

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

seit 1. Januar ist das Psychotherapeutengesetz (PsychThG) seit 10 Jahren in Kraft – ein Meilenstein für unsere Profession und auch ein Meilenstein in der Versorgung psychisch kranker Menschen. Das Psychotherapeutenjournal wird mit einer in diesem Jahr geplanten Jubiläumsausgabe der Bedeutung des PsychThG für den Berufsstand der PP und KJP, der Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung und den berufspolitischen Entwicklungen, Neuerungen und Problemen seither Rechnung tragen. Neben der Gründung der Landes- und Bundespsychotherapeutenkammern und deren zunehmend besseren Einflussmöglichkeiten auf die Gesundheitspolitik, wurden wir Psychotherapeuten in die KV- und KBV-Selbstverwaltung einbezogen und konnten dort gleichberechtigte Anerkennung erreichen. Das 10jährige Bemühen um eine angemessene Vergütung trägt in diesem Jahr Früchte, wirft aber auch neue Probleme auf; gerade seitens der Psychiater weht uns immer wieder ein rauer Wind entgegen...

Kritische Äußerungen zum PsychThG beziehen sich auch darauf, dass keine hinreichenden Regelungen für die Stellung von angestellten Psychotherapeuten beispielsweise in Kliniken oder in Beratungsstellen festgelegt wurden. Zu Recht beklagen diese, dass sie beispielsweise nur in Ausnahmefällen Fachärzten gleichgestellt sind. Weiterhin unzumutbar ist, dass mangels Vorgaben im Gesetz und der Approbations- und Prüfungsverordnung für die praktische Tätigkeit im sog. Klinikjahr der Psychotherapeutenausbildung meist keine Vergütung erfolgt.

Diese und weitere öffentlich diskutierte Kritikpunkte am Psychotherapeutengesetz sowie die Veränderung der universitären Ausbildung mit künftigen Bachelor- und Masterabschlüssen waren für das Bundesgesundheitsministerium Anlass, vor Novellierung des PsychThG und Reform der Ausbildung ein Forschungsgutachten Psychotherapie in Auftrag zu geben, dessen Ergebnisse in Kürze zu erwarten sind.

Die weiteren Ausgaben des Psychotherapeutenjournals in diesem Jahr werden sich daher schwerpunktmäßig mit dem Stand der Diskussion zur Ausbildung, den akademischen Eingangsvoraussetzungen und Konsequenzen des Forschungsgutachtens für die Kompetenzerweiterung für Psychotherapeuten wie auch mit der Psychotherapieforschung in Deutschland und deren Förderung durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung befassen.

Die Frage der wissenschaftlichen und sozialrechtlichen Anerkennung von Psychotherapieverfahren ist und bleibt ein Thema, das die Gemüter bewegt: der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie hat kurz vor Weihnachten 2008 das Prüfverfahren für die Systemische Therapie abgeschlossen und die Empfehlung des Verfahrens für die zur Approbation führenden Ausbildungen für Psychologische Psychotherapeuten wie auch für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gegeben. So hat auch dieses Verfahren – wie vorher bereits die Gesprächspsychotherapie – die Hürde zur berufsrechtlichen Anerkennung genommen. In dem vorliegenden Heft 1 des 8. Jahrgangs stellen *Rüdiger Retzlaff und weitere Vertreter der systemischen Fachverbände*, die über 10 Jahre lang an den erforderlichen Studiennachweisen gearbeitet haben, die Befunde der Systemischen Therapie als evidenzbasiertes Verfahren vor und diskutieren auch die Bedingungen des Beurteilungsverfahrens sowie die Perspektiven in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung – vorausgesetzt, die Systemische Therapie wird auch die Hürde der sozialrechtlichen Zulassung nehmen können.

Der Fachbeitrag von *Gerhard W. Lauth und Hanna Raven* zum Thema ADHS im Erwachsenenalter gibt einen Überblick zur aktuellen Empirie und den Behandlungsschwerpunkten eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungsprogramms. Man mag eine kritische Sichtweise zur Diagnose, Ätiologie und Ritalintherapie vermissen – der Artikel unterstreicht einmal mehr, dass das Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperakti-

vitätssyndrom, bleibt es unerkannt und unbehandelt, erhebliche Entwicklungsdefizite nach sich zieht und im Erwachsenenalter mit hohen Komorbiditätsraten einhergehen und auch dadurch unerkannt bleiben kann. Wenn in der Vergangenheit ADHS wegen phänomenologischen Ähnlichkeiten häufig als Borderline-Störung diagnostiziert und somit subsumiert wurde, wäre auch nach den Therapieelementen zu fragen, die identisch sind und im Sinne eines integrativen Behandlungskonzepts zusammenwirken. Der hier beschriebene therapeutische Zugang wirft die Frage auf, was ihn konkret von anderen therapeutischen Vorgehensweisen, z. B. den psychodynamischen Verfahren und dem Ansatz von Kernberg unterscheidet. Möge dieser Artikel einen Anstoß geben, den Austausch zwischen den Schulen zu suchen und auch Sie als Leser anregen, uns Ihre Erfahrungen mitzuteilen.

Im Herbst letzten Jahres ist einer der „alten Herren“ der Psychotherapie, Alexander Lowen, der Begründer der Bioenergetischen Analyse verstorben. *Ulrich Sollmann und Manfred Thielen* würdigen ihn in einem Nachruf und zeichnen seinen Lebensweg und sein Wirken nach.

In der Rubrik „Recht: Aktuell“ greifen *Uta Rüping und Kristina Soffner* die Kontroverse um den Verkaufswert einer Praxis auf und erläutern die rechtlichen Bedingungen und daraus ableitbare Strategien bei einem Praxiskauf. Die Rubrik „Aktuelles aus der Forschung“, erstellt von *Detlef Bunk*, befasst sich unter anderem auch mit zwei Studien zu ADHS. Des Weiteren finden Sie wie üblich in diesem Heft neben Buchrezensionen und Leserbriefen die aktuellen Informationen der Bundespsychotherapeutenkammer und Ihrer Landeskammer.

Wir wünschen Ihnen eine spannende Lektüre!

*Mareke de Brito Santos-Dodt
Dietrich Munz
(Baden-Württemberg)
Mitglieder im Redaktionsbeirat*


Inhalt

Editorial	1
Originalia	
<i>Rüdiger Retzlaff, Kirsten von Sydow, Wilhelm Rotthaus, Stefan Beher & Jochen Schweitzer</i> Systemische Therapie als evidenzbasiertes Verfahren – aktuelle Fakten, Entscheidungen und Aussichten	4
Die wissenschaftliche Anerkanntheit der Systemischen Therapie wurde im Dezember 2008 durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie bestätigt. Ausgehend von den Wirksamkeitsnachweisen wird diese Entscheidung insbesondere in Bezug auf die Versorgungsrelevanz bei schweren und kostenintensiven Beschwerdebildern diskutiert. Das Beurteilungsverfahren und die neuen Kriterien des Gemeinsamen Bundesausschusses werden kritisch reflektiert. Verbesserungsmöglichkeiten der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung mit einer Zulassung der Systemischen Therapie als Kassenverfahren werden aufgezeigt.	
<i>Gerhard W. Lauth & Hanna Raven</i> Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) im Erwachsenenalter. Ein Review	17
Mit einer Prävalenz von 3 - 4% wird ADHS im Erwachsenenalter als ernstzunehmende Störung angesehen, die häufig mit weitreichenden Beeinträchtigungen und komorbiden Störungen einhergeht. In der vorliegenden Überblicksarbeit wird der aktuelle Stand der Forschung in den Bereichen Epidemiologie, Diagnostik, Ätiologie und Interventionen stets mit Blick auf die klinische Praxis erörtert.	
Nachruf	
<i>Ulrich Sollmann & Manfred Thielen</i> Nachruf zum Tode von Alexander Lowen	31
Recht: Aktuell	
<i>Uta Rüping & Kristina Soffner</i> Das Nachbesetzungsverfahren aus der Perspektive des Bewerbers und potentiellen Praxiskäufers	33
Aktuelles aus der Forschung	
<i>Detlef Bunk</i>	39
Buchrezensionen	45
<i>Hermann Maaß</i> Riedel, K. (2008). Empathie bei Kindern psychisch kranker Eltern. Köln: GwG-Verlag.	45
<i>Myriam Freidel & Klaus Freidel</i> Petermann, F. (Hrsg.). (2008). Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie (6. vollst. überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe	46

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern	48
Bundespsychotherapeutenkammer	48
Baden-Württemberg	57
Bayern	61
Berlin	65
Bremen	69
Hamburg	73
Hessen	77
Niedersachsen	83
Nordrhein-Westfalen	87
Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer	93
Rheinland-Pfalz	97
Saarland	102
Schleswig-Holstein	105
Leserbriefe	109
Inserentenverzeichnis	110
Kontakt Daten der Kammern	111
Stellen-/Praxismarkt	11, 15, 43, 47, 112
Kleinanzeigen	114
Branchenverzeichnis	115
Impressum	116

Hinweis:


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



**Weiterbildungsstudiengänge
Psychotherapie
Poliklinische
Psychotherapieambulanz**

**Symposium zum
10jährigen Bestehen**

**Integrative
Ansätze der
Psychotherapie**



31. Oktober 2009

WORKSHOPS (parallel)

Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie, **T. Heidenreich**

Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP), **U. Schweiger**

Dialektisch-behaviorale Therapie bei Adoleszenten (DBT-A), **C. Fleischhaker**

Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy (IRRT), **M. Smucker**

Klinische Bindungsforschung und Psychotherapie, **B. Strauß**

Symptombezogene psychodynamische Psychotherapie von Angststörungen, **S.O. Hoffmann**

VORTRÄGE

W. Lutz: Evidenzbasierung in der Psychotherapie? Neuere Ergebnisse der Psychotherapieforschung

H. Schöttke: Psychotherapieforschung an der Universität Osnabrück – Ergebnisse und Perspektiven

B. Strauß: Zukunft der Psychotherapie

Weitere Informationen und Anmeldung unter:
www.psychotherapie.uni-osnabrueck.de

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

Prof. Dr. Karl Heinz Wiedl
apl. Prof. Dr. Henning Schöttke
apl. Prof. Dr. Josef Rogner
Dipl.-Psych. Uwe Müller
Dr. Ingrid Reiffen

Systemische Therapie als evidenzbasiertes Verfahren – aktuelle Fakten, Entscheidungen und Aussichten

Rüdiger Retzlaff¹, Kirsten von Sydow², Wilhelm Rotthaus, Stefan Beher, Jochen Schweitzer¹

¹Universitätsklinik Heidelberg, ²Universität Hamburg

Zusammenfassung: Die Systemische Therapie hat sich international als Psychotherapieverfahren etabliert und zählt in der ambulanten und stationären Psychotherapie sowie im Bereich der Rehabilitation und Prävention heute weltweit zu den am weitesten verbreiteten Behandlungsverfahren. Die wissenschaftliche Anerkennung der Systemischen Therapie¹ wurde im Dezember 2008 nun auch in Deutschland durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) bestätigt. Ausgehend von den Wirksamkeitsnachweisen der Systemischen Therapie wird die Entscheidung des WBP insbesondere in Bezug auf die Versorgungsrelevanz bei schweren und kostenintensiven Beschwerdebildern diskutiert. Nach einer kritischen Wertung des Beurteilungsverfahrens werden die neuen Kriterien des Gemeinsamen Bundesausschusses für die sozialrechtliche Anerkennung reflektiert. Abschließend wird aufgezeigt, welche Verbesserungen der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung mit einer Zulassung der Systemischen Therapie als Kassenverfahren erreicht werden könnten.

Einleitung

Die Diskussion um die wissenschaftliche Anerkennung von Psychotherapieverfahren ist auch im Kontext eines zunehmenden Wettbewerbs um die Verteilung finanzieller Ressourcen im Gesundheitssystem zu sehen (Müller et al., 2008). Angesichts knapper ökonomischer Mittel müssen Therapieverfahren zunehmend umfangreiche Nachweise der Wirksamkeit und Kosteneffizienz erbringen, wenn sie Teil des öffentlich finanzierten Gesundheitssystems werden oder in ihm verbleiben wollen. Bereits durch Entscheidungen des Verwaltungsgerichts Düsseldorf vom 7. April 2006 und des Oberverwaltungsgerichts Nordrhein-Westfalen (NRW) vom 4. August 2008 wurde bestätigt, dass die Systemische Therapie ein wissenschaftliches Verfahren im Sinne des Psychotherapeutengesetzes ist. Diese Gerichtsbeschlüsse kritisierten die

Gleichsetzung einer Anerkennung eines Verfahrens in der Wissenschaft mit dem Nachweis seiner Wirksamkeit durch RCT-Studien und stützen einen pluralistischen Wissenschaftsbegriff. Dennoch erscheint uns der Nachweis der Evidenzbasierung der Systemischen Therapie sinnvoll und notwendig. Unbestritten ist, dass psychotherapeutische Verfahren Rechenschaft über ihre Wirksamkeit und Kostengünstigkeit ablegen müssen. Allerdings überlagern ökonomische Faktoren den Diskurs darüber, nach welchen Kriterien Heilverfahren sinnvollerweise als wirksam beurteilt werden können und sollen.

Aktuelle Befundlage

Zeitgleich mit dem Antrag des Landes NRW an den WBP um erneute Überprüfung der Systemischen Therapie wurde eine später

als Buch veröffentlichte Dokumentation zur Evidenzbasierung der Systemischen Therapie erstellt (v. Sydow, Beher, Retzlaff & Schweitzer, 2007b), die auf zwei Meta-Inhaltsanalysen zur Wirksamkeit der Systemischen Therapie bei Erwachsenen und bei Kindern und Jugendlichen aufbaut (v. Sydow, Beher, Schweitzer & Retzlaff, 2006; v. Sydow, Beher, Retzlaff & Schweitzer, 2007a) und an die Arbeit von Schiepek (1999) anknüpft. Diese Expertise wurde von der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie (DGSF) und der Systemischen Gesellschaft (SG) dem Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) am 11.07.2006 vorgelegt. In der seitdem verstrichenen Zeit wurden die Datenbankrecherchen fortgesetzt und dem WBP weitere Studien zu besonders relevanten Diagnosegruppen ergänzend zur Verfügung gestellt. Zusätzlich zu bereits früher beschriebenen Suchstrategien (v. Sydow et al., 2007b) wurden über die European Family Therapy Association (EFTA) und die American Academy of Family Therapy (AFTA) Experten um Hinweise auf relevante Studien gebeten und die Datenbankrecherche über den englischen und den deutschen Sprachraum hinaus ausgedehnt (u. a. auf spanische, griechische, koreanische und chinesische Studien).

¹ Als Bezeichnung des Verfahrens wird auf Anregung des WBP „Systemische Therapie“ statt „Systemische Therapie/Familientherapie“ verwendet.

Durchblick im Psycho- Dschungel – der »rote Faden« durch die Therapielandschaft.



Edgar Heim
Die Welt der Psychotherapie
Entwicklungen und Persönlichkeiten
278 Seiten, gebunden, mit 25 Abb.
€ 24,90 (D) ISBN 978-3-608-94549-2

Diese erste Darstellung der Geschichte der Psychotherapien leistet einen umfassenden Überblick über die wesentlichen Schulen und ihre Methoden. Der Leser wird auf eine informative Entdeckungsreise eingeladen.

»Ich wäre froh gewesen, hätte ich als junger, an Psychologie interessierter Mensch eine solch kompetente Übersicht besessen.«
Jürg Willi



Dankwart Mattke
Luise Reddemann
Bernhard Strauß
Keine Angst vor Gruppen!
Gruppenpsychotherapie in Praxis
und Forschung
ca. 390 Seiten, broschiert
ca. € 34,90 (D) ISBN 978-3-608-89077-8

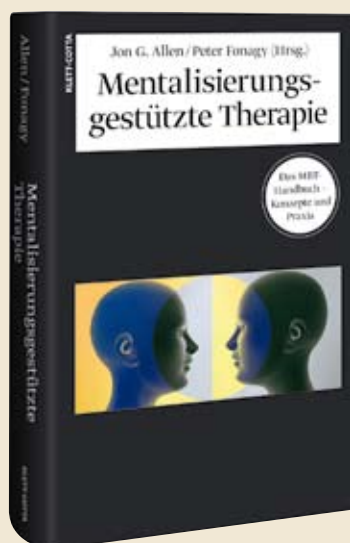
Wer als Psychotherapeutin oder -therapeut mit Gruppen arbeiten will, findet hier alle wichtigen Instrumente, typische Schwierigkeiten und Fallstricke beschrieben, welche die Dynamik einer Gruppe bereithält.



Helmut Kuntz
**Imaginationen –
Heilsame Bilder als Methode
und therapeutische Kunst**
ca. 260 Seiten, broschiert
ca. € 27,90 (D) ISBN 978-3-608-89076-1
Mit Audio-CD; Laufzeit ca. 60 Min.

Das Buch zeigt das Anwendungsspektrum von Imaginationsübungen, geht aber auch auf Risiken und Kontraindikationen ein, bietet neue Übungen und bewahrt vor unsachgemäßem Einsatz dieser kreativen Methode.

Enthält
CD mit
Übung



Jon G. Allen / Peter Fonagy (Hrsg.)
**Mentalisierungsgestützte
Therapie**
Das MBT-Handbuch –
Konzepte und Praxis
Vorwort von Susan W. Coates
Deutsch von Elisabeth Vorspohl
470 Seiten, gebunden, 8 Abbildungen
€ 49,90 (D) ISBN 978-3-608-94521-8

Renommierete Forscher und Praktiker erörtern erstmals die Anwendungsmöglichkeiten (und Grenzen) der mentalisierungsgestützten Therapie für etablierte psychotherapeutische Behandlungsmethoden und verschiedenste klinische Einsatzbereiche.

- Zur Erwachsenenpsychotherapie wurden auf diesem Weg weitere 19 Studien identifiziert (Retzlaff et al., in Vorb.): zu affektiven Störungen (4), Essstörungen (1), psychischen Faktoren bei körperlicher Krankheit (2), Schizophrenie und wahnhaften Störungen (11), Substanzabhängigkeit und -missbrauch (1); davon wurden acht an den WBP nachgereicht. Insgesamt liegen mit den bereits bekannten 33 Studien (v. Sydow et al., 2007b) damit 52 RCT-Studien vor.
- Zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wurden weitere 26 Studien identifiziert (Retzlaff, v. Sydow, Rottaus, Beher & Schweitzer, in Vorb.) – gemischte Störungen (6), affektive Störungen (1), Essstörungen (4), psychische Faktoren bei körperlicher Krankheit (3), Verhaltensstörungen und Delinquenz (9), Substanzabhängigkeit und -missbrauch (3); nachgereicht wurden sechs Studien. Mit den 50 bereits bekannten Arbeiten liegen damit insgesamt 76 RCT-Studien vor. Abbildung 1 gibt einen Überblick über die Publikation randomisierter kontrollierter Studien (RCT) im Zeitverlauf.

Studien zur Kosteneffizienz

Crane (2007) wertete die Daten von drei Millionen Psychotherapie-Behandlungsfällen aus. Patienten, die Familientherapie

erhielten, benötigten 38% weniger Therapiestunden als bei anderen Therapieverfahren. In einer weiteren Studie mit 490.000 Versicherungsfällen, die verschiedene Formen von Psychotherapie erhielten, waren Behandler aller Berufsgruppen und alle Verfahren hoch wirksam. Paar- und Familientherapie erwies sich jedoch als die kosteneffektivste Behandlungsform mit der niedrigsten Rezidivrate (Crane & Payne, in Druck; vgl. auch Psychotherapeutenjournal 1/2007). Kostenreduktionen sind insbesondere bei „high utilizers“ zu beobachten (Crane, 2008). Im Hinblick auf die unterschiedlichen Strukturen der Gesundheitssysteme müssen Kostendaten aus den USA mit Vorsicht interpretiert werden; Daten aus Deutschland existieren bislang nicht, da ambulant erbrachte Systemische Therapie von den Krankenkassen derzeit nicht bezahlt wird. Für die Kosteneffizienz der Systemischen Therapie sprechen jedoch auch die Ergebnisse der britisch-griechischen Untersuchung von Trowell et al. (2007), in denen eine vergleichbare Abnahme depressiver Symptome in der Hälfte der Therapiestunden der psychotherapeutischen Vergleichsgruppe erreicht werden konnte, und zudem die finnische Langzeitstudie von Knekt et al. (2008a,b; Marttunen, Valikoski, Lindfors, Laaksonen & Knekt, 2008), in der eine vergleichbare Reduktion von depressiven Symptomen und Angstsymptomen durch Systemische Therapie in der Hälfte bzw. einem Zehntel der Sitzungen der beiden psychotherapeu-

tischen Vergleichsbedingungen erreicht wurde.

Wirksamkeit und Versorgungsrelevanz der Systemischen Therapie

In dem gut zweijährigen Prüfverfahren des WBP wurden folgende Anwendungsbereiche anerkannt: Für die Psychotherapie von Erwachsenen wurden die Wirksamkeitskriterien für die Bereiche affektive Störungen, Essstörungen, psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten, Substanzstörungen sowie Schizophrenie und wahnhafte Störungen als erfüllt beurteilt. Für die Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen wurden die Kriterien für die Bereiche affektive Störungen und Belastungsstörungen, Essstörungen und Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen, Verhaltensstörungen und Substanzstörungen als erfüllt beurteilt. Damit wurde eine hinreichende Zahl an Wirksamkeitsnachweisen in fünf der zwölf Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Erwachsenen und in vier der acht Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen erbracht. Die Systemische Therapie zählt in diesem Bereich zu den Verfahren mit der breitesten Evidenzbasierung. Sie ist damit auch nach Einschätzung des WBP ein anerkanntes, evidenzbasiertes Psychotherapieverfahren

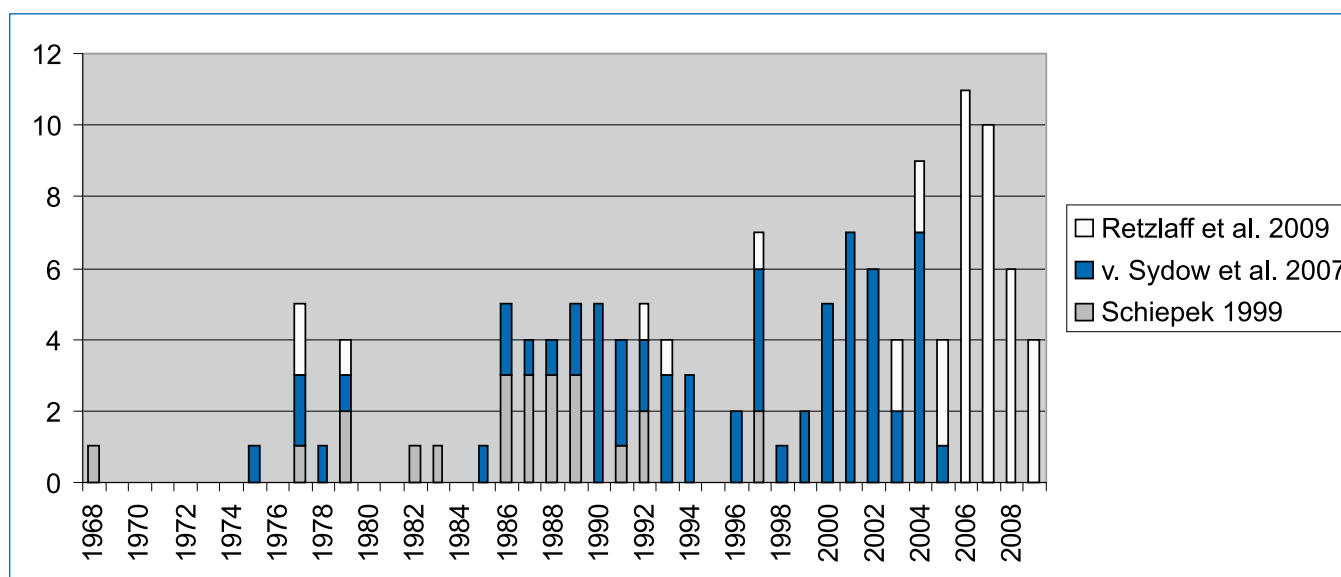


Abbildung 1: Studien zur Systemischen Therapie (jeweils Jahr der Erstveröffentlichung)



G. Gottwik

- ▶ Ein in Deutschland neues Therapiekonzept ausführlich erläutert

2009. X, 350 S. 4 Abb. in Farbe. Geb.
€(D) 39,95; €(A) 41,07; *sFr 62,00
 ISBN 978-3-540-89386-8



J. Cohen et al.

- ▶ Direkt umsetzbar in die Praxis durch konkrete Beispieldialoge, Arbeitsblätter, Problemlösungsmuster

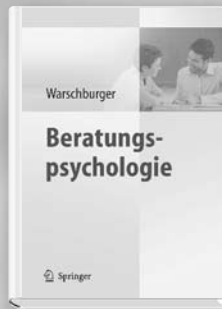
2009. Etwa 215 S. 2 Abb. Brosch.
€(D) 34,95; €(A) 35,93; *sFr 54,50
 ISBN 978-3-540-88570-2



A. Maercker

- ▶ Ein Buch für alle Aspekte rund um die PTSD

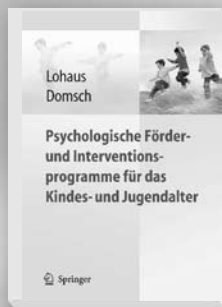
3. Aufl. 2009. Etwa 360 S. 20 Abb. Geb.
 ca. **€(D) 49,95;** €(A) 51,35; *sFr 77,50
 ISBN 978-3-540-88488-0



P. Warschburger

- ▶ 4 große Anwendungsfelder der Beratung: Klinische, Pädagogische, A&O- und Gesundheitspsychologie

2009. XII, 277 S. 24 Abb. Geb.
€(D) 34,95; €(A) 35,93; *sFr 54,50
 ISBN 978-3-540-79060-0



A. Lohaus, H. Domsch

- ▶ Einheitliche Vorstellung der Verfahren, mit praktischer Vergleichstabelle

2009. Etwa 310 S. Brosch.
€(D) 39,95; €(A) 41,07; *sFr 62,00
 ISBN 978-3-540-88383-8



M. Bachmann, A. El-Akhras

- ▶ Materialien zur Vorbereitung für Gruppen- und Einzeltherapiesitzungen

2009. VI, 180 S. Brosch.
€(D) 39,95; €(A) 41,07; *sFr 62,00
 ISBN 978-3-540-89225-0



J. Körkel, C. Schindler

- ▶ Das S.T.A.R.- Programm gehört zu den erfolgreichsten Rückfallpräventionsprogrammen

2. Aufl. 2009. 510 S. 78 Abb. Mit 16 Arbeitsbögen, 21 Infoblätter Notfallpass. Mit CD-ROM. Brosch.
€(D) 39,95; €(A) 41,07; *sFr 62,00
 ISBN 978-3-540-79562-9



S. Schneider, J Margraf

- ▶ Das Standardwerk jetzt mit Extra-Band für das Kindes- und Jugendalter

2009. Etwa 1100 S. 50 Abb. Geb.
€(D) 79,95; €(A) 82,19; *sFr 124,00
 ISBN 978-3-540-79544-5



F. Schneider et al.

- ▶ Mit ausführlichem Beispielgutachten und vielen praktischen Tipps

2. Aufl. 2009. 415 S. 3 Abb. Geb.
 ca. **€(D) 74,95;** €(A) 77,06; *sFr 116,50
 ISBN 978-3-540-68655-2

09 00 68 x

€(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.

Wissen bewegt, gestaltet, verändert!

springer.de



und ist das zweite Verfahren überhaupt, das die Anerkennungskriterien sowohl für die Psychotherapie mit Erwachsenen als auch mit Kindern und Jugendlichen erfüllt. Die Bestätigung als wissenschaftlich anerkanntes Therapieverfahren durch den WBP – und unabhängig davon die Rechtssprechung – legt nahe, dass die zuständigen Landesbehörden nun auch systemische Ausbildungsinstitute für die Approbation zum Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeut zulassen werden.

