im Freundeskreis über die Unsicherheit zu reden.



*Der Regenwurm gilt den Angehörigen der Psychisch Kranken als Symbol für Menschen in seelischen Krisen, er „ist uns ein Mutmacher“, sagt die Vorsitzende von Wege e.V.*

*Schöpe:* Menschen mit psychischen Problemen haben immer Vorbehalte, leiden unter Scham, Vorurteilen, Angst und können sich nicht „öffnen“. Sie haben Schwierigkeiten, den richtigen Therapeuten zu finden und es fehlt ihnen an Vertrauen in die Psychiatrie. Notwendig ist mehr Transparenz in der psychiatrischen Versorgung.

Hinzu kommt: Seelische Erkrankung ist immer noch mit einem Stigma verbunden (einen Psychologen brauchen nur Verrückte! Ich kann mich doch nicht von „innen“ beleuchten lassen). Es ist sehr schwer zuzugeben, hilflos und „anders“ zu sein.

### **Was könnte getan werden, um den Zugang zur Diagnostik und Behandlung zu erleichtern?**

*Rauch:* Sehr wichtig sind Informationen über psychische Störungen und Erkrankungen, Öffentlichkeitsarbeit, Informationen über Therapien und Behandlungsergebnisse. Allerdings kommen in unsere Einrichtung auch viele Psychiatriebetroffene, die rückblickend bedauern, wie ihre Erkrankung verlaufen ist. Die sich Verständnis ihrer Mitmenschen und ein anderes Verhalten in ihrer Umgebung gewünscht hätten. Das erfordert auch Trauerarbeit, damit sich die Betroffenen wieder als sich weiter entwickelnde Persönlichkeit annehmen können. Gerade bei Menschen, die jung erkranken, ist es wichtig, ihr Selbstvertrauen zu stärken, zu zeigen, dass man zwar mitunter viele Jahre an sich arbeiten muss, aber nicht chancenlos ist, eine Störung zu bewältigen. Es ist hilfreich, wenn sie andere mit ähnlichen Problemen kennen lernen, ein Austausch möglich ist und sie Vertrauen aufbauen können.

*Schöpe:* Bessere Aufklärungsarbeit für Patienten und Angehörige in den Medien. Diese sollten über seelische Erkrankung nicht immer nur in Verbindung mit furchtbaren Verbrechen berichten. Wichtig sind positive Botschaften sowohl über Therapiemöglichkeiten und Therapiestrategien als auch über Einzelschicksale. In einer positiven Berichterstattung sollten gerade auch besondere Fähigkeiten der Menschen mit psychischen Störungen hervorgehoben werden, ihre besondere Kreativität, Musikalität, Sensibilität. Psychisch kranke Menschen sind dadurch sehr wertvolle Menschen.

### **Wünscht sich Ihr Verband mehr Hintergrundinformationen, Aufklärungs- oder Informationsmaterial zu bestimmten Störungen, Krankheitsbildern, Behandlungsverfahren, Behandlungsergebnissen? Wenn ja, zu welchen vor allem?**

*Rauch:* Ja, daran besteht Bedarf! Besonderes Interesse besteht an Informationen über spezielle Psychotherapieverfahren zur Behandlung von Personen mit Psychosen, vor allem wenn sie nicht in der akuten Phase sind. Weiterhin wünschen wir uns mehr Informationen über Bewilligungsverfahren der Krankenkassen, insbesondere zur Frage, wie eine lange Beziehungsdauer ermöglicht werden kann.

*Schöpe:* Ja, unbedingt! Und zwar zu *allen* psychischen Krankheitsbildern, Behandlungsverfahren, sowie auch über Evidenz- und Effizienz-Ergebnisse und über die Wirksamkeit von Behandlungsmethoden.

### **Arbeitet Ihr Verband mit Psychotherapeuten zusammen? Worin besteht die Zusammenarbeit?**

*Rauch:* Wir arbeiten bisher selten mit Psychotherapeuten zusammen, sind aber teilweise bei der Vermittlung in eine psychologische Begleitung behilflich. Leider sind die Psychotherapeuten meist überlastet, verweisen auf lange Wartelisten und verhalten sich bei Menschen mit einer Psychose eher abweisend. Uns sind nur wenige Psychotherapeuten bekannt, die sich dieses Klientels annehmen und sich dafür eignen.

*Schöpe:* Unser Angehörigenverein WEGE e.V. ist von einer Psychotherapeutin und sechs weinenden Müttern gegründet worden. Inzwischen haben wir 150 Mitglieder, von denen auch einige niedergelassene oder in Kliniken tätige Psychotherapeuten sind. Für uns Angehörige ist das eine große Hilfe, können wir doch so ab und an einen Fachvortrag hören, ohne ein großes Honorar zahlen zu müssen. Außerdem bekommen wir in Notfällen schnellere Hilfe.

### **Hätten Sie gerne mehr Kooperationspartner? Wenn ja, zu welchen Fragen oder Themen?**

*Rauch:* Über mehr Kooperationspartner würden wir uns freuen, haben aber noch nicht beraten, wie wir es anstellen können. Wir kennen zu wenige Psychotherapeuten.

*Schöpe:* Wir würden uns sehr freuen, wenn wir mit mehreren Psychotherapeu-

ten kooperieren und zusammenarbeiten könnten. Die Therapien sind sowohl für die Angehörigen als auch für die Betroffenen überaus wichtig. An Themen interessieren uns: Krankheitsbewältigung, Lernen, unveränderliche Situationen auszuhalten. Um das eigene negative Familienschicksal in positive Hilfsangebote für neubetroffene Angehörige zu wandeln, würden wir gern unsere Erfahrungen weitergeben.

**Beklagen sich Personen in Behandlung gegenüber Ihrem Verband über ihre Therapie oder über Probleme mit Kostenträgern (Krankenkassen, Rentenversicherung)? Womit sind diese Patienten oder ihre Angehörigen unzufrieden, wogegen richtet sich die Kritik?**

*Rauch:* Bei uns klagen Betroffene über zu lange Wartezeiten auf eine Therapie, Abweisung als Patient, ohne dass eine Alternative aufgezeigt wird. Bekommen Kranke eine psychologische Begleitung, setzt die Krankenkasse meist eine zu geringe Stundenzahl fest. Es ist mühsam, nachzuweisen, dass die Sachlage anders ist, dass weiterhin Therapie nötig ist, auch um Krankenhausaufenthalte zu vermeiden.

*Schöpe:* Zu lange Wartezeiten bis zum Therapiebeginn. Wird dann eine zweijährige Therapiepause „verordnet“, fühlen sich viele Klienten nicht genügend „aufgefangen“. Beklagt wird auch zu wenig Zeit, 45 Minuten-Sitzungen sind oft zu kurz. Patienten oder Angehörige kritisieren teilweise auch mangelndes Interesse des Therapeuten am Problem des Ratsuchenden.

**Hören Sie auch positive Reaktionen/Rückmeldungen von Betroffenen? Wenn ja, was beurteilen Patienten überwiegend positiv?**

*Rauch:* Positiv berichten Betroffene mitunter, dass sie sich mit der Medikation oder der Psychotherapie wohler fühlen, es also gelang, ihre Situation zu verbessern. Dazu wäre es aber nötig, Termine enger zu setzen, flexibel zu sein – oft nicht möglich.

*Schöpe:* Positiv bewerten Angehörige verständliche Psychoedukation, Offenheit, Freundlichkeit und Psychotherapeuten, die ihnen gegenüber Verständnis und Mitgefühl zeigen, die achtsam Zuhören, ohne auf die Uhr zu schauen oder ein Gähnen zu verbergen. Patienten und Angehörige sind froh, wenn sie auch einmal einen guten Rat bekommen (nicht nur spiegeln der Situation) und wenn ihnen trotz der schweren Krankheit das Gefühl gegeben wird, wertvoll zu sein. Sie sind glücklich über kurze Wartezeit und sehr froh, wenn die „Chemie“ zwischen ihnen und den Therapeuten stimmt.

**Die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer (OPK) hat sich im April letzten Jahres gegründet. Zu welchen ihrer Aufgaben möchten Sie gerne einen Meinungs- und Informationsaustausch mit der Kammer? Welche Themen möchten Sie gern mit Vertretern der Kammer beraten?**

*Rauch:* Wir würden gern über die Ausbildung der Therapeuten und über spezielle Therapierichtungen und Behandlungskonzepte, besonders bei Borderline und Psychosen, sprechen. Weiterhin wären

Beratung und Empfehlungen der Kammer wichtig über Zugänge zur Psychotherapie und wie eine flexiblere Gestaltung gegenüber den Auflagen der Krankenkassen erreicht werden kann. Wichtig ist uns auch ein Meinungs austausch über Akzeptanz, den anderen so annehmen wie er ist, und über Themen wie Offenheit, Orientierung, Sinn und Selbstwert oder auch über Grenzen der Helfer.

*Schöpe:* Bei uns Angehörigen besteht Interesse an Inhalten der Fort- und Weiterbildung und an neuen Erkenntnissen. Was kann zur Verringerung von Konflikten getan werden? Gemeinsame Suche nach Möglichkeiten zu besserem Verständnis und mehr Patientenfreundlichkeit.

**Frau Schöpe, Frau Rauch, wir danken Ihnen für das Gespräch.**

Kontakte:  
www.durchblick-ev.de  
Tel. 03 41 – 1 40 61 40  
www.WEGE-eV.de  
Tel. 03 41 – 9 12 83 17  
Landesverband der Angehörigen in Sachsen: www.LVAPK-sachsen.de

**Geschäftsstelle**

Karl-Rothe-Str. 4  
04105 Leipzig  
Tel. 0341-462432-0  
Fax. 0341-462432-19  
www.opk-info.de  
info@opk-info.de

# Mitteilungen der LandesPsychotherapeuten-Kammer Rheinland-Pfalz

## Jahrestagung „Psychotherapeuten in Institutionen – effizient und unverzichtbar“

Unter dem Motto „Psychotherapeuten in Institutionen – effizient und unverzichtbar“ stand diesmal die Jahrestagung der Psychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz. Dass es sich hierbei nicht um eine Frage, sondern Feststellung mit Ausrufezeichen handelt, betonte Kammerpräsident **Alfred Kappauf** in seiner Begrüßungsansprache. Dies darzustellen und Entscheidungsträgern in Politik und Gesundheitswirtschaft nahe zu bringen, sei eine Absicht der Veranstaltung.

Erstmals in der Geschichte der Herbsttagungen standen damit ausdrücklich die Berufsfelder der Gruppe der angestellten und beamtet tätigen PP und KJP im Focus der Betrachtung, die immerhin knapp die Hälfte die Kammermitglieder ausmacht.

Die anschließenden ersten beiden Referate widmeten sich dem Thema der Effizienz. Effizienzstudien überprüfen die Hypothese, dass die angewendeten Behandlungsmaßnahmen einen ökonomischen Vorteil bewirken gegenüber der Unterlassung solcher Maßnahmen. Dabei werden die durchschnittlichen Kosten einer Behandlung den Folgekosten gegenübergestellt, die bei Unterlassung entsprechender Maßnahmen entstehen würden, z. B. Kosten einer Frühberentung in Folge der Chronifizierung einer psychischen Störung.

Sowohl **Thomas Merz** (PP in einer Beratungsstelle und Vorstandsmitglied der Psychotherapeutenkammer Hessen), der eine Gesundheitsökonomischen Studie aus der Erziehungsberatung vorstellte, als auch Herr **Andrés Steffanowski** (Universität Mannheim), der über Kosten und Nutzen von Psychotherapie in der Rehabilitation berichtete, konnten anschaulich darstellen, dass sich Psychotherapie in diesen Kontexten nicht nur als wirksam erweist, sondern eben auch „rechnet“, vereinfacht ausgedrückt, mehr einbringt als kostet. Hr. Merz

legte allerdings Wert auf den Hinweis, dass es sich wegen der geringen Fallzahl noch nicht um eine repräsentative Ergebnislage handelt, sondern um Ergebnisse einer Machbarkeitsstudie. Auch Hr. Steffanowski gab zu beachten, dass die günstigen Behandlungseffekte in der Rehabilitation nicht unikausal der Wirksamkeit von Psychotherapie zugeordnet werden können, da in der Reha ein multimodales Behandlungssetting wirksam ist.

Gleichwohl: aus der Forschung ergeben sich klare Hinweise darauf, dass Psychotherapie in Institutionen wirkt und sich „lohnt“.

Da schloss sich fast organisch die Frage an, inwieweit es sich auch noch (!) lohnt für die Leistungserbringer, die Psychotherapeuten.

Das Dilemma einer angemessenen materiellen Würdigung psychotherapeutischer Tätigkeit wurde von **Oliver Dilcher** (ver.di Bundesverwaltung Berlin) pointiert herausgearbeitet. Unmissverständlich und gelegentlich schmerzlich konfrontierend stellte er klar, dass die Zeiten einer behaglich geordneten Tariflandschaft mit berechenbarer Eingruppierung und Entwicklungsperspektive, wie sie aus BAT-Zeiten vertraut und geschätzt waren, wohl endgültig vorbei seien. Schon heute gebe es eine große Spanne in den realisierbaren Vergütungen. Der Trend gehe nach unten, zunehmend seien KollegInnen bereit, sich deutlich unter früher üblichen Tarifen auf dem Arbeitsmarkt anzubieten. Auch sei es noch längst nicht ausgemacht, dass die Neuordnung der Eingruppierung im TVöD tatsächlich mit einer materiellen Aufbesserung verbunden sein wird. Zwar fordere die Gewerkschaft eine facharztgleiche Eingruppierung, die Arbeitgeber seien jedoch alles andere als geneigt, darauf einzugehen. Es werde gerade auch in unserer Berufsgruppe häufig vergessen,

dass Tarifergebnisse selten einer übergeordneten Gerechtigkeitslogik folgten. Dass aber ein hoher Grad gewerkschaftlicher Organisiertheit verbunden mit der Bereitschaft, für die eigenen Interessen wortwörtlich auf die Strasse zu gehen, immer noch das probateste Mittel für erfolgreiche Verhandlungen ist, konnte er eindrucksvoll an Beispielen demonstrieren. So ist es gut organisierten Kollegen in einem bestimmten Konzern beispielsweise gelungen, die facharztgleiche Behandlung zu tarifieren und damit eine durchaus erfreuliche Vergütung zu sichern und über Jahre fortzuschreiben. Die Botschaft war klar: es nutzt nichts ein guter Mensch zu sein und Gutes zu tun und zu hoffen, dass die gerechte Vergütung vom götlichen Himmel fällt.

Das betrifft auch das leidige Thema der Vergütung der Ausbildungskandidaten in der praktischen Tätigkeit. Auch wenn in einigen Kliniken zumindest einigermaßen akzeptable Verhältnisse geschaffen wurden, ändert es nichts daran, dass hier weiterhin ein völlig ungeregelter Bereich vorliegt, der dringend der Neuordnung bedarf, darin waren sich alle einig. Ob sich dabei die Position durchsetzen wird, dass die Wertschöpfung, die durch PiAs geleistet wird, tatsächlich auch angemessen zu vergüten ist, ist noch unklar, trotz ihrer überzeugenden Plausibilität.