Für die systemischen Fachverbände ist mit der wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie eine wesentliche Etappe auf einem über zehn Jahre währenden Streben nach berufs- und sozialrechtlicher Würdigung erreicht. Ihre wissenschaftliche Anerkennung ist ein erster Schritt zur Korrektur einer Entwicklung, mit der sich Deutschland – das sich oft einer vorbildlichen psychotherapeutischen Versorgung rühmt – von der Entwicklung vieler europäischer Nachbarländer abgekoppelt hatte. In den USA und in Großbritannien wird Systemische Therapie in Master- und in Ph.D.-Studiengängen gelehrt und beforscht. Systemische Therapie ist dort bei einer Reihe von Störungen (z. B. Anorexia nervosa, Schizophrenie, Substanzstörungen) ein zentraler Bestandteil der Standardbehandlung (v. Sydow et al., 2007b).

Historisch gesehen hat die Systemische Therapie ihre Wurzeln in Modellen für Probleme wie Psychosen, Essstörungen, schwere dissoziale Verhaltensstörungen und jugendliche Delinquenz und Substanzstörungen (Retzlaff, 2008; v. Schlippe & Schweitzer, 2007). Insbesondere bei schweren kostenintensiven psychischen Störungen mit hohem Leidenspotenzial auch für die Umwelt des Patienten ist ihre Wirksamkeit empirisch gut belegt. Bei leichteren Beschwerden wie Anpassungsreaktionen und Angststörungen ist die Befundlage weniger zufriedenstellend (v. Sydow et al., 2007b).

Wegen ihrer Häufigkeit sind psychische Erkrankungen wie Angststörungen und affektive Störungen ein wichtiger Faktor für das Gesundheitssystem. Gesundheitspolitisch noch bedeutender sind somatische Krank-

heiten, bei denen psychische und soziale Faktoren (F54 im ICD-10) beteiligt sind. Disease-Management-Programme illustrieren deren Bedeutung für die Krankenkassen. Die Prävalenzzahlen chronischer körperlicher Krankheiten von Kindern und Jugendlichen sind erheblich, die von Erwachsenen noch höher. Diabetes mellitus ist im Kindes- und Jugendalter keine sehr häufige chronische Krankheit (Kamtsirius, Atzpodien, Ellert, Schlack & Schlaud, 2007), seine Behandlungskosten zunächst nicht sehr hoch. Doch im Erwachsenenalter zählt Diabetes zu den mit Abstand kostenintensivsten Diagnosen überhaupt (Wissenschaftlicher Beirat für die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs, 2007). Bei Diabetes und bei Asthma hat Systemische Therapie einen günstigen Effekt auf den Krankheitsverlauf und die Anpassung an die Krankheitsfolgen. Bei onkologischen Erkrankungen hilft Systemische Therapie, die Lebensqualität zu verbessern und Leid zu lindern. Eine Meta-Analyse von Martire, Lustig, Schulz, Miller und Helgeson (2004) zeigt, dass die Einbeziehung von Partnern zu einer Reduktion von depressiven Symptomen der Patienten führt; bei Patienten mit Herzerkrankungen sinkt sogar die Mortalität. Außerdem verbessert sich das psychische Befinden der Angehörigen – mit einem deutlichen Rückgang von Stresssymptomen, Depressivität und Angst.

Zu den für den Risikostrukturausgleich der gesetzlichen Kassen berücksichtigungsfähigen kostenintensivsten 80 Diagnosen zählen überwiegend somatische Krankheiten. Bei onkologischen Krankheiten, Diabetes mellitus Typ I und II, HIV und AIDS sowie bei den kostenintensiven psychischen Krankheiten Schizophrenie, schweren Substanzstörungen, schweren Depressionen, Essstörungen und Aufmerksamkeitsstörungen ist Systemische Therapie ein empirisch validierter Behandlungsansatz. Die Befunde bestätigen die Position der Psychotherapeutenkammern, dass Psychotherapie auch bei schweren chronischen Beschwerdebildern wirksam ist:

Substanzstörungen waren im Jahr 2004 der häufigste Grund für stationäre Behandlungen von Erwachsenen in Fachabteilun-

gen für Psychiatrie und Psychotherapie und die häufigste Diagnose, die Anlass für eine stationären Rehabilitationsmaßnahme der gesetzlichen Rentenversicherung war (Schulz, Barghaan, Harfst & Koch, 2008). Alkoholexzesse unter Jugendlichen nehmen zu; die Lebenszeitprävalenz für Alkohol- und Substanzstörungen unter 14-24 Jährigen ist mit 15,9% bei Alkohol und 4,9% bei illegalen Substanzen sehr hoch (Wittchen, Nelson & Lachner, 1998). Systemische Therapie in Kombination mit Methadonsubstitution führt auch bei schwer erreichbaren, erwachsenen Opiatabhängigen zu einer Reduktion des Konsums von legalen und illegalen Drogen. Systemische Therapie erreicht mehr Jugendliche mit Substanzproblemen als andere Behandlungsangebote, die Halterate ist besonders hoch, und es gibt nachweislich positive Effekte auf die Geschwister. Insgesamt ist Systemische Therapie bei Substanzstörungen das am besten untersuchte Verfahren mit den positivsten Ergebnissen (v. Sydow et al., 2007b).

Störungen des Sozialverhaltens von Jugendlichen sind ein erhebliches Problem mit beträchtlichen Folgekosten. Nach einer Erhebung der AOK Baden-Württemberg (2008) wird ein großer Teil der stationären Betten in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken in Baden-Württemberg von Patienten mit dieser Diagnose belegt. Bei schwerem delinquentem Verhalten führt Systemische Therapie zu einer Verminderung von Verhaltensproblemen, begleitenden psychiatrischen Symptomen, einer Reduktion von Inhaftierungen und Fremdplatzierungen sowie einer geringeren Rückfallrate und wirkt sich gleichzeitig positiv auf die Familienbeziehungen und Verhaltensprobleme von Geschwistern aus (v. Sydow et al., 2007b).

Magersucht zählt zu den schweren kostenintensiven psychischen Erkrankungen. Nach einer Follow-up-Untersuchung nach 21 Jahren von Zipfel, Löwe, Reas, Deter und Herzog (2000) muss bei 10,4% der überlebenden Patientinnen noch immer die Voll Diagnose gestellt werden; 15,6% der Patientinnen verstarben an den Krankheitsfolgen. Insbesondere bei jugendlichen Patientinnen mit Anorexia nervosa ist Systemische Therapie international der

wichtigste Therapieansatz (v. Sydow et al., 2007b). Sie ist wegen der relativ hohen Erfolgsrate und der guten Evidenzbasis in Großbritannien Standardbehandlung bei Anorexie; der Einsatz anderer Therapieverfahren ist begründungspflichtig (National Collaborating Centre for Mental Health & National Institute for Clinical Excellence, 2004).

Ebenfalls zu den kostenintensiven psychischen Erkrankungen gehören **Schizophrenien und Psychosen**. Eine Reihe von internationalen Studien belegt positive Effekte von Systemischer Therapie auf die Positivsymptomatik und auf besonders schwer zu beeinflussende negative Symptome, auf die Qualität der Ehe und die soziale und berufliche Integration. In den britischen Behandlungsleitlinien werden familientherapeutische Interventionen als Teil des Therapiestandards aufgeführt (National Collaborating Centre for Mental Health & National Institute for Clinical Excellence, 2003).

In der Praxis arbeiten systemische Therapeuten häufig und erfolgreich auch mit **Angststörungen** (Nardone & Watzlawick, 2005), **Anpassungsstörungen** und **somatoformen Störungen** (Crane, 2008), für die es bereits seit Anfang der 1970er Jahre Therapiekonzepte gibt (Schweitzer, Beher, v. Sydow & Retzlaff, 2007). Angstsymptome werden durch systemische Kurzzeittherapie signifikant und anhaltend reduziert (Knekt et al., 2008a,b; Marttunen et al., 2008). Somatoforme autonome Funktionsstörungen, Schlafstörungen, Ängste, Phobien und Zwangsstörungen werden insbesondere bei schwerer Symptomatik und hoher Reaktanz durch paradoxe Intervention wirksam gebessert (Shoham & Rosenthal, 1987). Die gute Wirkung von paradoxen Methoden zeigt auch eine Katamnese-Studie an allen von 1988-1998 behandelten Patienten (n=3484) des Centro di Terapia Strategica in Arrezzo – Patienten mit Ängsten und Phobien (n=1114), Zwangsstörungen (n=923), sexuellen Funktionsstörungen,

depressiven Störungen, Essstörungen und Psychosen. Bei 79% dieser Patienten war die Symptomatik komplett remittiert, ohne Rückfall beim 1-Jahres-Follow-up (Nardone & Watzlawick, 2005). Diese Untersuchung erfüllt nicht die methodischen Kriterien des WBP, dokumentiert aber die erfolgreiche Anwendung von Systemischer Therapie auch bei Angststörungen.

Die Versorgungsrelevanz der Systemischen Therapie beschränkt sich nicht allein auf die Behandlung von Krankheiten, sondern betrifft auch deren **Prävention**. Nach der ACE-Studie (Felitti et al., 1998) an 13.500 Mitgliedern einer amerikanischen Krankenversicherung besteht ein hoher direkter Zusammenhang zwischen belastenden familiären Faktoren in der Kindheit (sexueller Missbrauch und Misshandlung, Gewalt in der Familie oder psychisch kranke, delinquente oder substanzabhängige Angehörige) und dem Vorliegen von körperlichen Krankheiten, wie ischämischen Herzerkrankungen, Krebs, chronischen Atemwegser-

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**
 23.-25.10.09 + 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
 info@emdr-institut.de



(0251) 48 10-110

Finden Sie Ihren persönlichen Weg!

Magersucht und Bulimie ...bewältigen

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

Sind Sie behandelnder Therapeut oder Arzt und haben Fragen zu unserem Konzept? Bitte sprechen Sie uns an. Gerne beantworten wir Ihre Fragen.

Kostenübernahme: Beihilfe, Privatversicherungen, GKV-Einzelfallentscheidung.

Ärztliche Leitung: Dr. med. Schide Nedjat

Außerdem behandeln wir:

- **Angststörungen**
- **Zwangserkrankungen**
- **Depressionen**
- **Posttraumatische Belastungsstörungen**



Christoph-Dornier-Klinik
für Psychotherapie

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

krankungen und Lebererkrankungen, die zu den häufigsten Todesursachen im Erwachsenenalter zählen, sowie psychischen Beschwerden. Systemische Konzepte sind für familienorientierte Präventionsprogramme unverzichtbar.

Kritische Reflektionen

Medikalisierung von Lebenskontexten?

Nach Veröffentlichung der Expertise zur Wirksamkeit der Systemischen Therapie (v. Sydow et al., 2007b) wurde vor der Gefahr der Übernahme eines einseitigen medizinisch-pharmakologischen Wissenschaftsverständnisses gewarnt, das den Besonderheiten des systemischen Modells nicht gerecht wird. In der Systemischen Therapie ist die Behandlung klinischer Störungsbilder im Sinne der ICD-10 in einen breiten Verstehenskontext eingebettet; Symptome werden als Ausdruck aneinander ankoppelnder biologischer, innerpsychischer und sozialer Interaktionen verstanden, und durch eine kooperative Entwicklung gesundheitsfördernder Kommunikationsmuster auflösbar gemacht. Insofern entsprechen sie den Anforderungen der Psychotherapie-Richtlinien, dass die Theoriesysteme von Therapieverfahren „gegenwärtigen, lebensgeschichtlichen und gesellschaftlichen Faktoren in ihrer Bedeutung für das Krankheitsgeschehen gerecht werden“ müssen (Gemeinsamer Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, 2008, PTR A.3).

Trend zur schulübergreifenden Integration

Zwischen den Psychotherapieverfahren gibt es erhebliche Überschneidungen. Eine therapieschulenspezifische Überprüfung bildet deshalb den aktuellen Entwicklungsstand der Psychotherapie nur unzureichend ab. Neuere Therapiemanuale integrieren Elemente aus verschiedenen Richtungen (Seiffge-Krenke, Beher & Skaletz, 2009; v. Sydow et al., 2007b), und viele Therapiemethoden werden verfahrensübergreifend eingesetzt. Um den Vorgaben des WBP zu entsprechen, wurde in der Expertise nur ein kleiner Teil der Studien zur Wirksamkeit von systemisch-integrativer Therapie

aufgeführt (und z. B. die Kombination mit Verhaltenstherapie und/oder Psychoedukation weggelassen). Systemische Therapie ist jedoch nicht auf die in der Expertise aufgeführten Ansätze begrenzt.

Ungleiche Vergabe von Forschungsmitteln

In einem kritischen Artikel warfen Eckert und Richter (2008) die forschungspolitische Frage nach der Vergabe von finanziellen Mitteln für Therapiestudien auf, bei denen an den Hochschulen etablierte Psychotherapieverfahren bevorzugt würden. An den Hochschulen wiederum zeigen sich Trends zu einem Monopol: Die Lehrstühle für Klinische Psychologie beispielsweise sind zu weit über 90% mit verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Professoren besetzt. Eine hohe Zahl von Studien zu einem Psychotherapieverfahren ist allein ein Indikator dafür, dass innerhalb des Wissenschaftsbetriebs zu diesem Verfahren Forschungsgelder zu erhalten sind. Sie besagt nicht, dass weniger beforschte Verfahren nicht wirksam wären, sondern dass sie eine geringere Chance zu einer solchen Überprüfung erhalten haben.

Negative Therapieeffekte

Nach dem Methodenpapier des WBP (2007), das Grundlage der Bewertungen auch des G-BA sein soll, können nur Verfahren und Methoden anerkannt werden, bei denen keine schädlichen Effekte nachgewiesen wurden. Zahlreiche Studien belegen zwar die Bedeutung von sozialer Unterstützung für körperliche Gesundheit, psychisches Befinden und Lebenserwartung. Nur wenige Therapiestudien untersuchen jedoch schädliche Therapiewirkungen auf das soziale und familiäre Umfeld. Szapocznik und Prado (2007) berichteten, dass in drei randomisierten kontrollierten Therapiestudien einzeltherapeutische Behandlungen von Kindern und Jugendlichen zu anhaltenden Verschlechterungen der Familienfunktionen führten. Wegen der hohen Bedeutung von familiärer sozialer Unterstützung für das Wohlergehen von Kindern empfahlen die Autoren, die regelmäßige Überprüfung von solchen negativen Therapieeffekten als Teil von Therapiestudien. Schwartz (2005) zitiert Studien, in denen Einzeltherapien trotz Besserungen

auf Symptomebene zu einer anhaltenden Verschlechterung der sozialen Beziehungen führte, und fordert daher, in Studien Auswirkungen von Psychotherapie auf die sozialen Beziehungen von Patienten zu deren Schutz mit zu erfassen.

Technik und/oder Beziehung?

Innerhalb der Psychotherapie-Forschung ist umstritten, welche relative Bedeutung schulenspezifischen Therapieeffekten beizumessen ist. Metaanalysen belegen dass die Güte der Arbeitsbeziehung und die Überzeugung des Therapeuten von der Richtigkeit seiner Intervention zu den bedeutsamsten Wirkkomponenten zählen (Revenstorff, 2005; Wampold, 2001). Wenn nach Lambert und Barley (2002) lediglich 10% der Therapieeffekte auf die Behandlungsmethode zurückzuführen sind, relativiert dies die Aussagekraft von Verfahrens- und Methodenvergleichen erheblich.

Systemische Therapie als Verfahren der Richtlinienpsychotherapie?

Unter aktiver fachlicher Mitwirkung des WBP wurden 2008 die Kriterien für die Neuzulassung von Psychotherapieverfahren durch den G-BA verändert. Nur solche Verfahren sollen nach dem Schwellenkriterium Eingang in die Gesetzliche Krankenversicherung erhalten, die Störungen in den *relevantesten* Bereichen wirksam behandeln, d. h. bei Störungen aus den zwei bzw. drei *häufigsten Anwendungsbereichen nachweislich wirksam, medizinisch notwendig und wirtschaftlich* sind.

Die G-BA Richtlinien verlangen im Bereich der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen Wirksamkeitsnachweise zu affektiven Störungen, Angst- und Zwangsstörungen und Hyperkinetischen Störungen oder Störungen des Sozialverhaltens sowie zu zwei bzw. vier weiteren Anwendungsbereichen. Im Bereich der Erwachsenen sind Wirksamkeitsnachweise zu affektiven Störungen und zu Angst-/Zwangsstörungen und für mindestens einen weiteren Anwendungsbereich erforderlich. Der G-BA untersucht – unabhängig von der Einschät-



„Höre das, was ich nicht sage“

Jugendhilfeeinrichtung, traditionell und modern, die Tiefenpsychologie und Pädagogik/Betreuung verbindet, **sucht** baldmöglichst

approbierte Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapeutin oder eine Psychologische Psychotherapeutin.

Wir wünschen uns:

- eine Mitarbeiterin mit abgeschlossener tiefenpsychologisch ausgerichteter Therapieausbildung, bzw. in fortgeschrittener Ausbildung befindlich,
 - Erfahrung in der therapeutischen Arbeit mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen
 - Gerne auch musiktherapeutische Qualifikation
 - Erfahrung in Diagnostik und Krisenintervention
- Wir hätten gern eine Mitarbeiterin mit Herz für die Pädagogik und die Förderung der Entwicklung von jungen Menschen.

Wir bieten:

- Lebendige Einrichtung als lernende Organisation
- Begleitung der Arbeit im therapeutischen Fachdienst
- Teamsupervision
- Tarifliche Vergütung auf Basis der AVR-K

Über Ihre aussagekräftige Bewerbung würden wir uns freuen!

Bewerbungen bitte schriftlich an

Evang. Jugendhilfe Haus Neuer Kamp
heilpäd.-therapeutische Einrichtung
Frau Dr. Cornelia Matzke, Geschäftsführung
Auguststraße 32-34, 49080 Osnabrück
www.hausneuerkamp.de



Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik + Sexualberatung e.V.

Ortsverband Trier

sucht zum **1. Februar 2009 oder später einen psychologischen Psychotherapeuten (m/w)** für eine **zunächst** bis zum 31.12.2010 befristete **Stelle** (39 Wochenstd.)

Aufbau, Leitung und Therapie- „Therapieambulanz für Sexualstraftäter“

zum Anforderungsprofil gehören

- abgeschlossenes Studium der Psychologie (möglichst mit Approbation)
- Überdurchschnittliche soziale Kompetenzen und Kontaktfähigkeit, emotionale Stabilität, Teamdenken und Kreativität
- möglichst Erfahrungen in der Arbeit mit Straffälligen
- Fähigkeit zu selbständiger Arbeit in einer Tätigkeit mit hoher Verantwortlichkeit
- gute MS-Office- (Word, Excel, Access) und Internetkenntnisse

wir bieten

- eine verantwortungsvolle und abwechslungsreiche Tätigkeit bei gutem Arbeitsklima
- Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten, Supervision
- Bezahlung in Anlehnung an den öffentlichen Dienst (TVL 13)

Wenn wir Ihr Interesse geweckt haben, freuen wir uns über Ihre Bewerbung.

pro familia Ortsverband Trier e. V.

Claudia Heltemes
Balduinstr. 6
54290 Trier
Tel. 0651/ 463 021 27

Weitere Informationen über pro familia allgemein:
www.profamilia.de und www.profamilia-trier.de



Die BG-Unfallklinik ist ein Schwerpunkt Krankenhaus der Maximalversorgung mit 327 Betten, mit der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, der Klinik für Hand-, Plastische-, Rekonstruktive- und Verbrennungschirurgie, der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Plastische Operationen sowie den Abteilungen für Querschnittgelähmte, Orthopädie, Rehabilitationsmedizin und der Abteilung für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie. Die Klinik ist nach KTQ zertifiziert.

Zum nächstmöglichen Zeitpunkt suchen wir in Vollzeit eine/n

Diplom-Psychologin/ Diplom-Psychologen

Ihre Aufgaben

- Hilfestellung bei der Krankheits- bzw. Behinderungsbewältigung
- Psychotherapeutische Interventionen bei Störung wie Angst, Posttraumatischer Belastungsstörung, Depressionen etc.
- Angehörigenberatung
- Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen

Ihr Profil

- Ausbildung zum/zur Diplom-Psychologen/Diplom-Psychologin
- Approbation als Psychotherapeut/in
- Ausbildung in der Verhaltenstherapie
- Ausbildung in der psychologischen Schmerztherapie ist vorteilhaft
- Kenntnisse in Krisenintervention und Traumatherapie

Sie sind teamorientiert, innovativ und haben die Bereitschaft mit Schwerstunfallverletzten (Polytrauma, Verbrennungen etc.) zu arbeiten. Berufserfahrungen in einem Krankenhaus sowie Erfahrungen in der Arbeit mit behinderten Menschen sind für diese Stelle von Vorteil.

Sie arbeiten in einem gut eingearbeiteten Kollegenteam in einem modernen Krankenhaus und haben ein interessantes Aufgabengebiet. Sie haben gut organisierte Arbeitsbedingungen. Für das Arbeitsverhältnis und das Entgelt gilt der TV-VBGK.

Schwerbehinderte werden bei gleicher Eignung bevorzugt berücksichtigt.

Haben Sie Interesse? Bitte richten Sie Ihre Bewerbung – gerne auch per E-Mail – an

Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Tübingen – Personalabteilung

Schnarrenbergstraße 95 – 72076 Tübingen

www.bgu-tuebingen.de –

Personalabteilung@bgu-tuebingen.de

Wir sind eine anerkannte Zivildienststelle.

zung des WBP – in einem eigenen Prüfverfahren, ob diese Kriterien von einem Psychotherapieverfahren erfüllt werden. Zu welcher Einschätzung der G-BA bei einer solchen Überprüfung der Systemischen Therapie gelangen würde, ist derzeit nicht abzusehen.

Die Auswahl der für das Schwellenkriterium maßgeblichen Diagnosegruppen wird mit der hohen Prävalenz dieser Indikationsgruppen begründet sowie damit, dass Patienten überwiegend wegen dieser Diagnosen ambulant arbeitende Psychotherapeuten aufsuchen. Sie zählen allerdings nicht alle zur Gruppe schwerwiegender kostenträchtiger Krankheiten (Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturengleich, 2007). Die Änderungen der Psychotherapierichtlinien wurden von Berufs- und Fachverbänden (AGPF, bwp, DGK, DGSF, GwG und Vpp im BDP) und einigen Psychotherapeutenkammern kritisiert, weil sie inkonsistent seien, z. T. nicht den Bestimmungen des Sozialgesetzbuches entsprächen und das Kriterium, dass sich psychotherapeutische Verfahren vor allem bei wirklichen häufigen und schwerwiegenden Krankheiten als wirksam und kostengünstig erwiesen haben müssen, nicht durchgängig angewendet werde.

Das Schwellenkriterium des G-BA, das RCT-Wirksamkeitsnachweise für Ängste und affektive Störungen zur Vorbedingung einer Zulassung eines Psychotherapieverfahrens für Erwachsene macht, weil dies die häufigsten Diagnosen seien, die zugleich am häufigsten zum Aufsuchen eines niedergelassenen Psychotherapeuten führten und deshalb besonders „versorgungsrelevant“ seien, ist in mehrfach Hinsicht problematisch. Die Gleichsetzung einer hohen Prävalenz mit Versorgungsrelevanz ist fragwürdig und vernachlässigt den Beeinträchtigungsgrad, die gesundheitlichen und sozialen Folgen nicht behandelter Erkrankungen und die daraus resultierenden wirtschaftlichen Konsequenzen von selteneren, aber kostenträchtigen Krankheiten. Das Argument, diese Störungen würden besonders oft zu einer psychotherapeutischen Behandlung führen, erklärt den Ist-Zustand zum Soll-Zustand. Möglicherweise würde die Zulassung neuer Verfahren zu einer verstärkten Behandlung – und damit

einer Kostenreduktion – solcher Krankheiten führen, die bislang in der ambulanten Versorgung unterrepräsentiert sind, wie Psychosen, Substanzstörungen, körperliche Erkrankungen mit psychischer Beteiligung und Störungen des Sozialverhaltens.

Von den gesetzlichen Krankenkassen wird immer wieder bemängelt, dass Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten überwiegend leichtere Störungen, Anpassungsstörungen, Ängste und leichtere depressive Störungen behandeln (Ruprecht, 2008; vgl. Gallas, Kächele, Kraft, Kordy & Puschner, 2008), während kostenträchtige, schwere chronische Krankheiten mit hohem Leidenspotenzial zu selten behandelt werden: Psychosen, psychische Faktoren bei körperlichen Erkrankungen, Substanzabhängigkeit, Patienten mit Mehrfachdiagnosen, delinquente Störungen. Den Psychotherapeutenkammern stellt sich Aufgabe, deutlich zu machen, dass auch Patienten mit diesen Erkrankungen im ambulanten Versorgungssystem kompetent behandelt werden können.

Fazit

Die wissenschaftliche Anerkennung der Systemischen Therapie durch den WBP öffnet den Weg zu einer Überprüfung der sozialrechtlichen Zulassung der Systemischen Therapie durch den G-BA. Eine kassenrechtliche Anerkennung der Systemischen Therapie wäre ein Gewinn an Wahlmöglichkeiten für Patienten und ihre Angehörigen wie auch für Psychotherapeuten. Systemischen Ausbildungsinstituten wird bereits jetzt prinzipiell die Möglichkeit eröffnet, sich als Ausbildungsstätten für die postgraduierte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten anerkennen zu lassen. Allerdings ist fraglich, wie sinnvoll dies ist, solange die sozialrechtliche Zulassung noch aussteht.

Die Integration der Systemischen Therapie in den Kanon der Richtlinienpsychotherapieverfahren könnte helfen, das Wirkungsspektrum der Psychotherapie dort zu erweitern, wo dies dringend notwendig erscheint: Patienten mit besonders schwerwiegenden, kostenintensiven Diag-

nosen, die heute in der kassenfinanzierten Psychotherapie eine Randstellung einnehmen, besser zu erreichen. Systemische Therapie verfügt nachweislich über wirksame Behandlungsstrategien für schwer zu behandelnde Störungen. Sie kommt damit dem Interesse der Krankenkassen an Behandlungsangeboten entgegen, die kostenintensive stationäre Aufnahmen vermeiden helfen.

Mit ihrer ausgeprägten Berücksichtigung kultureller Kontexte ermöglicht die Systemische Therapie einen besseren Zugang zu Familien mit Migrationshintergrund, die besonders bei Kindern und Jugendlichen einen immer größeren Teil der Wohnbevölkerung ausmachen. Die Einbeziehung von mitleidenden und mitbehandelten Angehörigen in der systemischen Therapie kann helfen, deren langjährige Kenntnis des Patienten besser für die Behandlung zu nutzen und damit soziale Unterstützung als einen zentralen Prädiktor einer günstigen Langzeitanpassung sehr direkt fördern. Bei der Betreuung von körperlichen Krankheiten mit psychischen und sozialen Faktoren – auch in Disease-Management-Programmen – ist die systemorientierte Arbeit mit der Familie unverzichtbar. Dies gilt analog für die Behandlung und die Prävention von familialer Gewalt, Missbrauch und Vernachlässigung.

Mit ihrer ausgeprägten Ressourcen- und Lösungsorientierung und der Arbeit mit klar ausgehandelten Aufträgen sind Systemische Therapien tendenziell kürzer als andere Verfahren. Der Versorgungsengpass in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie könnte durch deren Zulassung als Kassenverfahren spürbar reduziert werden. Als kooperationsorientierter Ansatz ermöglicht Systemische Therapie eine bessere Verzahnung von ambulanten Behandlern und stationären Einrichtungen und bietet spezielle Methoden, die das Case-Management bei komplexeren Psychotherapiefällen übersichtlicher und mittelbar dadurch Einzelmaßnahmen wirkungsvoller machen. Für ihre Aufnahme in den Leistungskatalog der Krankenkassen spricht schließlich die erwiesenermaßen hohe Zufriedenheit der Patienten mit diesem Verfahren und der signifikant geringere Therapie-„drop-out“-Rate (v. Sydow et al., 2007b).

In Anbetracht begrenzten Wissens, wer am besten von welchem therapeutischen Ansatz profitiert, liegt es nahe, Patienten eine breitere Palette wirksamer Psychotherapieverfahren als bisher anzubieten und ihnen als mündigen Nutzern eine gewichtige Stimme bei der Entscheidung für ein Behandlungsverfahren zuzubilligen. Und auch Kassenpsychotherapeuten sollte eine wirkliche Wahlfreiheit zugestanden werden – unter den wissenschaftlich begründeten Psychotherapieverfahren jene zu erlernen und zu praktizieren, die sie aufgrund eigener fachlicher Überzeugung selbst für wirksam halten und daher erlernen und praktizieren wollen.

Literatur

- AOK Baden-Württemberg. (2008). Immer mehr Kinder beim Psychiater. Fallzahlen in den kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen der Krankenhäuser in Baden-Württemberg. *Pressemitteilung vom 23.01.2008*. AOK Stuttgart.
- Crane, D. R. (2007). Effektivitätsstudien zu den Kosten von Familientherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 6 (1), 20-24.
- Crane, D. R. (2008). The cost-effectiveness of family therapy: a summary and progress report. *Journal of Family Therapy*, 30, 399-410.
- Crane, D. R. & Payne, S.H. (in Druck). Individual and Family Therapy in Managed Care: Comparing the Costs of Treatment by the Mental Health Professions. *Journal of Marital and Family Therapy*.
- Eckert, W. & Richter, R. (2008). Vorwort zum Bericht der Expertenkommission der Bundespsychotherapeutenkammer. *Psychodynamische Psychotherapie*, 7 (2), 88-91.
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F. Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P. & Marks, J.S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 1, 245-258.
- Gallas, C., Kächele, H., Kraft, S., Kordy, H. & Puschner, B. (2008). Inanspruchnahme, Verlauf und Ergebnis ambulanter Psychotherapie. Befunde der TRANSOP-Studie und deren Implikationen für die Richtlinienpsychotherapie. *Psychotherapeut*, 53, 414-423.
- Gemeinsamer Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. (2008). *Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien)*. Verfügbar unter: <http://www.g-ba.de/downloads/62-492-272/RL-Psycho-2008-04-24.pdf> [28.01.2009].
- Jacobi, F., Wittchen, H.-U., Höfing, M., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N. & Lieb, R. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34, 597-611.

Noch mehr Schätze für Psychotherapeuten!



In den *Psychotherapeutischen Schätzen* ist die Vielfalt und Kreativität des psychotherapeutischen Handelns auf ganz besondere Weise dokumentiert: Zahlreiche PsychotherapeutInnen stellen Erfahrungsschätze zur Verfügung, die sich – auf dem Nährboden sehr unterschiedlicher psychotherapeutischer Therapien und Ansätze – in der persönlichen Arbeit mit Patientinnen und Patienten als wirksam und nützlich herausgestellt haben.

Der jetzt erschienene Band II spürt weitere Schätze auf, die sich aus der Praxis für die Praxis finden lassen. Neu sind Lösungsansätze für besondere therapeutische Herausforderungen, für alltägliche Hürden, die im psychotherapeutischen Prozess auftauchen können. Weil für diese oft nur wenige Anregungen oder Hilfen bereit stehen, werden hier wertvolle Empfehlungen gegeben.

Die beiden Bände der *Psychotherapeutischen Schätze* sind ein Kompendium praktischer Tipps und Hinweise, Methoden, Übungen, Techniken und therapeutischer Reaktionen mit unmittelbarem Bezug zum psychotherapeutischen Handeln.

Steffen Fliegel & Annette Kämmerer
Psychotherapeutische Schätze I
 101 bewährte Übungen und Methoden für die Praxis
 6. Aufl. 2009, 240 Seiten, EUR 19,80
 ISBN 978-3-87159-091-7

Steffen Fliegel & Annette Kämmerer
Psychotherapeutische Schätze II
 125 weitere praktische Übungen, Methoden und Herausforderungen
 2009, 272 Seiten, EUR 24,80
 ISBN 978-3-87159-092-4

- Kamtsirius, P., Atzpodien, K., Ellert, U., Schlack, R. & Schlaud, M. (2007). Prävalenz von somatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 50, 686-700.
- Knekt, P., Lindfors, O., Härkänen, T., Välikoski, M., Virtala, E., Laaksonen, M.A., Marttunen, M., Kaipainen, M., Renland, C., & the Helsinki Psychotherapy Study Group. (2008). Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychological Medicine*, 38, 689-703.
- Knekt, P., Lindfors, O., Laaksonen, M.A., Raitasalo, R., Haaramo, P., Järvikoski, A., & the Helsinki Psychotherapy Study Group. (2008). Effectiveness of short-term and long-term psychotherapy on work-ability and functional capacity – A randomized clinical trial on depressive and anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 107, 95-106.
- Lambert, M.J. & Barley, D.E. (2002). Research Summary on the Therapeutic Relationship and Psychotherapy Outcome. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships that work* (pp. 17-32). Oxford: Oxford University Press.
- Martire, L.M., Lustig, A.P., Schulz, R. Miller, G.E. & Helgeson, V.S. (2004). Is it beneficial to involve a family member? A meta-analysis of psychosocial interventions for chronic illness. *Health Psychology*, 23, 599-611.
- Marttunen, M., Valikoski, M., Lindfors, O., Laaksonen, M.A. & Knekt P. (2008). Pretreatment clinical and psychosocial predictors of remission from depression after short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy: a 1-year follow-up study. *Psychotherapy Research*, 18, 191-199.
- Müller, U. A., Felder, H., Stanko, S., Walz-Pawlita, S. & Winter, Y. (2008). Die Normierung der Beziehung durch die Macht des Marktes. Droht ein Paradigmenwechsel in der psychotherapeutischen Behandlung durch veränderte Rahmenbedingungen in der aktuellen Gesundheitspolitik? *Psychotherapeutenjournal*, 7(3), 228-240.
- National Collaborating Centre for Mental Health & National Institute for Clinical Excellence. (2003). *Schizophrenia. Full national clinical guideline on core interventions in primary and secondary care*. London: Royal College of Psychiatrists & The British Psychological Society. Verfügbar unter: <http://www.nice.org.uk/Guidance/CG1> [28.01.2009].
- National Collaborating Centre for Mental Health & National Institute for Clinical Excellence. (2004). *Eating Disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. London: The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists. Verfügbar unter: <http://www.nice.org.uk/Guidance/CG9> [28.01.2009].
- Nardone, G. & Watzlawick, P. (2005). *Brief strategic therapy. Philosophy, techniques, and research*. Lanham: Jaason Aaronson.
- Retzlaff, R. (2008). *Spiel-Räume. Lehrbuch der systemischen Therapie mit Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Retzlaff, R., Sydow, K. v., Rotthaus, W., Beher, S. & Schweitzer, J. (in Vorb.). Systemische Therapie mit Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen. Zum aktuellen Stand der Wirksamkeitsforschung. *Familiendynamik*, 34 (3).
- Revenstorff, D. (2005). Das Kuckucksei. Über das pharmakologische Modell in der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin & Klinischer Psychologie*, 10 (1), 22-31.
- Ruprecht, T. (2008, Mai). *Perspektiven für die Versorgung psychisch Kranker*. Vortrag auf der Informationsveranstaltung der Landespsychotherapeutenkammer Hessen, 16.05.2008, Wiesbaden.
- Schlippe, A. v. & Schweitzer, J. (2007). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung* (10. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schiepek, G. (1999). *Die Grundlagen der Systemischen Therapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schwartz, R. S. (2005). Psychotherapy and social support. *Harvard Review of Psychiatry*, 13, 272-279.
- Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T. & Koch, U. (2008). *Psychotherapeutische Versorgung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (41)*. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Schweitzer, J., Beher, S., Sydow, v. K. & Retzlaff, R. (2007). Systemische Therapie/ Familientherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 6 (1), 4-19.
- Seiffge-Krenke, I., Beher, S. & Skaletz, C. (2009). *Die Wirksamkeitsforschung von systemischer Therapie/Familientherapie: Zeitbezogene Trends und Unterschiede in der Qualität von Studien zu verschiedenen Behandlungsmodellen*. Manuskript in Vorbereitung.
- Shoham, V. & Rosenthal, R. (1987). Paradoxical interventions: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (1), 22-28.
- Sydow, K. v., Beher, S., Schweitzer, J. & Retzlaff, R. (2006). Systemische Familientherapie bei Störungen des Kindes- und Jugendalters: Eine Meta-Inhaltsanalyse von 47 randomisierten Primärstudien. *Psychotherapeut*, 51, 107-143.
- Sydow, K. v., Beher, S., Retzlaff, R. & Schweitzer, J. (2007a). Systemische Therapie bei Störungen des Erwachsenenalters: Eine Meta-Inhaltsanalyse von 28 randomisierten Primärstudien. *Psychotherapeut*, 52, 187-211.
- Sydow, K. v., Beher, S., Retzlaff, R. & Schweitzer, J. (2007b). *Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie/ Familientherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Szapocznik, J. & Prado, G. (2007). Negative Effects on Family Functioning From Psychosocial Treatments: A Recommendation for Expanded Safety Monitoring. *Journal of Family Psychology*, 2 (3), 468-478.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings*. Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie. (2007). *Methodenpapier des Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie. Verfahrensregeln zur Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie*. Berlin: Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie.
- Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie. (2008). *Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen*



AHG Klinik Waren Psychosomatisches Behandlungszentrum an der Müritz

Die AHG Klinik Waren ist eine Einrichtung für stationäre Psychotherapie und Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Sie liegt im Luftkurort Waren an der Müritz, dem größten Binnensee in der Bundesrepublik Deutschland. In landschaftlich sehr reizvoller Lage.

Die Klinik verfügt über 200 Therapieplätze in sechs Behandlungsteams. Die Indikation zur Aufnahme und Behandlung in der Klinik umfassen das gesamte Spektrum psychischer und psychosomatischer Störungen.

Die Behandlung von Personen mit Problemen am Arbeitsplatz (Mobbing), von Patienten mit Schmerzstörungen sowie von Patienten akuten und posttraumatischen Belastungsstörungen stellen besondere Schwerpunkte der Klinik dar.

Das Behandlungsteam setzt sich multiprofessionell aus Psychologen, Ärzten, Sport-, Ergo-, Physio- und Soziotherapeuten zusammen, welche kooperativ und integrativ ein verhaltenstherapeutisches / verhaltensmedizinisches Behandlungskonzept umsetzen. Zum weiteren Ausbau unserer Kapazität bei wachsenden Patientenzahlen suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt

Diplom-Psychologen/-innen als Bezugstherapeuten/-innen

Wir wünschen uns Bewerber/-innen mit psychotherapeutischer Berufserfahrung bevorzugt in Verhaltenstherapie, abgeschlossener oder fortgeschrittener psychotherapeutischer Ausbildung (MT), optimistischer und engagierter Grundeinstellung mit Freude am Beruf

Wir bieten Unterstützung bei der psychotherapeutischen Aus- und Fortbildung, regelmäßige innerbetriebliche Fortbildung durch leitende Mitarbeiter/-Innen und namhafte externe Referenten/-innen, engmaschige Einzel- und Gruppensupervision, leistungsgerechte Vergütung, ein von Wertschätzung unserer Mitarbeiter geprägtes Arbeitsklima, vielfältige aktive Freizeitmöglichkeiten und weiterführende Schulen am Ort

Bewerbungen richten Sie bitte an den

Chefarzt Herrn Dr. med. Otmar Kristof,
AHG Klinik Waren,
Auf dem Nesselberg 5,
17192 Waren,
Tel.: 01803/244142-420,
E-Mail: okristof@ahg.de



DGPPN KONGRESS 2009

25. – 28. November 2009 • ICC Berlin

mit DGPPN-Akademie für Fort- und Weiterbildung und Pflegekongress



Psychische Erkrankungen in der Lebensspanne

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

Anmeldeschluss

1. April 2009 Symposien, Forschungsworkshops, Diskussionsforen, Weiterbildungssymposien

1. Juli 2009 Freie Vorträge und Poster

Anmeldung unter www.dgppn-kongress.de



In Zusammenarbeit mit der World Psychiatric Association WPA

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

Therapie. Berlin: WBP. Verfügbar unter: <http://www.wbpsychotherapie.de/page.asp?his=0.1.17.71> [28.01.2009].

Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs. (2007). *Wissenschaftliches Gutachten für die Auswahl von 50 bis 80 Krankheiten zur Berücksichtigung im Risikostrukturausgleich*. Bonn: Bundesversicherungsamt.

Wittchen, H.U., Nelson, C.B. & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 28, 109-126.

Trowell, J., Joffe, I., Campbell, J., Clemente, C., Almqvist, F., Soininen, M., Koskenranta-Aalto, U., Weintraub, S., Kolaitis, G., Tomaras, V., Anastasopoulos, D., Grayson, K., Barnes, J. & Tsiantis, J. (2007). Child-

hood depression: a place for psychotherapy. An outcome study comparing individual psychodynamic psychotherapy and family therapy. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 16 (3), 157-167.

Zipfel, S., Löwe, B., Reas, D.L., Deter, H.-C. & Herzog, W. (2000). Long-term prognosis in anorexia nervosa: Lessons from a 21-year follow-up study. *The Lancet*, 355, 721-722.



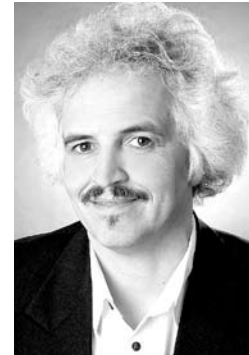
PD Dr. phil. Kirsten von Sydow

PP, KJP
Universität Hamburg
Psychologisches Institut
Von-Melle-Park 5
20146 Hamburg



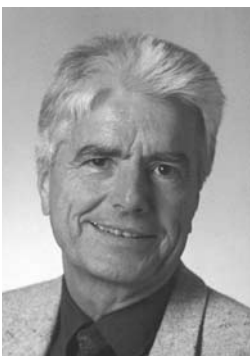
Dr. sc. hum. Rüdiger Retzlaff

Dipl.-Psych., PP, KJP
Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Universitätsklinik Heidelberg
Bergheimer Str. 54
69115 Heidelberg
ruediger_retzlaff@med.uni-heidelberg.de



Prof. Dr. Jochen Schweitzer

Leiter der Sektion Medizinische Organisationspsychologie
Institut für Medizinische Psychologie
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Universitätsklinikums Heidelberg
Bergheimer Str. 20
69115 Heidelberg



Dr. med. Wilhelm Rotthaus

Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Commerstr. 1
50126 Bergheim bei Köln



Dipl.-Psych. Stefan Beher

Alfred-Bozi-Str. 23
33602 Bielefeld

Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) im Erwachsenenalter. Ein Review.

Gerhard W. Lauth, Hanna Raven

Universität zu Köln

Zusammenfassung: Mit einer Prävalenz von 3 – 4% wird ADHS im Erwachsenenalter heute als ernstzunehmende Störung angesehen, die häufig mit weitreichenden Beeinträchtigungen in vielen Lebensbereichen sowie mit weiteren komorbiden Störungen einhergeht. Bisher liegen lediglich diagnostische Leitlinien vor, die sich auf die Kriterien im Kindesalter stützen. Da man von einem bio-psycho-sozialen Bedingungsmodell ausgeht, in dem Dysfunktionen im Bereich der Selbststeuerung eine zentrale Rolle spielen, werden eigene diagnostische Kriterien für das Erwachsenenalter unter Berücksichtigung dieser Dysfunktionen zunehmend von der Fachwelt gefordert. Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen, die zielbezogen und alltagsnah auf entstandene Defizite eingehen haben sich ebenso wie die Pharmakotherapie als effektiv erwiesen. Die derzeitige Diskussion wird zusammenfassend dargestellt.

Epidemiologie

Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) werden heute als eine verbreitete und ernst zu nehmende Störung im Erwachsenenalter gesehen (Sobanski & Alm, 2004; Torgersen, Gjervan & Rasmussen, 2006). Sie sind bei etwa 3 bis 6% aller Erwachsenen anzutreffen (Vorstand der Bundesärztekammer, 2005). Eine umfassende US-amerikanische Studie (N = 3199; Altersbereich von 18 – 44 Jahren) ermittelte eine Prävalenzrate von 4,4% (Kessler et al., 2006). Auf Basis der DSM-IV-Kriterien wird in Deutschland eine Häufigkeit von 3,1% festgestellt (Stichprobe 621 Personen; Fayyad et al., 2007). Weitere Untersuchungen, die beispielsweise an Fahrschulern oder Studierenden durchgeführt wurden (Weyandt & DuPaul, 2006; Heiligenstein, Conyers, Berns & Smith, 1998; DuPaul et al., 2001), bestätigen diese Daten (Prävalenzraten zwischen 1 und 4%). Diesen Prävalenzangaben zu Folge gibt es in Deutschland etwa eine Million behandlungsbedürftiger Erwachsener mit ADHS. Zurzeit wird deren Problematik

aber häufig fehl behandelt und beispielsweise als Borderline-Störung missverstanden. Beide Störungen weisen in ihrer Erscheinungsweise zwar Überschneidungen auf (z. B. Instabilität, mangelnde Verhaltenskonsistenz), sind aber differentialdiagnostisch deutlich zu unterscheiden, weil bei einer *Persönlichkeitsstörung „vom Borderline-Typus“* (ICD-10: F60.31) zusätzlich Störungen und Unsicherheit bezüglich Selbstbild, Zielen und „inneren Präferenzen“ (einschließlich sexueller Präferenzen) vorliegen. Dementsprechend gibt es zwar auch gewisse Überschneidungen bei der Therapie, die für beide Störungsbereiche indiziert ist (z. B. Motivierung, Ressourcenaktivierung, Bewältigung von Alltagsanforderungen), aber auch deutliche Unterschiede (z. B. Behandlung von Borderline-Störung mittels dialektisch Behavioral Therapie nach Linehan, 1996a, b; Transference Focused Psychotherapy nach Clarkin, Yeomans und Kernberg, 1999). Vom Standpunkt der einschlägigen ADHS Therapie können beide Störungen bei der Behandlung nicht „über einen Kamm geschoren werden“.

Momentan finden jedoch nur 9,7% der Erwachsenen mit ADHS eine fachgerechte Behandlung (Fayyad et al., 2007). Insofern stellt die Störung nicht zuletzt wegen ihrer Verbreitung eine neue und weitreichende Herausforderung für das psychosoziale Versorgungssystem dar.

Während der Kindheit sind Jungen im Verhältnis von 8 : 1 deutlich stärker als Mädchen von ADHS betroffen. Mit steigendem Lebensalter ändert sich diese Relation. Während bei den Jugendlichen die Jungen noch im Verhältnis von etwa 5 : 1 dominieren; besteht bei den Erwachsenen eine Relation von 2 : 1, Männer zu Frauen (Wilens, Biederman & Spencer, 2002; Fayyad et al., 2007). Dieser Wandel wird darauf zurückgeführt, dass die Störung bei Mädchen während der Kindheit häufig nicht erkannt wird, weil sie weniger hyperaktiv und extravertiert auftreten. Deshalb zeigt sich die Störung oft erst dann, wenn sie es im Erwachsenenalter mit schwierigeren Anforderungen wie Studium, Beruf, oder der Versorgung einer eigenen Familie zu tun haben. Gleichzeitig gibt es Hinweise darauf, dass sich die Geschlechter mit zunehmenden Alter in ihrer Störungssymptomatik unterscheiden (Krause, Gastpar & Davids, 2006): Männer weisen eher Substanzmittelmissbrauch auf, während für Frauen ein leicht höheres Risiko für zusätzliche Ängste und Depression besteht (Resnick, 2000). Frauen und Männer sind sich in ihren beruflichen, leistungsbezogenen und sozialen Schwierigkeiten zwar generell sehr ähnlich, allerdings zeigen sich tendenziell eher „weibliche“ bzw. eher „männliche“ Lebensformen: Frauen mit ADHS sind

häufiger allein erziehend, Männer leben oft auch im mittleren Erwachsenenalter noch bei ihren Eltern.

Erwachsene mit ADHS zeichnen sich vor allem durch Vergesslichkeit, unzureichende Aufmerksamkeit, mangelnde Konzentration, hohe Ablenkbarkeit, geringe Ausdauer sowie durch fehlerhaftes und flüchtiges Arbeiten aus. Aufgaben, die Sorgfalt und Ausdauer erfordern, werden häufig wiederholte Male aufgeschoben. Hinzu kommt häufig risikoreiches Verhalten sowie ein Hang zu raschen und unbedachten Entscheidungen. Auch starke Stimmungsschwankungen, eine geringe Frustrationstoleranz sowie ein geringes Selbstwertgefühl gehen mit der ADHS-Symptomatik einher (Barkley, Murphy & Fischer, 2008). Die offene Bewegungsunruhe, die in der Kindheit oft beobachtet wird, ist jedoch meistens einer inneren Unruhe und angespannten Nervosität gewichen.

Häufig kommt es als Folge dieses Verhaltensstils zu beruflichen und sozialen Schwierigkeiten. Probleme am Arbeitsplatz sowie in der Partnerschaft und finanzielle Schwierigkeiten stellen sich ein, was die soziale Anpassung erschwert. Betroffene brechen die Schule, Ausbildung oder das Studium häufig ab und ihr Arbeitsverhältnis wird öfter beendet (Weyandt & DuPaul, 2006; Barkley, Murphy & Fischer, 2008).

Schätzungsweise bei einem Drittel der Betroffenen liegt neben ADHS noch eine weitere psychische Störung vor, wobei sich die Angaben zur Komorbidität in den verschiedenen Studien jedoch beträchtlich unterscheiden (Wilens, Biederman & Spencer, 2002; Laufkötter, Langguth, Johann, Eichhammer & Hajak, 2005; Ohlmeier et al., 2005). Nach den Untersuchungen von Ramsay und Rostain (2007), Secnik, Swensen und Lage (2005), Kessler et al. (2006), Barkley, Murphy und Fischer (2008) sowie von Miller, Nigg und Faraone (2007) kann man von den folgenden Komorbiditäten zwischen ADHS und weiteren psychischen Störungen ausgehen: Major Depression: etwa 9 bis 19%, Dysthymia: etwa 5 bis 25%, bipolare Störung: etwa 2 bis 19%, Angststörungen: etwa 12 bis 16%, Zwangsstörungen: etwa 2%, Alkoholmissbrauch: etwa 5 bis

18%, Cannabisabhängigkeit/-missbrauch: etwa 14%, anderer Drogenmissbrauch: etwa 5%, Asthma bzw. chronische Erkrankungen: etwa 5%, gestörtes Sozialverhalten/geringe Selbstbeherrschung: etwa 20%. Personen mit einem gemischten Typus (Hyperaktivität/Impulsivität und Unaufmerksamkeit) neigen am ehesten zu komorbiden Störungen (Sprafkin, Gadow, Weiss, Schneider & Nolan, 2007). Zudem nehmen Menschen mit ADHS deutlich häufiger psychosoziale Dienste in Anspruch als unauffällige (Secnik, Swensen & Lage, 2005). ADHS geht außerdem mit einer geringeren *sozialen Anpassungsfähigkeit einher* (Kessler et al., 2006; Fayyad et al., 2007) und die Betroffenen nehmen seltener angemessene soziale Rollen ein bzw. besitzen eine geringere Rollenproduktivität („Days out of Role“). Sie sind seltener verheiratet, häufiger arbeitslos und haben im Durchschnitt ein geringeres Einkommen.

Die Beschreibung des Erscheinungsbildes der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) wäre jedoch unvollständig, ließe man die ausgesprochenen *Stärken* der Betroffenen außer Acht: Sie sind meist neugierig und Neuem gegenüber sehr aufgeschlossen. Zudem entwickeln sie oft eine beträchtliche Leistungsfähigkeit, gepaart mit Vitalität, Neugier und Innovationsfähigkeit.

Klassifikation und Diagnostik

Auch wenn diese von der Fachwelt gefordert, liegen noch keine gesonderten Kriterien für das Vorliegen der Störung im Erwachsenenalter vor (American Psychiatric Association, 2007; Davidson, 2008). Man stützt sich deshalb (noch) auf die Diagnosekriterien für Kinder und Jugendliche aus dem DSM-IV-TR (Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003), die ins Erwachsenenalter fortgeschrieben werden. Folglich wird die Störung als Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS; Nr. 314) bezeichnet und anhand folgender Merkmale erfasst: Charakteristische Verhaltensmerkmale für *Unaufmerksamkeit* (etwa: Unaufmerksamkeit gegenüber Details, häufige

Sorgfaltsfehler, geringe Ausdauer), *Überaktivität* (etwa: fuchtelt mit Händen und Füßen herum, läuft in unpassenden Situationen herum) und *Impulsivität* (etwa: platzt häufig mit der Antwort heraus, kann nicht warten, bis er/sie an der Reihe ist, stört und unterbricht andere häufig). Diese Verhaltensmerkmale müssen seit mindestens sechs Monaten beobachtet worden sein. Die Verhaltensprobleme beginnen vor dem siebten Lebensjahr und müssen gemessen am Alter und Entwicklungsstand des Kindes deutlich unangemessen und abweichend sein. Die Merkmale der Unaufmerksamkeit und der Hyperaktivität müssen in mehr als nur einem Lebensbereich registriert werden und darüber hinaus so beschaffen sein, dass sie ein deutliches Leiden oder eine Beeinträchtigungen der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit verursachen. Eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ist hingegen auszuschließen, wenn anderweitige klinische Auffälligkeiten wie affektive Störungen (ICD-10: F30-F39), Angststörungen (ICD-10: F39.0-F41), Schizophrenie (ICD-10: F20) oder tief greifende Entwicklungsstörungen (ICD-10: F84) vorliegen.

Aufgrund der Tatsache, dass die oben genannten Kardinalsymptome der Unaufmerksamkeit einerseits und der Hyperaktivität und Impulsivität andererseits unabhängig voneinander auftreten können, ergeben sich drei Subtypen der Störung: Ein Mischtypus, bei dem sowohl Merkmale der Unaufmerksamkeit als auch solche der Hyperaktivität und Impulsivität vorliegen; ein vorherrschend unaufmerksamer Typus, bei dem nur die Merkmale der Unaufmerksamkeit erfüllt sind, während Hyperaktivität/Impulsivität fehlen und zuletzt ein vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typ, bei dem ausschließlich die Merkmale von motorischer Unruhe und Impulsivität anzutreffen sind, nicht aber die der Unaufmerksamkeit. Außerdem wird im DSM-IV-TR eine teilremittierte Form der Störung erfasst, bei der die oben genannten Störungsmerkmale nicht zur Gänze vorhanden sind, aber noch einzelne Symptome von Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität auszumachen sind. Dies ist besonders bei Jugendlichen und Erwachsenen zu finden.