Die Situation der Ausbildungskandidaten stand auch – last but not least – im Focus der Betrachtungen von **Prof. Rainer Richter**, dem Präsidenten der BPTK, der aus Sicht der Bundeskammer Zukunftsperspektiven nicht nur des Nachwuchses, sondern auch der angestellten Psychotherapeuten insgesamt skizzierte. Aufgrund aktueller Gesetzesentwürfe sei mit pauschalierenden Vergütungssystemen auch im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik zu rechnen; es gelte, die Bedeutung der Psychotherapie dabei und im Hinblick auf eine

mögliche Neufassung der Psychiatrie-Personal-Verordnung hervorzuheben und ihr im Professionenmix einen angemessenen Platz zu sichern. Zu begrüßen sei die beabsichtigte Aufweichung der Sektorengrenzen und die Schaffung fließender Übergänge nicht nur für die Patienten, sondern letztlich auch für die Behandler. Im Zuge der Übertragung der sektorenübergreifenden Kontrollfunktionen auf den GB-A sei allerdings nicht auszuschließen, dass die derzeit noch bestehende und wünschenswerte Vielfalt der im stationären Kontext angewandten Therapieverfahren und Methoden ein Ende finden könnte.

Die anschließende Podiumsdiskussion unter Beteiligung der Referenten sowie Hr.

**Scheidt**, Geschäftsbereichsleiter des AHG-Konzerns und Herr **Werner Franken**, Justiziar der LPK, entwickelte sich dann – unter der flotten Moderation von **Fr. Prof. Luka-Krausgrill** – erfreulich schnell zu einem Austausch mit den Teilnehmern der Veranstaltung, die die Gelegenheit zur kritischen Nachfrage und Klärung nutzten.

Zusammengenommen ein in der Vielfalt der Themen und Darbietungsformen abwechslungsreiches und kurzweiliges Programm.

Im Anschluss an die Fachtagung hatte die Kammer zu ihrem alljährlichen Herbstfest eingeladen. Bei leckeren Häppchen und Wein entspann sich schnell eine

angeregte Unterhaltung unter den Gästen. Mit dem Herbstfest wurde allen die Gelegenheit geschaffen, sich in lockerer Atmosphäre mit dem Vorstand und den anwesenden Mitgliedern der Vertreterversammlung auszutauschen und auch den direkten Kontakt mit Vertretern der Politik zu suchen. Bei den beschwingten Klängen des „OhrwurmQuartetts“ wagten sich einige sogar auf die Tanzfläche. Insgesamt stimmten alle Besucher überein, dass eine informative Fortbildungsveranstaltung mit einem gelungenen Fest gekrönt wurde.

*(Die Referate sind übrigens im Wortlaut auf der Internetseite der LPK-RLP hinterlegt.)*

## Wofür eigentlich Gebühren?

Immer wieder stellen sich Kammermitglieder die Frage, wieso sie für bestimmte Leistungen Gebühren bezahlen müssen; schließlich haben sie ja bereits einen Kammerbeitrag entrichtet.

Um dies zu verstehen, muss man sich vor Augen halten, dass rechtlich zwischen Kammerbeitrag und Gebühren unterschieden wird – und diese aus unterschiedlichen Gründen erhoben werden.

Gemäß § 15 Abs. 1 des Heilberufsgesetzes Rheinland-Pfalz haben die Heilberufekammern des Landes Rheinland-Pfalz die Einnahmen, die zur Durchführung ihrer Aufgaben erforderlich sind, grundsätzlich durch **Beiträge** der Kammermitglieder zu finanzieren.

Zu den Aufgaben der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz (LPK) zählen nach ihrer Hauptsatzung Rechtsetzungstätigkeiten, Überwachungs-, Beratungs-, Unterstützungs-, Kooperations-, Informations- und Wahrnehmungspflichten. Hierdurch soll sie die beruflichen, wirtschaftlichen und sozialen Belange der Gesamtheit ihrer Mitglieder wahrnehmen. Diese Aufgaben kommen allen Mitgliedern zugute.

Kammerbeiträge werden begrifflich als Gegenleistung für Vorteile gesehen, die das

Mitglied aus der Kammerzugehörigkeit oder einer besonderen Tätigkeit der Kammer zieht/ziehen kann (vgl. Urteil des OVG RLP vom 09.08.2005, AZ. 6 A 10095/05. OVG). Ein offensichtlicher Zusammenhang zwischen dem geleisteten Beitrag und dem objektiven Nutzen der Tätigkeit der Kammer ist nach der Rechtsprechung aber nicht nötig.

Ganz konkret sind die Tätigkeiten, die durch die Mitgliedsbeiträge abgegolten werden z. B. die politische Arbeit der Kammer und Beratung bei berufsrechtlichen Anfragen. Auch berät die Kammer bei Konflikten zwischen Therapeuten und Patienten sowie im Rahmen der Fort- und Weiterbildung. Die Überprüfung der eingereichten Fortbildungsunterlagen gehört beispielsweise ebenso zu den Tätigkeiten, die durch die Beitragszahlungen abgedeckt sind.

Im Gegensatz zum Beitrag werden Gebühren dann erhoben, wenn die Leistungen der Kammer individuell zurechenbare Vorteile für einzelne Kammermitglieder vermitteln. Solche Vorteile für ein einzelnes Mitglied dürfen nicht über die Kammerbeiträge aller Mitglieder finanziert werden.

Die Pflicht zur Gebührenerhebung folgt im Falle der LPK aus der Präambel und § 4 der Gebührenordnung vom 20.12.2006 in der Fassung der Änderung vom 13.05.2008,

die aufgrund des Heilberufsgesetzes Rheinland-Pfalz erlassen worden ist. Außerdem lässt sie sich aus dem Gleichheitsgrundsatz herleiten, nach dem im Ergebnis einzelne Mitglieder aufgrund ihrer Beitragsleistung nicht weitergehende Leistungen erhalten dürfen als andere Mitglieder.

Aus diesem Grund müssen z. B. für die Ausstellung von Urkunden, für die Überlassung von technischen Geräten, die Anerkennung von Weiterbildungsstätten oder für den Erlass einer ablehnenden Entscheidung im Rahmen eines Widerspruchsverfahrens usw. Gebühren gezahlt werden. Genaueres entnehmen Sie bitte der Gebührenordnung.

### **An diesen Seiten arbeiteten mit:**

Friderike Oberkircher-Sperling, Jürgen Kammler-Kaerlein, Sascha Gönnert

### Geschäftsstelle

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30  
55130 Mainz  
Tel 06131/5 70 38 13  
Fax 06131/5 70 06 63  
service@lpk-rlp.de  
www.lpk-rlp.de  
Telefonische Sprechzeiten:  
Mo. – Fr. 10.00 – 12.30 Uhr und  
Di. – Do. 14.00 – 16.00 Uhr



# Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes – PKS

## 1. Saarländischer Psychotherapeutentag ein voller Erfolg

Insgesamt 200 Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Ärztliche Psychotherapeuten kamen in den Musiksaal der Uni zum ersten saarländischen Psychotherapeutentag. Der 1. SPT war eine gemeinsame Veranstaltung aller psychologischen und ärztlichen PsychotherapeutInnen. Ziel war, die kollegiale Zusammenarbeit innerhalb der verschiedenen psychotherapeutischen Berufsgruppen zu fördern und zu vertiefen. Der Schirmherr des SPT Minister Prof. Dr. Gerhard Vigener war bereits früh zur Veranstaltung gekommen, so dass sich für die Kammer die Gelegenheit bot, bereits vor Beginn des offiziellen Programms ausführlich ins Gespräch zu kommen.



Prof. Vigener mit Präsidentin I. Rohr

Hier einige Auszüge aus seinem Grußwort:

„Die Emanzipation der Psychologischen Psychotherapeuten gegenüber ihren ärztlichen Kolleginnen und Kollegen ist vollzogen. Ich weiß, dass die mit solchen Emanzipationsprozessen einhergehenden Konflikte in der Praxis ihre Bedeutung verloren haben und mittlerweile ein entspannter Umgang beider Berufsgruppen miteinander festzustellen ist. Oder anders formuliert, mittlerweile gibt es eine sehr gute Zusammenarbeit zwischen Ärztlichen

Psychotherapeuten und Psychologischen Psychotherapeuten respektive Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.“



V. l. n. r.: Prof. Linden, I. Jochum, Prof. Vigener, I. Tauchert, B. Morsch

„Aus gesundheitspolitischer Sicht ist mit dem Psychotherapeutengesetz ein wichtiger Schritt in der Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch Kranken gegangen worden. Mit der Anerkennung des psychotherapeutischen Heilberufes ist gleichzeitig die Anerkennung der Gleichwertigkeit seelischen Leidens gegenüber somatischen Leiden ausgesprochen worden. ... Psychotherapeutisch behandlungsbedürftige Kranke sind keine Bittsteller mehr, sondern haben mit dem Gesetz ein Recht auf psychotherapeutische Behandlung bei dem Psychotherapeuten ihrer Wahl erworben.“

„Eine stärkere Integration der Psychotherapie in die akutmedizinische Behandlung

ist im Hinblick auf psychosomatische Patientinnen und Patienten, die in Allgemeinkrankenhäusern behandelt werden, unerlässlich. Wir wissen, dass bei körperlichen Beschwerden psychische und soziale Komponenten oftmals vernachlässigt werden und dies häufig zu komplizierten Krankheitsverläufen führt, die für Patientinnen und Patienten viel Leid bedeuten und enorme Kosten verursachen.“

„Psychotherapie wird gesellschafts- und gesundheitspolitisch ein spannendes Thema bleiben. Der positive Wert von Psychotherapie für unsere Gesellschaft kann vernünftigerweise nicht bezweifelt werden. Skeptisch veranlagte Zeitgenossen streiten es zwar ab, aber an einer größeren Zahl kontrollierter Erfolgsstudien hat sich immer wieder gezeigt: Psychotherapie wirkt, sie erzielt Erfolge, vielen Patientinnen und Patienten geht es hinterher besser.“

Prof. Dr. Radebold sprach in seinem Vortrag zu **Zielsetzungen, Möglichkeiten und Grenzen der Psychotherapie Älterer**. Dabei zeigte er den Anwesenden sehr eindrucksvoll auf, welche spezifischen Erfahrungen und Kenntnisse in der Psychotherapie älterer Menschen hinsichtlich der Diagnostik und Behandlung erforderlich sind.



2. v. l.: Dr. Heinz, Prof. Krause, Prof. Gerlach, Prof. Radebold, I. Rohr, Prof. Lutz

Im zweiten Vortrag stellte Prof. Dr. Linden sein interessantes Konzept der **Posttraumatischen Verbitterungsstörung** vor. In Abgrenzung zur „Posttraumatischen Belastungsstörung“ (ICD-10 F 43.1) beschrieb er die posttraumatische Verbitterungsstörung als ein Konzept, welches weniger über ein spezielles Auslöserereignis (Autounfall, Kriegserleben, Vergewaltigung) sondern über eine spezifische Psychologie (initiale unbedingte Panikreaktion) und Psychopathologie (Intrusionen mit Angsterleben u. a.) charakterisiert sei. Prof. Linden führte aus, dass die „Posttraumatische Verbitterungsstörung (Posttraumatic Embitterment Disorder = PTED)“ den reaktiven Störungen im Sinne einer spezifischen Anpassungsstörung (ICD-10 F 43.8) zuzuordnen sei. Sie könne nach einschneidenden, wenn auch nicht außergewöhnlichen Lebensereignissen auftreten, die psychologisch eine Kränkung und Verletzung zentraler Grundannahmen darstellen und die zu einem prolongierten Verbitterungsaffekt führten. Verbunden damit seien anhaltende Enttäuschungs- und Herabwürdigungserleben, Aggression gegen sich selbst und die Umwelt, Intrusionen, Hyperarousal, Herabgestimmtheit und Vermeidung von Auslösern, die an das kritische Ereignis erinnern (eine Zusammenfassung des Vortrags finden Sie auf unserer Website [www.ptk-saar.de](http://www.ptk-saar.de)).



Im letzten Vortrag des Tages zeigte Prof. Dr. Lutz die **Möglichkeiten und Grenzen moderner, patienten-orientierter Psychotherapieverlaufsforschung** auf. In dem Vortrag wurden die Probleme der Psychotherapieforschung deutlich, die sich hinsichtlich der Durchführung naturalistischer Studien weiter schwer tun.

Insgesamt war die Kammer und die Mitveranstalter und Unterstützer vertreten durch das Facharztforum Saar, die AHG-Klinik Berus, die Psychosomatische Fachklinik

Münchwies, die Caritasklinik St. Theresia Saarbrücken, die SHG Gruppe, die Mediclin Blieskastel, die PVS/Mosel-Saar und das Universitätsklinikum des Saarlandes mit dem Verlauf des 1. SPT sehr zufrieden. Die Psychotherapeutenkammer hat mit der Ausrichtung des 1. Saarländischen Psychotherapeutentages eine Tradition eröffnet, der nun eine Reihe weiterer Veranstaltungen werden folgen können. Die PKS ist zuversichtlich, dass es in Zukunft gelingen kann, als Mitveranstalter auch die Landesvertretung der ärztlichen Psychotherapeuten gewinnen zu können.

## Therapeutische Beziehung – virtuell?

### Angebote und Erfahrungen mit Online-Therapie

*Irmgard Jochum*

Ganz anders als bei den freiberuflich tätigen Psychotherapeuten sind professionelle Beratungen per e-mail bei Beratungsstellen seit einigen Jahren fester Bestandteil des Angebotes. Sie sind je nach Anbieter zielgruppen- oder themenbezogen.

Unter [www.bke.de](http://www.bke.de) findet man ein kostenloses Online-Beratungsangebot für Jugendliche und für Eltern. Auch die 20 Beratungsstellen der Lebensberatung des Bistums Trier werben unter [www.lebensberatung.info](http://www.lebensberatung.info) mit Online-Angeboten zu allen Fragen rund um das Thema Familie. Dieses Angebot existiert seit September 2003. Mit 250 bis 300 Neuanfragen pro Jahr wird es recht gut genutzt und steht, wie die übrigen Angebote dieser Beratungsstellen nur den Nutzern aus der jeweiligen Region zur Verfügung. Der Datenschutz wird über ein SSL-verschlüsseltes System gewährleistet, die regionale Zuordnung bzw. Zuständigkeit über einen Postleitzahlenfilter. Wie die Vor-Ort-Angebote der Lebensberatungsstellen wird auch das Online-Angebot mehr von Frauen als von Männern genutzt. Die Beratungsthemen unterscheiden sich nicht von denen im konventionellen Setting: es geht in etwa in gleichen Anteilen um Erziehungs-, Ehe-, Familien- und Paarberatung.