Die diagnostischen Leitlinien für Erwachsene sehen folgende Vorgehensweise vor (Ebert, Krause & Roth-Sackenheim, 2003; Lauth & Minsel, in Druck):

1. Ein Screening-Test mit Selbstbeurteilungsskala für Erwachsene V1.1 (ASRS-V1), der anhand von sechs Items klärt, ob ein Verdacht auf ADHS besteht (WHO, 2003).
2. Ein Interview mit dem Betroffenen über seine derzeitige Lebenssituation (z. B. strukturiertes klinisches Interview: „Leitfaden: Verhaltensanalyse über die Verhaltensschwierigkeiten junger Erwachsener mit ADHS“: Lauth & Minsel, in Druck; Wender-Reimherr-Interview, WIR: Rösler, Retz-Junginger, Retz, & Stieglitz, 2008).
3. Die retrospektive Überprüfung einer ADHS in der Kindheit mittels Wender-Utah-Rating-Scale. Sie besteht in der Kurzform aus 21 Items, die fünfstufig beantwortet werden (WURS-K; Retz-Junginger et al., 2002, 2003).
4. Überprüfung der aktuellen ADHS-Symptomatik mittels Selbstbeurteilungsbogen (z. B. Symptomliste nach DSM-IV-TR, Lauth & Minsel, in Druck; ADHS-Selbstbeurteilungsbogen; ADHS-SB, Stieglitz & Rösler, 2006). Der Fragebogen führt die Verhaltenssymptome des DSM-IV-TR für Unaufmerksamkeit sowie Hyperaktivität und Impulsivität auf und ermöglicht eine differentialdiagnostische Abgrenzung von Subtypen der Aufmerksamkeitsstörung.
5. Die Feststellung möglicher komorbider Störungen wie u. a. Depression, Angststörungen, Sucht (z. B. mittels „Young-Adult-Self-Report“, YASR, Achenbach, 1997).
6. Eine testpsychologische Untersuchung, die aus einem mehrdimensionalen Intelligenztest (z. B. des Wechsler-Intelligenztests für Erwachsene; WIE) oder einem speziellen Aufmerksamkeitsstest (z. B. der Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung; TAP) und einem Leistungsverfahren (z. B. Continuous Performance Test, CPT) besteht.
7. Mögliche organische Ursachen der Störung (z. B. Hirntumore oder Schilddrüsenerkrankungen) sind bei Verdacht anhand einer internistischen oder neurologischen Untersuchung auszuschließen.
8. Ferner wird ein Interview mit den wichtigsten Vertrauenspersonen des Betroffenen empfohlen.

Bei Erwachsenen wird eine Diagnose auf ADHS aber nur dann gestellt, wenn die diagnostischen Kriterien sowohl aktuell erfüllt sind als auch während der Kindheit erfüllt waren: Die Problematik in der Kindheit wird entweder durch eine bereits in der Vergangenheit erstellte Diagnose oder durch eine rückblickende Befragung untermauert.

Ätiologie

Es herrscht Einvernehmen darüber, dass ADHS bei Erwachsenen durch mangelnde Selbststeuerung zu erklären ist. Die Gründe dafür werden in einem multifaktoriellen Bedingungsmodell zusammengefasst. Danach gibt es zwar eine biologische Grund-

Warum kompliziert?
Wenn´s auch einfach geht!

AntragPro

Software zum Schreiben von Berichten/Gutachten

- Antrag Pro ist eine umfangreiche Mustertextsammlung mit mind. 250 Mustergutachten
 - schnelle Auswahl nach Diagnosen, Schlagwörtern, etc.
 - Übernahme von erstellten Gutachten in den Fundus
- Erst- & Umwandlung TFP Erwachsene *Demo-Version*
Erst- & Umw. TFP Kinder u. Jugendliche *Kostenlos*
Erst- & Umw. anal. PT Erwachsene *testen!*

Weitere Informationen 01805-012214* – www.antrag-pro.de

*14 cent/Minute, Mobilnetz ggf. teurer

PSY.DV

Software für Psychotherapeuten
Dipl.Psych. D. Adler · Heckenweg 22 · 53229 Bonn
01805-012214* – www.antrag-pro.de

Seminare für Psychotherapeuten

Besser und schneller Gutachten schreiben	18.04.2009/09.05.2009
Gutachten schreiben für Anfänger	25.04.2009
Optimale Praxisorganisation (Zeitoptimierung)	16.05.2009
Praxis-Gewinn-Optimierung	30.05.2009

Seminare unter Leitung eines erfahrenen Psychoanalytikers (dpv/lpa), Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut mit praktischen Erfahrungen aus 16 Jahren Praxisbetrieb.

Weitere Informationen unter 0228- 211406
info@psychologen-service.de

2. Sommerakademie

der Akademie für Fortbildung in Psychotherapie Institut Rostock

afp Akademie für
Fortbildung in
Psychotherapie
ost

Online-
Anmeldung!



Fortbildung an der Ostsee:
Qualifizieren und regenerieren!

Bewusstsein

Therapeutisch-mediativer Umgang mit hochstrittigen Paaren

Bewusstsein

Kreativität und Bewusstsein

Methoden der Visualisierung

Bewusstsein

Selbstfürsorge und Selbstmanagement

Bewusstsein

Humor in der Psychotherapie

Bewusstsein

Therapeutische Geschichten und Metaphern

vom 25. - 27. Juni 2009
in Graal-Müritz

www.afp-info.de

Die Zertifizierung bei der OPK ist beantragt.
Die Akademie für Fortbildung in Psychotherapie ist eine Einrichtung
der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) e. V.

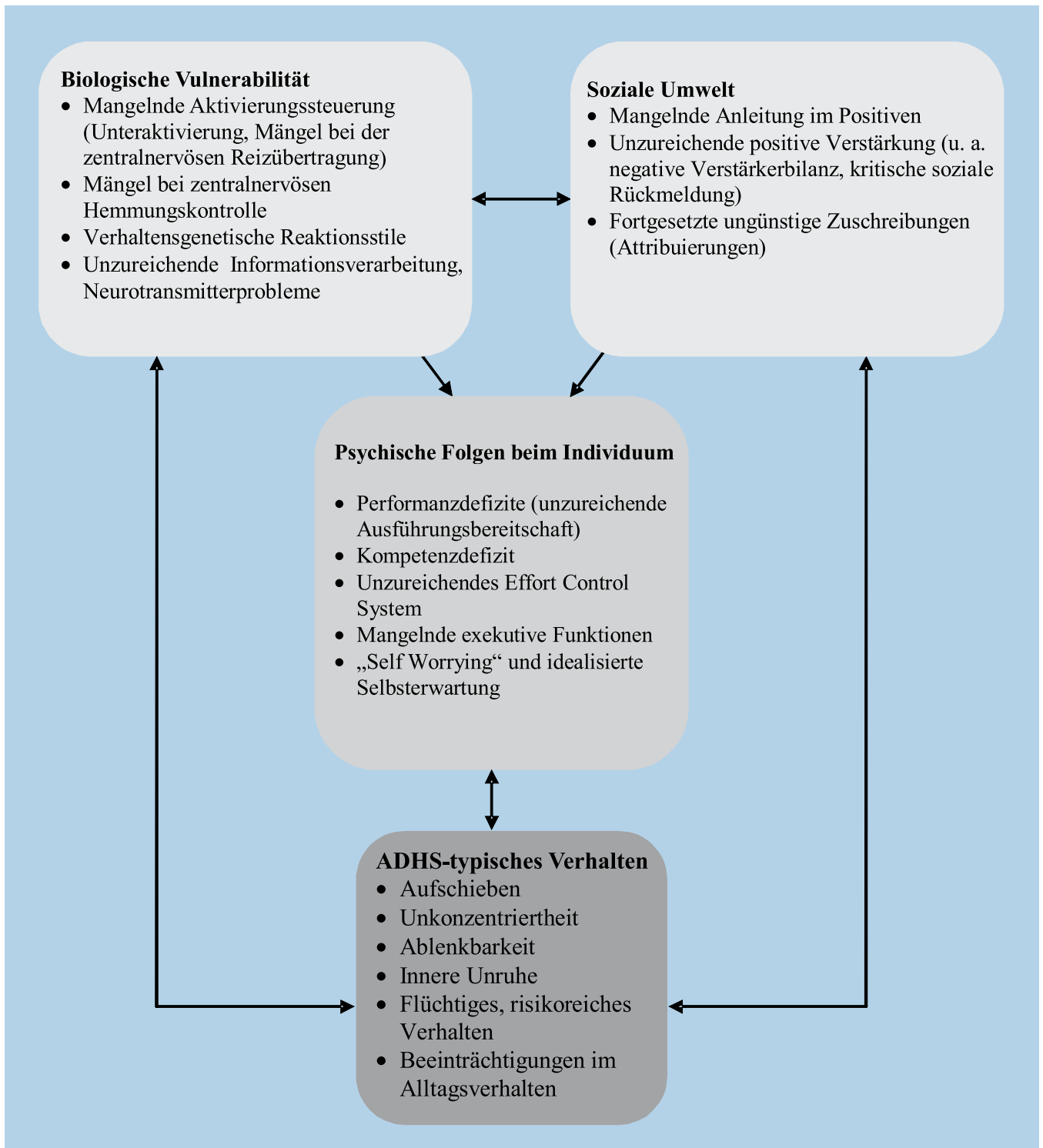


Abbildung 1: Bedingungsmodell ADHS bei Erwachsenen

lage, die Störung entwickelt sich aber erst unter Beteiligung von sozialen und psychologischen Faktoren zur eigentlichen Störung (Sonuga-Barke, 2005; Nigg, Goldsmith & Sachek, 2004; Thapar, Langley, Asherson & Gill, 2007). Damit wird zugestanden, dass Entstehung und Verlauf der Störung von mehreren Faktoren abhängen und zugleich einer individuellen Schwankung

unterliegen. Deshalb plädieren die oben genannten Autoren für eine entwicklungsbezogene Betrachtung der Störung und für eine sorgsame Gen-Umwelt-Analyse.

Biologische Vulnerabilität

Einzelne biologische Faktoren tragen zwar zum Entstehen von ADHS bei, können

aber jeweils für sich genommen nur einen vergleichsweise geringen Anteil der Störung erklären (etwa 20% bei molekularbiologischen Untersuchungen: Laucht et al., 2007; DeYoung et al., 2006). Im Allgemeinen werden die folgenden Bedingungsfaktoren diskutiert:

Mangelnde Aktivierungssteuerung

Seit Satterfield (1987) steht die These, dass Menschen mit ADHS kortikal unteraktiviert seien. Im Gegenzug wurde aber auch die These formuliert, sie seien übererregt. Die derzeitigen Befunde belegen, dass beide Positionen zu einseitig sind. Denn Personen mit ADHS zeichnen sich nicht durch ständige Unter- oder Überaktivierung aus, sondern durch eine unzureichende Steuerung ihrer Aktivierung (Lauth, Naumann, Roggenkämper & Heine, 1996; Monastra, Lubar & Linden, 2001). Solche Aktivierungsmängel werden auch in bildgebenden Verfahren nachgewiesen, wenn die Versuchspersonen beispielsweise Konzentrationsaufgaben lösen. Das Frontalhirn ist bei ADHS-Patienten weniger aktiv als bei Kontrollpersonen (Konrad & Gilsbach, 2007). Außerdem korreliert die Aktivierung mit ihrer tatsächlichen Leistung. Allerdings findet sich über die verschiedenen Studien hinweg kein stabiles Muster für die mangelnde Aktivierung bei ADHS: Teilweise bezieht sich die mangelnde Aktivierung ausschließlich auf

die Frontalhirnregion, teils aber auch auf die thalamischen und fronto-striatalen Verbindungen des Gehirns, teilweise treten auch ausgeprägte Aktivierungen in solchen Hirnregionen auf, die nur am Rande oder gar nicht für die gestellte Aufgabe benötigt werden (Smith, Taylor, Brammer, Toone & Rubia, 2006). Die genannten Aktivierungsunterschiede fallen bei Kindern weit deutlicher aus als bei Erwachsenen, dies lässt sich möglicherweise damit erklären, dass im Laufe der Entwicklung kompensatorische Strategien erlernt wurden.

Mängel bei der zentralnervösen Reizübertragung

Es gibt klare Belege für Defizite im dopaminergen Transmittersystem bei Personen mit ADHS, was deutliche Auswirkungen auf die Aktivierungssteuerung und Inhibitionskontrolle hat. Ausschlaggebend dafür ist, dass präsynaptisch entweder zu wenig Dopamin bereitgestellt und ausgeschüttet wird oder dass Dopamin zu rasch wieder resorbiert wird und dadurch zu kurz im postsynaptischen Spalt verbleibt (Wald-

man et al., 1998; Faraone & Biederman, 1998). Dieser „Dopaminmangel“ wirkt sich im Wesentlichen auf zwei Wegen aus: Einerseits sinkt die Bereitschaft, auf langfristige Belohnungen zu warten und einen Belohnungsaufschub hinzunehmen. Stattdessen drängt es die Betroffenen zur sofortigen, unmittelbaren Bedürfnisbefriedigung. Andererseits werden die exekutiven Funktionen in Mitleidenschaft gezogen, die Handlungspläne entwerfen, überwachen und prüfen. Weil es jetzt an der zuständigen Vorausplanung und Kontrolle fehlt, kommt es nun weit öfter zu einem unbedachten und risikoreichen Vorgehen. Dieser Erklärungsansatz überschneidet sich mit den Konzepten der mangelnden Inhibitionskontrolle, der unzureichenden Effort Control und der mangelnden Belohnungswirkung, auf die im Folgenden genauer eingegangen wird.

Mängel bei der zentralnervösen Inhibitionskontrolle

Menschen mit ADHS fällt es schwer, ungeeignete oder voreilige Handlungsimpulse

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR HYPNOSE UND HYPNOTHERAPIE e.V.(DGH)



HYPNOTHERAPIEWEITERBILDUNG für DiplompsychologInnen, ÄrztInnen

KONSTANZ und WIESBADEN

Referent: Prof. Dr. Walter BONGARTZ
www.hypnose-kikh.de

Beginn des curriculums: Konstanz: 03.10.2009
Wiesbaden: 17.10.2009

**Kursinformationen/
Anmeldung:** K.I.K.H. (Klingenberger Institut für
Klinische Hypnose)
Färberstr. 3A
78467 Konstanz
Fon/Fax: 07531 - 6060350
bongartz@hypnose-kikh.de

Zusatzseminar: Archaische Muster der Selbstentwicklung in der Hypnotherapie KN: 18.-20.9.09 W: 1.-3.5.09

COESFELD

Referent: Dr. Helga HÜSKEN - JANSSEN
www.dgh-hypnose.de

Beginn des curriculums: COESFELD: 09.10.2009

**Kursinformationen/
Anmeldung:** Westfälisches Institut für
Hypnose und Hypnotherapie
Druffelsweg 3
48653 Coesfeld Fon: 02541 - 6500
HHueskenJanssen@aol.com

IFT

IFT-Gesundheitsförderung
München

Meiringen

20. – 22. März 2009
Eröffnungsveranstaltung:
Neue Entwicklungen in der Psychologie

Mainz

27. – 30. März 2009
Eröffnungsveranstaltung:
Psychische Störungen bei Mobbing, Burnout
und Belastungen am Arbeitsplatz

Dresden

01. – 05. Mai 2009
Eröffnungsveranstaltung:
Ich will aber ich kann nicht:
Volitionale Barrieren in der Therapie

Lübeck

19. – 22. Juni 2009
Eröffnungsveranstaltung:
Essstörung – ist radikales Umdenken erforderlich?

Freiburg

11. – 15. September 2009
Eröffnungsveranstaltung:
Psychotherapeutische und psychosoziale
Versorgung von Migranten

Die IFT-Gesundheitsförderung ist ein von
der Bayerischen Psychotherapeutenkammer
akkreditierter Fortbildungsveranstalter.

IFT-Gesundheitsförderung, Gesellschaft mbH
Montsalvatstrasse 14 · 80804 München
Tel. 089/36 08 04-94 · andersson@ift.de
www.vtwoche.de · www.ift-gesundheit.de

Verhaltenstherapiezeiten 2009

zurückzustellen. Neurobiologisch wird diese Unfähigkeit mit Mängeln im zentralnervösen Inhibitionssystem begründet, das in den septo-hippokampalen Strukturen und deren Verbindung mit dem Frontalhirn verortet wird. Es hat verschiedene Aufgaben, an denen auch andere neuronale Schaltkreise beteiligt sind (Quay, 1997; Barkley, 1997a, b). Barkley, Murphy und Fischer (2008) heben in ihrer Analyse der ADHS bei Erwachsenen hervor, dass man Personen mit ADHS und Unauffällige am besten anhand der mangelnden Inhibitionskontrolle unterscheiden kann – beispielsweise anhand ihrer leichten Ablenkbarkeit durch äußere Reize, ihrer impulsiven Entscheidungen, ihrer Schwierigkeiten, die eigenen Aktivitäten oder das eigene Verhalten zu stoppen oder anhand ihrer Neigung, Projekte zu beginnen oder mit Aufgaben anzufangen, ohne die Anweisung gelesen oder sorgfältig zugehört zu haben. Diese Symptome sind nach dem derzeitigen Diskussionstand auch für die Neuauflage des DSM-V als Beschreibungsmerkmale bei Erwachsenen mit ADHS vorgesehen (American Psychiatric Association, 2007).

Als Gründe für diese unzureichende Impulskontrolle werden ein unzureichendes neurokognitives Kontrollsystem (Barkley, 1997b; Quay, 1997), ein unzureichendes neuronales Schaltsystem (z. B. geringe Vernetzung von Frontalhirn, thalamischen Strukturen, Basalganglien und Nucleus Caudatus; Sonuga-Barke, 2005) oder eine unzureichende Dopaminausschüttung bzw. Dopaminresorption (Nieoullon & Coquerel, 2003; Levy & Swanson, 2001) diskutiert.

Genetische Besonderheiten

ADHS hat eine genetische Komponente, was deutlich an der familiären Häufung abzulesen ist. Eltern und Geschwister von Kindern mit ADHS haben etwa fünfmal häufiger solche Probleme als vergleichbare Verwandte in einer Kontrollpopulation ohne ADHS (Oord, Boomsma & Verhulst, 1994). Bei gemeinsam aufwachsenden eineiigen Zwillingen beträgt die Konkordanzrate 55 bis 100% bzw. 50 bis 70% (Eltern- bzw. Lehrerurteil). Allerdings wirken diese genetischen Besonderheiten hauptsächlich in Interaktion mit sozialen Umständen. Laucht et al. (2007) ermitteln beispiels-

weise, dass das Dopamin-Transportergen DAT1 (gemessen in fünf Varianten) auch nicht näherungsweise ADHS erklären kann: Erst in Verbindung mit widrigen sozialen Umständen in der Familie werden etwa 40% der Impulsivität und etwa 30% der Hyperaktivität bei den Jugendlichen durch dieses Gen erklärt. Offensichtlich wird durch die genetische Ausstattung des DAT1 also eine Vulnerabilität definiert, die im Zusammenspiel mit ungünstigen sozialen Umständen zur Störung wird. Neuere Studien bringen weitere Gene ins Spiel, die ebenfalls mit den dopaminergen Rezeptoren in Verbindung stehen (Schimmelmann et al., 2006): Darunter Dopaminrezeptoren 4, Dopaminrezeptoren 5 sowie das Serotonerge Rezeptorgen HTRTB. Aufgrund dieser Genomuntersuchungen wird der Anteil genetischer Faktoren an der Entstehung der Störung auf 60 bis 80% geschätzt (Smidt et al., 2003). Dabei werden eine Reihe von Allelen als mögliche ätiologische Faktoren für ADHS betrachtet; insbesondere das DRD4 7-Repeat-Allel soll das Risiko für eine ADHS um den Faktor 1,34 erhöhen.

Soziale Umwelt

Als ungünstige Umweltbedingungen, die zur Entstehung einer ADHS beitragen, stehen eine mangelnde Anleitung durch Bezugspersonen, geringe soziale Anreize sowie eine unzureichende positive Verstärkung von regelhaftem Verhalten im Vordergrund. Menschen mit ADHS unterliegen meist langjährigen Misserfolgserfahrungen und entsprechenden Zuschreibungen. Ihr Verhalten wird überwiegend durch Bestrafung in einem sogenannten coersiven Erziehungsstil gesteuert. Die bisherigen Studien bescheinigen ihnen deshalb einen negativen Attributionsstil sowie eine externe Kontrolle (Rucklidge & Tannock, 2001).

Mangelnde Anleitung, geringe soziale Anreize

Erste Gründe für die Entstehung einer ADHS im Kindesalter lassen sich in den Anleitungssystemen von Eltern, Erziehern, Lehrern und Gleichaltrigen finden. Kindern mit ADHS wird häufig wenig einfühlsam,

wenig anleitend und wenig vorausschauend begegnet. Meist herrscht ein coersiver Erziehungsstil vor. Dies führt zwangsläufig zu vermehrtem Misserfolgserleben und manchmal zu deutlichen Anpassungsstörungen, auf die die soziale Umwelt zunehmend ablehnend und bestrafend reagiert. Daraus eröffnet sich ein Teufelskreis, der die unzureichende Selbststeuerungsfähigkeit des Kindes bzw. Heranwachsenden aufrechterhält. Längsschnittstudien (Latimer et al., 2003) mit ADHS-Teenagern zeigen, dass die Anpassung des Jugendlichen (13 -17 Jahre) vom elterlichen Erziehungsstil (u. a. Kommunikation, elterliche Kontrolle, Verhaltenssteuerung durch die Eltern, Attribuierung) und den schulischen Leistungen abhängt (Barkley, Murphy & Fischer, 2008).

Unzureichende positive Verstärkung

Die Lerntheorie zeigt eindrucksvoll, dass sich Verhaltensweisen nur dann verfestigen, wenn sie belohnt werden. Aufgrund ihres unaufmerksamen und impulsiven Verhaltensstils werden Kinder mit ADHS aber eher selten in ihrem Verhalten bestärkt. Häufig überwiegen Bestrafungen, was eine Reihe von Folgeproblemen mit sich bringt: Die betroffene Person hat eine *negative Verstärkerbilanz* und Belohnung wird zur Ausnahme. Als Folge werden die Anforderungsbereiche, die mit mangelndem Erfolg verbunden sind, allmählich gemieden. Mit der Zeit richtet sich die betroffene Person immer weniger nach den Wünschen und Erwartungen ihrer Bezugspersonen, weil ihre Handlungen unbelohnt bleiben. Stattdessen setzt sie mehr auf die eigenen Bedürfnisse und Wünsche. Dies fördert die soziale Isolierung und dabei verringert sich die Belohnung durch andere noch weiter. Selbstbewusstsein und Kontrollerwartungen verringern sich, weil die Erfolge ausbleiben.

Langjährige Attribuierungsprozesse

Erwachsene mit ADHS erleben sich selbst meist bereits seit der Grundschulzeit als schwierig, unangepasst oder nicht altersangemessen in ihrem Handeln. Die bisherigen Studien bescheinigen Erwachsenen mit ADHS einen negativen Attributions-

stil sowie eine externe Kontrolle, bei der sie weniger auf ihre eigene Fähigkeit als vielmehr auf Hilfe von außen setzen (Rucklidge & Tannock, 2001; Slomkowski, Klein & Mannuzza, 1995). Für die Bedeutung der langjährigen Erfahrungen sprechen auch die Ergebnisse von Latimer et al. (2003). Sie zeigen in einer Längsschnittstudie, dass die Anpassung von Jugendlichen mit ADHS (13-17 Jahre) vom elterlichen Erziehungsstil, u. a. von Kommunikation, elterlicher Kontrolle, Verhaltenssteuerung durch die Eltern, Attribution sowie von schulischen Leistungen abhängt. Beide Bedingungen wirken eng zusammen und bestimmen das spätere Ausmaß der ADHS.

Resultierende Ausführungsfertigkeiten

Die genannten Umstände und Bedingungen bringen Erlebensweisen, Situationswahrnehmungen, Verhaltensbereitschaften, Motivationsstrukturen und Überzeugungsmuster beim betroffenen Menschen hervor, die hier als Kompetenz- und Performanzdefizite zusammengefasst werden.

Kompetenzdefizite

Im Falle eines Kompetenzdefizits sind die notwendigen Fähigkeiten nicht so sicher und so gut ausgebildet, wie es für den Alltag notwendig wäre. Dafür gibt es gleich mehrere Gründe, die eng zusammenhängen:

Die biologische Vulnerabilität hat den Erwerb dieser Fähigkeiten erschwert (z. B. aufgrund der unzureichenden neuronalen Informationsverarbeitung).

In der Vergangenheit fehlte es an einer angemessenen Anleitung und Schulung.

Anspruchsvollere Aufgaben, die nicht gut beherrscht werden bzw. eher zu Misserfolg führten, wurden immer mehr gemieden und die dazugehörigen Fähigkeiten nicht geschult.

Kompetenzdefizite treten hauptsächlich im Bereich der exekutiven Funktionen, bei der Planung und Organisation, bei der Steuerung der eigenen Emotionen, in den sozialen und kommunikativen Fähigkeiten sowie in der Nutzung des Arbeitsgedächtnisses auf. Barkley (1997a, 1999; Barkley, Murphy & Fischer, 2008) hat im Rahmen seines Hybrid-Modells auf diese Fähigkeitseinbußen hingewiesen. Seine Analysen zeigen, dass sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen vier Funktionsbereiche beeinträchtigt sind:

1. Das nonverbale Arbeitsgedächtnis.
2. Die Fähigkeit, sich mit Selbstanweisungen selbst zu lenken.
3. Die Selbstregulation von Stimmung, Aktivierung und Motivation.
4. Die Fähigkeit zur Rekonstitution.

Daraus entstehen typische Verhaltensweisen wie das Vergessen von Aufgaben, Jähzorn, ein schlechtes Zeitgefühl oder nicht

vom Vorbild anderer profitieren zu können. Die Metaanalyse von Hervey, Epstein und Curry (2004) gelangt zu dem Ergebnis, dass sich ADHS-Patienten und unauffällige Personen bezüglich der Ausbildung der exekutiven Funktionen recht zuverlässig voneinander unterscheiden. Personen mit ADHS planen weniger gut und überwachen ihre Handlungen weniger präzise. Infolgedessen machen sie eher Fehler und brauchen mehr Zeit oder erreichen weniger gute Gesamtergebnisse. Die Unterschiede zwischen unauffälligen Personen und solchen mit ADHS schwanken zwischen einer Effektstärke von 0,12 und 1,41 (Mittelwert 0,45; etwa 67%). Barkley, Murphy und Fischer (2008) zeigen, dass Personen mit ADHS und Unauffällige anhand ihrer exekutiven Funktionen mit einer Treffsicherheit von 99% voneinander unterschieden werden können. Allerdings sind die exekutiven Funktionen bei Personen mit ADHS nicht grundsätzlich beeinträchtigt. Schwierigkeiten werden erst mit zunehmender Aufgabenschwierigkeit sichtbar, wenn also größere Flexibilität, verbale Vermittlung oder Vorausplanung gefordert werden. Viele Forscher verweisen darauf, dass Kompetenzdefizite durch die *mangelnde Regulation der eigenen Emotionen* (Barkley, 1997a) sowie durch eine *unzureichende Gedächtnisorganisation* gestützt werden.

Performanzdefizite

Viele Betroffene beherrschen Verhaltensweisen wie Planen, Organisieren und Strukturieren sehr wohl, setzen diese Fä-

Bayerische Gesellschaft für Verhaltenstherapie,
Verhaltensmedizin und Sexuologie e.V.
Nettelbeckstr. 14, 90491 Nürnberg
www.ivs-nuernberg.de

I
V
S

Institut für Verhaltenstherapie
Verhaltensmedizin und
Sexuologie
- staatlich anerkannt -

zertifiziert n. ISO 9001:2000

Ergänzungsqualifikation Verhaltenstherapie für Ärzte und Psychologen: 100 Std. in 6 Blöcken v. 18.04.09 - 22.11.09

Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen: Ergänzungsqualifikation für die fachliche Befähigung zur Abrechnung von VT bei Kindern u. Jugendlichen, ca. 200 Std. in 12 Blöcken, Beginn: November 2009 (in Planung)

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

Fachtagung: Psychotherapie nach kritischen Lebensereignissen und Traumatisierungen, 27. Juni 2009 (in Planung)

Weitere Angaben zu unseren Fort- und Weiterbildungen finden Sie auf unserer Homepage: www.ivs-nuernberg.de

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

higkeiten jedoch nur selten um. Hierfür gibt es vor allem drei, sich ergänzende Gründe:

1. Motivationale Gründe: Die an sich notwendige Handlung ist oft anstrengend, erfordert Einsatz und beinhaltet das Risiko des Scheiterns. Ablenkende Tätigkeiten werden daher der eigentlichen Aufgabe vorgezogen.
2. Mangelnde Vorausplanung: Eine Situation wird nicht ausreichend durchleuchtet und kaum mit den erwartbaren Folgen in Verbindung gebracht, was eng mit der mangelnden exekutiven Kontrolle zusammenhängt.
3. Vermeidungslernen: Viele Handlungen sind anstrengend und risikoreich. Wenn die Chance besteht, diese Aufgaben aufzuschieben wird das mit dem Anfangen einhergehende Unbehagen erst einmal reduziert und ein mögliches Scheitern wird zunächst ausgeschlossen. Es ergibt sich also ein unmittelbarer Gewinn, eine Art negative Verstärkung für das Aufschiebverhalten. Dies wird zu einer systematischen Strategie, die kurzfristig von Vorteil ist, weil die notwendige Anstrengung entfällt und der befürchtete Misserfolg vermieden wird bzw. ein schlechteres Ergebnis durch den beim Aufschieben entstandenen Zeitdruck erklärbar ist.