Auch Profamilia hat auf seiner Homepage ([www.profamilia.de](http://www.profamilia.de)) neben vielen Infor-

mationen einen Link, der direkt zu einem differenzierten Online-Beratungsangebot zu allen Themen und Fragen aus den Bereichen Schwangerschaft, Sexualität, Partnerschaft und Beziehung führt. Im Bereich der selbständig tätigen PPs und KJPs sind Online-Angebote deutlich seltener. Walter Pollak, PP und Kammermitglied mit Praxis in Saarbrücken, bietet seit 4 Jahren auf seiner Homepage Beratung per e-mail an ([www.pollakwalter.de](http://www.pollakwalter.de)). Seine Erfahrungen damit sind überwiegend positiv.

Er berichtet beispielsweise von einem Patienten mit einer Sozialphobie, den er zunächst fast ein ganzes Jahr per e-mail beraten hat, der anschließend aber in der Lage war, in seine Praxis zu kommen und eine „reguläre“ psychotherapeutische Behandlung zu beginnen. Die Online-Beratung zeigte hier durchaus Wirkung und war der unkonventionelle Beginn einer konventionellen psychotherapeutischen Behandlung. Aber nicht nur besondere Indikationen, auch Wartezeiten von mehreren Monaten in den meisten psychotherapeutischen Praxen veranlassen viele Patienten dazu, sich nach alternativen Angeboten oder Überbrückungsmöglichkeiten umzusehen. Hier kann Online-Beratung helfen, die Wartezeit sinnvoll zu nutzen, und so den häufig großen Problemdruck zu Beginn eines therapeutischen Prozesses zu verringern.

Die Frage der Bezahlung ist bei Online-Angeboten immer wieder problematisch, aber auch dafür gibt es Lösungen. Zwar werden zahlreiche Kontakte abgebrochen, wenn die Beratung kostenpflichtig wird. Walter Pollak bietet den ersten Kontakt kostenlos an. Danach berechnet er pro Stunde ca. 70 €. Und bezahlt werden muss zunächst im Voraus, später dann per Mail-Rechnung in größeren Abständen, um den Arbeitsaufwand in Grenzen zu halten.

## Krankenhausfinanzierung in Gefahr

### Großdemonstration in Berlin

*Bernhard Morsch*

Zum 25. September hatten Wohlfahrtsverbände, Krankenhausverbände, Krankenhausärzte, Arbeitgeberverbände und



Gewerkschaften gemeinsam zu einer Großdemonstration nach Berlin aufgerufen. 130.000 Demonstranten wiesen lautstark und unmissverständlich auf die Finanznot und Personalknappheit hin, die verstärkt seit der Einführung des neuen Entgeltsystems 2004 und dem Konzentrationsprozess auf dem Krankenhausmarkt die Existenz der Krankenhäuser und eine adäquate stationäre Versorgung der Patienten bedrohen.



Da half es auch nicht, dass das Parlament am Vortag einen Kompromissentwurf der Koalition auf Finanzhilfen in Höhe von 3 Milliarden Euro gebilligt hatte. Es fehlen Gelder in mindestens doppelter Höhe, um den Investitionsstau in den Krankenhäusern abzubauen und weiteren Personalabbau sowie den weiteren Ausverkauf der kommunalen Krankenhäuser an private Investoren zu verhindern. Die geplanten einheitlichen Basisfallwerte, die faktisch eine Budgetdeckelung bedeuten, stellen gerade für kleinere Krankenhäuser eine Bedrohung dar. Ziel des BMG ist, dass die Krankenhäuser über die DRG-Fallpauschalen auf leistungsbezogener Grundlage bundeseinheitliche Investitionspauschalen erhalten sollen. Faktisch würden damit die Planungskompetenzen der Länder auf Grobplanungen und die Notfallversorgung beschränkt werden.

### Gesetzeslage

Mit dem Gesundheitsreformgesetz 2000 wurde die Entscheidung getroffen, zum

1. Januar 2003 ein pauschalierendes Entgeltsystem in der stationären Krankenhausversorgung einzuführen. Dieses sollte sich an einem international bereits eingesetzten Vergütungssystem auf der Grundlage der sog. „Diagnosis Related Groups“ (DRG) orientieren. Die DRG-Fallpauschalen haben sich in kürzester Zeit von der australischen Ausgangsbasis entfernt und zu einem eigenständigen deutschen DRG-Katalog (G-DRG) entwickelt. Die Vergütung der Krankenhausleistungen, die zuvor zu rd. 80 Prozent mit tagesgleichen Pflegesätzen erfolgte, sollte kurzfristig auf eine möglichst vollständige Finanzierung mit DRG-Fallpauschalen umgestellt werden. Mit dem Fallpauschalengesetz wurden die erforderlichen näheren Regelungen für das neue Entgeltsystem vorgegeben, insbesondere zur budgetneutralen Einführung in den Jahren 2003 und 2004, zur stufenweisen Angleichung der Krankenhausbudgets an ein landeseinheitliches Preisniveau bis 2008 (Konvergenzphase) und zur Vereinbarung des Budgets für das einzelne Krankenhaus und des DRG-Preisniveaus (Basisfallwert) auf der Landesebene. Nach der verpflichtenden Einführung im Jahr 2004 wenden derzeit rd. 1.750 Krankenhäuser, das sind rd. 96 % der dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) unterliegenden Krankenhäuser, das DRG-Fallpauschalensystem an.

### Psychiatrie und Psychosomatik

Ausgenommen von der Einführung der DRG wurden psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser (§ 17b Abs. 1 Satz 1 KHG). In den sog. „P-Fächern“ werden über die Bundespflegesatzverordnung Tagessätze in den Krankenhäusern abgerechnet. Die Personalbemessung erfolgt dabei über die seit 1991 bestehende Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV). Hier werden die Patienten in Behandlungsbereiche für Allgemeinpsychiatrie, Suchtbehandlung und Gerontopsychiatrie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie eingeteilt. Den in sich differenzierten Behandlungsbereichen (z. B. Intensiv-, Rehabehandlung oder Psychotherapie) werden abhängig von der Komplexität und dem Aufwand der erforderlichen Behandlung Mitarbeiter des multiprofessionellen Teams (Ärzte, Sozialarbeiter, Psychologen, Ergo- und Bewegungstherapeuten) nach Minutenwerten je Patient und Woche zugewiesen.

Die Finanzierungsmodalitäten für psychiatrische Leistungen in stationären Einrichtungen wurden nicht ohne guten Grund bei Einführung des G-DRG Finanzierungssystems in Deutschland (wie auch in anderen Ländern) jenseits der Fallpauschalensystematik geregelt. Die Patienten mit psychischen Erkrankungen und die sie betreuenden Einrichtungen sollten den unübersehbaren Anreizen des DRG-Systems und erst recht keinem Preiswettbewerb ausgesetzt werden. Zudem sind alle Bemühungen der Abbildung psychiatrischer Leistungen innerhalb von DRG-Fallpauschalenkatalogen sowohl in Australien als auch den USA gescheitert. Vereinfacht ausgedrückt ist es schwer vorstellbar, wie etwa eine Depression, eine Angststörung oder eine Psychose in ihrer jeweiligen individuellen Ausprägung in eine einheitliche Fallpauschale gepresst werden kann. Das Krankenhaus würde in diesem Fall über die entsprechende DRG für die an der jeweiligen Krankheit leidenden Patienten mit einem Festbetrag pauschaliert entlohnt, analog des Vorgehens in der Somatik etwa bei einer DRG-Fallpauschale für eine akute Blindarm-OP oder eine Nierentransplantation.

### Geplante Änderungen im Krankenhausfinanzierungsrahmengesetz (KHRG)

In den somatischen Fächern müssen die vorgesehenen Änderungen hinsichtlich der Einführung der einheitlichen Fallpauschalen sowie der weiteren Weiterentwicklung gesonderter DRG-Kataloge skeptisch betrachtet werden. Eine Schematisierung von Behandlungsabläufen hat Grenzen. Die Mehrzahl von Patienten und Patientinnen wird zukünftig weder in Somatik und schon gar nicht in der Psychiatrie isoliert unter den aufgeführten Diagnosen leiden, sondern im Rahmen von Komorbidität und Multimorbidität verschiedenste Kombinationen von Diagnosen und Krankheitslasten aufweisen. Aus Sicht der Psychotherapeuten ist gerade die psychiatrische und psychosomatische Komorbidität in den somatischen Fächern ein völlig unterschätztes Phänomen, welches in einer weiteren Ausdifferenzierung somatischer DRG-Leistungen kaum eine Repräsentanz finden wird.

Für die Psychiatrie und Psychosomatik bestand lange entgegen aller Empfehlungen

der Fachleute aus den Gesundheitsberufen der Plan DRGs einzuführen. Die Gesundheitsministerien der Länder haben aktuell einen Referentenentwurf vorgelegt, in welchem keine DRG sondern ein sog. pauschalierendes, tagesbezogenes Entgeltsystem für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen vorgesehen ist. Eine Grundlage für die Bemessung dieses Entgelts könnte weiter die PsychPV bleiben. Der gegenwärtige Referentenentwurf macht jedoch deutlich, dass zusätzlich andere Klassifikationssysteme wie z. B. der OPS (Operationen- und Prozedurschlüssel, der KTL (Katalog therapeutischer Leistungen, insbes. im Bereich Ergotherapie) und/oder andere als Kalkulationsgrundlagen schrittweise eingeführt werden sollen. Der Weg wird von einer bislang hauptsächlich personenbezogenen Finanzierung der Mitarbeiterstellen in der PsychPV zu einem vornehmlich leistungsbezogenen Entgeltsystem führen, dass sich an den tatsächlich erbrachten Behandlungsleistungen misst. Wenn es unserer Profession gelingt, in die dringend erforderlichen Weiterentwicklungen solcher Leistungskataloge, wie etwa des OPS oder andere Klassifizierungen einbezogen zu werden, kann dies eine Chance bedeuten, die Psychotherapie in der stationären Versorgung besser zu verankern.

Da die Psychiatrien wegen einer jahrelangen Unterfinanzierung der PsychPV-Stellen unter besorgniserregendem Personalmangel leiden, wurde im Referentenentwurf eine kurzfristige Verbesserung der Finanzierung der Personalstellen vorgeschlagen. Die Einführung des pauschalierenden, tagesbezogenen Entgeltsystems ist in einer Konvergenzphase bis 2014 anvisiert.

### **Aktivitäten der Profession**

Die von der Bundesdelegiertenversammlung eingesetzte Kommission zur Zukunft

der Krankenhausversorgung hat die Gelegenheit genutzt und im Vorfeld des Referentenwurfs versucht, Einfluss auf die Planungen zu nehmen. Immerhin ist es gelungen, Anregungen in den Gesetzesentwurf einzubringen. Nachdem die ärztlich dominierten Psychiatrieverbände eine Kooperation in dieser Frage mit der BPTK abgelehnt hatten, ist es umso erfreulicher, dass im nunmehr vorliegenden Gesetzesentwurf vorgesehen ist, dass die Bundespsychotherapeutenkammer zu Fragen der stationären Krankenhausbehandlung gehört werden muss, sofern es sich um psychotherapeutische Fragen handelt. Diese Gelegenheit wird die BPTK unter Zuarbeit der Kommission in Kürze wahrnehmen, wenn es um die Klärung der Fortentwicklung und Heranziehung weiterer Klassifikationssysteme (z. B. OPS, AMDF) im Rahmen der Entwicklung des Entgeltsystems geht. Der vorliegende Entwurf wird zunächst von der Gesundheitsministerkonferenz beraten werden müssen, bevor er dem Bundestag zur Abstimmung vorgelegt wird.

### **Telematik-Kommission eingerichtet**

#### **Bernhard Morsch**

Der Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer hat zu den „Auswirkungen der Telematik auf die psychotherapeutische Tätigkeit“ auf Empfehlung des Länderrats im Mai diesen Jahres eine gleichnamige Kommission eingesetzt. In die Kommission berufen wurden Helga Planz, PtK Hessen (Vertreterin KJP), Hans Bauer, PtK Hessen, Johannes Pabel, OPK, Peter Lehndorfer, Vertreter des Vorstands der BPTK und B. Morsch als Vertreter des institutionellen Bereiches. Sowohl BPTK-Vorstand als auch Länderrat sehen die Notwendigkeit neben den organisatorisch-technischen

Vorbereitungen zur Ausgabe der elektronischen Psychotherapeutenausweise und der elektronischen Gesundheitskarte die Auswirkungen der Telematik auf die Tätigkeit der Profession und insbesondere auf die Beziehung zwischen Psychotherapeut und Patient zu diskutieren. Die Kommission hat bislang zweimal getagt. Sie wird zunächst ein Papier zur Vorlage auf dem 13. DPT im November erarbeiten und der Bundes-Delegiertenversammlung zur Beschlussfassung vorlegen. In Anbetracht der besonderen therapeutischen Vertrauensbeziehung, die unsere Profession in Ihrer täglichen Arbeit mit Klienten, Patienten und Rat- und Hilfesuchenden als Grundlage einer erfolgreichen gemeinsamen Arbeit eingeht, ist es insbesondere wegen der ungeklärten Fragen des Datenschutzes und der Praxistauglichkeit der bislang diskutierten Technik und der Anwendungen von HbA (Heilberufsausweis) und eGK (elektronische Gesundheitskarte) dringend erforderlich, dass wir Stellung zu den Auswirkungen der Telematik auf unsere Berufstätigkeit beziehen.

*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

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,



mit großer Resonanz und in kollegialer Atmosphäre fand der 1. Heilberufetag

der IdH statt. Die Interessengemeinschaft der Heilberufe in Schleswig-Holstein (IdH) machte auf einer Podiumsdiskussion deutlich, welche Risiken in der Ökonomisierung des Gesundheitswesens stecken. Besonders angeregt diskutiert wurden die Folgen der Praxiskäufe durch MVZ (Medizinische Versorgungszentren). Einig war man sich, dass für die Aufrechterhaltung einer hochwertigen und flächendeckenden Krankheitsbehandlung die freien Heilberufe in der Selbständigkeit unverzichtbar sind.

Auf den folgenden Seiten zu lesen: Die PiA haben gewählt; wir haben für die

Fortbildungspunkte eine praktische Vereinbarung mit der KV gefunden; für den Datenschutz von Patienten haben wir erste Erfolge erzielt und wir bleiben weiter dran. – Das erste Jahr der Vorstandarbeit ist vergangen und wir haben viel erreicht! Aus der Mitgliedschaft kamen viele Anregungen, die wir gern aufnehmen.

Im Namen des Vorstandes danke ich dafür und wünsche Ihnen eine besinnliche Weihnachtszeit!