Beide Verhaltensmerkmale führen zu *Alltagsproblemen* und weit reichenden Anpassungsstörungen, die die Störung weiter stabilisieren (Knouse et al., 2008). In der bisherigen Forschung wird vergleichsweise gut belegt, dass sich die anfängliche Verhaltensabweichung durch mangelnde schulische und berufliche Leistungen, geringe soziale Einbettung und mangelnde soziale Unterstützung verfestigt und zur ADHS verdichtet (Latimer et al., 2003; Mick et al., 2008; Togersen, Gjervan & Rasmussen, 2006).

Interventionsstrategien

Psychostimulanzien gelten insbesondere im ärztlichen Bereich als erstes Mittel der Wahl (International Consensus Statement on ADHD, 2002). Am häufigsten werden die folgenden Wirkstoffe eingesetzt: Me-

thylphenidat (am bekanntesten unter dem Handelsnamen Ritalin®); Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (Atomoxetin, unter dem Handelsnamen Strattera®) und Amphetaminsulfat. Ihre Wirksamkeit beruht auf der Aktivierung zentralnervöser Prozesse. Methylphenidat scheint besonders die Dopaminaktivität anzuregen. Es ist anzunehmen, dass Frontalhirn- und Mittelhirnregionen (Basalganglien, limbische Region) durch die Medikation besser vernetzt werden. Beispielsweise zeigen aufmerksamkeitsgestörte Kinder unter Medikation in bildgebenden Verfahren eine stärkere Durchblutung im frontalen Kortex und in den Basalganglien, insbesondere im Striatum (Vaidya et al., 1998). Alternativ wird auch diskutiert, dass die Medikation die zentrale Aktivierung und Wachheit besser „kanalisiert“ und dadurch die Zielbezogenheit steigert, die Wirksamkeit von Belohnungshinweisen erhöht, Selbstmotivierung und exekutive Funktionen optimiert sowie die Hemmung ungeeigneter Verhaltensweisen verbessert (DuPaul, Barkley & Connor, 1998).

Die bisherigen Wirksamkeitsstudien belegen eine befriedigende Wirkung. So kommen Faraone, Spencer, Aleardi, Paganò und Biederman (2004) im Vergleich von sechs Studien, in denen insgesamt 140 erwachsene ADHS-Patienten mit Methylphenidat und 113 mit Placebo im Doppelblindversuch behandelt worden waren zu dem Schluss, dass die Pharmakotherapie sich mit einer Effektstärke von 0,9 als wirksam erweist. Besonders groß ist die Wirksamkeit, wenn höhere Dosierungen zur Verwendung kommen und wenn der Behandlungserfolg durch Ärzte beurteilt wurde (Effektstärke: 1,3). In diesen Studien wurde die Wirkung der Behandlung ausschließlich in der Reduzierung der ADHS-Symptomatik und teilweise in der Einschätzung der allgemeinen Verbesserung erfasst. In einer neueren Untersuchung bestätigen Spencer et al. (2007) in einer Doppelblindstudie mit Dexmethylphenidate diese Schlussfolgerung: Die Pharmakotherapie ist einer Placebobehandlung überlegen und eine höhere Dosierung ist wirksamer (Dosierungsstufen: 20 mg, 30 mg, 40 mg). Diese Studie wurde in insgesamt 18 Behandlungszentren in den USA mit 221 er-

wachsenen ADHS-Patienten durchgeführt. Die ADHS-Symptomatik wurde wiederum von Ärzten erfasst, die die Verbesserung des Patienten im Abschlussinterview mit dem Patienten einschätzten. Die allgemeine Anpassung (sozial, familiär, beruflich) wurde mittels Berichten der Patienten bzw. naher Angehörigen erhoben. Allerdings verringerte sich die Symptomatik auch unter Placebobehandlung, ebenso die soziale Anpassung. Insgesamt wurden 165 negative Nebenwirkungen – sogenannte Adverse Events – wie Kopfschmerzen, verminderter Appetit, Schlaflosigkeit, Mundtrockenheit oder Zitterigkeit registriert.

Bei einem größeren Teil der betroffenen Erwachsenen mit ADHS haben sich aber bereits entwicklungsbedingte Probleme, soziale Anpassungsschwierigkeiten und weitere komorbide Störungen eingestellt, die von der Medikation nicht grundlegend verändert werden. Infolgedessen wird für eine kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte, multimodale Behandlung plädiert (Ramsay & Rostain, 2007; Barkley, Murphy & Fischer, 2008; Lauth & Minsel, in Druck). So untersuchten Gualtieri und Johnson (2008) an 177 Jugendlichen im Alter von 10 bis 18 Jahren den Einfluss von Medikation (entweder Methylphenidat, Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmern oder d-Amphetamine) auf das neurokognitive Funktionsniveau. Sie zeigten, dass Jugendliche mit ADHS selbst bei optimal eingestellter Medikation noch Beeinträchtigungen im Bereich der Reaktionszeit, der kognitiven Flexibilität, gemessen in dem Vermögen zwischen zwei Aufgabenstellungen zu wechseln und der Daueraufmerksamkeit im Vergleich zur unauffälligen Kontrollstichprobe aufweisen.

In der Abwägung zwischen Nutzen und Beschränkung der Pharmakotherapie wird deshalb in aller Regel eine Kombinationsbehandlung aus Psychotherapie und Medikamenteneinnahme bevorzugt. Die Behandlung soll die Symptome der ADHS verringern, den Betroffenen zu einem angemessenen Umgang mit der Störung verhelfen, die emotionalen und funktionellen Einschränkungen vermindern und ein möglichst angemessenes Verhalten im Alltag herbeiführen. Um das zu erreichen, werden bevorzugt kognitiv-verhaltensthe-

rapeutische Maßnahmen in Kombination mit Pharmakotherapie eingesetzt.

In den letzten Jahren wurden mehrere psychologische Interventionsstudien vorgelegt (Wilens et al., 1999; Wiggins, Singh & Getz, 1999; Hesslinger et al., 2002; Stevenson, Whitmont, Bornholt, Livesey & Stevenson, 2002; Stevenson, Stevenson & Whitmont, 2003; Safren et al., 2005 a; Safren, Perlman, Sprich & Otto, 2005b; Zylowska et al., 2006; Solanto, Marks, Mitchell, Wasserstein & Kofman, 2008). Diese Arbeiten weisen auf eine Evidenz für die Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Intervention bei Erwachsenen mit ADHS hin. Die ADHS-Symptomatik verringert sich in den genannten Untersuchungen mit mittlerer bis hoher Effektstärke (Cohens d zwischen 0,64 und 2,6). Offensichtlich kann die Kernsymptomatik der ADHS mittels Verhaltenstherapie erfolgreich behandelt werden. Allerdings handelt es sich bei den genannten Studien um Prä-Post-Untersuchungen, die nur unbehandelte Warte-Kontrollgruppen zum Vergleich heranziehen. Die Ergebnisse belegen also den Therapiefortschritt, ohne diesen aber mit einer unspezifischen oder Alternativbehandlung verglichen zu haben.

Hervorzuheben ist die Studie von Safren et al. (2005a), die die Effektivität einer Kombinationsbehandlung aus einem kognitiv-behavioralen Therapieprogramms und Medikation mit einer Kontrollgruppe, die Medikation allein erhielt, vergleicht. Es ergeben sich für die varianzanalytisch ermittelten Differenzen zwischen Interventions- und Kontrollgruppe hohe Effektstärken ($d = 1,2$ bzw. $1,4$) für die Verringerung der ADHS-Symptomatik sowie mittlere Effektstärken ($d = 0,65$) für die Verringerung der komorbiden Depressivität. Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass die Kombinationsbehandlung aus kognitiver Verhaltenstherapie und Medikation der Medikation allein überlegen ist. Demzufolge gilt es auf den Einzelfall abgestimmte Behandlungskombinationen zu finden, die eine spezifische ADHS Psychotherapie mit der Verbesserung funktioneller zentralnervöser Leistungsvoraussetzungen verbinden.

Die Möglichkeiten der psychotherapeutischen Einflussnahme werden durch ein kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientier-

tes Gruppentraining nach Lauth & Minsel (in Druck) erweitert. Es beruht auf einer umfangreichen Aufarbeitung der differentiellen Besonderheiten von Erwachsenen mit ADHS und umfasst drei eng aufeinander abgestimmte Behandlungsmaßnahmen:

1. In einem **vorbereitenden Einzelgespräch** wird die bestehende Problematik erörtert. Es wird mit Hilfe des Screeningfragebogens ASRS-V1 (WHO, 2003) und dem Selbstbeurteilungsfragebogen ADHS nach DSM-IV-TR (Lauth & Minsel, in Druck) die bestehende Symptomatik diagnostiziert. Die Kurzform der Wender-Utah-Rating-Scale (WURS-K) wird für eine retrospektive Betrachtung der ADHS-Symptome in der Kindheit hinzugezogen (Retz-Junginger et al., 2002). Für die Spezifizierung des ADHS-typischen Problemverhaltens wird ein Fragebogen „Allgemeines Funktionsniveau“ eingesetzt (Lauth & Minsel, in Druck), der das Gelingen von Verhaltensweisen in bedeutsamen Alltagssituationen (z. B. „wenn viele Dinge gleichzeitig zu tun sind“, „wenn eine Aufgabe pünktlich und wie verabredet erledigt werden soll“, „wenn andere nicht mit mir übereinstimmen“) erfragt. Um auch komorbide Störungen und weitere Problembereiche wie soziale Anpassungsprobleme mit zu erheben, wird der umfassende Fragebogen Young-Adult-Self-Report (YASR) verwendet. Zudem wird ein umfassendes verhaltenanalytisches Interview durchgeführt.
2. In einem kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierten **Gruppentraining** mit bis zu zehn Teilnehmern werden in sechs Sitzungen die notwendigen Alltagsfähigkeiten vermittelt. Hierbei geht es besonders um Zielbildung, Selbstorganisation, Zeitplanung und das Ausbilden und Pflegen sozialer Kontakte. Die Teilnehmer werden angeleitet, ihre Schwierigkeiten eigenständig anzugehen und möglichst selbstständig geeignete Lösungsstrategien zu finden (siehe Kasten „Sitzung 2: Anfangen und Umsetzen“). Diese Fertigkeiten werden anhand von therapeutischen Hausaufgaben, die zwischen den Sitzungen zu erledigen sind, unmittelbar auf den Alltag übertragen. Bei der Umsetzung

igw

Institut für Integrative Gestalttherapie
Anerkannter Fortbildungsveranstalter

Weiterbildung in Gestalttherapie
Informations- und Auswahlseminare 2009

München	26.06.-27.06.2009
Freiburg	08.05.-09.05.2009
Würzburg	15.05.-16.05.2009
Zürich	05.06.-06.06.2009

Fortbildungen:

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

Gestalt Kinder- und Jugendlichentherapie - 16-tägige Fortbildung.

Kompakttraining in integrativer Gestalttherapie
vom 09. bis 21.08.2009 in Ellwangen

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

Anmeldungen und ausführliches Informationsmaterial erhalten Sie von

IGW Würzburg

Theaterstraße 4
D-97070 Würzburg

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

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

Internet: www.igw-gestalttherapie.de



Weiterbildungsstudiengänge Psychotherapie



Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten

Schwerpunkte:

- Verhaltenstherapie
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder psychoanalytisch begründete Verfahren

Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Schwerpunkt:
Verhaltenstherapie

Bewerbung und Beginn ab sofort möglich

Beginn der theoretischen Ausbildung:
Oktober 2009

Weitere Informationen:

Prof. Dr. H. Schöttke

Tel.: 0541-969 4757

hennings.schoettke@uni-osnabrueck.de

www.psychotherapie.uni-osnabrueck.de

Sitzung 1: Bestandsaufnahme	Was soll sich ändern? Was kann so bleiben? Das eigene Belastungsprofil erkennen Genauere Ziele für das Training bestimmen Wissen über die Störung Ansatzpunkte für Veränderung (Psychoedukation)
Sitzung 2: Anfangen und Umsetzen	Innere Hemmnisse erkennen (dysfunktionale innere Dialoge) Den Berg abtragen, Vorhaben umsetzen Projekte und Arbeitsvorhaben einteilen
Sitzung 3: Gedächtnis, Konzentration und Co.	Aufmerksamkeit und Teilleistungsschwäche Gedächtnisleistungen verbessern Komplexe Situationen meistern Inhalte entnehmen/Texte verstehen „Was ich gut kann“
Sitzung 4: Prioritäten setzen und einteilen	Wichtiges und Unwichtiges unterscheiden Zeitfenster im Tagesablauf bilden Projekte und Arbeitsvorhaben einteilen Umgang mit Geld
Sitzung 5: Verstehen und verstanden werden	Schwierigkeiten beim Kommunizieren: Andere Verstehen Angemessenes Gesprächsverhalten einüben (Umschreiben, Informieren, Advance Organizer) Die vier Gesprächsmittel
Sitzung 6: Auffrischungssitzung	Analyse der Wochenaufgaben Trainingsziele erreicht? Ist-Soll-Vergleich Was war hilfreich? Was soll fortgeführt werden? Ausblick: Mein Leben in drei Jahren

Tabelle 1: Inhalte des Trainings für Erwachsene mit ADHS nach Lauth und Minsel (in Druck)

edukation über das Störungsbild aufgeklärt und für eine überzeugte Mitarbeit bei der Behandlung gewonnen werden. Ziel-, Mittel- und Beziehungstransparenz werden aktiv hergestellt, um Compliance für die angestrebte Therapie zu erlangen. In der Therapie sollen angemessene Verhaltensweisen erlernt werden, die bestehende Alltagsschwierigkeiten vermindern und die Ausführungsbereitschaft erhöhen. Zur Reduzierung der bestehenden Kompetenzdefizite werden Fertigkeiten zur Selbststeuerung, zum Selbstmanagement, bewusste Verhaltensbereitschaft („Self Awareness“, Achtsamkeit) vermittelt. In einigen Trainingsprogrammen werden außerdem kommunikative und soziale Fertigkeiten eingeübt. Aufgrund der oben dargestellten Diskrepanz zwischen Kompetenz und Performanz kommt der Umsetzung der in der Therapie erarbeiteten Inhalte in den Alltag eine besondere Bedeutung zu.

unterstützen sich die TeilnehmerInnen im Gruppentraining gegenseitig im Sinne von „tutoriellen Beziehungen“ (Tandems), die während der ersten Gruppensitzung gebildet und sorgfältig supervidiert werden. Hausaufgaben und Tandems erweisen sich als äußerst praktikabel und erfolgsversprechend hinsichtlich einer Verbesserung der allgemeinen Funktionsfähigkeit (Global Functioning Scale) sowie der Reduktion der ADHS-Symptomatik (vgl. Lauth & Minsel, in Druck).

3. In **ergänzenden Einzeltherapien** können die Kursteilnehmer bei Bedarf ihre Schwierigkeiten zusätzlich besprechen. Dies ist hauptsächlich bei besonderen Problemen oder aktuellen Krisen (z. B. Trennung vom Partner, Krankheit) notwendig.

Das Übungsprogramm wird von den TeilnehmerInnen geschätzt und bereitwillig angenommen. Es erweist sich in der Durchführung als äußerst praktikabel. Einzelfallanalysen zeigen einen moderaten Rückgang der erlebten Alltagsbelastung. Die Teilnehmer verbessern ihre allgemei-

ne Funktionsfähigkeit und erreichen durch das Programm ihre selbst gesetzten Ziele (Goal Attainment). In einer katamnästischen Befragung zur Zielerreichung gaben 20 Teilnehmer (12 Männer und 8 Frauen im Alter zwischen 22 und 44 Jahren ($M = 29,9$)) an, dass sie ihr erstes Ziel zu durchschnittlich 68,8% ($S = 24,9$), ihr zweites Ziel zu 70,6% ($S = 30$) und ihr drittes Ziel zu 55,4% ($S = 37,9$) erreicht hatten. Dabei handelt es sich um weitreichende und alltagsrelevante Ziele, wie beispielsweise das Bestehen einer Prüfung, wichtige Renovierungsarbeiten am Haus oder das Pflegen von Kontakten im Bekanntenkreis. Dies spricht für einen deutlichen Erfolg des Trainings. Das Training wird fortlaufend weiter erprobt und weitere Ergebnisse werden im Sommer 2009 erwartet.

Die bisherigen Interventionsstudien geben also erste Hinweise darauf, welche Behandlungsmaßnahmen wirksam und indiziert sind. Auf der Basis eines kognitiv-behavioralen Vorgehens erweisen sich verschiedene Behandlungsmodule als erfolgsversprechend. Dazu gehört zuerst, dass die Patienten im Sinne einer Psycho-

Schlussfolgerung

Erwachsene mit ADHS gelten als eine bedeutsame wiewohl derzeit deutlich unterversorgte Patientengruppe, die zunehmende Beachtung in der Klinischen Psychologie und Psychotherapie findet. Die derzeitigen Untersuchungen belegen, dass die Störung oft verkannt und selten fachgerecht behandelt wird. Wichtige Grundlagen für die psychotherapeutische Behandlung stellen die Alltagsbelastungen und die zumeist unzureichende soziale Einbettung der Patienten dar. Daraus ergibt sich als Therapieziel, dass die Selbststeuerungsfähigkeit der Patienten gestärkt und ihre Alltagsbewahrung zu verbessern ist. Die bisherigen Therapiestudien gehen davon aus, dass sich bei ADHS um eine langjährige Störung der Selbststeuerung handelt. Dementsprechend zielt die Therapie vor allem darauf ab, dass die Betroffenen kompensatorische Strategien zum Selbstmanagement oder zur Selbstregulation lernen, um mit ihrer ADHS-Symptomatik besser und angemessener im Alltag umzugehen. Bevorzugt werden derzeit kognitiv-verhaltensthe-

„Anfangen und Umsetzen“ (2. Sitzung)

Das Anfangen und Fertigstellen von wichtigen Aufgaben ist bei Erwachsenen Hauptbestandteil der mit ADHS einhergehenden Alltagsschwierigkeiten.

Im Gruppentraining wird erarbeitet, worin diese Schwierigkeiten begründet liegen. Zur Veranschaulichung wird ein Fallbeispiel herangezogen, das den Kreislauf aus Misserfolgserwartungen, Zögern, Zeitdruck und schlechten Ergebnissen beispielhaft veranschaulicht. Die Teilnehmer beschreiben anschließend, welche Bedingungen bei ihnen Aufschub und Verzögern hervorrufen.

Der Schwerpunkt wird in dieser Sitzung auf dysfunktionale innere Dialoge gelegt, das sogenannte „Kino im Kopf“. Die Teilnehmer beschreiben, was sie in einer Situation zu sich sagen, wenn es an das Erledigen einer wichtigen Aufgabe geht. Welche Dialoge führen sie mit sich selbst? Thematisieren sie ihr Scheitern? Heben sie die Anstrengung hervor? Blenden sie die Anforderung aus? Mit welchen konkreten Verhaltensweisen sind diese Selbstaussagen verbunden (z. B. Ablenkung suchen, müde werden). Und schließlich: Wie sind diese Selbstaussagen entstanden? Können sie durch positive Erfahrungen bzw. Stärken gekontert werden?

Erfahrungen zeigen, dass sich die Teilnehmer mit diesem Modell der negativen Kognitionen und den damit einhergehenden Verhaltensweisen erfolgreich arbeiten können und wichtige Erkenntnisse darüber gewinnen, was sie vom Vollzug abhält bzw. was sie nun unternehmen können, um wirklich anzufangen und die Dinge wie gewünscht umzusetzen. Diese Erkenntnisse werden unmittelbar in alltagsnahe Lösungen umgemünzt, die die Teilnehmer nun unmittelbar realisieren sollen.

Diese Übung wird durch ein angemessenes Zeitmanagement ergänzt. Alltagsnahe Übungen während des Trainings sowie selbst gesetzte Wochenaufgaben zwischen den einzelnen Trainingstagen sollen den Teilnehmern helfen, die erlernten Strategien in den Alltag zu integrieren.

therapeutische Interventionen durchgeführt, die zielbezogen und alltagsnah vorgehen. Die verbreitetste Therapie besteht aber in einer Pharmakotherapie mittels Methylphenidat. Hier werden zumeist mittlere bis hohe Effektstärken erreicht. Allerdings zeigt sich auch, dass die Gesamtproblematik selten durch Pharmakotherapie alleine einzudämmen ist. Deshalb werden Kombinationstherapien gefordert. Auf Seiten der psychologischen Forschung fehlt es noch an ausgearbeiteten Interventionskonzepten, an denen sich Anwender und Therapeuten orientieren könnten. Erste Verfahren wurden von Hesslinger, Philipsen und Richter (2004), Safren et al. (2005b) sowie von Lauth und Minsel (in Druck) entwickelt. Deren Manuale richten sich speziell an Psychotherapeuten, die Therapien in der Einzelsituation (Hesslinger, Philipsen & Richter, 2004; Safren et al., 2005b) oder in Gruppen (Lauth & Minsel, in Druck) durchführen.

Kontrollierte Evaluationsstudien mit größeren Stichproben und angemessenen Kon-

trollgruppen könnten diese Ergebnisse in Zukunft weiter stützen.

Literatur

- Achenbach, T. M. (1997). *Manual for the Young Adult Self-Report and Young Adult Behavior Checklist*. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.
- American Psychiatric Association. (2007). Externalizing Disorders Research Planning Conference. Mexico City, 14.-16. Februar 2007. Verfügbar unter: <http://www.psych.org/MainMenu/Research/DSMIV/DSMV/DSMRevisionActivities/ConferenceSummaries/ExternalizingDisordersofChildhood.aspx> [28.01.2009].
- Barkley, R.A., Murphy, K.R. & Fischer, M. (2008). *ADHD in adults. What the science says*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R.A. (1997a). *ADHD and the nature of self-control*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R.A. (1997b). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive

Familien im Fokus



Aus dem Englischen übersetzt von Irmela Erckenbrecht.
3., vollst. überarb. u. erw. Aufl. 2009.
346 S., 32 farb. Abb., 68 s/w Abb., 1 Tab., Kt
€ 34.95 / CHF 59.00
ISBN 978-3-456-84647-7

Monica McGoldrick / Randy Gerson / Sueli Petry
Genogramme in der Familienberatung

Das Genogramm ist eine praktische Methode, Fakten übersichtlich darzustellen, die in der Anfangsphase einer Familienberatung zu Tage treten: Informationen über den Patienten und seine Beziehungen zu Verwandten der eigenen, vorausgehender oder nachkommender Generationen.



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

HUBER 

- functioning: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65-94.
- Clarkin, J.F., Yeomans, F.E., & Kernberg, O.F. (1999). *Psychotherapy for borderline personality*. New York: Wiley.
- Davidson, M.A. (2008). ADHD in Adults. A Review of the literature. *Journal of Attention Disorders*, 11 (6), 628-641.
- DeYoung, C., Peterson, J.B., Seguin, J.R., Mejia, J.M., Pihl, R.O., Beitchman, J.M., Jain, U.J., Tremblay, R.E., Kennedy, J.L. & Palmour, R.M. (2006). The dopamine D4 receptor gene and moderation of the association between externalizing behaviour and IQ. *Archives of General Psychiatry*, 63, 1410-1416.
- DuPaul, G.J., Schaugency, E.A., Weyandt, L.L., Tripp, G., Kiesner, J., Ota, K. & Stanish, Heidi. (2001). Self report of ADHD symptoms in university students: Cross-gender and cross-national prevalence. *Journal of Learning Disabilities*, 34, 370-379.
- DuPaul, G.J., Barkley, R.A. & Connor, D.F. (1998). Stimulants. In R.A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment* (pp. 510-551). New York: Guilford Press.
- Ebert, D., Krause, J. & Roth-Sackenheim, C. (Hrsg.). (2003). ADHS im Erwachsenenalter – Leitlinien auf der Basis eines Expertenkonsensus mit Unterstützung der DGPPN. *Der Nervenarzt*, 74, 939-946.
- Faraone, S. V., Spencer, T., Alvardi, M., Pagano, C. & Biederman, J. (2004). Meta-analysis of the efficacy of methylphenidate for treating adult attention-deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 24, 24-29.
- Faraone, S.V. & Biederman, J. (1998). Neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 44, 951-958.
- Fayyad, J., De Graaf, R., Kessler, R., Alonso, J., Angermeyer, M., Demyttenaere, K., De Girolamo, G., Haro, J.M., Karam, E.G., Lara, C., Lépine, J.-P., Ormel, J., Posada-Villa, J., Zaslavsky, A.M. & Jin, R. (2007). Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *British Journal of Psychiatry*, 190, 402-409.
- Gualtieri, C.T. & Johnson, L.G. (2008). Medications do not necessarily normalize cognition in ADHD patients. *Journal of attention disorders*, 11 (4), 459-69.
- Heiligenstein, E., Conyers, L.M., Berns, A.R. & Smith, M.A. (1998). Preliminary normative data on DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder in college students. *College Health*, 46, 185-188.
- Hervey, A.S., Epstein, J.N. & Curry, J.F. (2004). Neuropsychology of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Neuropsychology*, 18, 485-503.
- Hesslinger, B., Philipsen, A. & Richter, H. (2004). *Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter. Ein Arbeitsbuch*. Göttingen: Hogrefe.
- Hesslinger, B., van Elst, L.T., Nyberg, E., Dykkieriek, P., Richter, H., Berner, M. & Ebert, D. (2002). Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults. A pilot study using a structured skills training program. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252, 177-184.
- International Consensus Statement on ADHD (2002). *Clinical Child and Family Review*, 5, 89-111.
- Kessler, R.C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., Faraone, S. V., Greenhill, L.L., Howes, M.J., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T.B., Walters, E. & Zaslavsky, A.M. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the united states: Result from the national comorbidity survey study. *American Journal of Psychiatry*, 4, 716-723.
- Knouse, L.E., Mitchell, J.T., Brown, L.H., Silvia, P.J., Kane, M.J., Myin-Germeys, I. & Kwapil, T.R. (2008). The expression of adult ADHD symptoms in daily life. *Journal of Attention Disorders*, 11 (6), 652-663.
- Konrad, K. & Gilsbach, S. (2007). Aufmerksamkeitsstörungen im Kindesalter. Erkenntnisse funktioneller Magnetresonanztomographie. *Kindheit und Entwicklung*, 16, 7-15.
- Krause, D.-A., Gastpar, M. & Davids, E. (2006). ADHS bei Erwachsenen – unterscheiden sich Frauen und Männer? *Krankenhauspsychiatrie*, 17, 54-61.
- Latimer, W.W., August, G.J., Newcomb, M.D., Realmuto, G.M., Hektner, J.M. & Mathy, R.M. (2003). Child and familial pathways to academic achievement and behavioral adjustment: A prospective six-year study of children with and without ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 7, 101-116.
- Laucht, M., Skowronek, M.H., Becker, K., Schmidt, M.H., Esser, G. Schulze, T.G. & Rietschel, M. (2007). Interacting effects of the dopamin transporter gene and psychosocial diversity on attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms among 15-years-olds from a high-risk community sample. *Archives of General Psychiatry*, 64, 585-590.
- Laufkötter, R., Langguth, B., Johann, M., Eichhammer, P. & Hajak, G. (2005). ADHS des Erwachsenenalters und Komorbiditäten. *Psychoneuro*, 31 (11), 563-568.
- Lauth, G.W. & Minsel, W.-R. (in Druck). *Erwachsene mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) – Diagnostik und Behandlung*. Göttingen: Hogrefe.
- Lauth, G.W., Naumann, K., Roggenkämper, A. & Heine, A. (1996). Verhaltensmedizinische Indikation und Evaluation einer kognitiv-behavioralen Therapie mit aufmerksamkeitsgestörten/hyperaktiven Kindern. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 24, 164-175.
- Levy, F. & Swanson, J.M. (2001). Timing, space and ADHD: The dopamine theory revisited. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 504-511.
- Linehan, M. M. (1996a). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Linehan, M. M. (1996b). *Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Mick, E., Faraone, S.V., Spencer, T., Zhang, H. F. & Biederman, J. (2008). Assessing the validity of the quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire – short form for adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11 (4), 504-509.
- Miller, T. W., Nigg, J. T. & Faraone, S. V. (2007). Axis I and II comorbidity in adults with ADHD. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 519-528.
- Monastra, V.J., Lubar, F.J. & Linden, M. (2001). The development of a quantita-

- tive electroencephalographic scanning process for attention deficit-hyperactivity disorder: Reliability and validity studies. *Neuropsychology*, 15, 136-144.
- Nieoullon, A. & Coquerel, A. (2003). A key regulator to adapt action, emotion, motivation and cognition. *Current Opinion in Neurology*, 16, 53-59.
- Nigg, J.T., Goldsmith, H.H. & Sachek, J. (2004). Temperament and attention deficit hyperactivity disorder: The development of a multiple pathway model. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 42-53.
- Ohlmeier, M., Peters, K., Buddensiek, N., Seifert, J., Te Wildt, B., Emrich, H.M. & Schneider, U. (2005). ADHS und Sucht. *Psychoneuro*, 31 (11), 554-562.
- Oord, E. van den, Boomsma, D. I. & Verhulst, F. C. (1994). A study of problem behaviors in 10 to 15-year-old biologically related and unrelated international adoptees. *Behavior Genetics*, 24, 193-205.
- Quay, H.C. (1997). Inhibition and attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 7-13.
- Ramsay, J.R. & Rostain, A.L. (2007). Psychological treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: Current evidence and future directions. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 338-346.
- Retz-Junginger, P., Retz, W., Blocher, D., Stieglitz, R.-D., Georg, T., Supprian, T., Wender, P.H. & Rösler, M. (2003). Reliabilität und Validität der Wender-Utah-Rating-Scale-Kurzform: Retrospektive Erfassung von Symptomen aus dem Spektrum der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. *Nervenarzt*, 74 (11), 987-993.
- Retz-Junginger, P., Retz, W., Blocher, D., Weijers, H.-G., Trott, G.-E., Wender, P.H. & Rösler, M. (2002). Wender Utah Rating Scale (WURS-k): Die deutsche Kurzform zur retrospektiven Erfassung des hyperkinetischen Syndroms bei Erwachsenen. *Nervenarzt*, 73 (9), 830-838.
- Resnick, R.J. (2000). ADHD: *The hidden disorder*. Washington, DC: American Psychological association.
- Rösler, M., Retz-Junginger, P., Retz, W. & Stieglitz, R.-D. (2008). *Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene. HASE*. Göttingen: Hogrefe.
- Rucklidge, J.J. & Tannock, R. (2001). Psychiatric, psychosocial, and cognitive functioning of female adolescents with ADHD. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 530-540.
- Safren, S.A., Otto, M.W., Sprich, S., Winnett, C.L., Wilens, T.E. & Biederman, J. (2005a). Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 831-842.
- Safren, S.A., Perlman, C.A., Sprich, S. & Otto, M.W. (2005b). *Mastering your adult ADHD. A cognitive-behavioral treatment program. Therapist guide*. Oxford: University Press.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. Textrevision. DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Satterfield, J.H. (1987). The hyperactive child syndrome: A precursor of adult psychopathology. In R.D. Hare & D. Schalling (Eds.), *Psychopathic behavior: approaches to research*. Chichester: Wiley & Sons.
- Schimmelmann, B.G., Friedel, S., Christiansen, H., Dempfle, A., Hinney, A. & Hebebrand, J. (2006). Genetische Befunde bei Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS). *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34, 425-433.
- Secnik, K., Swensen, A. & Lage, M.J. (2005). Comorbidities and costs of adult patients diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder. *Pharmacoeconomics*, 23 (1), 93-102.
- Slomkowski, C., Klein, R.G. & Mannuzza, S. (1995). Is self-esteem an important outcome on hyperactive children? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 303-315.
- Smidt, J., Heiser, P., Dempfle, A., Konrad, K., Hemminger, U., Kathofer, A., Halbach, A., Strub, J., Grabarkiewicz, J., Kiefl, H., Lindner, M., Knolker, U., Warnke, A., Remschmidt, H., Herpertz-Dahlmann, B. & Hebebrand, J. (2003). Formalgenetische Befunde zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 71, 366-377.
- Smith, A. B., Taylor, E., Brammer, M., Toone, B. & Rubia, K. (2006). Task-specific hypoactivation in prefrontal and tempoparietal brain regions during motor inhibition and task switching in medication-naive children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1044-1051.
- Sobanski, E. & Alm, B. (2004). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Erwachsenen. Ein Überblick. *Der Nervenarzt*, 75, 697-716.
- Solanto, M.V., Marks, D.J., Mitchell, K.J., Wasserstein, J. & Kofman, M.D. (2008). Development of a new psychosocial treatment for adult ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11 (6), 728-736.
- Sonuga-Barke, E.J.S. (2005). Causal models of attention-deficit/hyperactivity disorder: From common simple deficits to multiple developmental pathways. *Biological Psychiatry*, 57, 1231-1238.

KURSE FÜR PSYCHOLOG(INN)EN UND FACHINTERESSIERTE

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

Wir bringen es auf den Punkt!

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



Akademie bei König & Müller

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

- Spencer, T. J., Adler, L. A., McGough, J. J., Muniz, R., Jiang, H., Pestreich, L. (2007). Efficacy and safety of dexamethylphenidate extended-release capsules in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, *61*, 1380-1387.
- Sprafkin, J., Gadow, K.D., Weiss, M.D., Schneider, J. & Nolan, E.E. (2007). Psychiatric Comorbidity in ADHD Symptom Subtypes in Clinic and Community Adults. *Journal of Attention Disorders*, *11* (2), 114-124.
- Stevenson, C.S., Stevenson, R. & Whitmont, S. (2003). A Self-directed psychosocial intervention with minimal therapist contact for adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *10*, 93-101.
- Stevenson, C.S., Whitmont, S., Bornholt, L., Livesey, D., & Stevenson, R. (2002). A cognitive remediation programme for adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *36*, 610-616.
- Stieglitz, R.-D. & Rösler, M. (2006). Diagnostik der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, *54*, 87-98.
- Thapar, A., Langley, K., Asherson, P. & Gill, M. (2007). Gene-environment interplay in attention-deficit hyperactivity disorder and the importance of a developmental perspective. *British Journal of Psychiatry*, *190*, 1-3.
- Torgersen, T., Gjervan, B. & Rasmussen, K. (2006). ADHD in adults: A study of clinical characteristics, impairment and comorbidity. *Nordic Journal of Psychiatry*, *60*, 38-43.
- Vaidya, C.J., Austin, G., Kikorian, G., Ridlhuber, H.W., Desmond, J.E., Glovers, G.H. & Gabrieli, J.D.E. (1998). Selective effects of methylphenidate in attention deficit disorder: A functional magnetic resonance study. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *95*, 1494-1499.
- Vorstand der Bundesärztekammer (2005). *Stellungnahme zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung*. Verfügbar unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7.47.3161.3163> [28.01.2009].
- Waldman, J.D., Rowe, D.G., Abramowitz, A., Kozel, S.T., Mohr, J.H., Sherman, S.L., Cleveland, H.H., Sanders, M.L., Gard, J.M.C. & Stever, C. (1998). Association and linkage of the dopamine transporter gene and attention-deficit hyperactivity disorder in children: Heterogeneity owing to diagnostic subtype and severity. *American Journal of Human Genetics*, *63*, 1767-1776.
- WHO Composite International Diagnostic Interview (2003). Screening-Test mit Selbstbeurteilungs-Skala V1.1 für Erwachsene mit ADHS (ASRS-V1.1). Verfügbar unter: <http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/ftpdir/adhd/6Q-German.pdf> [28.01.2009].
- Weyandt, L.L. & DuPaul, G. (2006). ADHD in college students. *Journal of Attention Disorders*, *10*, 9-19.
- Wiggins, D., Singh, K. & Getz, H.G. (1999). Effects of brief group intervention for adults with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Mental Health Counselling*, *21*, 82-92.
- Wilens, T.E., Biederman, J. & Spencer, T.J. (2002). Attention deficit/hyperactivity disorder across the life span. *Annual review of Medicine*, *53*, 113-131.
- Wilens, T., McDermott, S., Biederman, J., Abrantes, A., Hahesy, A. & Spencer, T.A. (1999). Cognitive therapy for adults with ADHD: a systematic chart review of 26 cases. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *13*, 215-226.
- Zylowska, L., Ackermann, D.L., Yang, M.H., Futrell, J.L., Horton, N.L., Hale, T.S., Pataki, C. & Smalley, S.L. (2008). Mindfulness Meditation Training in Adults and Adolescents with ADHD. A Feasibility Study. *Journal of Attention Disorders*, *11* (6), 737-746.



Prof. Dr. Gerhard W. Lauth

Universität zu Köln
Humanwissenschaftliche Fakultät
Psychologie und Psychotherapie
Klosterstr. 79 b
50931 Köln
gerhard.lauth@uni-koeln.de



Dipl.-Psych. Hanna Raven

Universität zu Köln
Department Psychologie
Lehrstuhl für Lern- und Entwicklungsstörungen/Klinische Psychologie
Gronewaldstr. 2
50931 Köln
hraven@uni-koeln.de

Nachruf

zum Tode von Alexander Lowen

23. Dezember 1910 – 28. Oktober 2008

Nach langer Krankheit ist der Begründer der Bioenergetischen Analyse, Alexander Lowen, am 28. Oktober 2008 in seinem Haus in New Canaan/Connecticut (USA) im Alter von fast 98 Jahren verstorben.

Alexander Lowen studierte zunächst Jura, worin er auch promovierte, und arbeitete als Rechtsanwalt in New York. In den 30er Jahren war er auch als Gymnastik- und Sportleiter tätig. Von 1947 bis 1951 studierte er in Genf Medizin und schloss mit der Promotion ab. Seine psychotherapeutische Ausbildung machte er bei Wilhelm Reich (1897-1957), dessen enger Schüler er auch war. Reich hatte als Psychoanalytiker in den 20er Jahren die Bedeutung des Körpers in der Psychotherapie hervorgehoben und in den 30er Jahren mit der Vegetotherapie die Körperpsychotherapie begründet. Aufbauend auf seiner Erfahrung mit der Arbeit von Reich entwickelte Lowen in den 50er Jahren die Bioenergetische Analyse als eigenständiges körperpsychotherapeutisches Verfahren, das inzwischen weltweit gelehrt und erfolgreich angewandt wird.

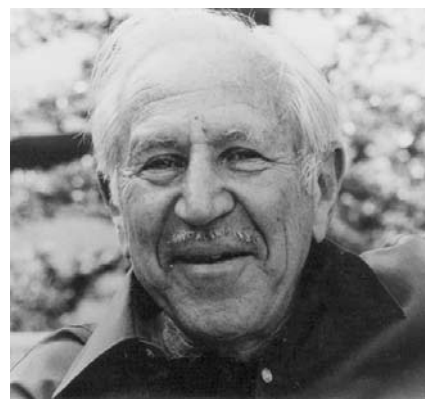
Er begründete 1956 zusammen mit Dr. John C. Pierrakos das Internationale Institut



A. Lowen (Foto: Steckel)

für bioenergetische Analyse (IIBA) in New York und war jahrzehnte lang dessen Präsident. Seit über 50 Jahren war er weltweit in der Ausbildung von Psychotherapeuten in der Methode der Bioenergetischen Analyse tätig. Darüber hinaus publizierte Lowen mehrere Standardwerke der Körperpsychotherapie wie „Körperausdruck und Persönlichkeit“ (1958), „Der Verrat am Körper“ (1967), „Bioenergetik“ (1975), „Angst vor dem Leben“ (1980), „Narzissmus. Die Verleugnung des wahren Selbst“ (1986), „Liebe, Sex und dein Herz“ (1988), „Freude“ (1992), mit denen sein Konzept der Bioenergetischen Analyse weit über die psychotherapeutische Fachöffentlichkeit hinaus einem großen Publikum bekannt wurde und Anerkennung und Zustimmung fand.

Wie Reich ging Lowen davon aus, dass sich verdrängte oder unterdrückte Gefühle und Konflikte auch körperlich in muskulären Verspannungen und Verkrampfungen ausdrücken. Er entwickelte bioenergetische Interventionen und Übungen, um diese zum Teil chronischen Verspannungen zu lockern oder zu lösen und die damit zusammenhängenden Gefühle freizusetzen. Das psychoanalytische Konzept der freien Assoziation dehnte er auf den Körper aus. In der Therapie wollte er den körperlichen Ausdruck emotionaler Prozesse fördern. Auf Lowen geht das grundlegende Konzept der Erdung oder des „Grounding“ zurück. Er arbeitete als erster Psychotherapeut im Stehen und entwickelte Übungen, die dem Patienten helfen, im wahren Sinne des Wortes „auf den Boden“ zu kommen. Über eine Abfolge von Stress- und Entspannungspositionen kann die Patientin



A. Lowen (Foto: Sollmann)

lernen, ihre Energie vom Kopf in die Füße zu lenken, das heißt, sich weniger mit ihren Gedanken und Kognitionen und mehr mit ihrem Körper und ihren Gefühlen zu identifizieren.

Nachdem sich Reich in seinem Spätwerk von der Psychoanalyse entfernt hatte, war es das große Verdienst von Lowen, die Körperpsychotherapie wieder an die psychoanalytische Theorie anzuschließen. So arbeitete er die reichianische Charakterstrukturtheorie unter körperpsychotherapeutischen Gesichtspunkten weiter aus. Er analysierte die Entstehung neurotischer Charakterstrukturen, z. B. des oralen Charakters, der an Depressionen leidet, als Ausdruck frühkindlicher und kindlicher Verletzungen, Kränkungen und ungelöster Konflikte mit den primären Bezugspersonen, die sich auch in Körperhaltung, Atemmustern, Mimik oder Gestik ausdrücken. Im Unterschied zu Reich relativierte er die Rolle der Sexualität bei der Entstehung emotionaler Probleme. Das Therapieziel ging über eine gesunde Sexualität hinaus. Er wollte die Lebensenergie und -freude

der PatientInnen befördern und sie in Kontakt mit ihren Herzgefühlen bringen.

Seine Verbindung zur Psychoanalyse im Sinne der „Charakteranalyse“ von Reich drückte sich auch in der Bezeichnung „Bioenergetische Analyse“ aus. In seinem Buch „Körperausdruck und Persönlichkeit“ kommt sein psychodynamisches Verständnis des therapeutischen Beziehungsgehehens zum Ausdruck. Sein Grundverständnis der therapeutischen Beziehung beinhaltet neben positiven und negativen Übertragungsprozessen auch Elemente des authentischen Kontaktes, der in der Humanistischen Psychotherapie vertreten wird. Als ärztlicher Psychotherapeut gab es bei ihm aber auch die Tendenz, die Rolle des Therapeuten als ärztlicher Experte aus heutiger Sicht zu stark zu betonen.

Die Ideen, Konzepte und Behandlungstechniken von Lowen haben das gesamte Feld der Körperpsychotherapie befruchtet. Viele haben inzwischen im weiteren Feld der Psychotherapie Eingang gefunden.

Die Art und Weise seines therapeutischen Vorgehens wurde von tiefem Respekt vor den grundlegenden Kräften des menschlichen Lebens getragen. Lowen legte einen besonderen Schwerpunkt auf den

energetischen Prozess, d. h. die Befreiung der Lebensenergie des Menschen, die bei psychischen Störungen durch psychische und körperliche Blockaden und Hindernisse eingeschränkt ist. Er versuchte deshalb, „die Persönlichkeit vom Körper und seinen energetischen Prozessen her zu verstehen“ (Lowen, 1977). Mit Hilfe von Atemtechniken und bioenergetischen Übungen wollte er den energetischen und affektiven Fluss des Patienten befördern. Seine Körperinterventionen verband er mit seiner psychodynamischen und verbalen Arbeit.

Ebenso wie die Psychoanalyse von Freud kann die bioenergetische Analyse nach Lowen als Behandlungsverfahren und Kulturkritik verstanden werden. Er bezog sich auf die Kulturkritik Reichs und arbeitete z. B. in seiner Narzissmusanalyse (1986) den Zusammenhang zwischen den Werten der westlichen Konsumgesellschaft und der individuellen Herausbildung des „falschen“ Selbst heraus. Seines Erachtens basiert es auf einem Image, auf einem leeren Innenleben, statt auf tiefen und authentischen Gefühlen.

Wie in anderen psychotherapeutischen Schulen kam es noch zu Lebzeiten Lowens zu einer Erweiterung des Handlungsfelds in den nicht-therapeutischen Bereich

hinein: Sport, Theater, Führungskräfteberatung, Gesundheitsprophylaxe und Stressmanagement, um nur einige zu nennen.

Lowens Ideen, aber auch seine liebevoll engagierte psychotherapeutische Arbeit sind und bleiben ein Zeugnis seines tiefen Verständnisses für den Zusammenhang von Körper und Seelenleben.

Er wird allen, die ihn persönlich kennen gelernt haben, die von ihm ausgebildet wurden, und auch denen, die seine Bücher gelesen haben, in nachhaltiger Erinnerung bleiben.

Dipl. rer. soc. Ulrich Sollmann

Vorsitzender des Deutschen Verbands für bioenergetische Analyse (DVBA)
Höfestr. 87
44801 Bochum
sollmann@dvba.de

Dr. Dipl.-Psych. Manfred Thielen

Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Körperpsychotherapie (DGK)
Crellestr. 14
10827 Berlin
ma.thielen@gmx.de

Recht: Aktuell

Praxistipps – Hinweise – Informationen

Das Nachbesetzungsverfahren aus der Perspektive des Bewerbers und potentiellen Praxiskäufers

Uta Rüping, Kristina Soffner

1. Einleitung

Immer wieder ist zu hören und zu lesen, die Praxisabgeber könnten im Nachbesetzungsverfahren überzogene Kaufpreisvorstellungen zu Lasten der nachfolgenden Generation durchsetzen; auch uns ist entgegen gehalten worden, die von uns vorgeschlagenen Gestaltungsalternativen (Psychotherapeutenjournal 1/2008, S. 12 ff.) seien einseitig in Richtung der Verkäuferinteressen konzipiert. Diesen Vorwurf halten wir der Sache nach nicht für berechtigt, da keines der vorgeschlagenen Modelle ohne Kooperation zwischen Abgeber und Käufer durchführbar ist. Allerdings kommen die dargestellten Strategien naturgemäß nur **einem** Interessenten zu Gute, während regelmäßig mehrere Bewerber

um einen Sitz konkurrieren. Dies ist Anlass genug, die Einflussmöglichkeiten jedes einzelnen Bewerbers darzustellen und aufzuzeigen, dass im auf Bestenauslese ausgerichteten Nachbesetzungsverfahren kein Bewerber dem Praxisinhaber und/oder dem Zulassungsausschuss hilflos gegenüber steht.

2. Fortführungsfähigkeit der Praxis

Voraussetzung jeder Nachbesetzung ist eine Praxis, die von einem Nachfolger übernommen werden kann. Nur das dem Grundrecht der Eigentumsfreiheit unterliegende Schutzgut „Praxis“ rechtfertigt es, dass die Bedarfsplanung „zurücksteckt“, indem trotz

Übersorgung der Vertragspsychotherapeuten Sitz nachbesetzt wird.

Es kann daher nur als bedenklich bezeichnet werden, wenn (sogar) von Seiten der Psychotherapeuten die These aufgestellt wird, es werde Geld „für Nichts“ verlangt (Angermann-Küster, Vorstandsmitglied der PTK Berlin, Psychotherapeutenjournal 2/2008, S. 163). Träfe dies zu, fehlte es stets an einer fortführungsfähigen Praxis mit der Folge, dass psychotherapeutische Praxen nicht nachfolge- und damit nicht ausschreibungsfähig wären. Der Sitz entfielen bei Übersorgung und niemandem wäre gedient. Es ist also auch aus Bewerbersicht kontraindiziert, mangelnde Fortführungsfähigkeit geltend zu machen, indem behauptet wird, es werde bes-

tenfalls „Nichts“, schlechtestenfalls die Zulassung verkauft.

Ein fortführungsfähiges Praxissubstrat liegt nach der – nachbesetzungsfreundlichen – Rechtsprechung schon dann vor, wenn Praxisräume (mit-) besessen und Sprechzeiten angekündigt werden, die erforderliche Praxisinfrastruktur besteht sowie eine vertragsärztliche/psychotherapeutische Tätigkeit in „nennenswertem Umfang“ unter den üblichen Bedingungen entfaltet wird (BSG, 29.09.1999, B 6 KA 1/99, zit. n. juris, Rn. 40). „Nennenswert“ ist eine Tätigkeit, wenn überhaupt Versicherte behandelt werden; eine bestimmte Anzahl abgerechneter Behandlungsfälle wird nicht vorausgesetzt (LSG Baden-Württemberg, 08.05.2002, L 5 KA 382/02, zit. n. juris, Rn.



Professor Lauth

Weiterbildung - Coaching - Beratung

Kompetenz in Sachen ADHS.

Nächste Kurse ADHS-Trainer Erw.: 25.-26.04. ++ 19.-20.09. ++ 14.-15.11.

Anfragen unter: Telefon 0221-204 24 606 bzw. www.weiterbildung-lauth.de

36). Auch eine „kleine“ Praxis ist damit fortführungsfähig; der Praxisumfang spielt erst bei der Frage nach dem Wert der Praxis eine Rolle.

3. Der Inhalt des Praxiskaufvertrages

Der Praxiskaufvertrag wird regelmäßig auf einen Vorschlag des Praxisverkäufers zurückgehen. Dieser Vertrag muss vom Bewerber nicht blind unterschrieben werden, andererseits ist davon abzuraten, auf allen Feldern gleichzeitig zu kämpfen. Der Bewerber sollte vielmehr abwägen, ob eine störende Regelung des Vertrages wirklich essenziell ist, ob der Kaufpreis jeden vernünftigen Rahmen sprengt oder ob gewisse Unschönheiten mit dem Ziel hingenommen werden können, durch Konsens über eine der Gestaltungsalternativen zum am besten geeigneten Bewerber zu avancieren. Da dafür die Kooperation von Abgeber und potentiellem Nachfolger Grundvoraussetzung ist, kann ein Kompromiss vernünftig sein. Die offensive Auseinandersetzung um den Kaufpreis ist demgegenüber die Maßnahme des risikobereiten starken Bewerbers. Dieser sollte seine Strategie nicht zusätzlich durch Scharmützel zu unwesentlichen Vertragsformulierungen belasten.

3.1 Kaufpreis

3.1.1 Verkehrswertgarantie und Wertermittlung

Das Hauptaugenmerk des Kaufinteressenten wird in aller Regel der Kaufpreisvorstellung des Praxisinhabers gelten. Den gewünschten Preis muss der

potentielle Käufer keineswegs „schlucken“, sollte es sich um einen Phantasiepreis handeln. Denn da das Nachbesetzungsverfahren die Bestenauslese zum Ziel hat, können und dürfen die wirtschaftlichen Interessen des Praxisinhabers keine ausschlaggebende Rolle im Rahmen der Auswahlentscheidung des Zulassungsausschusses spielen. Dementsprechend wird der Praxisabgeber – und damit dessen Eigentum – nur im Wege einer sog. Verkehrswertgarantie „nach unten“ abgesichert (§ 103 Abs. 4 S. 6 SGB V).

Rechtlich betrachtet ist es zulässig, dass Verkehrswert und Kaufpreisforderung sich nicht decken, der gewünschte Preis also ober- oder unterhalb des Verkehrswertes liegt. Vermutet der Bewerber darin eine den Verkehrswert überziehende Kaufpreisforderung und will er diese nicht akzeptieren, sollte er zunächst den Verkäufer um Plausibilisierung der Kaufpreisvorstellungen durch Offenlegung der maßgeblichen Anknüpfungstatistiken bitten. Denn nur auf diese Weise kann der Kaufinteressent sich ein Bild vom Kaufgegenstand machen und überprüfen, ob etwa ein überdurchschnittlicher Kaufpreis mit einer überdurchschnittlich umfangreichen Praxistätigkeit korreliert; wird vor Gewährung der Einsichtnahme die Unterzeichnung einer Schweigepflichterklärung gewünscht, sollte der Käufer diese unterzeichnen, davon aber seinen eventuellen Rechtsberater sowie die Zulassungsgremien ausnehmen.

Zum Praxiswert: Der Praxiswert ist die Summe aus dem Wert der Sachmittel und dem immateriellen Praxiswert (sog.

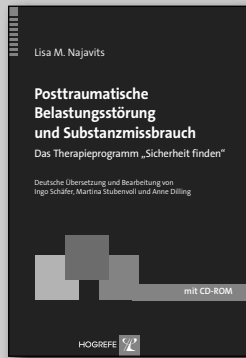
Goodwill); auf letzteren entfällt bei Psychotherapie-Praxen regelmäßig der größte Teil. Dieser wird mit Hilfe von Wertberechnungsverfahren ermittelt. In Anlehnung an die gängigen Methoden sollte der Kaufinteressent bitten, in die Gewinn- und Verlustrechnungen und die Honorarbescheide der letzten drei bis fünf Jahre Einsicht nehmen zu dürfen, außerdem um eine Aufstellung der Privatumsätze bitten, wenn auch die Privatpraxis verkauft werden soll. Auch die Kosten sollten in Augenschein genommen werden: Sind beispielsweise Kosten für eine Lehrtätigkeit aufgeführt, die nicht einkalkuliert werden müssen, da von Käuferseite nicht beabsichtigt? Wurden die Absetzungen für die im Eigentum stehenden Räumlichkeiten bereinigt, fiktive Mietkosten aber nicht hinzugesetzt? Verfälschen Nachzahlungen das Bild des maßgeblichen Jahreschnitts? Ist in Korrelation mit dem Auslastungsumfang der Praxis ein anteiliges kalkulatorisches Oberarztgehalt (in welcher Höhe?) in Abzug gebracht worden?

Zu den wertbildenden Faktoren zählen weiter das Führen einer Warteliste sowie die Option, die Praxistelefonnummer zu übernehmen. Werterhöhend wirken auch Einführungsleistungen wie das Bekanntmachen des Käufers bei Kollegen und kooperierenden Ärzten. Es liegt sicher im Interesse des Bewerbers, derartige Unterstützungshandlungen des Verkäufers im Vertrag niederzulegen. Der Kaufinteressent sollte sich außerdem erkundigen, ob ein Anschlussmietvertrag über die Praxisräumlichkeiten möglich ist; es wirkt wertbildend, wenn der Vermieter bereit ist, für den Fall der Praxisübernahme einen Mietvertrag zuzusichern.

Hat der Käufer sich solchermaßen einen Überblick über die Chancen, die Einnahmen und Kosten der Praxis verschafft, ist es ihm möglich, den immateriellen Praxiswert jedenfalls überschlägig zu ermitteln. Als herrschend lassen sich sog. Ertragswertverfahren bezeichnen, nachdem nun auch die aktuelle Überarbeitung der sog. Ärztekammer-Methode den reinen Bezug auf den Umsatz aufgegeben hat (s. „Hinweise zur Bewertung von Arztpraxen“ der KBV und der Bundesärztekammer, Deutsches Ärzteblatt, 2008, 105 (51/52), S. A 2778); auch vom Bundesgerichtshof sind Ertragswertverfahren für die Ermittlung des immateriellen Werts freiberuflicher Praxen anerkannt (vgl. BGH, 05.07.2006, VIII ZR 172/05, zit. n. juris, Rn. 39). Verschiedene Informationsquellen bieten dabei Hilfestellung; so kann beispielsweise auf Berechnungsvorlagen zurück gegriffen werden, die in der Fachliteratur angeboten werden (z. B. Rüping & Mittelstaedt, 2008, Abgabe, Kauf und Bewertung psychotherapeutischer Praxen, Psychotherapeutenverlag; Schmid-Domin, 2009, Bewertung von Arztpraxen und Kaufpreisfindung, 3. Aufl., Erich Schmidt Verlag).