*Juliane Dürkop*

## 1. Schleswig-Holsteinischer Heilberufetag – Heilberufe setzen auf Qualität statt Discount

Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens hat als Thema des Schleswig-Holsteinischen Heilberufetages hohe Resonanz erfahren. Neben fast 200 Ärzten, Apothekern, Psychotherapeuten und Zahnärzten, die zur Abendveranstaltung nach Kiel gekommen waren, interessierten sich auch Politiker und Medien für die Probleme der Heilberufe.

„Konzerne kaufen Praxen auf“, hieß die Schlagzeile in den Kieler Nachrichten, „Heuschrecken greifen nach Arztpraxen“ beim Schleswig-Holsteinischen Zeitungsverlag. Auch viele andere Medien aus dem Land und Fachzeitschriften berichteten über den Heilberufetag. Er fand aber auch in der Politik Gehör. Staatssekretär Dr. Hellmut Körner sowie Ursula Sassen (gesundheitspolitische Sprecherin der CDU), Jutta Schumann (gesundheitspolitische Sprecherin der SPD), Christine Aschenberg-Dugnus (FDP) und Angelika Birk (Die Grünen) waren zum Heilberufetag gekommen, um sich über das in der Öffentlichkeit bislang kaum beachtete Thema zu informieren.

Hans-Peter Küchenmeister, Präsident der Zahnärztekammer und amtierender IDH-Sprecher, konnte bei der Problematik auf die Unterstützung aller IDH-Institutionen setzen – denn alle sind betroffen. Auch die Psychotherapeuten, wie Juliane Dürkop, Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein, in der Pressekonferenz und in der Abendveranstaltung deutlich machte. Sie warnte davor, Patienten in die Rolle von Konsumenten zu drängen. „Hier wird ein auf Hilfe angewiesener, in der Regel kranker Mensch, vom Patienten zum Konsumenten, der in seiner psychischen Not souveräne Entscheidungen treffen soll“, gab die Präsidentin zu bedenken.



*Expertenpodium 1. Heilberufetag*

Sie mutmaßt, dass bei einer „Vermarktung der Heilberufe“ die tragenden ethischen Positionen der Heilberufe für diese zu einem Wettbewerbsnachteil werden. Den Patienten sieht sie in dieser Situation überfordert. „Mehr noch als die Arzt-Patienten-Beziehung muss die Beziehung des Patienten zu seiner Psychotherapeutin notwendig auf Vertrauen basieren“, sagte Dürkop. Sie befürchtet, dass die psychotherapeutische Versorgung als Folge einer zunehmenden Zentrierung in der Fläche ausgedünnt werden könnte.



*Großes Interesse bei den Heilberuflern*

Ähnliche Sorgen haben die Ärzte. Dr. Ingeborg Kreuz, kommissarische Vorsitzende der KV Schleswig-Holstein, berichtete

zusammen mit Ärztekammer-Präsident Dr. Franz-Joseph Bartmann von einer zunehmenden Unsicherheit unter Praxisinhabern, weil Klinikkonzerne sich immer stärker an Kassenarztzulassungen interessiert zeigen. Deren Interesse ist klar: Mit Hilfe der Zulassungen werden die klinikeigenen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) ausgebaut. Patienten, die dort ambulant behandelt werden, werden in aller Regel nicht in andere, sondern in die Klinik des MVZ-Trägers eingewiesen. Für die niedergelassenen Ärzte bringt das mehrere Probleme mit sich. Zum einen wird die Versorgung zentriert und aus der Fläche abgezogen. Zum anderen kommen niedergelassungswillige junge Ärzte kaum noch zum Zuge, weil die Kliniken mehr Geld für die Zulassungen bieten. „Die Versorgungszentren dürfen nicht dazu führen, dass die flächendeckende Versorgung ausgetrocknet wird“, gab Kreuz zu Bedenken.

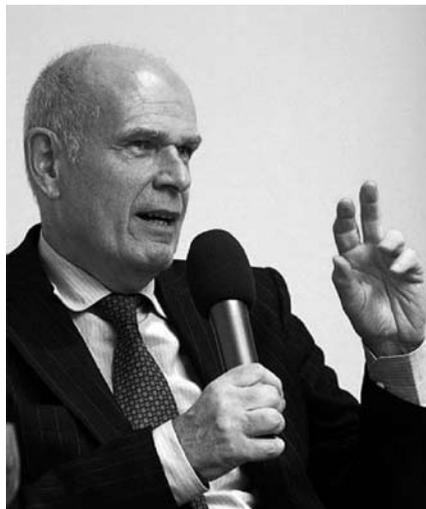


Präsidentin Dipl.-Psych. Juliane Dürkop

In der abendlichen Expertenrunde zitierte Moderator Robert Quentin die aktuellen Zahlen aus dem Medizinklimaindex: Danach ist die Stimmung unter den niedergelassenen Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten deutlich schlechter als in den meisten anderen Branchen. Allerdings bemerkte Gastredner Professor Eberhard Wille kritisch, die Ökonomie nicht als „Schreckgespenst“ aufzufassen.

Der Vorsitzende des Sachverständigenrates für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen beim Bundesgesundheitsministerium machte klar, dass Ökonomie aus dem Gesundheitswesen nicht wegzudenken ist. Auch die nieder-

gelassenen Heilberufe, so Wille, verhielten sich schließlich als „Einkommensmaximierer unter ethischen Nebenbedingungen“ – und das sei auch legitim. Nicht der Wettbewerb an sich, sondern die Bedingungen, unter denen er geführt wird, seien entscheidend.



Referent Prof. Dr. Eberhard Wille

Und da sieht Wille bislang keine gleichlangen Spieße etwa zwischen Kliniken und niedergelassenen Ärzten. „Diese Botschaften sind auch in der Politik und in der Öffentlichkeit angekommen. Das ist uns gelungen, weil die Körperschaften der Heilberufe geschlossen, sachlich und professionell agiert haben“, lobte Küchenmeister die Zusammenarbeit der immerhin sieben beteiligten Institutionen.

Dirk Schnack, freier Journalist

## Nachbesserungen beim TK / KVSH-Vertrag

In der vorletzten Ausgabe des PTJ berichteten wir darüber, dass sich viele Mitglieder wegen eines zwischen der Techniker Krankenkasse und der KVSH geschlossenen Vertrages an die PKSH wandten. Wir schrieben u. a.: „Gemäß diesem Vertrag wird eine Erhöhung der Honorare für probatorische Leistungen und die Erhebung des biographischen Befundes (93,5% des Mindestpunktwertes für genehmigungspflichtige Leistungen) angeboten.“ Tatsächlich fand sich diese Regelung in dem den kv-zugelassenen niedergelassenen Kollegen per Post zugestellten Vertrag.

Wir wurden nach Redaktionsschluss der vorletzten Ausgabe von dem Kollegen Heiko Borchers darauf aufmerksam gemacht, dass es zwischenzeitlich Nachbesserungen und entsprechende Vertragsänderungen gegeben hat. Dementsprechend werden u. a. die probatorische Sitzung mit einem Betrag von 72,00 € und die biographische Anamnese mit einem Betrag von 58,00 € vergütet.

Weiterhin gilt: Psychologische PsychotherapeutInnen können diesem Vertrag beitreten, wenn sie sich verpflichten, TK-Versicherten innerhalb von 14 Tagen einen Ersttermin zu geben. Außerdem muss sichergestellt werden, dass die beteiligten PsychotherapeutInnen an drei Tagen in der Woche erreichbar sind, wobei das auch über telefonischen Anrufbeantworter möglich ist.

In der Kammerversammlung am 14.03.2008 wurden – wie bereits berichtet – Vor- und Nachteile eines solchen Vertrages erörtert. Ein eindeutiges Meinungsbild gab es nicht – es fanden sich sowohl Befürworter als auch Kritiker. Die PKSH ist an diesem Vertrag nicht beteiligt. Die Entscheidung, an diesem Vertrag teilzunehmen, steht selbstverständlich jedem Mitglied frei.

Dr. phil. Dietmar Ohm

## Wahl der PiA-Sprecher

Die Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) haben im Mai 2008 zum ersten Mal in Schleswig-Holstein VertreterInnen gewählt.



Dipl.-Psych. Gesa Plester, PiA-Sprecherin

Die rund 140 PiA haben jetzt eine zentrale Anlaufstelle, die ihre Anliegen und Themen an die Kammer leitet und auf der Bundeskonferenz der PiA vertritt.

„Wir wollen die Sichtweise der PiA in der Kammer vertreten“, erklärt Gesa Plester, neugewählte PiA-Sprecherin. Die Bedingungen, zu denen PiA heute ihre Ausbildung absolvieren, seien teilweise besorgniserregend. Gerade die 1800 Stunden praktischer Tätigkeit stellten viele Ausbildungskandidaten vor kaum lösbare finanzielle Probleme. Gleichzeitig würden PiA häufig von Beginn an für anspruchsvolle therapeutische Tätigkeiten eingesetzt.

„Wenn sich an den Bedingungen für die Ausbildung nichts verändert, ist zu befürchten, dass viele qualifizierte Psychologen sich gegen die Ausbildung entscheiden“, erläutert Nardana Parsian, Delegierte aus der Bundeskonferenz der PiA.



**Nardana Parsian**  
Delegierte der PiA-Bundeskonferenz

Dass sich gerade auch die erfahrenen Psychotherapeuten für verbesserte Ausbildungsbedingungen für ihren Nachwuchs einsetzen, wünscht sich auch Dr. Bettina Meier, gewählt als stellvertretende Delegierte. Von ihrem Engagement in der PKS H erhofft sie sich einen Austausch zwischen den berufserfahrenen Kollegen und den Berufseinsteigern.

Die Vertreter der PiA in Schleswig-Holstein treffen sich vierteljährlich, um sich auszutauschen und Ideen für weiteres Engagement zu entwickeln. Wer Fragen oder An-

liegen hat, sich in einem Ausschuss oder mit eigenen Themen einbringen möchte, ist herzlich eingeladen, sich an die Sprecher zu wenden!



**Dr. Bettina Meier**  
stellvtr. Delegierte Bundeskonferenz

Nähere Informationen sind auf der Homepage der PKS H zu finden.

## Zum Thema Fortbildungskonten mal angemerkt

Jedes Mitglied der PKS H kann ein Fortbildungskonto bei der Kammer führen lassen. Auf diesem Konto werden „anerkannte“ Fortbildungspunkte gesammelt, indem Sie Kopien ihrer Teilnahmebescheinigungen an die Kammer senden. Anerkannt heißt in diesem Zusammenhang, dass bis auf Ausnahmen nur Fortbildungen angerechnet werden, die zuvor von einer Kammer akkreditiert wurde. Das kann auch eine Kammer eines anderen Bundeslandes sein, oder eine Ärztekammer. Welche Fortbildungen von der PKS H akkreditiert werden, ist in unserer Fortbildungsordnung geregelt. Jederzeit können Sie sich nach dem Stand Ihres Kontos erkundigen und eine Bescheinigung darüber geben lassen.

Derzeitig bestehen bereits 462 Konten. Verpflichtet zum Einreichen ihrer Fortbildungsbescheinigungen sind bislang über die KV niedergelassene Mitglieder. Ihnen stellt die Kammer auf Antrag ein Zertifikat aus, mit dem der Nachweispflicht für geleistete Fortbildung gegenüber der KV Genüge getan wird.

In welchem Zeitraum wie viele Fortbildungspunkte nachgewiesen werden müssen, regelt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). (Der G-BA ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen.) Die Nachweiskriterien im Einzelnen kann aber jede KV in ihrem Bundesland selbständig regeln. Dazu hat die Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein mit der KVSH einen Vertrag ausgehandelt, der im Vergleich zu anderen Bundesländern einiges liberaler regelt. So ist im Vertrag festgelegt, dass innerhalb des festgelegten 5-Jahreszeitraums zu einem beliebigen Zeitpunkt ein Zertifikat über die benötigten 250 Fortbildungspunkte vorgelegt werden kann. Der Zeitraum verändert sich dadurch nicht. Wird ein Zertifikat beispielsweise schon nach 4 Jahren vorgelegt, können die im 5. Jahr erworbenen Fortbildungspunkte bereits für das nächste Zertifikat gesammelt werden. Für das nächste Zertifikat hätte das Mitglied also ein Jahr mehr Zeit. Diese Regelung war uns wichtig, um besonders Mitgliedern, die beispielsweise durch Mutterschaft oder längere Erkrankung an Fortbildungen gehindert werden, eine flexiblere Lösung für den Erwerb der geforderten Punkte zu ermöglichen.

Der erste 5-Jahreszeitraum geht dem Ende entgegen und es wurden für ca. 425 niedergelassene Kolleginnen und Kollegen bisher 80 Zertifikate ausgestellt. Jeder kann damit ausrechnen, wie viele noch fehlen. Jetzt weisen schon 106 Konten mehr als die 250 Punkte auf.

In diesem Rahmen bittet die Kammer nochmals, alle Fortbildungsbescheinigungen so schnell wie möglich einzureichen.

Jede einzelne Bescheinigung muss geprüft, ins Mitgliederverwaltungsprogramm eingepflegt und abgeheftet werden. Sollte eine Mehrzahl an Nachweisen erst zum Ende des Zeitraums eintreffen, hätte die Geschäftsstelle nicht die Kapazitäten, alle Zertifikate rechtzeitig auszugeben. Dann müssten Hilfskräfte eingestellt werden, die unseren Haushalt enorm belasten, was evtl. wiederum zu einer Erhöhung der Mitgliedsbeiträge führen könnte. Ich gehe davon aus, dass wir das alle nicht wollen.

Seit 01.07.2008 sind auch in „zugelassenen“ Kliniken angestellte Kolleginnen und Kollegen zum Nachweis ihrer Fortbildungen verpflichtet. Der G-BA hat in dieser Frage aber noch nicht entschieden, um wie viele Punkte in welchem Zeitraum es sich handelt. Im Gespräch ist auch, dass den Trägern der Kliniken die Nachweispflicht obliegen soll. Sobald es in diesen Fragen definitive Entscheidungen gibt, werden wir sie veröffentlichen.

Wir sind dankbar für Anregungen, wenn es im Zusammenhang mit den Fortbildungskonten Schwierigkeiten gibt, und sind bemüht diese so weit wie möglich auszuräumen.

*Dorothee Katz*

## Datenschutzprobleme in den Gutachtersystemen der Beihilfestellen und der PKV

In einer früheren Ausgabe des PTJ wurde bereits an dieser Stelle berichtet, dass sich KollegInnen über Verletzungen des Datenschutzes im Gutachtersystem von PKV, Beihilfen, Polizei, BGS, Post, Bahn und weiteren Kostenträgern beklagt hatten. Trotz Chiffrierung und Anonymisierung der Daten des Antragstellers werden den Gutachtern zusammen mit den objektiven Befunden die Namen der Antragssteller bzw. des jeweiligen Patienten mitgeteilt. Meistens sehen die Formulare für den Gutachter (Bericht des Psychotherapeuten) und für den ärztlichen Konsiliarbericht vor, dass ein Datenkopf mit vollem Namen des Patienten auszufüllen ist. Die o. g. Einrichtungen wurden in einem Schreiben der PKS in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass die Kombination von Befunddaten mit vollständigen Namen des Patienten für die Begutachtung nicht erforderlich ist. Der Gutachter hat sich lediglich an dem Befund zu orientieren, nicht dagegen an dem konkreten Patienten, den er nicht kennt und nicht kennen darf. Die Patienten haben u. E. einen Anspruch darauf, dass sie lediglich anonymisiert begutachtet werden, ohne befürchten zu müssen, dass der Gutachter Kenntnisse von dem Antragsteller bzw. Patienten erhält.

## Gedenken

Wir gedenken der verstorbenen Mitglieder: Dipl.-Psych. Michael Pohle, Dazendorf, geb. 20.02.1950, verst. 04.08.2008 Prof. Dr. Claus Bahne Bahnson, Kiel, geb. 15.09.1922, verst. 21.09.2008 Dipl.-Psych. Claus Jaurich, Bad Schwartau, geb. 31.01.1947, verst. 07.09.2008.

Auf unsere umfangreiche Informationsaktion haben wir inzwischen von fast allen angeschriebenen Institutionen Rückantworten erhalten. Das erfreuliche Ergebnis zuerst:

Das von uns angeschriebene Landesbesoldungsamt hat sich an das offenbar zuständige Finanzministerium Schleswig-Holstein gewandt. Vom Finanzministerium wurde der PKS mit Schreiben vom 16.07.2008 mitgeteilt, „dass zukünftig lediglich der Anfangsbuchstabe des Nachnamens sowie das Geburtsdatum und zur erforderlichen Zuordnung des Vorganges die Personalnummer (Ziffernfolge) in die Formblätter eingetragen werden.“ Mit Schreiben vom 30.07.08 erhielt die PKS vom Landesbesoldungsamt SH eine Bestätigung, dass unseren Anregungen gefolgt und Antragsberichte in der vom Finanzministerium beschriebenen Form anonymisiert an die Gutachter weitergegeben werden sollen.

Mehrere Beihilfestellen (u. a. Post, Bahn) verweisen darauf, dass sie sich an der „Rechtsverordnung über die Gewährung von Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen“ (BhV, Anlage 1 zu § 6, Abs. 1, Nr. 1) des Bundesministeriums des Inneren orientieren. Offenbar befindet sich die BhV zurzeit in Überarbeitung. Wir haben dementsprechend auch noch ein Schreiben an die zuständige Abteilung des Bundesinnenministeriums gesandt. Die Antwort steht noch aus.

Außerdem haben wir ein Informationsschreiben an den Datenschutzbeauftragten Schleswig-Holsteins mit der Bitte um Stellungnahme und Unterstützung geschickt. Die Antwort steht ebenfalls noch aus.

Vom Landespolizeiamt erhielten wir die Mitteilung, dass die Begutachtung der

Antragsberichte fast immer durch den leitenden Polizeiarzt erfolgt. Nur in seltenen Fällen würden externe GutachterInnen hinzugezogen. Hierbei solle aber künftig der von der PKS geforderten Anonymisierung Rechnung getragen werden. Mit der möglichen datenschutzrechtlichen Problematik der Begutachtung durch den leitenden Polizeiarzt werden wir uns noch befassen.

Nun zu dem unerfreulichen Ergebnis unserer Aktion: Der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) teilte mit Schreiben vom 16.07.2008 u. a. lapidar mit: Gesundheitsdaten werden „auf Grundlage einer Einwilligungserklärung des Versicherten gemäß § 28 Abs. 6 in Verbindung mit § 4a BDSG an den Sachverständigen übermittelt. Die rechtlichen Voraussetzungen für eine Übermittlung sind damit erfüllt.“ Gemäß der Überzeugung des Vorstandes der PKS kann es jedoch nicht angemessen sein, den Datenschutz ohne sachliche Notwendigkeit auszuhebeln, selbst wenn es nicht gegen bestehendes Recht verstoßen sollte. Allerdings haben wir von unserem Justitiar Herrn RA Kühnelt bereits die Auskunft erhalten, dass Argumentation und Vorgehen der PKV rechtlich zumindest bedenklich sind. Wir werden uns dementsprechend erneut an den PKV wenden und weiter eine Änderung der bisherigen Praxis fordern.

*Dr. phil. Dietmar Ohm*

## Umgang der Geschäftsstelle

Voraussichtlich ab dem 10.12.2008 erreichen Sie die Geschäftsstelle unter der nachstehenden neuen Anschrift. Telefonnummer und Mailadresse bleiben gleich.

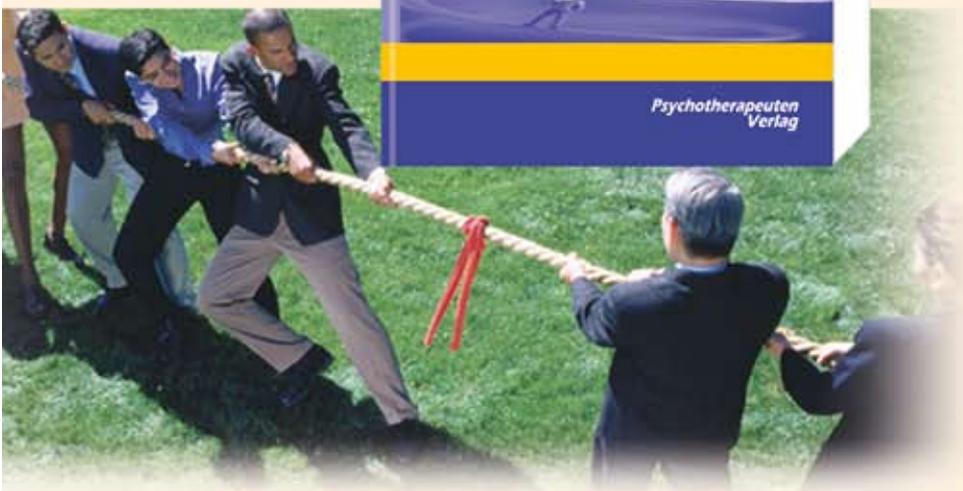
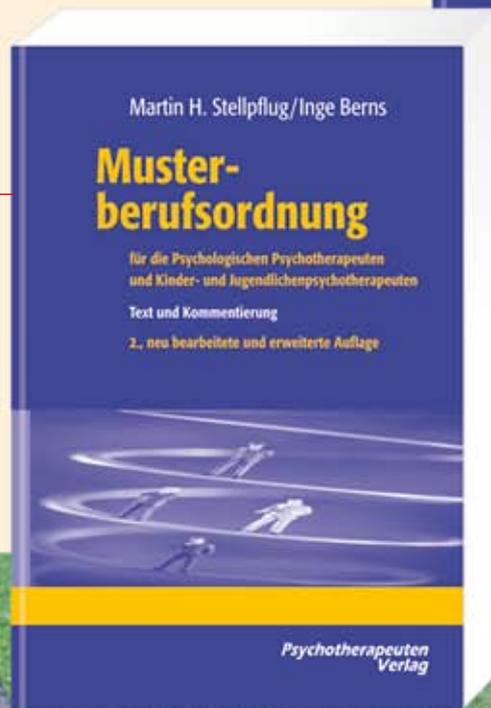
## Geschäftsstelle

Markt 1-2 / Jacobsen-Haus  
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

# *Neues aus dem* **Psychotherapeutenverlag**

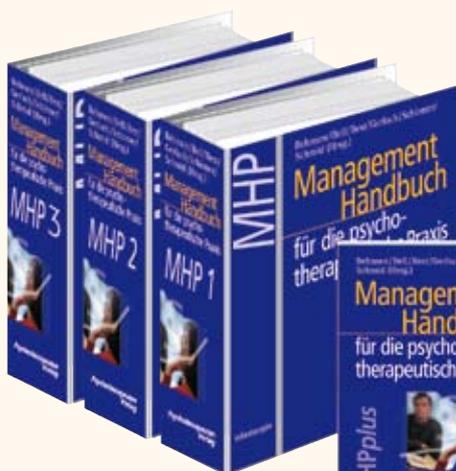
*Praxis*

*Recht*



**Psychotherapeuten  
Verlag**

# Das Standardwerk



## Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis – MHP

### Loseblattwerk in 3 Ordnern.

Ca. 3.500 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. 3 bis 4 Aktualisierungen jährlich zu je ca. € 50,- bis € 55,- pro Lieferung und je € 49,- pro CD-ROM-Update. Kombi-Abonnenten zahlen nur € 32,- pro CD-ROM-Update.

## kompetent

### Herausgegeben von

Erika **Behnen**, Ministerialrätin im Bundesministerium für Gesundheit,  
Dr. med. Karin **Bell**, Fachärztin für Psychotherapeutische und Innere Medizin, Psychoanalytikerin, Stv. Vorsitzende der DGPM,  
Dipl.-Psych. Dieter **Best**, Stv. Bundesvorsitzender der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung, (Redaktion),  
Hartmut **Gerlach**, RA und Justiziar der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (Redaktion),  
RA Horst Dieter **Schirmer**, Justiziar der KBV und der Bundesärztekammer,  
Prof. Dr. Rudolf **Schmid**, Vorsitzender der Geschäftsführung Kreiskliniken Reutlingen GmbH.

Die **MHPplus** CD-ROM bietet Ihnen neben dem kompletten Inhalt des Loseblattwerkes zusätzlich eine Rubrik „Praxishilfen“, in der Sie für sämtliche Praxissituationen Verträge, Muster, Formulare und Checklisten mit ausführlichen Erläuterungen finden. Alle Dokumente sind in Word exportierbar und können dort Ihren individuellen Erfordernissen angepasst werden.

## praxisnah

- Welche Besonderheiten gelten bei der Psychotherapie mit beihilferechtigten Patienten?
- Welches Abrechnungsprogramm eignet sich für Ihre Praxis am besten?
- Welches sind die Mindestvoraussetzungen bei der Dokumentation?
- Welchen Anforderungen muss die Rechnung bei der Privatbehandlung genügen?
- Wann komme ich in die Plausibilitätsprüfung?
- In welchem Umfang müssen Patienten über die Behandlung aufgeklärt werden, um haftungsrechtlichen Risiken zu entgehen?

Die Antworten auf Ihre Fragen zu Praxis und Recht gibt Ihnen das Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis. Alle relevanten Themen werden anhand einzelner Beiträge in alphabetischer Reihenfolge behandelt. Praxisnahe Beispiele und Muster erleichtern Ihnen Ihre tägliche Arbeit.

Mit den regelmäßig erscheinenden Aktualisierungslieferungen halten wir die Beiträge und Rechtsvorschriften für Sie auf aktuellem Stand. Neue Themen und Entwicklungen greifen wir zeitnah auf.



## Für Ihren erfolgreichen Start

### Niederlassung für Psychotherapeuten

#### Berufs- und vertragsrechtliche Fragen.

Von Dr. Martin H. Stellpflug.  
2005. X, 194 Seiten. Gebunden. € 46,-  
ISBN 978-3-7685-0537-6

Das Buch dient Ihnen als konkrete Handreichung. Es unterstützt Sie nicht nur bei zulassungsrechtlichen Fragen,



sondern informiert auch über die allgemeinen Pflichten und die Berufspflichten. Den Kooperationsmöglichkeiten, die sich einem Psychotherapeuten bieten, wird ein eigener Abschnitt gewidmet.

# Die Neuen:

## Musterberufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Text und Kommentierung.

Von Dr. Martin H. Stellpflug und Inge Berns. 2., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. 2008. X, 355 Seiten. Kartoniert. € 49,-. ISBN 978-3-938909-29-4

Die Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer fasst die Rechte und Pflichten zusammen, an denen sich Psychotherapeuten in ihrer täglichen Praxis zu orientieren haben. Detailliert wird jeder der dreißig Paragraphen der neuen Musterberufsordnung kommentiert.

Die Neuauflage liefert Ihnen neben der kompletten Neukommentierung:

- abweichende Regelungsinhalte in den Berufsordnungen der Landeskammern,
- drei ausführliche Beispiele zur Verwendung der MBO-PP/KJP in der Alltagsarbeit von Psychotherapeuten, insbesondere unter berufsethischen Aspekten und
- eine Sammlung einschlägiger Kommentierungen, zur Verfügung gestellt von den Landeskammern.



## Approbiert, was nun?

### Berufseinstieg für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Von Dieter Best, Hartmut Gerlach, Ekkehard Mittelstaedt, Dr. Dietrich Munz, Dr. Lothar Wittmann und Dr. Martin H. Stellpflug. 2008. XIV, 328 Seiten. Kartoniert. € 49,- ISBN 978-3-938909-27-0

Neu approbierten sowie vor der Approbation stehenden Psychotherapeuten bietet dieses Buch einen kompakten Überblick beim Berufsstart. Es widmet sich den Themenblöcken:

- Tätigkeit im Angestelltenverhältnis oder in eigener Praxis
- Existenzgründung, Businessplan und Kapitalbedarf
- Zulassung als Vertragspsychotherapeut
- Kooperationsmöglichkeiten

Sie erfahren alles über die Aufgaben der Kammern wie z.B. die Berufsaufsicht, den Kollegenschutz, die Qualitätssicherung und welche Leistungen die Kammern für ihre Mitglieder erbringen.

Kennen Sie sich in Ihrem Berufsrecht aus? Die Themen Patientenaufklärung, Schweigepflicht, Zeugnisverweigerungsrecht, Datenschutz, Dokumentationspflicht werden anschaulich erläutert. Auch die rechtlichen Aspekte der Themen Zulassung, Praxisgründung, Abrechnungsgenehmigung usw. werden behandelt.

Auch für Psychologie- und Pädagogikstudenten bietet das Buch einen guten Überblick über Berufsmöglichkeiten als Psychotherapeut.

## Abgabe, Kauf und Bewertung psychotherapeutischer Praxen

Von Dr. Uta Rüping und Ekkehard Mittelstaedt. 2008. XXI, 291 Seiten. Gebunden. € 49,- ISBN 978-3-938909-23-2

Wie kann und sollte der Übergabeprozess einer psychotherapeutischen Praxis gestaltet werden? Welche Handlungsalternativen gibt es bei der Veräußerung, welche gibt es beim Kauf? Wie lässt sich der Wert einer Praxis feststellen?

Das Buch wird den Besonderheiten psychotherapeutischer Praxen gerecht: Es zeigt Gestaltungsvarianten sowie rechtliche und wirtschaftliche Rahmenbedingungen auf. Praxisinhaber erfahren, was

sich wertsteigernd auswirkt und verschaffen sich frühzeitig mehr Chancen bei einem zukünftigen Verkauf. Kostenlose Zusatzinfos finden Sie unter [www.ptv-praxiswert.de](http://www.ptv-praxiswert.de)

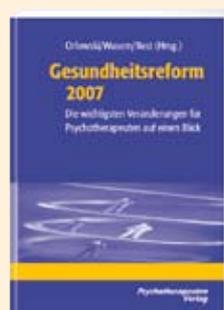
## Gesundheitsreform 2007 (GKV-WSG)

### Die wichtigsten Veränderungen für Psychotherapeuten auf einen Blick.

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

Die vorliegende Broschüre stellt die wichtigsten Bestimmungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) im Überblick dar. Sie eignet sich

deshalb gut als Orientierung was die Veränderungen angeht, die auf Psychotherapeuten in den nächsten Jahren zukommen werden.