Erweist sich danach der Kaufpreis mit einer gewissen Schwankungsbreite als gerechtfertigt, sollte dieser aus pragmatischen Gründen akzeptiert werden. Aufgrund der Verkehrswertgarantie ist nämlich nur jemand zum auswählbaren Bewerberkreis zu rechnen, der zumindest die Zahlung des Verkehrswertes anbietet. Erkennt der Käufer dagegen, dass er einen sog. Mondpreis vor sich hat, sollte er dies sowohl dem Abgeber als auch dem Zulassungsausschuss mitteilen und

Buchtipps



Lisa M. Najavits

Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch

Das Therapieprogramm
»Sicherheit finden«

(Reihe: »Therapeutische Praxis«)
2009, 371 Seiten,
Großformat, inkl. CD-ROM,
€ 59,95 / sFr. 99,-
ISBN 978-3-8017-2127-5

Bei »Sicherheit finden« handelt es sich um ein integratives Behandlungsprogramm für Personen mit Suchterkrankungen, die an den Folgen traumatischer Erfahrungen leiden. Das evidenzbasierte Therapieprogramm kann sehr flexibel bei den unterschiedlichsten Zielgruppen von Personen mit Suchtproblemen eingesetzt werden.

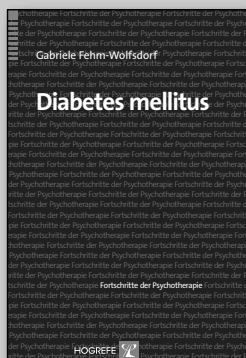


Antje Böhne

Trichotillomanie

(Reihe: »Fortschritte der Psychotherapie«, Band 37)
2009, VI/108 Seiten,
€ 19,95 / sFr. 33,90
(Im Reihenabonnement
€ 15,95 / sFr. 26,80)
ISBN 978-3-8017-1996-8

Der Band informiert über das diagnostische und therapeutische Vorgehen bei Trichotillomanie, dem wiederholten Ausreißen der eigenen Haare aufgrund eines unwiderstehlichen Dranges. Ausführlich wird die Anwendung von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungsbausteinen, wie z.B. Habit Reversal-Training, Stimuluskontrolle, Stressmanagement und kognitive Umstrukturierung, erläutert.



Gabriele Fehm-Wolfsdorf

Diabetes mellitus

(Reihe: »Fortschritte der Psychotherapie«, Band 36)
2009, VII/108 Seiten,
€ 19,95 / sFr. 33,90
(Im Reihenabonnement
€ 15,95 / sFr. 26,80)
ISBN 978-3-8017-1260-0

Menschen mit Diabetes müssen lernen, mit einer chronischen Erkrankung und deren Komplikationen zurechtzukommen. Psychologische Hilfe ist bei der Entwicklung von Anleitungen zur Selbstbehandlung bzw. -schulung und außerdem bei der Therapie von diabetesspezifischen Problemen wichtig. Zahlreiche Fallbeispiele illustrieren das therapeutische Vorgehen und die Bandbreite der von Psychologen zu behandelnden Probleme.



Stefan Brunhoeber

Kognitive Verhaltenstherapie bei Körperdysmorpher Störung

Ein Therapiemanual

(Reihe: »Therapeutische Praxis«)
2009, 176 Seiten, Großformat,
inkl. CD-ROM,
€ 39,95 / sFr. 68,-
ISBN 978-3-8017-2213-5

Mit diesem Manual liegt erstmalig im deutschsprachigen Bereich ein Buch vor, welches sich ausschließlich mit der Körperdysmorphen Störung befasst. Es bietet einen umfassenden Überblick über das vielseitige Störungsbild, die aktuellen Erklärungsmodelle und Behandlungsansätze. Praxisorientiert und mit Hilfe zahlreicher Beispiele wird das diagnostische und therapeutische Vorgehen beschrieben.

www.hogrefe.de

HOGREFE



Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG

Rohnsweg 25 · 37085 Göttingen · Tel.: (0551) 49609-0 · Fax: -88
E-Mail: verlag@hogrefe.de · Internet: www.hogrefe.de

seinerseits – möglichst unter Annahme des Vertrages im Übrigen – ein konkretes Kaufpreisangebot machen, dies vorsichtshalber verbunden mit der Erklärung, auch zur Zahlung einer größeren Summe bereit zu sein, sollte der Zulassungsausschuss einen höheren Verkehrswert annehmen und der Verkäufer sich nicht auf das Angebot des Interessenten einlassen.

Ein Bewerber, der solchermaßen die Zahlung des Verkehrswertes anbietet, darf vom Zulassungsausschuss im Rahmen der Abwägung nicht unberücksichtigt bleiben, also keinen Nachteil dadurch erleiden, dass er nicht bereit ist, den vom Abgeber geforderten Kaufpreis zu zahlen.

Dagegen darf mangels Nachfolgebereitschaft ein Bewerber bei der Auswahl u. E. dann nicht berücksichtigt werden, wenn er sich weigert, den Kaufvertrag zu unterzeichnen, ohne den Versuch von Verhandlungen zu unternehmen, ohne sich um Informationen über die Praxis zu bemühen. In einer solchen Lage dürfte auch die schlichte Behauptung, „den Verkehrswert“ bezahlen zu wollen, kaum überzeugen. Denn Bewerber, die von vornherein nicht bereit sind, mit dem ausscheidenden Vertragspsychotherapeuten über eine Praxisübernahme zu verhandeln, dürfen nicht als Nachfolger zugelassen werden (BSG, 29.09.1999, B 6 KA 1/99 R, zit. n. juris, Rn. 41). Das pauschale Angebot, den Verkehrswert bezahlen zu wollen, kann allenfalls genügen, wenn der Praxisabgeber die Einsichtnahme in die genannten Parameter verweigert. Denn dann liegt der Verdacht nahe, nur die Knappheit an Vertragspsychotherapeuten-

zen zum eigenen Vorteil ausnutzen zu wollen.

In jedem Fall ist es auch aus Bewerbersicht wenig empfehlenswert, es auf ein Sachverständigengutachten ankommen zu lassen. Denn aktuell muss es – abgesehen von der zeitlichen Verzögerung, die mit jeder Begutachtung einhergeht – auch als offen gelten, wer die Gutachterkosten zu tragen hat.

3.1.2 Keine allgemeine Preiskontrolle durch die Zulassungsgremien

Ganz allgemein besteht kein Raum für ein Sachverständigengutachten, wenn sich zumindest der Praxisinhaber und der Bewerber, der nach den gesetzlichen Auswahlkriterien vorne „gelistet“ ist, geeinigt haben. Denn dann ist der Verkehrswert nicht entscheidungsrelevant. Dem Zulassungsausschuss fehlt in einem solchen Fall die Kompetenz, aus rein „amtlichem“ Interesse eine allgemeine Preiskontrolle durchzuführen.

Deshalb ist auch der viel beachteten Entscheidung des LSG Baden-Württemberg vom 22.11.2007 (L 5 KA 4107/07 ER-B) entgegen zu treten. Das Gericht hatte gerade eine solche allgemeine Überprüfung des Kaufpreises gebilligt.

Folgender Sachverhalt lag der Entscheidung zugrunde:

Eine Vertragspsychotherapeutin, deren Sitz zur Nachbesetzung ausgeschrieben worden war, hatte um vorläufigen Rechtsschutz nachgesucht, um den Berufungsausschuss daran zu hindern, von Amts wegen ein Wertgutachten über ihre Praxis einzuholen. Zuvor war der Zulassungsausschuss zu

dem Ergebnis gekommen, dass eine Bewerberin am besten geeignet und daher auszuwählen sei, die keinen Kaufvertrag mit der Abgeberin vorweisen konnte, da sie den geforderten Kaufpreis (45.000 €) für überhöht hielt, aber erklärt hatte, zur Zahlung des Verkehrswertes der Praxis bereit zu sein. Der Zulassungsausschuss hielt den geforderten Kaufpreis gleichfalls für zu hoch und wählte daher diese Bewerberin aus, vertagte wegen des fehlenden Kaufvertrages die Entscheidung über die Zulassung und lehnte bereits die Zulassungsanträge der übrigen Bewerber ab.

Gegen die Entscheidung des Zulassungsausschusses legten sowohl die Praxisinhaberin als auch zwei der Bewerber, die einen Kaufvertrag vorweisen konnten, Widerspruch ein. Im Widerspruchsverfahren legte die Abgeberin ein privates Sachverständigengutachten über einen Praxiswert von ca. 56.000 € vor; von anderer Seite ergab eine Schätzung einen Wert von 20.000 €. In der Sitzung des Berufungsausschusses einigten sich die Vertragspsychotherapeutin, die beiden widerspruchsführenden Bewerber und die bis dahin vertragslose ausgewählte Bewerberin auf einen Kaufvertrag und vereinbarten jeweils einen Kaufpreis von 40.000 €. Trotzdem beschloss der Berufungsausschuss, vor einer Entscheidung über die Widersprüche ein Wertgutachten einzuholen, da ihm auch dieser Kaufpreis nicht als „angemessen“ erschien.

Das LSG Baden-Württemberg hält die vom Berufungsausschuss beabsichtigte Einholung eines Gutachtens für angezeigt unter Berufung auf den Untersuchungsgrundsatz (§ 20 SGB X). Aufzuklären seien von Amts

wegen alle Tatsachen, die entscheidungserheblich seien. Im Fall sei der objektive Verkehrswert bereits deshalb entscheidungserheblich, weil die Praxisnachfolge zu scheitern drohe; außerdem verblieben aufgrund der divergierenden Gutachten bzw. der Schätzung Zweifel, ob der vereinbarte Kaufpreis dem objektiven Verkehrswert der Praxis entspreche. § 103 Abs. 4 S. 6 SGB V diene auch dem öffentlichen Interesse an der Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems, da ein überhöhter Preis die Gefahr einer unwirtschaftlichen Verordnungsweise durch den Praxisnachfolger in sich berge. Infolgedessen seien nur Kaufpreise bis zur Höhe des Verkehrswertes vereinbar.

Diese Argumente sind nicht stichhaltig.

So war zum einen die Frage des Verkehrswertes nicht (mehr) entscheidungserheblich, nachdem sich alle „im Rennen“ verbliebenen Bewerber auf einen Kaufpreis mit der Praxisinhaberin geeinigt hatten; hinter § 103 Abs. 4 S. 6 SGB V verbirgt sich gerade kein geschütztes öffentliches Interesse. Im Gegenteil bezweckt die gesetzliche Regelung einmal den Schutz des Verkäufers im Sinne einer Verkehrswertgarantie und daneben – mittelbar – den Schutz der Bewerber vor „Mondpreisen“, indem nicht zwingend der zahlungskräftigste Bewerber „gewinnt“, sondern der nach Maßgabe der übrigen Auswahlkriterien am besten geeignete Bewerber, der nur zufällig auch mit dem Meistbietenden identisch sein kann.

Sind sich Abgeber und zumindest bestgeeigneter Bewerber also vertraglich einig,

stellt sich die Frage des „objektiven“ Verkehrswertes oder „angemessenen“ Kaufpreises (dieses Tatbestandsmerkmal findet sich an keiner Stelle im Gesetz) für die Zulassungsgremien nicht, zumal am Ende einer Begutachtung im Auftrag der Zulassungsgremien ohnehin nicht der einzig „richtige“, „objektive“ Verkehrswert steht; die Ermittlung des Verkehrswertes ist kein einfaches Unterfangen, wie man auch im Bezugsfall sieht, denn das Gutachten, das die Praxisabgeberin vorgelegt hatte, wollte der Berufungsausschuss nicht anerkennen.

Auch das drohende Scheitern der Nachbesetzung berechtigt nicht zu einer Begutachtung von Amts wegen. Das Risiko, die Praxis schließlich nicht veräußern zu können, hat allein der Praxisinhaber zu tragen. Wenn dieser Angebote, die die Verkehrswerthürde nehmen, nicht akzeptiert, begibt er sich seines Schutzes und so ist es nur folgerichtig, der Bedarfsplanung Rechnung zu tragen und den Sitz nach dem Zulassungsende des Inhabers wegfallen zu lassen. Im geschilderten Fall bestand die Gefahr des Scheiterns ohnehin nicht, da sich die Praxisinhaberin und sogar sämtliche verbliebenen Bewerber einig geworden waren.

Und die Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise schließlich, die im Bereich der Psychologischen Psychotherapie kaum eine tragende Rolle spielen dürfte, wird durch komplexe Regelungen gesichert und muss nicht durch Bevormundung des zulassungswilligen Arztes/ Psychotherapeuten geschützt werden, indem ihm durch die Zulassungsgremien (und nicht durch seine Bank) vorgeschrieben wird, ab wann er sich finanziell zu übernehmen droht, wo er selbst keinen Anlass zur Kritik am Kaufpreisverlangen des Praxisinhabers sieht.

Ein Verkehrswertgutachten von Amts wegen kommt daher nur in Betracht, wenn die Frage des Verkehrswertes entscheidungserheblich ist (so auch Rieger, in: Rieger, Lexikon des Arztrechts, 4330 Rn. 41; Klapp, 2006, Abgabe und Übernahme einer Arztpraxis, 3. Aufl., Springer Verlag, S. 36; Gasser, in: Ehlers, 2001, Fortführung von Arztpraxen, 2. Aufl., C. H. Beck Verlag, Rn. 930 ff.; Steck, MedR 2008, S. 238). Dies ist immer, aber auch nur dann der Fall, wenn der Zulassungsausschuss einen Bewerber für am besten geeignet hält, der einen niedrigeren als den vom Verkäufer geforderten Kaufpreis geboten hat mit der Begründung, dass er diesen Betrag für den Verkehrswert bzw. für

oberhalb des Verkehrswertes liegend halte.

Damit ergibt sich eine ausgewogene Risikoverteilung: Der Abgeber trägt das Risiko, durch „Überreizen“ dem Zeit- und Geldverlust durch ein Verkehrswertgutachten ausgesetzt zu sein, während dem einzelnen Bewerber das Risiko verbleibt, durch ein zu niedriges Gebot nicht auswählbar zu sein.

3.2 Weitere typische Vertragsklauseln

Der Kaufinteressent wird die Praxis des Abgebers nur erwerben wollen, wenn er parallel vom Zulassungsausschuss als Nachfolger ausgewählt wird. Deshalb ist darauf zu achten, dass der angebotene Kaufvertrag unter der aufschiebenden Bedingung der bestandskräftigen Zulassung des Käufers als Nachfolger des Abgebers steht. Durch diese Bedingung wird der Kaufvertrag erst ab Bestandskraft der Auswahlentscheidung allein mit dem ausgewählten Bewerber wirksam.

Häufig finden sich in den Praxiskaufverträgen auch Klauseln zur Kaufpreissicherung. Gewünscht wird dabei zumeist eine Bankbürgschaft. Dies ist diskutabel; vor Augen halten sollte man sich jedoch, dass dies vor allem eine Verdienstmöglich-

keit für die Banken bedeutet, wenn jeder der durchschnittlich fünf bis fünfzehn Bewerber eine Avalprovision von mindestens 1% der Bürgschaftssumme begleichen muss, während schließlich nur einer dieser Bewerber Vertragspartner wird. Geht es daher um eher mittlere Beträge, bestehen gute Chancen, dass der Verkäufer mit Blick auf die Möglichkeit, notfalls in die zukünftigen Honorarforderungen vollstrecken zu können, anderes als Sicherheit akzeptiert und beispielsweise die Bescheinigung über ein entsprechend hohes Bankguthaben genügen lässt.

Ein Wort schließlich noch zum Rechtsbehelfsverzicht: Dieser wird häufig erbeten, sollte aber als zweischneidiges Schwert wohl abgewogen werden. Denn einerseits profitierte man von einem Rechtsbehelfsverzicht, sollte man ausgewählt werden. Wird man bei einer knappen Konkurrenz nicht ausgewählt, beraubt man sich jedoch der Chance, die Auswahlentscheidung überprüfen zu lassen; wirkt der Rechtsbehelfsverzicht zwar nicht gegenüber den Zulassungsgremien – trotz Verzichtsvereinbarung ist also ein Widerspruch möglich – drohen dem Widerspruchsführer vertragliche Schadensersatzansprüche, wenn er sein Versprechen bricht.



Jetzt
neu!!!

DiagnoPro 2.0

Das Computerprogramm zur Unterstützung
in Ihrer psychotherapeutischen Praxis

Kompatibel mit
**Windows
Vista™**

- Berichterstellung
- Dokumentation
- Anamnese
- Praxisverwaltung

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

4. Akteneinsicht

Jeder Bewerber im Nachbesetzungsverfahren hat als Verfahrensbeteiligter das Recht, Akteneinsicht zu nehmen (§ 25 SGB X). Dies ist unbedingt empfehlenswert, lassen sich so durch einen Blick über das Bewerberfeld die eigenen Chancen „ausloten“. Zudem erhält man die nötigen Informationen, um dem Zulassungsausschuss vortragen zu können, dass und warum man der am besten geeignete Bewerber ist.

Akteneinsicht wird in der Geschäftsstelle des zuständigen Zulassungsausschusses gewährt; dabei sollte das Augenmerk auf die gesetzlichen Auswahlkriterien gelenkt werden: Wann ist die Konkurrenz approbiert worden, auf wie viel Berufserfahrung kann der einzelne Mitbewerber auf dem Gebiet der heilkundlichen Psychotherapie zurückblicken, ist ein Bewerber durch ein Job-Sharing mit dem Praxisabgeber verbunden oder der Ehegatte oder ein Kind des Abgebers, erfolgte eine Eintragung in die Warteliste (vgl. § 103 Abs. 4 bis 6 SGB V)?

5. Sitzung des Zulassungsausschusses

Der Zulassungsausschuss trifft seine Auswahlentscheidung im Anschluss an eine mündliche Verhandlung, zu der alle Beteiligten geladen werden müssen. Nach ordnungsgemäßer Ladung besteht zwar keine Pflicht, persönlich vor

dem Ausschuss zu erscheinen. Dies empfiehlt sich jedoch; es darf offensiv anhand der gesetzlichen Auswahlkriterien argumentiert werden: Die eigene Berufserfahrung kann herausgestellt und beispielsweise erläutert werden, dass und in welcher Form heilkundlich gearbeitet wurde bzw. ein Mitbewerber nicht heilkundlich tätig war.

6. Rechtsbehelfe

Jede Bewerbung im Nachbesetzungsverfahren stellt einen Antrag auf Zulassung für den ausgeschriebenen Sitz dar. Der Zulassungsausschuss sieht sich daher regelmäßig mehreren Zulassungsanträgen gegenüber, von denen er nur einen positiv bescheiden kann, während alle übrigen Anträge abgelehnt werden. Gegen diese Entscheidung kann Widerspruch eingelegt und anschließend vor den Sozialgerichten geklagt werden.

Der Widerspruch ist innerhalb eines Monats ab Zustellung des schriftlichen Bescheids des Zulassungsausschusses beim Berufungsausschuss einzulegen. Vor der Begründung des Widerspruchs sollte unbedingt Akteneinsicht genommen werden; die Unterstützung durch einen speziell ausgewiesenen Rechtsanwalt ist regelmäßig sinnvoll.

7. Zusammenfassung

Ein Gefühl des Ausgeliefertseins muss sich bei keinem

Bewerber im Nachbesetzungsverfahren einstellen:

- Versöhnlich stimmen sollte es jeden Bewerber, dass nur die Entscheidung des Praxisinhabers, seine Praxis durch einen Nachfolger fortführen zu lassen, dem Bewerber die Chance auf einen Vertragspsychotherapeutesitz eröffnet. Denn allein aus Gründen der Bedarfsplanung müsste der Sitz im gesperrten Planungsbereich bis zum Abbau der Überversorgung ersatzlos wegfallen.
- Erscheint der gewünschte Kaufpreis dem Bewerber überhöht, sollte er beim Praxisinhaber um Plausibilisierung des geforderten Kaufpreises bitten und auf diese Weise präpariert ggf. ein konkretes Gegenangebot mit dem Auffangangebot des Verkehrswertes nach Einschätzung des Zulassungsausschusses offerieren. Jedem Praxisabgeber

ist im Übrigen zu raten, in dem Bewusstsein diverser Berechnungsmethoden und der immanenten Gefahr, sich einer eher strengen Berechnung gegenüber zu sehen, von „Auswüchsen“ wie beispielsweise 50.000 Euro und aufwärts bei einem Praxisumfang von nur einigen wenigen Patienten über die letzten Jahre von vorneherein Abstand zu nehmen.

- In Abhängigkeit vom „Rang“ im Verfahren kann sich der kooperative Weg über die Gestaltungsalternativen als erfolgversprechender erweisen.
- Der Anspruch auf Akteneinsicht schließlich ermöglicht es, die eigenen Chancen einzuschätzen sowie Argumente zu finden, um sich von den übrigen Bewerbern abzuheben. Außerdem reduziert er das Informationsgefälle zwischen Zulassungsausschuss und Bewerber.



Dr. Uta Rüping

Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht
RAe Rüping, Karoff & Kollegen
Hindenburgstraße 28/29
30175 Hannover
RAe@rueping-karoff.de



Kristina Soffner

Rechtsanwältin
RAe Rüping, Karoff & Kollegen
Hindenburgstraße 28/29
30175 Hannover
RAe@rueping-karoff.de

Aktuelles aus der Forschung

Detlef Bunk

Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

Therapieabbrüche in der stationären Entgiftung: Scheitern an der Sektorgrenze?

Braune, N.J., Schröder, J., Gruschka, P., Daecke, K. & Pantel, J. (2008). Determinanten eines Therapieabbruchs während der stationären qualifizierten Entgiftungsbehandlung bei Patienten mit Alkohol- und Drogenabhängigkeit. Fortschritte Neurologie Psychiatrie, 76, 217-224.

In der stationären psychiatrischen Entgiftung ist der vorzeitige Behandlungsabbruch ein häufiges und schwerwiegendes Problem. In dieser Studie werden Alkoholabhängige und Abhängige von illegalen Drogen bezüglich der Entlassungsart aus stationärer Entgiftung verglichen. Retrospektiv wird nach Prädiktoren des Therapieabbruchs gesucht. Die Stichprobe bestand aus insgesamt 239 erwachsenen Suchtpatienten (Alkoholabhängigkeit N=90; Abhängigkeit illegaler Drogen N=149), die innerhalb eines Jahres in

einer niederschweligen psychiatrischen Behandlungseinheit eine stationäre Entgiftungsbehandlung erhielten. Erhoben wurden nach Aktenlage der psychopathologische Befund, die Suchtanamnese, komorbide psychiatrische und somatische Erkrankungen, die Ausprägung der Entzugssymptomatik sowie soziodemografische und psychosoziale Daten und das Entlassungskriterium (regulärer Behandlungsabschluss vs. Therapieabbruch).

Die Häufigkeit der Therapieabbrüche von Alkoholpatienten betrug 43,3%, von Drogenpatienten 62,4%. Bei Drogenabhängigen wird der Behandlungserfolg eher durch psychosoziale Bedingungen wie Bildungsstatus, Delinquenz und Arbeitslosigkeit beeinflusst, während bei Alkoholpatienten psychopathologische Faktoren wie Orientierung auf

ein Therapieziel, affektive Ansprechbarkeit und kognitives Funktionsniveau eine Rolle spielen. Neben diesen Faktoren sehen die Autoren für alle substanzabhängigen Patienten als entscheidend für die ausreichende Compliance zur Entgiftung, die Behandlungsmotivation mit der Aussicht auf eine fest geplante ambulante Anschlusstherapie.

Kommentar: Die Untersuchung zeigt, dass die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen in einem besonders eng verzahnten und über die Versorgungssektoren hinweggehenden Behandlungspfad ablaufen sollte. Die stationäre Entgiftung ist dabei eine wichtige Station des multiprofessionellen und multimodalen Versorgungsprozesses. Damit dieser Behandlungsschritt erfolgreich durchgeführt werden kann, ist bei den Patienten eine belastbare Handlungs-

motivation erforderlich, die bereits im Vorfeld durch geeignete psychotherapeutische und psychosoziale Maßnahmen entwickelt und gefördert werden sollte. Allerdings sind therapiemotivationsfördernde Maßnahmen nicht als GKV-Leistung erstattungsfähig. Offenbar ist es immer noch sehr schwierig, die stationäre Entgiftungsbehandlung derart eng mit einer Anschlusstherapie zu verzahnen, so dass ein kontinuierlicher Behandlungsprozess aufgebaut werden kann, in dem die Behandlungsmotivation und Compliance des Patienten erhalten bleiben. Die Gründe für hohe Abbruchraten stationärer Entgiftungen sind weniger in personen- und krankheitsgebundenen Eigenschaften des Patienten oder der Qualität einzelner Behandlungsschritte als in der unzureichenden Vernetzung der Therapiemöglichkeiten zu suchen.

Substanzmissbrauch bei Subtypen unipolarer Depressionen

Leventhal, A.M., Witt, C.F., & Zimmermann, M. (2008). Associations between depression subtypes and substance use disorders. Psychiatry Research, 161, 43-50.

Bei unipolaren depressiven Episoden (Major Depressive

Disorders, MDD) wird nach DSM-IV symptomatologisch unter anderem zwischen dem melancholischen und dem atypischen Subtyp unterschieden. Das melancholische Syndrom ist gekennzeichnet durch anhaltende Lustlosigkeit mit Verlust emotionaler Reagibilität,

frühes Aufwachen mit Stimmungstief am Morgen, motorische Antriebschwäche, Appetit- und Gewichtsverlust sowie exzessive Schuldgefühle. Die atypische unipolare Depression ist charakterisiert durch plötzlichen Umschwung depressiver Stimmungen, gesteigertes

Schlafbedürfnis, Appetitzunahme, bleierndes Gefühl in den unteren Extremitäten und gesteigerte Sensibilität gegenüber sozialer Zurückweisung. Bisherige Studien weisen darauf hin, dass der melancholische Subtyp weniger zur Alkoholabhängigkeit, dafür aber häufiger

zur Nikotin- und Stimulanzienabhängigkeit neigt. Atypische Depressionen zeigen eine höhere Missbrauchsrate legaler und illegaler Drogen.

Ziel der Studie war DSM-IV diagnostizierte depressive Subtypen hinsichtlich ihres Drogengebrauchsmusters zu untersuchen. Unterschieden wurde hierbei zwischen Nikotinabhängigkeit, Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit sowie Missbrauch von illegalen Drogen (Cannabis, Kokain, Sedativa, Opioide, Halluzinogene und vergleichbare Substanzen). Verglichen wurden erwachsene Patienten beiderlei Geschlechts (Altersdurchschnitt 38 Jahre), die nach einer stationär behandelten akuten depressiven Episode ambulant nachbetreut wurden. Insgesamt wurden 795 Patienten mit dem strukturierten klinischen Interview nach DSM-IV untersucht und vier Gruppen zugeordnet: 365 Patienten mit undifferenzierten depressiven Störungen, die weder die Kri-

terien des melancholischen noch des atypischen Subtyps erfüllten, 117 Patienten mit atypischen, 245 mit melancholischen und 68 Patienten mit einer atypisch-melancholischen Mischform. Der Krankheitsschweregrad wurde nach der Anzahl vorausgegangener Rezidive und nach der Clinical Global Impression Scale (CGI) beurteilt. Substanz- und Drogengebrauch wurden anamnestisch erhoben.