# Der kleine Samurai Mio Mio Mausebär

Vorlesebuch für Kinder von 3 bis 8 Jahren und Elternratgeber

## Rat und Hilfe konkret:

Mio Mio Mausebär Elternratgeber

Der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut Dr. Christian Lüdke liefert Eltern wissenschaftlich fundierte, verständliche Informationen zum jeweiligen Thema. Er zeigt Wege auf, wie Eltern und Kinder gemeinsam an Erfahrungen wachsen und reifen können.

## Gemeinsam stark gegen Kinderängste

Das umfangreich illustrierte Vorlesebuch enthält 11 Geschichten, die sich auf konkrete Kinderängste beziehen und phantasievoll und spielerisch Lösungswege aufzeigen.

## Gemeinsam durch Enttäuschungen stark werden

Der zweite Band des erfolgreichen Ratgeberkonzepts zeigt in bewährter Weise Lösungsansätze und Hintergrundwissen. Das reich bebilderte Vorlesebuch enthält 13 Geschichten, die von Kindern und ihren Enttäuschungen erzählen. Phantasievoll und kindgerecht werden diese Probleme beschrieben und Lösungsmöglichkeiten angeboten.



Kinder und Eltern lernen gemeinsam, positiv mit diesen Problemen umzugehen.



## Der kleine Samurai Mio Mio Mausebär

Von Dr. Christian Lüdke und Andreas Becker. Vorlesebuch gebunden, Elternratgeber kartoniert. Zusammen je € 29,-  
**Gemeinsam durch Enttäuschungen stark werden.** 2008.  
[www.blaue-enten.de](http://www.blaue-enten.de). ISBN 978-3-609-55018-3  
**Gemeinsam stark gegen Kinderängste.** 2007.  
[www.mausebaer.de](http://www.mausebaer.de). ISBN 978-3-938909-24-9

## Bestellcoupon

WA 24278

.....  
Firma

.....  
Name, Vorname

.....  
Straße

.....  
PLZ/Ort

.....  
Tel.\*\*

.....  
Fax\*\*

.....  
E-Mail\*\*

\*\*freiwillige Angaben

**Psychotherapeutenverlag  
Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH  
Kundenbetreuung  
80289 München**

Behnsen/Bell/Best/Gerlach/Schirmer/Schmid:

**Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis – MHP**

Loseblattwerk in 3 Ordnern. Ca. 3.500 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

**Stellpflug: Niederlassung für Psychotherapeuten**  
€ 46,-. ISBN 978-3-7685-0537-6

**Best/Gerlach/Mittelstaedt/Munz/Stellpflug/Wittmann: Approbiert, was nun?**  
€ 49,-. ISBN 978-3-938909-27-0

**Stellpflug/Berns: Musterberufungsordnung**  
€ 49,-. ISBN 978-3-938909-29-4

**Rüping/Mittelstaedt: Abgabe, Kauf und Bewertung psychotherapeutischer Praxen**  
€ 49,-. ISBN 978-3-938909-23-2

**Orlowski/Wasem/Best: Gesundheitsreform 2007 (GKV-WSG)**  
€ 19,-. ISBN 978-3-938909-32-4

Lüdke/Becker: **Der kleine Samurai Mio Mio Mausebär**

**Gemeinsam stark gegen Kinderängste**  
€ 29,-. ISBN 978-3-938909-24-9

**Gemeinsam durch Enttäuschungen stark werden**  
€ 29,-. ISBN 978-3-609-55018-3

\* Zzgl. Aktualisierungen/Updates

Sie haben das Recht, diese Bestellung innerhalb von 14 Tagen nach Lieferung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Der Widerruf erfolgt schriftlich an den Verlag (Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, 80289 München) oder durch Rücksendung der Ware an Rhenus Medien Logistik GmbH & Co KG, Abt. Remittenden Hüthig Jehle Rehm, Justus-von-Liebig-Str. 1, 86899 Landsberg a. Lech. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs oder der Ware (Datum des Poststempels). Bei Loseblattwerken und CD-ROM können Sie das Werk vier Wochen lang unverbindlich prüfen. Die Aktualisierungslieferungen bzw. Updates erhalten Sie – bis zum Widerruf bzw. zur Kündigung – zum jeweils gültigen Seiten- bzw. Updatepreis automatisch zugesandt.

Ihre freiwilligen Angaben werden von uns genutzt, um Sie über unsere Produkte und Dienstleistungen zu informieren. Wenn Sie das nicht wünschen, können Sie uns das jederzeit schriftlich an folgende Adresse mitteilen: Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Marketingabteilung, Im Weiher 10, 69121 Heidelberg.

Psychotherapeutenverlag, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Im Weiher 10, 69121 Heidelberg, Kundenbetreuung: Bestell-Tel. 089/2183-7928, Bestell-Fax 089/2183-7620, E-Mail: [kundenbetreuung@hjr-verlag.de](mailto:kundenbetreuung@hjr-verlag.de), [www.psychotherapeutenverlag.de](http://www.psychotherapeutenverlag.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.

## Redaktionsbeirat des PTJ: „Interview mit Prof. Dr. Dieter Schulte und Prof. Dr. Gerd Rudolf: Fragen zur Zukunft der Psychotherapie“, Psychotherapeutenjournal 2/2008

### Demut und Respekt

Lieber Herr Schulte, lieber Herr Rudolf,

... Sie sagen im Interview mit dem Psychotherapeutenjournal im Heft 2/2008: „Für die Psychotherapie gilt – wie für alle akademischen Disziplinen –, dass die Weiterentwicklung ihrer Methodologie durch Forschungsergebnisse in Wechselwirkung mit der Praxis erfolgt. Aus neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen können sich Ideen für neue Behandlungsmethoden ergeben, die in der Praxis angewendet und evaluiert werden müssen. Aus praktischen Erfahrungen ergeben sich Vermutungen über Wirkungsweise und Wirksamkeit neuer, veränderter Vorgehensweisen, und diese Vermutungen werden zu Fragestellungen der Forschung. Dieser Prozess erfolgt unabhängig vom wissenschaftlichen Beirat und seinen Kriterien.“

Wie wahr! Allerdings hat Ihre Aussage nur solange Bestand, wie die überaus künstliche Trennung von Forschung und Praxis durch Beforschung von Monosymptomatiken aufrechterhalten wird. Lassen Sie

uns doch, lieber Herr Schulte, die gleiche Praxis erfahren und hinterher unsere Erfahrungen vergleichen. Mein Vorschlag lautet also: Nehmen Sie im Zentrum für Psychotherapie die PatientInnen nach den in der Praxis üblichen Gebräuchen der Passung und nicht nach in spezifischer Weise ideologisch geprägten Forschungsgesichtspunkten an.

Wünschenswerte Effekte dieser Maßnahme in Richtung einer praxisnahen Forschung könnten sein: Mehr Demut vor der Aufgabe Therapie, mehr Respekt vor den PraktikerInnen und den „Wirkfaktoren“ Therapeut und Beziehung, weniger Praxisschocks der Auszubildenden, weniger extern invalide Effizienzstudien, mehr praxisnahe Effektivitätsuntersuchungen.

Sie, Herr Professor Dr. Rudolf, beklagen im gleichen Interview das Problem „der Finanzierbarkeit von großen gut gemachten und aussagekräftigen RCT-Studien“. Ich möchte dazu anmerken, dass die Problematik mangelnder finanzieller Mittel auch auf andere bewährte Verfahren der Wirksamkeitsforschung zutrifft. Ich schla-

ge daher zur Überwachung der Verteilung etwaig vorhandener Forschungsmittel eine den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und den WBP beratende und die Verteilung von Forschungsmitteln kontrollierende Methodologiekommission (MK) vor. Diese Kommission sollte aus anerkannten Kennern und PraktikerInnen empirischer Sozialforschung möglichst verschiedener geistes- und gesellschaftswissenschaftlicher Disziplinen zusammenstellt werden. Bestand haben sollte sie so lange bis sich der WBP einigermaßen demokratisch aus unterschiedlichen VertreterInnen der in der Psychotherapielandschaft relevanten Professionen und Verfahren zusammensetzt und das Diktat von Ärzten und Psychologen aus den Richtlinienverfahren der Vergangenheit angehört. ...

*Ronald Milewski  
Psychologischer Psychotherapeut  
Psychologische Praxis  
Am Mühlenteich 1  
44867 Bochum  
R.Milewski@t-online.de*

## Klaus Wölfig und Kai W. Müller: „Phänomenologie, Forschung und erste therapeutische Implikationen zum Störungsbild Computerspielsucht“, Psychotherapeutenjournal 2/2008

Die Psychologie müht sich an einem neuen Phänomen ab: der „Computerspielsucht“. Die davon Betroffenen verbringen zu viel Zeit in virtuellen Umgebungen, ins-

besondere beim Branchenprimus World of Warcraft. Es wäre gut, den davon Betroffenen mit etwas mehr Sachkenntnis zur Hilfe zu eilen.

Im vorliegenden Artikel wird bspw. versucht, bekannte Kategorien der Glücksspielsucht auf diesen Bereich zu übertragen, so zu diagnostischen Kriterien zu

gelangen und entsprechend zu intervenieren. Dabei werden Ähnlichkeiten sehr stark betont, die sich dann in den Kriterien dieser neuen „Sucht“ wieder finden, etwa „unwiderstehliches Verlangen, zu spielen“; „Entzugerscheinungen“; „Toleranzentwicklung“ (bereits hier muss man sich jedoch das Kriterium passend schleifen, indem man eine Toleranz-Entwicklung in Bezug auf die Dauer konstatiert). Offensichtliche Unterschiede, wie der Fakt, dass es bei Online-Rollenspielen nichts Materielles zu gewinnen gibt, werden jedoch nicht beachtet.

Ein weiterer Hauptunterschied, nämlich die hochgradige soziale Eingebundenheit des Spielgeschehens, wird zwar gesehen, aber sofort ins Negative gewendet. Angeblich ist der virtuelle Kontaktaufbau ganz leicht – nach dem Motto: „Dabeisein ist alles!“ – der daraus resultierende Kontakt dafür nicht tief. Wer so schreibt, hat nie die zwischenmenschliche Dramatik einer Gildeauflösung (eine Gilde ist ein Verbund, in dem fast alle Langzeitspieler organisiert sind) erlebt, nie um Mitstreiter für eine allein nicht zu bewältigende Aufgabe geworben oder sich etwa an einem Gildeforum beteiligt, wo Geburtstage gefeiert werden oder Hochzeitseinladungen (für Feiern im wirklichen Leben) ausgesprochen werden. Soziale Kontakte muss man sich auch online „schaffen“ und an ihrem Erhalt arbeiten. Es ist nicht so, dass die sozial Inkompetenten hier zwangsläufig interaktionelle Erfolge einfahren. Im Gegenteil sehen sich gerade die Viel-Spieler sehr schnell mit Problemen konfrontiert, die sie auch aus dem Alltag kennen, eben weil die Kontakte untereinander recht realistisch sind. ....

Mir scheint es gibt interessantere Ansätze zur Therapie als eine möglichst schnelle Reduzierung von Onlinezeiten, Mikroanalysen der Physiologie beim Spielen und Expositionstherapie. Man könnte Fragen nachgehen, wie diesen: „Wie kommt es, dass durch ein modernes Medium mit einem überdurchschnittlich hohen Prozentsatz kommunikativ kompetenter Teil-

nehmer immer mehr Menschen in eine Situation geraten, in der sie von Angehörigen zur Therapie gedrängt werden?“ oder „Wie kann es sein, dass ein gewisser Prozentsatz der Spieler von den kommunikativen (Lern-)Möglichkeiten der Online-Welten nicht profitiert?“

Ein weiteres Postulat der Autoren scheint ebenfalls eher theoretischen, denn sachgerechten Annahmen geschuldet. In der Literatur zur Online-Sucht wird immer wieder der narzisstische Aspekt des Spielens hervorgehoben. So gehen auch Wölfling und Müller davon aus, dass die virtuelle Welt automatisch zur Selbstwertsteigerung dient. Scheinbar erzielen die Spieler ständige Erfolge, die sie dann ihrem Ego zurechnen können. Fakt ist, dass nach einer Phase des sog. „Levelns“ ... keine automatische Verstärkung durch das Spiel mehr erfolgt. ... Das bedeutet, dass bestenfalls ein kleiner Prozentsatz ständige Erfolge erzielt, der Rest muss dagegen ohne narzisstische „Fütterung“ auskommen – und spielt trotzdem. Rekurriert man also nicht reflexartig auf Selbstwert, gibt es guten Grund zum erneuten Hinschauen: Was spielt sich in einer Online-Welt tatsächlich ab?

*Dipl.-Psych. Th. Padberg, M.A. (PP)  
torsten\_padberg@web.de*

### **Replik von Klaus Wölfling und Kai W. Müller**

Über den Zusammenhang zwischen „reflexartigem Rekurrieren“ und dem Mythos der Sachkenntnis.

Zunächst einmal sollte erwähnt werden, dass Einiges von dem, was Herr Padberg schreibt, tatsächlich zutreffend ist – für ca. 90% aller Online-Rollenspieler zumindest. Der Artikel jedoch und die darin aus unserer klinischen Erfahrung abgeleiteten Schlussfolgerungen beziehen sich eben nicht auf diese 90%, sondern auf den Rest. Jemand, der gerne und oft Online-Rollenspiele spielt, ist aus unserer Sicht noch kein pathologischer Spieler. Darum

geht es uns nicht. Sehr wohl geht es uns jedoch um jene, die einstmal gerne Online-Rollenspiele spielten, mittlerweile aber unter ihrem Spielverlangen leiden, oder unter dem Verlust realer Sozialkontakte und anderer Folgeerscheinungen, wie z. B. verschlafener beruflicher Perspektiven.

Was den Aspekt der sozialen Kontakte angeht, so kann nur nochmals unterstrichen werden, dass pathologische Computerspieler als komorbides Defizit unter sozialer Unsicherheit bis hin zur sozialen Phobie leiden, dies ist ein Sachverhalt, der in der Mehrheit der empirischen Studien zur Onlinesucht nachgewiesen wurde und zudem klinisch in unserer Einrichtung deutlich evident wird. Fakt ist auch, dass pathologische Computerspieler in der virtuellen Welt leichter Belohnungen erfahren und diese auch eher internalisieren, als in „Offline-Umgebungen“. Nun könnte man darüber streiten, ob dem virtuellen Sozialstatus ein höherer Stellenwert beizumessen ist, als dem realen. Vielleicht gibt es ja auch den einen oder anderen, der der Ansicht ist, man sollte exzessiven Computerspielern doch ihre virtuelle Abkapselung zugestehen. Wenn man diesen Gedanken weiter spinnt, könnte man auch dazu übergehen, einem Patienten im affektiv herabgestimmten Zustand zu raten, dass er doch ruhig im Bett liegen bleiben darf, wenn er sich mal nicht so motiviert fühlt – denn schließlich liegen wir doch alle hin und wieder mal ganz gerne im Bett; was also ist schlimm daran?

Es sollte noch bemerkt werden, dass wir die Aussage darüber, dass immer mehr Menschen zu einer Therapie „gedrängt“ würden, den Angehörigen gegenüber doch etwas despektierlich finden. Persönlich sind wir der Ansicht, dass es doch sehr begrüßenswert ist, wenn es (reale) Menschen gibt, die sich um den Anderen sorgen. Nebenbei bemerkt hatten wir bisher noch keinen Patienten in Behandlung, der von seiner Gilde zu uns geschickt wurde. Spricht dies nun für oder gegen die Qualität von virtuellen Sozialkontakten?

# Artikelverzeichnis 2008

| Artikel   | Ausgaben   | Seiten    |
|---|------------|-----------|
| <b>Bernhard, B. &amp; Meyer, T. D.</b><br>Psychotherapie für Betroffene mit bipolar affektiven Störungen  | PTJ 2/2008 | 134 – 139 |
| <b>Berns, I.</b><br>Dieselbe Schulklasse für Patient und Kind einer Psychotherapeutin?  | PTJ 4/2008 | 348 – 354 |
| <b>Cramer-Düncher, U. &amp; de Brito Santos-Dodt, M.</b><br>Wissenschaftliche Anerkennung auf dem gerichtlichen Prüfstand: Wer bestimmt, was „wissenschaftlich anerkannt“ ist? Der Beschluss des Oberverwaltungsgerichts Nordrhein-Westfalen zur Gesprächspsychotherapie. | PTJ 2/2008 | 123 – 127 |
| <b>de Brito Santos-Dodt, M.</b><br>Oberverwaltungsgericht Nordrhein-Westfalen bestätigt die wissenschaftliche Anerkanntheit der Systemischen Therapie/Familientherapie  | PTJ 4/2008 | 356 – 357 |
| <b>Esser, G.</b><br>Statement zu den neuen Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie  | PTJ 2/2008 | 121 – 122 |
| <b>Harfst, T., Wessels, T., Buchholz, M. B. &amp; Kächele, H.</b><br>Psychotherapie zwischen Forschung und Anwendung  | PTJ 3/2008 | 244 – 247 |
| <b>Jacobi, F. &amp; Hoyer, J.</b><br>Gesundheitsberichterstattung über Psychotherapie nach dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz: Ein kritischer Fall  | PTJ 2/2008 | 140 – 143 |
| <b>Kächele, H. &amp; Richter, R.</b><br>„Studientherapeut“ – ein neues Qualitätsmerkmal?  | PTJ 3/2008 | 241 – 243 |
| <b>Kriz, J.</b><br>Vermessene Wissenschaftlichkeit – Kritische Aspekte und bedenkliche Tendenzen des Methodenpapiers  | PTJ 2/2008 | 117 – 119 |
| <b>Kühnlein, I. &amp; Mutz, G.</b><br>Psychotherapie im gesellschaftlichen Wandel   | PTJ 4/2008 | 338 – 347 |
| <b>Leichsenring, F.</b><br>Zum Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie   | PTJ 2/2008 | 119 – 120 |
| <b>Ludwig-Körner, C.</b><br>Eltern-Säuglings-/Kleinkindpsychotherapie – ein neues Berufsfeld  | PTJ 1/2008 | 4 – 11    |
| <b>Möhlenkamp, G.</b><br>Die Psychologie der Neurologik – Ist die euphorische Rezeption der Neurobiologie vor allem ein psychologisches Phänomen?   | PTJ 1/2008 | 23 – 28   |
| <b>Mörsen, C. P. &amp; Loeffler, G.</b><br>Glücksspielsucht   | PTJ 3/2008 | 216 – 225 |

| Artikel   | Ausgaben   | Seiten    |
|---|------------|-----------|
| <b>Müller, U. A., Felder, H., Stanko, S., Walz-Pawlita, &amp; Winter, Y.</b><br>Die Normierung der Beziehung durch die Macht des Marktes. Droht ein Paradigmenwechsel in der psychotherapeutischen Behandlung durch veränderte Rahmenbedingungen in der aktuellen Gesundheitspolitik? | PTJ 3/2008 | 228 – 240 |
| <b>Nübling, R.</b><br>Das Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie. Definierte Hürden für die Zulassung von Psychotherapieverfahren für Ausbildung und Berufsausübung.  | PTJ 2/2008 | 102 – 110 |
| <b>Raible, R.</b><br>Rettet den G-BA!   | PTJ 4/2008 | 357 – 358 |
| <b>Rasehorn, B.</b><br>Neue Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zum Versorgungsbedarf unterversorgter Personengruppen erwartet  | PTJ 1/2008 | 18 – 20   |
| <b>Rautschka-Rücker, J.</b><br>Heilpraktikerrecht und Psychotherapie  | PTJ 3/2008 | 248 – 250 |
| <b>Redaktionsbeirat des PTJ</b><br>Interviews mit Prof. Dr. Dietmar Schulte und Prof. Dr. Gerd Rudolf: Fragen zur Zukunft der Psychotherapie  | PTJ 2/2008 | 111 – 116 |
| <b>Rüping, U. &amp; Lembke, U.</b><br>Leben oder sterben lassen – zur Suizidpaktentscheidung des Oberlandesgerichtes Braunschweig   | PTJ 4/2008 | 359 – 263 |
| <b>Rüping, U. &amp; Rautschka-Rücker, J.</b><br>Diskriminierung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durch Private Krankenversicherungen   | PTJ 3/2008 | 250 – 253 |
| <b>Rüping, U. &amp; Soffner, K.</b><br>Die Abgabe einer psychotherapeutischen Praxis an den geeigneten Nachfolger – Gestaltungsalternativen   | PTJ 1/2008 | 12 – 17   |
| <b>Schopohl, J.</b><br>Übergangsregelung zur Kassenzulassung europarechtswidrig – Urteil des Europäischen Gerichtshofs vom 06.12.2007 (C-456/05)  | PTJ 1/2008 | 21 – 22   |
| <b>Watzke, B., Schulz, H., Koch, U. &amp; Mehnert, A.</b><br>Psychotherapeutische Versorgung in der Onkologie   | PTJ 4/2008 | 328 – 336 |
| <b>Wölfling, K. &amp; Müller, K. W.</b><br>Phänomenologie, Forschung und erste therapeutische Implikationen zum Störungsbild Computerspielsucht   | PTJ 2/2008 | 128 – 133 |

## 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

Markt 1-2 / Jacobsen-Haus  
24103 Kiel  
Tel. 0431/661199-0  
Fax 0431/661199-5  
Mo – Fr 9.00 – 12.00 Uhr  
Do 13 – 16 Uhr  
info@pksh.de  
www.pksh.de

### Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

Karl-Rothe-Str. 4  
04105 Leipzig  
Tel. 0341/462432-0  
Fax 0341/462432-19  
info@opk-info.de  
www.opk-info.de

## Stellen-/Praxismarkt

### Jobsharing

Berlin  
PP/VT sucht Jobsharing/KV-Sitz  
Mail: mozafari@gmx.de  
Tel.: 01732073705

Psych. Psychotherapeutin  
(VT, Erw., Arztregister)  
sucht Jobsharing oder Assistenz im  
Rhein-Erft-Kreis oder Köln  
Tel.: 02232-568337

**Kreis Recklinghausen** KJP 42 J.  
w (TP, Approb., Arztreg.) **suche**  
Praxisassistent/ Jobsharing/ Hono-  
raris/ Anstellung (auch geringe  
Stundenzahl) oder halben KV-Sitz  
Tel.: 01732806940 oder PWiet@  
aol.com

**Psych. Psychotherapeutin**  
(TP Erw.)  
sucht Jobsharing im **Ortenaukreis**  
(auch geringe Stundenzahl)  
ab **Mai 2009**.  
Tel. 07803-927597

Biete Jobsharing,  
Wuppertal,  
8 Wo.Std.jmegggers@gmx.de

Biete Job-Sharing (PP)  
oder Assistenz in VT-Praxis  
in Gelsenkirchen,  
Chiffre: PTPJ 080414

**Kreis Recklinghausen.** Psycho-  
log. Psychotherapeutin (VT-Erw.,  
berufserf., Arzt-Reg.) sucht Jobsha-  
ring (möglichst in eigener Praxis,  
auch geringe Stundenzahl) oder KV-  
Sitz. Kontakt: pia@gruenendieck.de

Raum Oldenburg  
Psychologischer Psychotherapeut  
(Arztreg. TP/PA) sucht Jobsharing  
Tel. 0441/7775316 Fax:  
0441/3800556

### Praxisabgabe

Suche Praxisnachfolger(in)  
(ab 1.1.2009) **Psychoanalyse,**  
**Tiefenpsychol. PT, KJP**  
im S-Bahnbereich **München**,  
Chiffre: PTPJ 080401

Seit 1980 etablierte Psychologisch-  
Psychotherapeutische PRAXIS  
(Erwachsenen-VT) in nordhessi-  
scher Kleinstadt (Einzugsgebiet  
MR-Kassel-GÖ) in besonderer Lage  
zum 1.1.2010 abzugeben. Zuschrif-  
ten erbeten unter  
Chiffre PTPJ 080402

Karlsruhe-City zum 30.09.09  
Vollpraxis an PP (VT)  
in ruhiger Lage zu verkaufen.  
Fax: 0721/9375754  
oder e-mail:  
psycho-doc@t-online.de

**Praxis zw. Ulm und Augsburg**  
**ab 1.4. oder 1.7.09 abzugeben.**  
Schulen am Ort, gute Verkehrsan-  
bindung: Praxisräume (Parterre,  
3 1/2 Zimmer, Bad, Garage) können  
gemietet werden.  
Chiffre PTPJ 080405

Umsatzstarke Privatpraxis in der  
Kölner Innenstadt ab sofort an  
approbierte Verhaltenstherapeutin  
zu verkaufen.  
Tel: 0163-1623507

Praxisverkauf in **Cottbus** (gesper-  
ter Bezirk) vorerst **ab 01.04.09**  
geplant (**KV-Zulassung TP**, Voll-  
auslastung). Zuschriften erbeten mit  
Preisvorstellung unter  
Chiffre PTPJ 080406

**Hamburg**  
Biete ab **2009** stufenweisen  
**Einstieg** in vollausgelastete  
Praxis für PP. Später ist  
**Kauf** der Praxis möglich.  
Zuschriften bitte unter  
Chiffre PTPJ 080408

**Verkaufe Praxis VT- Erw.**  
Seit 1982 bestens etablierte, sehr  
gut ausgelastete, umsatzstarke  
Psych.-Psychother. Praxis  
in Toplage **Kassels** zum 2. Quartal  
09 an PP u./o. ärztl. PT abzugeben.  
175m², vor 2J. top-modernisiert,  
Mietvertrag kann übernommen  
werden  
Chiffre: PTPJ 080409

Praxis in Wolfsburg, voll ausge-  
lastet, zum 01.04.09 abzugeben.  
Teilzahlung möglich.  
Tel. 0171/249 20 38.

**Praxis in Leipzig** abzugeben.  
Zuschriften erbeten unter  
Chiffre: PTPJ 080410

Gut eingeführte Praxis (PA, TP,  
Erw.) **Region Hannover**, zum  
01.04.09 oder später abzugeben.  
Tel.: 05137/71411

Nachfolger/in für AKJP/PP-Praxis  
(KV-Zulassung) in Frankfurt/Main  
zum 01.04.2009 oder 01.07.2009  
gesucht. Zuschriften erbeten unter  
Chiffre: PTPJ 080416

Praxis VT Erwachsene in **Rem-  
scheid** abzugeben zum 01.04.09  
Chiffre: PTPJ 080417

Praxis, PP, Erw-VT  
im Kreis Heinsberg, NRW,  
zum Sommer 2009  
zu verkaufen.  
Chiffre: PTPJ 080419

### Praxistausch

**Tausche/Kaufe Praxis**  
Biete Kreis **Warendorf**  
Suche **Münster** oder **Bielefeld**  
VT oder TP – Erwachsene,  
ab Ende 2009  
Tel.: 02382 – 806297

Psychologischer  
Psychotherapeut (VT)  
sucht KV-Sitz oder Jobsharing  
**im Schwarzwald**  
Zuschriften erbeten unter  
Chiffre PTPJ 080407

**Psychologischer Psychothera-  
peut** (VT, Erw., Abrechnungsgeneh-  
migung Ki/Ju+Gruppentherapie)  
sucht KV-Sitz (alternativ Teilzulas-  
sung, Jobsharing) in **Soest und**  
**Umgebung**.  
Tel.: 02921/3879960

Erfahrener PP (PA, TP)  
sucht Praxis zur Übernahme  
im **Raum Rosenheim**  
(evtl. Tausch mit Raum  
Stuttgart) in 2009 oder 2010.  
Tel. 0178/4142550.

Hessen: F \* GI \* WI \* DA \* HU \*  
HG \* MZ \* andere Kreise  
KV-Sitz ab sofort gesucht  
Psych. Psychotherapeut (VT Erw.)  
Chiffre: PTPJ 080415

**Erfahrene Psychologische Psy-  
chotherapeutin (TP, Erw.) sucht**  
**KV-Sitz in Bonn.**  
Tel.: **0178-4637473**

PP sucht KV-Sitz  
Rhein-Erft-Kreis, Rhein-Sieg-Kreis,  
Bonn, Köln  
Chiffre: PTPJ 080418

**Kassel**  
Psych. Psychotherapeutin  
(VT, Erw.)  
sucht KV-Sitz  
Tel. 0170/5578520

Psychologischer Psychotherapeut  
(VT, Erw.) sucht  
**halben KV-Sitz in Münster.**  
Tel.-Nr. 0163/3777033

### Praxisvermietung

Bochum: Biete Praxisräume mit  
großem, ruhigen und stilvoll einge-  
richteten Therapieraum in sehr guter  
Lage zur Nutzung an.  
Fon: 0234/9489641

**Psychologische Psychothera-  
peutin** (VT, GT, Appr., Arztreg.),  
16 Jahre Berufserfahrung, sucht in  
**Niederbayern** (gerne DEG, SR, PA,  
PAN, DGF) KV-Sitz, Job-Sharing  
oder Mitarbeit **ab Ende 2009**.  
09938/903620 oder  
chkley@aol.com

Psychologische Psychotherapeutin  
(VT) sucht **KV-Sitz in Leipzig** und  
Umgebung zum 1.4.2009 oder  
später.  
Kontakt über vt.leipzig@web.de  
oder Chiffre PTPJ 080403

PP (VT, Erw.) sucht KV-Sitz/Jobsha-  
ring im Raum Braunschweig  
(BS, WF, HE, WOB, GS)  
Tel.: 0163-2580654

**Psychologischer**  
**Psychotherapeut**  
sucht KV-Sitz oder Job-Sharing  
(TP/PA für Erwachsene)  
**in München-Stadt**  
Tel.: 089 / 350 99 737

**München, Glockenbachviertel**  
Praxisraum 25 qm,  
hell, ruhig, Blick ins Grüne  
ab 1.1.09 an Kollegin zu vermieten.  
**Tel. 089/266709 und 8349253**

**Berlin-Schöneberg** (2Min. bis  
U-Bahn Bayerischer Platz): heller  
Raum in PT-Praxis (Erwachsene  
und/oder Kinder) ab März 2009 zu  
vermieten. **Tel.:** 030/8545196

Große, gut ausgestattete VT-Praxis  
(nördliches Ruhrgebiet) sucht  
PP mit Approbation zur Mitarbeit.  
Zuschriften erbeten unter Chiffre:  
PTPJ 080412

Der Kreis Mettmann sucht für sein  
Gesundheitsamt jeweils für 19,5  
Wochenstunden eine/n  
• Kinder- und  
Jugendlichenpsychotherapeut/in  
sowie eine/n  
• Fachärztin/ Facharzt für Kinder-  
und Jugendpsychiatrie  
Bei entsprechender Qualifikation  
kann die Besetzung auch vollzeitig  
erfolgen. Der Einsatz erfolgt im  
Sozialpsychiatrischen Dienst im  
Bereich der Seelischen Gesundheit  
im Kinder- und Jugendalter.  
Weitere Informationen unter [www.kreis-mettmann.de](http://www.kreis-mettmann.de)  
Kontaktadresse: [regina.kohnert@kreis-mettmann.de](mailto:regina.kohnert@kreis-mettmann.de)

Freundl. Raum, ca. 17 qm, Erst-  
bezug, ca. 15 km nördl. Frankfurt/  
Main, in PT-Praxis zu vermieten.  
**Tel.:** 06039/42600, e-mail:  
[edith.hilberth@t-online.de](mailto:edith.hilberth@t-online.de)

\*Würzburg,\* zwei Praxisräume  
in VT-Praxis (ruhig und zentral  
gelegen) zu  
vermieten.  
**Tel.:** 0171/7244295

#### Kleine Anzeigen – mit GROSSER Wirkung!

... und das schon ab  
€ 53,- zzgl. MwSt

**Gesucht – Gefunden!**  
Mit PTJ erreicht man über  
34.500  
Psychologische  
Psychotherapeuten

#### Stellenangebote

Suche zum 01.01.09 eine/n  
approbierte/n Psychotherapeut/in  
mit abgeschlossener PT-Ausbildung  
für Teilzeitstelle (ca. 20 St./Wo.) in  
zentral in HH gelegener ambulanter  
psychotherapeutischer Praxis.  
Chiffre PTPJ 080404

#### Stellengesuche

**Psych. Psychotherapeut, Fachpsy-  
chologe für Diabetes, langj. Er-  
fahrung. in Einzel- u. Gruppenarbeit  
sowie Lehrerfahrung im Bereich  
Kommunikation su. Teilzeitstelle.**  
Chiffre: PTPJ 080420

**Hamburg Altona**  
Schöner, heller Raum ca. 30qm,  
Perkett, in psychotherapeutischer  
Praxisgemeinschaft, in Ottensen  
(2 Min. Bhf. Altona) zu vermieten.  
Monatlich 600,- Euro inkl. Nk.  
**Tel.:** 040/2507130

**Sicherstellungsassistent/in** Nähe  
**München** gesucht. Voraussetzung  
ist Approbation als PP mit Fach-  
kunde VT und Arztregistereintrag.  
Psychotherapeutische Praxis Petra  
Kümmeler, Am Bogen 42, 85521 Ot-  
tobrunn, [info@praxis-muenchen.de](mailto:info@praxis-muenchen.de)

PP mit Approbation und Schwer-  
punkt Neuropsychologie  
für Mitarbeit in Praxis (nördl. NRW)  
gesucht.  
Zuschriften erbeten unter  
Chiffre: PTPJ 080413

#### Schnell, einfach und bequem!

Kleinanzeigen schaltet man unter  
[www.ptv-anzeigen.de](http://www.ptv-anzeigen.de)

**München: KJ-Therapeutin  
(PA/TP)**  
sucht  
schönen Therapieaum in  
Praxisgemeinschaft  
**Tel. 089-478 404**

Das **Zentrum für Psychotrauma-  
matologie im Krankenhaus  
Maria-Hilf GmbH Krefeld** sucht  
Psychologische/n Psychothera-  
peutIn mit Approbation oder in  
fortgeschrittener Ausbildung für  
Tiefenpsychologische und/oder  
Analytische Psychotherapie  
Schriftliche Bewerbung an: DIPT  
e.V., Herrn Univ.Prof. Dr. G. Fischer,  
Springen 26, 53804 Much

An der **Universität Passau**  
ist zum **1. Februar 2009**  
die Vollzeitstelle einer/eines  
**Diplom-Psychologin/  
Diplom-Psychologen**  
für die psychologisch-psychothera-  
peutische Beratung von Studieren-  
den, in der Regel befristet für zwei  
Jahre, zu besetzen. Die Übernahme  
in ein unbefristetes Arbeitsverhältnis  
ist vorgesehen.  
Nähere Informationen  
finden Sie unter  
[www.uni-passau.de/jobs](http://www.uni-passau.de/jobs).

**Düsseldorf-Zentrum**  
**Praxisraum** (22 qm) in etablierter  
Praxis zu vermieten. Hohe Behand-  
lungsnachfrage. Teilnahme an Büro-  
Service und SV-Gruppe möglich.  
**Tel. 0176-51496824**

### Anzeigenschluss

für die nächste Ausgabe

ist der **17. Februar 2009.**

**PTJ Ausgabe 1/09**

erscheint

am **26. März 2009.**

Ihre Chiffre-Zuschriften senden Sie bitte

in einem zweiten geschlossenen

**Umschlag an den Verlag:**

Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH,

Herrn Günther Pfeffer

Chiffre Nr. \_\_\_\_\_,

Im Weiher 10,  
69121 Heidelberg

## Kleinanzeigen

**Aktive Imagination nach C.G. Jung** Einjährige Fortbildung in Hannover, Beginn 24.01.2009, 10 Samstage. Zertifiziert mit 80 Punkten. Kosten: 1200 €  
 Veranstalter: C.G. Jung-Gesellschaft Hannover e.V. Info bei: Dipl.-Psych. Hanna Wolter, Psychoanalytikerin.  
 Tel: 051 1/868084,  
 Email: coaching-wolter@gmx.de

**Supervision bei der Berichterstellung (TP, AP)** durch erfahrene Dipl.-Psychologin. Kompetent, schnell, zuverlässig, tel: **0221-3319983**  
 email: **berichterstellung@psydie.de** web: **www.psydie.de**

**Tiefenpsychologisch fundierte u. analytische Psychotherapie Verhaltenstherapie**  
 Schnelle und qualifizierte Fallarbeit  
 - Kinder, Jugendl. und Erwachsene -  
 Tel. 0421 / 444 700  
 mail: **Berichte@t-online.de**

Qualifizierte, zuverlässige und kostengünstige Supervision bei Antragstellung (TP) für Erwachsene, Kinder und Jugendliche v. Psychol. Psychotherapeutin (App.) mit langj. Erfahrung Tel.: 06731/996247  
 e-Mail: **A.Etgen@gmx.de**

**QM leicht gemacht! Ihr Zeitaufwand ca. 2 Stunden**  
 Wir leiten Sie sicher durch den QM-Dschungel. Unser an **QEP** angelehntes Angebot erspart Ihnen aufwändige Einarbeitung, Seminarbesuche, Konzeption und Erstellung des Handbuchs. Sie füllen unseren Fragebogen aus – wir erarbeiten Ihnen Ihr individuelles **QM-Handbuch** zur Vorlage bei der KV!  
**Das TherapeutenBüro GmbH**  
**Tel.: 0 23 71 / 97 29 804**  
 Fax 0 23 71 / 43 77 27  
 E-Mail: **iserlohn@dtb-gmbh.de**

Großes Anwesen in kleinem Dorf zu verkaufen. Niedersachsen 29378 Wittingen Geeignet für psychotherapeutische Praxis da diese Gegend Familientherapeutisch großen Bedarf hat. Zudem wird eine vorhandene gesicherte Existenz angeboten, es besteht seit 10 Jahren eine Internatsschule für Berufsschüler. Eine Privatwohnung ist vorhanden. Aus Altersgründen zu verkaufen.  
 Kontakt : **www.berlinerhof-rade.de**

Individuell-kompetent **Supervision bei Antrag** für **TP/PA** Erwachsene durch Dipl.-Psychologin  
 Tel: 02232-29679  
 E-mail: **kaheep@web.de**

**Beginn der nächsten Ausbildung** in Psychoanalyse und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie zum Kinder-, Jugendlichen- bzw. Erwachsenentherapeuten für Ärzte, Dipl. Psych., Dipl. Soz.Päd., Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ und „Psychoanalyse“ für Ärzte. Veranstaltungsort: München und Bad Kissingen  
 Veranstalter:  
 Telos Institut für Psychotherapie  
 Kindermannstraße 7  
 80637 München  
 Telefon 089-152855  
 e-mail: **telos@telosinstitut.de**

**tiefenpsychologisch fundierte sowie analytische Psychotherapie**  
 Fallarbeit zu Psychodynamik, Diagnostik und Behandlungsplanung Erwachsene, Kinder und Jugendliche 16 Jahre Erfahrung, Express-Service Tel.: 0221 / 995 995 – 10  
 Fax: 0221 / 995 995 – 11 Mo.-Do. 9:00-15:00 Uhr, Fr. 9:00-10:00 Uhr

**Supervision bei VT-Antragstellung** (Erw.)  
 auf individ. Basis von erfahrener PP.  
 Tel.: 0178/5226036 od.  
 089/53887979  
**antragshilfe@web.de**

VT-Antrag als Chance  
**www.sorkc.de**  
 Wir schreiben – Sie punkten

**Kleine Anzeigen – mit GROSSER Wirkung!**  
 ... und das schon ab € 53,- zzgl. MwSt

**Supervision bei der Antragstellung**  
**www.psyhdienst.de**  
 Dienstleistungen für Psychotherapeuten und Ärzte  
 E-Mail: **dunja.hergenroether@koeln.de**  
 Telefon: 0221/5708831

Zuverlässige, kompetente und qualifizierte **Supervision bei VT-Antragstellung** von Dipl.-Psych.  
 Tel. 02234949170,  
 E-Mail: **jubender@freenet.de**

Als Organ der Psychotherapeutenkammer sind wir dazu aufgefordert, rechtswidrige Formulierungen in Anzeigen abzulehnen.

Wir möchten unsere Leser darauf hinweisen, dass

ein KV Sitz weder *verkauft* noch *abgegeben* werden kann.

Eine Praxis kann verkauft werden,  
 eine Praxisnachfolge kann gesucht werden oder  
 eine Praxis kann abzugeben sein.

Ihr Anzeigenteam vom Psychotherapeutenjournal

## 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

**Internationale Arbeitsgemein-  
schaft für Gruppenanalyse**  
Kreuzherrenstraße 65  
53227 Bonn  
Tel.: 0228 478951  
Fax: 0228 477872  
E-Mail: office@gruppenanalyse.info  
Internet: www.gruppenanalyse.info  
www.psycho-vision.de  
Virtuelle Realität in der Angstbe-  
handlung www.cme-pt.de Zertifizierte  
Online-Fortbildung

**Helm-Stierlin-Institut**  
Schloß-Wolfsbrunnenweg 29  
69118 Heidelberg  
Tel.: 06221-71409-0  
Fax: 06221-71409-30  
mail: info@hsi-heidelberg.com  
Internet: www.hsi-heidelberg.com

**IGW Institut für integrative  
Gestalttherapie**  
Theaterstr. 4, 97070 Würzburg  
Fon: 0931/354450  
Fax: 0931/3544544  
info@igw-gestalttherapie.de  
www.igw-gestalttherapie.de

**Institut für Traumatherapie  
Oliver Schubbe**  
EMDR-Kurse, Curricula  
Psychotraumatologie  
und EMDR-Vertiefungsseminare,  
kammerzertifiziert  
Tel.: 030-4642185  
www.traumatherapie.de  
info@traumatherapie.de

**Institut für Verhaltenstherapie,  
Verhaltensmedizin u.  
Sexuologie (IVS)**  
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.psv-therapeutenjournal.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.

### Abonnement-service

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 1/2009 ist der 19. Dezember 2008, für Ausgabe 2/2009 der 21. März 2009. Manuskripte sind elektronisch (Diskette, Email) im Word- oder rtf-Format an die Redaktion (s.o.) zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (jpg-Format, mind. 300 dpi), Tabellen in getrennten Dateien einzureichen. Der Umfang des Manuskripts sollte im Regelfall 10 Seiten (zweizeiliger Abstand incl. Abbildungen und Tabellen) nicht überschreiten, während der Titel des Beitrages nicht länger als 70 Zeichen sein sollte.

Die verwendete Literatur ist nach den „Richtlinien zur Manuskriptgestaltung“, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Göttingen: Hogrefe Verlag, 1997), im Text zu zitieren und am Schluss des Manuskripts zu einem Literaturverzeichnis zusammenzustellen. Jedem Manuskript ist eine Zusammenfassung von maximal 120 Worten und eine Kurzbeschreibung mit bis zu 50 Worten (für das Inhaltsverzeichnis) beizulegen. Die Redaktion behält sich das Recht auf Kürzungen vor. Autoren erhalten jeweils zwei Belegexemplare der Ausgabe des „Psychotherapeutenjournal“, in der ihr Beitrag erschienen ist.

### Rechtseinräumung

Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt (dies gilt auch für die Wahrung der Anonymität des Patienten bei der Veröffentlichung von Fallberichten).

Der Autor räumt – und zwar auch zur Verwertung seines Beitrags außerhalb der ihn enthaltenden Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung – dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:

- Das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck – auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zur sonstigen Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen (Abstracts);
  - das Recht zur Veröffentlichung einer Mikropie-, Mikrofiche- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Wege von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe durch Radio und Fernsehsendungen;
  - das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z. B. Diskette, CD-Rom, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm – sei es unmittelbar oder im Wege der Datenfernübertragung –, sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte;
  - das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z. B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sog. Kopienversandes auf Bestellung.
- Verantwortlich für den allgemeinen Teil ist der Redaktionsbeirat. Für Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern sind deren Vorstände verantwortlich.