Von allen Patienten waren 29,1% nikotinabhängig, 7,7% alkoholabhängig und 5,0% abhängig von illegalen Drogen. Im Vergleich zu den Patienten mit undifferenzierter depressiver Symptomatik zeigte der melancholische Subtyp eine höhere Rate für Nikotin- (36% vs. 34%) und sonstige Substanzabhängigkeit (8% vs. 3%). Bei den atypischen Depressionen und den atypisch-melancholischen Mischformen ergab sich keine systematische Beziehung zwischen Subtyp und Art des Drogenmissbrauchs.

Beim melancholischen Subtyp zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Krankheitsschwere (Chronizität) und Nikotin-, Alkohol- und Drogenmissbrauch/-abhängigkeit. Symptomatologisch korrelierten depressionstypische Symptome wie Appetit- und Gewichtsverlust insbesondere mit Nikotin-, Cannabis-, illegalem und kombinierten Substanzmissbrauch.

Die Untersuchungsergebnisse weisen nach den Autoren auf eine nur lockere Beziehung zwischen abgrenzbaren Subtypen depressiver Syndrome und spezifischem Substanzmissbrauch hin. Abhängigkeitsrisiken bei depressiven Syndromen stehen eher mit Krankheitsdauer und Schwere der Symptomatik in Beziehung.

Kommentar: Die Studienergebnisse beruhen auf uni- und multivariaten Vergleichen der Psychopathologie klinischer Subgruppen und logistischer Regressionsanalysen mit der

Art der Drogenabhängigkeit als Kriterium. Patienten mit melancholischer und atypisch-melancholischer Symptomatik waren durchgängig schwerer erkrankt und wiesen die längsten Krankheitsepisoden auf. Eine Aposteriori-Analyse klinischer Eigenschaften von natürlichen Patientengruppen birgt immer die Gefahr einer geringen statistischen Power, wenn diese – wie hier der Substanzmissbrauch – tendenziell seltene Phänomene in der Gesamtstichprobe sind und bedeutende Einflussfaktoren nicht genau genug kontrolliert werden: Strenger nach der Erkrankungsdauer parallelisierte und gewichtete Stichproben versprechen aussagekräftigere Ergebnisse über die Beziehungen zwischen Substanzabusus und bestimmten Symptommustern. Unabhängig davon bestätigt die Untersuchung, dass mit Erkrankungsschwere und -dauer depressiver Störungen die Komorbidität von Abhängigkeitserkrankungen zunimmt.

Unfalltrauma bedingte psychologisch-physiologische Stressreaktionen: Risikofaktoren für PTSD und Depressionen?

Ehring, T., Ehlers, A., Cleare, A.J. & Glucksmann, E. (2008). Do acute psychological and psychobiological responses to trauma predict subsequent symptom severities of PTSD and depression? Psychiatry Research, 161, 67-75.

Die Studie untersucht die prädiktive Bedeutung akuter traumareaktiver psychologischer und psycho-physiologischer Reaktionen für spätere manifeste posttraumatische Belastungsstörungen und depressive Symptome. Ausgangspunkt ist die Hypothese, dass prä-

traumatische psychische Belastungen, belastungsreaktive erhöhte Ausschüttung von Stresshormonen, gesteigerte Pulsfrequenz sowie erhöhter systolischer und diastolischer Blutdruck das Risiko unfallbedingter psychischer Folgestörungen erhöhen. Untersucht wurden 53 leicht verletzte Verkehrsunfallopfer beiderlei Geschlechts (Altersdurchschnitt 34 Jahre) nach einer mindestens 12-stündigen stationären Behandlung in der Unfallchirurgie. Dort wurden unmittelbar nach dem Unfall die kardiovaskulären Werte, der Kortisol-

spiegel im Speichel als hormonelle Stressresponse und der Schweregrad körperlicher Verletzungen dokumentiert. Durch Selbstbeurteilungsverfahren wurden peri-traumatische negative Gefühle (Todesangst, Hilflosigkeit, Scham/Schuld, Ärger) und das Ausmaß der kognitiv-sachlichen Verarbeitung des Unfallgeschehens bis zum Eintreffen der ersten Hilfe am Unfallort erfasst. Prä-traumatische emotionale Störungen (Depressionen, andere psychische Erkrankungen), traumatische Erlebnisse und Substanzabusus wurden

anamnestisch erhoben. Zwei Wochen und sechs Monate nach dem Unfall wurden die Patienten mit dem strukturierten klinischen Interview nach DSM-IV auf depressive und posttraumatische Belastungsstörungen untersucht.

Die Ergebnisse multivariater Regressionsanalysen zeigten signifikante Korrelationen zwischen geringer unfallbedingter hormoneller Stressresponse (niedriger Kortisolspiegel) und ausgeprägten PTSD- und depressiven Symptomen nach sechs Monaten. Niedriger Kortisolspiegel

korrelierte mit rationaler und faktenbezogener Unfallbewältigung. Bei Frauen mit geringer hormoneller Stressresponse wurden häufiger prä-traumatische emotionale Störungen beobachtet. Patienten mit unfallbedingtem Blutdruckabfall und prä-traumatischen emotionalen Störungen zeigten katamnestisch häufiger PTSD.

Nach den Autoren werden die Ergebnisse früherer Studien durch die Untersuchung bestätigt: Eine niedrigere hormonelle

Stressresponse ist Korrelat einer geringen Sensitivität des Rückkopplungssystems negativer Reize und Erlebnisse, was als Risikofaktor für später auftretende posttraumatische Belastungsstörungen und depressive Reaktionen interpretiert wird. Ursächlich wird eine unzureichende Verarbeitung bereits erlebter seelischer Belastungen im emotionalen Gedächtnis vermutet.

Kommentar: Prä-traumatische psychische Belastungen

und Traumaerfahrungen, Eigenarten der unmittelbaren psychischen Traumareaktion und eine verringerte psychobiologische Stressresponse erhöhen bei vergleichsweise leicht verletzten Verkehrsunfallopfern die Wahrscheinlichkeit psychischer Folgeerkrankungen. Eine umfassende, ganzheitliche und zudem präventiv orientierte Versorgung sollte daher auch bei Opfern leichter Verkehrsunfälle bereits sehr früh ansetzen, um durch eine möglichst breitbandige

medizinische *und* psychopathologische Diagnostik die pathogenetischen Risiken zu beurteilen. Medizinische und psychotherapeutische Versorgung sollten auch hier unmittelbar Hand-in-Hand gehen, will man für Opfer singulärer, plötzlich und unvorhergesehen auftretender, belastender Lebensereignisse das Risiko psychischer Folgeerkrankungen mit allen Auswirkungen für Individuum und Gesellschaft verringern.

Behandlungskosten des Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndroms richtig betrachtet?

Schöffski, O., Sohn, S. & Hapich, M. (2008). Die Gesamtgesellschaftliche Belastung durch die Hyperkinetische

Störung (HKS) bzw. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). *Gesundheitswesen*, 70, 398-403.

In dieser Übersichtsarbeit aus dem Bereich der Gesundheitsökonomie werden bisherige Studienergebnisse über Krank-

heitskosten der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und Daten von Krankenversicherungen, der



Die 20. STUTTGARTER THERAPIETAGE 2009

Psychotherapeutische Konzepte und ihre Implikationen für die Praxis

25. und 26. September 2009

Vorträge, Workshops und Podiumsdiskussionen

- _ Biographisch-systemische Verhaltenstherapie
- _ Schematherapie nach Jeffrey Young
- _ Dissoziative Störungen
- _ Praxis des Sokratischen Dialogs
- _ Narrative Entwicklungen
- _ Psychotherapie in der Psychosomatik
- _ Realisierung von Wirkfaktoren
- _ Frühkindlichen Regulationsstörungen
- _ Praktische Notfallpsychologie
- _ Körpertherapie
- _ Traumafolgestörungen
- _ u.a.

Referenten/innen

Dr. Algermissen, Dr. Bolten, Dr. Fatke-Müller, Prof. Lotz, Dr. Pieper, Dipl.-Psych. Reddemann, Prof. Regli, Dr. Retzlaff, Dr. Roediger, Dr. Vogelbach-Woerner, Dr. Vogelgesang, Dr. Zarbock u.a.

Programm und weitere Informationen:
Gerhard-Alber-Stiftung
Christophstraße 8
70178 Stuttgart
Fon 07 11/9669692
www.alber-stiftung.de

AWKV Hessen

Aus- und Weiterbildungseinrichtung für Klinische Verhaltenstherapie

Staatlich anerkannt

Zusatzqualifikation „Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen“

Beginn neuer regionaler Weiterbildungskurse in Marburg und Friedrichsdorf im August 2009

für approbierte Psychologische Psychotherapeuten/innen und Ausbildungsteilnehmer/innen zur/zum Psychologischen Psychotherapeuten/in

Die Kurse finden als zwei- oder dreitägige Blockseminare statt und werden bei der LPPKJP zur Akkreditierung angemeldet. Anmeldeschluss: Ende Mai 2009

Wir vergeben Stipendien.

Ausführliche Informationen und Termine:
Frau Hartung, AWKV Büro
Deutschhausstraße 36, 35037 Marburg/Lahn
Tel.: 06421 / 68 31 15,
e-mail: marburg@awkv.de
www.awkv-hessen.de

Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, des Statistischen Bundesamtes und des Robert-Koch-Institutes zusammenfassend ausgewertet, um die Versorgungskosten im deutschen Gesundheitswesen zu schätzen. Die vorhandene Literatur wurde nach wissenschaftlicher Aussagekraft und Kostenarten kategorisiert. Die Daten der Kostenträger und des Statistischen Bundesamtes beziehen sich auf das Jahr 2002.

Im Jahr 2002 lagen die Behandlungskosten für alle psychischen und Verhaltensstörungen bei 22,4 Milliarden Euro, wovon 0,6% auf Diagnose und Therapie der ADHS entfielen. Umgerechnet auf den einzelnen Patienten kostete die Behandlung von ADHS im Durchschnitt 630 Euro jährlich. 2002 entstand der Großteil der Kosten mit ca. 58,3 Mio. Euro im akutstationären Bereich, in

Höhe von 40 Mio. Euro bei den Praxen sonstiger medizinischer Berufe (Physio-, Sprach-, Ergo- und Musiktherapie) und mit 12,8 Mio. Euro im Bereich der Arztpraxen. Die Kosten für die Verschreibung von Methylphenidat-Präparaten werden für die Diagnose ADHS mit mehr als 8,1 Mio. Euro angegeben. Zu vier Fünfteln entfallen die gesamten Kosten auf das männliche Geschlecht, wobei der höchste Kostenanteil in der Altersgruppe der bis 25-Jährigen entsteht. Mittelbare, kaum verlässlich schätzbare Kosten entstehen bei ADHS-Patienten durch erhöhtes Unfallrisiko, die Entwicklung von Kriminalität und antisozialer Persönlichkeitsstörungen, erhöhtes Risiko zum Substanzmissbrauch und höhere Raten für Arbeitsausfälle.

Im internationalen Vergleich liegen die Kosten für die ADHS-

Behandlung in den USA deutlich höher als in Deutschland. Die Autoren sehen deshalb einen Kostenanstieg und eine Zunahme der Verschreibungen von Methylphenidat nach 2002 in Deutschland voraus.

Kommentar: Die Studie fasst Ergebnisse nationaler und internationaler Krankheitskostenstudien über die Behandlungskosten von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) unter Einbeziehung verfügbarer Kostendaten des deutschen Gesundheitswesens aus dem Jahre 2002 zusammen. Krankheitskosten von 2002 sind nur bedingt repräsentativ für die gegenwärtige Kostenentwicklung. Die Studie differenziert die ambulanten Leistungsbereiche zu wenig. Insbesondere bei den ICD-10 F90-Diagnosen sollte zwischen ambulanten pädiatrischen, kinder- u. ju-

gendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Leistungen unterschieden werden. Wahrscheinlich entspricht es der Realität, wenn durch die Struktur betrachteter Kostenbereiche der Eindruck entsteht, dass die Versorgung der ADHS ausschließlich aus der Verordnung von Methylphenidat und der Behandlung durch Physio-, Sprach-, Ergo- und Musiktherapeutische Assistenzpraxen besteht. Es ist respektabel und gewünscht, wenn sich Gesundheitsökonominnen auf das komplexe Terrain der Kostenentwicklung psychischer Störungen begeben. Doch was soll ein Gesundheitspolitiker aus diesen Studienergebnissen für Schlüsse ziehen? Sind etwa adjuvante Therapien assistenzberuflicher Praxen zu teuer und sollten reduziert werden? Oder ist die hier dargestellte Kostenstruktur nicht Ausdruck einer eklatanten Fehlversorgung?

ADHS und Delinquenzrisiko

Mannuzza, S., Klein, R.G. & Moulton, J.L. (2008). Lifetime criminality among boys with attention deficit hyperactivity disorder: A prospective follow-up study into adulthood using official arrest records. Psychiatry Research, 160, 237-246.

Bereits vor mehr als 25 Jahren wurde in Verlaufsuntersuchungen an Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) ein erhöhtes Kriminalitätsrisiko im jungen Erwachsenenalter festgestellt. Im Vergleich zur Normalpopulation verbüßten sie in späteren Lebensphasen Gefängnisaufenthalte und Arreste. Das Autorenteam dieser Studie begann vor 20 Jahren den klinischen Verlauf einer Kohorte von ADHS-Kindern

prospektiv bis ins Alter von 25 Jahren katamnestic zu erfassen. Eingeschlossen waren seinerzeit ADHS-Patienten mit reinen Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen und Patienten mit komorbiden oppositionell-feindseligen Verhaltensauffälligkeiten. Ziel der gegenwärtigen Untersuchung war, die nunmehr im Durchschnitt 38 Jahre alten Patienten hinsichtlich ihrer weiteren Kriminalitätsentwicklung mit einer Stichprobe der Normalbevölkerung zu vergleichen. Für jede Gruppe, hinsichtlich sozioökonomischem Status und Intelligenzniveau vergleichbar, konnten 93 Probanden rekrutiert werden. Bestimmt wurde die Anzahl der Strafrechtsverstöße, Arrestierungen und Gefängnisaufenthalte aus den Akten der

zuständigen Kriminalbehörde. Nach den Ergebnissen von Häufigkeitsvergleichen und logistischen Regressionsanalysen (Kriterium Gruppenzugehörigkeit) wurden ehemalige ADHS-Patienten signifikant häufiger arrestiert (47% vs. 24%), standen öfter unter Anklage (42% vs. 14%) und wurden häufiger zu Gefängnisstrafen verurteilt (15% vs. 1%). Zudem waren bei der ADHS-Gruppe häufiger Gesetzesverstöße und Gewaltdelikte zu beobachten. Kriminelles Verhalten im Erwachsenenalter konnte in der Gruppe ehemaliger ADHS-Patienten fast vollständig durch das Ausmaß von antisozialem Verhalten, Drogenmissbrauch und Erziehungsschwierigkeiten im Jugendalter erklärt werden. Nach den Autoren bestätigt

die Untersuchung, dass der psychopathologische Entwicklungsprozess mit sozialen Verhaltensauffälligkeiten von Patienten mit im Kindesalter diagnostisch gesicherter ADHS mit hoher Wahrscheinlichkeit zu kriminellem Verhalten im Erwachsenenalter führt: ADHS steigert das Risiko für antisoziales Verhalten und Drogenmissbrauch in der Adoleszenz, welches wiederum das Risiko für kriminelles Verhalten und Gesetzesverstöße im Erwachsenenalter signifikant steigert.

Kommentar: Eine der maßgeblichen US-amerikanischen Forschergruppen, die sich seit längerem mit der Problematik des hyperkinetischen Syndroms befassen, präsentiert Daten zur Kriminalitätsentwicklung

hyperkinetischer Kinder im Erwachsenenalter. Die Untersuchung bestätigt nicht nur, dass insbesondere bei komorbiden sozial-feindseligen Verhaltenauffälligkeiten und Erziehungsschwierigkeiten hyperkinetischer

Kindern das Risiko für kriminelles Folgeverhalten steigt, viel offensichtlicher wird durch die präsentierten Ergebnisse, dass hier allein die isolierte Behandlung von Aufmerksamkeitsstörungen (z. B. mit Methylphenidat)

nicht ausreicht, die psychische und soziale Entwicklung betroffener Kinder längerfristig positiv verlaufen zu lassen. Eine breitbandig angesetzte multimodale Behandlung, welche die Entwicklung von Emotionalität,

Persönlichkeit und sozialen Adaptionfähigkeit psychotherapeutisch fördert, erhöht für ADHS-Kinder die Chance auf ein Leben mit geringeren psychischen Gesundheitsschäden für sich und andere.

Wirksamkeit Psychodynamischer Psychotherapie bei Alkoholabhängigkeit und Borderline-Persönlichkeitsstörungen

Gregory, R.J., Chlebowski, S., Kang, D. et al. (2008). A controlled trial of psychodynamic

psychotherapy for co-occurring borderline personality disorder and alcohol use dis-

order. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45, 28-41.

Kernsymptome von Borderline-Persönlichkeitsstörungen (DSM-IV 301.83; ICD-10

Stellenmarkt



MVZ Management GmbH Thüringen

Betriebsstätte Friedrichroda

Die **RHÖN-KLINIKUM AG** ist Marktführer auf dem Sektor der Gesundheitsdienstleistungen mit bundesweit über 45 Kliniken. Als Tochtergesellschaft der **RHÖN-KLINIKUM AG** betreiben wir am Standort Friedrichroda ein **Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)** mit den Fachrichtungen Pädiatrie, Innere Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe und Psychologische Psychotherapie.

Zur Verstärkung unseres Teams für die Fachrichtung Psychologische Psychotherapie suchen wir Sie ab sofort als

approbierten Psychologischen Psychotherapeuten

Umfassend ausgebildete Kolleginnen und Kollegen mit Freude an der ambulanten Patientenversorgung finden bei uns ideale Bedingungen für die eigenverantwortliche Ausübung der ärztlichen Tätigkeit in einem Team von Fachärzten verschiedener Disziplinen ohne die mit einer Praxisgründung oder -übernahme verbundenen wirtschaftlichen Risiken.

Suchen Sie die Möglichkeit, sich persönlich und fachlich weiterzuentwickeln? Dann bieten wir Ihnen ein sehr interessantes und anspruchsvolles Tätigkeitsfeld in einem engagierten Team mit vielfältigen Entwicklungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten, medizinisch hochwertig ausgestattete Praxisräumlichkeiten, auf Wunsch die Ausübung konsiliarärztlicher Tätigkeiten sowie attraktive Vergütungsregelungen.

Sind Sie interessiert? Dann richten Sie Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen unter Angabe des möglichen Eintrittstermins und Ihrer Gehaltsvorstellungen bitte an die

Krankenhaus Waltershausen-Friedrichroda GmbH

Personalabteilung

Reinhardsbrunner Straße 17

99894 Friedrichroda

e-mail: pers@krankenhaus-waltershausen-friedrichroda.de

Eine Unterstützung bei der Wohnraumbeschaffung sagen wir Ihnen zu.

Noch Fragen ? – Dann stehen wir Ihnen telefonisch unter 03623/350 470 gerne zur Verfügung.

F60.31) sind affektive Labilität, Impulsivität, und instabile zwischenmenschliche Beziehungen mit schnellem Wechsel zwischen Idealisierung und Entwertung. Bei 50% bis 70% der Patienten sind komorbide Störungen in Folge Substanzmissbrauchs zu beobachten. Alkoholabhängige zeigen in 16% bis 22% der Fälle eine Borderline-Störung. Die oft lange Abhängigkeitsanamnese dieser Patienten, ihre Anpassungsstörungen und Selbstvernichtungsimpulse erschweren die psychotherapeutische und psychiatrische Therapie. Kognitiv-behaviorale Behandlungen haben sich in diesen Fällen tendenziell bewährt. Die Wirksamkeit psychodynamisch orientierter Therapieformen hingegen ist bei Borderline-Patienten mit Abhängigkeitsstörungen noch kaum untersucht worden.

In Drogenrehabilitationseinrichtungen wurden 113 Patienten strukturiert nach DSM-IV auf Persönlichkeitsstörungen, andere psychische Erkrankungen und Substanzabhängigkeit untersucht. Ausschlusskriterien waren neurologische Krankheitsursachen und Intelligenzeinbußen. Von 30 ausgewählten Patienten wurden jeweils 15 zufällig einer von zwei Behandlungsbedingungen zugeordnet. Beide Gruppen bestanden überwiegend

aus weiblichen unverheirateten Borderline-Patientinnen mit Alkoholabhängigkeit im Durchschnittsalter von 28 bzw. 29 Jahren. Die Therapiegruppe erhielt eine ambulante manualisierte psychodynamische Therapie (Dynamische Dekonstruktive Psychotherapie, DDP) von verschiedenen trainierten Psychotherapeuten mit wöchentlichen Sitzungen über 12 Monate. Die Kontrollgruppe erhielt die jeweils für den individuellen Fall geplante klinische Standardbehandlung (stationär, ambulant). Beide Patientengruppen wurden 3, 6, 9 und 12 Monate nach Behandlungsbeginn klinisch nachuntersucht. Selbstvernichtungstendenzen (parasuizidales Verhalten), Alkoholmissbrauch, Dauer einer stationären Behandlung, Ausprägung depressiver Störungen, Dissoziationsphänomene, wahrgenommene psychosoziale Unterstützung und die Schwere der Borderline-Symptomatik wurden durch standardisierte Beurteilungsskalen bestimmt. Die Ausfallrate der Therapiegruppe betrug nach 12 Monaten fünf Patientinnen, die der Kontrollgruppe sechs Patientinnen. Veränderungen der Outcome-Maße über die vier Katamnese-Zeitpunkte nach Behandlungsbeginn wurden varianzanalytisch geprüft und Effektstärken in einem Prä-Post-Vergleich berechnet.

Über den Behandlungszeitraum reduzierte sich in beiden Gruppen die Anzahl der Patienten mit Selbstvernichtungs-ideen, Alkoholmissbrauch oder einer zwischenzeitlichen stationären Unterbringung. Der Effekt war allerdings in der Psychotherapiegruppe deutlicher und bereits nach sechs Monaten beobachtbar. Über den Behandlungszeitraum wurden hinsichtlich der Erkrankungsschwere der Borderlinesymptomatik, Häufigkeit depressiver Symptome und der erlebten sozialen Unterstützung / Akzeptanz bei der psychotherapeutischen Behandlungsgruppe höhere Effektstärken ($d > 1.0$) festgestellt als in der Kontrollgruppe.

Die Autoren schließen trotz methodischer Einschränkungen (verschiedene Psychotherapeuten innerhalb der Behandlungsgruppe, beträchtliche Ausfallraten) aus den Effektstärken und Tendenzen klinischer Messwerte über den Beobachtungszeitraum auf die Wirksamkeit einer psychodynamischen Behandlung von Alkoholabhängigen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Für den Nutzen einer psychotherapeutischen Einzelbehandlung sprechen nicht zuletzt Kostenargumente, da diese geringere zeitliche und personelle Ressourcen erfordere, als die übliche stationäre Behandlung

mit der üblichen ambulanten Nachsorge.

Kommentar: Die unter naturalistischen Bedingungen prospektiv durchgeführte US-amerikanische Studie vergleicht die Behandlungseffekte einer speziell auf alkoholabhängige Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen abgestimmten psychodynamischen Psychotherapie mit denen einer Regelversorgung. Im Vergleich zu der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung sind Borderline-Störungen bei Alkoholabhängigkeit und -missbrauch selten und hauptsächlich bei Frauen zu beobachten, was durch die Stichproben abgebildet wird. Der Mangel an eindeutigen statistischen Prüfergebnissen und die hohe Ausfallrate schränkt Zuverlässigkeit und Generalisierbarkeit der Studienergebnisse zwar ein, dennoch geben diese durch detaillierte klinische Beschreibungen der Psychopathologie Anhaltspunkte für die Wirkung psychodynamischer Behandlungsansätze bei schweren und seltenen psychischen Krankheitsbildern.

Dr. phil. Detlef Bunk

PP, KJP
Wissenschaftlicher Mitarbeiter
der Psychotherapeutenkammer
Nordrhein-Westfalen
Willstätterstr. 10
40549 Düsseldorf
d.bunk@ptk-nrw.de

Buchrezensionen

Petermann, F. (Hrsg.) 2008. Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie (6. vollst. überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe. 850 Seiten. 59,95 €.

Myriam Freidel & Klaus Freidel

Die Therapie psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter hat in den letzten Jahren zunehmend mehr Aufmerksamkeit erfahren. Trotzdem ist die Versorgungssituation für diese Altersgruppe noch unbefriedigend (BPTK, 2008). Einen Beitrag zur weiteren Verbreitung von grundlegendem Wissen und aktuellem Forschungsstand zum Thema leistet das von Franz Petermann herausgegebene Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Die verbesserte konzeptuelle Fundierung der klinischen Kinderpsychologie spiegelt sich im Erfolg des Lehrbuchs, das nunmehr in der 6. vollständig überarbeiteten Auflage vorliegt und auf eine 14jährige Entwicklung zurück blickt: Seit der ersten Auflage hat sich die Zahl der Kapitel auf nun 45 mehr als verdoppelt. Das Buch gliedert sich in sechs Hauptkapitel:

- Grundlagen
- Diagnostik
- Entwicklungsstörungen
- Verhaltens- und emotionale Störungen
- Körperliche Krankheiten, Suchterkrankungen und somatoforme Störungen
- Förder- und Therapieansätze.

Die ersten beiden Hauptkapitel *Grundlagen* und *Diagnostik* sind Basiskapitel. Nach

den *Entwicklungsstörungen* thematisiert das vierte Kapitel (*Verhaltens- und emotionale Störungen*) mit „ADHS“, „Posttraumatische Belastungsstörung“, „Suizidales Verhalten“ und „Selbstverletzendes Verhalten“ einige sehr aktuelle Themen, deren theoretisch fundierte Aufbereitung auch für erfahrene Therapeuten eine Bereicherung darstellt. Natürlich bleiben klassische Themen wie aggressives Verhalten und Angststörungen erhalten. Das Buch orientiert sich weitgehend an der ICD-10 als Klassifikationssystem. Wo dieses jedoch keine befriedigende Diagnosestellung ermöglicht, wird auf das DSM-4-TR verwiesen. Vor diesem Hintergrund werden aggressive Verhaltensstörungen in den beiden Kapiteln „Aggressiv oppositionelles Verhalten“ und „Aggressiv dissoziales Verhalten“ getrennt dargestellt. Auch die Angststörungen erfahren eine diagnostisch orientierte, ausdifferenzierte Darstellung in mehreren Kapiteln („Spezifische Phobien“, „Trennungsangst“, „Soziale Phobie“, „Panikstörung und Agoraphobie“).

Im 5. Hauptkapitel werden neben den chronisch-körperlichen Erkrankungen Essstörungen, Substanzmissbrauch, Schlafstörungen und somatoforme Störungen aus dem be-

sonderen Blickwinkel der Arbeit mit und des Verständnisses von Kindern und Jugendlichen dargestellt. Die große Spanne der Arbeitsfelder derjenigen, die mit Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten arbeiten, spiegelt sich im 6. Hauptkapitel wider. Hier werden unter der Überschrift „Förder- und Therapieansätze“ Prävention, Frühförderung, sonderpädagogische Förderung, Kinder und Jugendhilfe, Forensische Kinderpsychologie und Neuropsychologische Therapie erklärt. Im Kapitel zur Psychotherapie stellt der Autor den Wissensstand der Entwicklung einer Multimodalen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie dar. In dieser allgemeinen Psychotherapie sollen die therapeutischen Methoden und Wirkprinzipien zur Anwendung kommen, die sich bei verschiedenen psychischen Auffälligkeiten als wirkungsvoll erweisen. Mit der Psychopharmakotherapie wird abschließend ein für psychotherapeutisch Tätige zunehmend wichtiges Themenfeld gut verständlich vorgestellt.

Das Hauptanliegen des Buches ist die fundierte Beschreibung klinischer Störungsbilder im Kindes- und Jugendalter. So gesehen unterschlägt der Titel, dass sich wichtige Kapitel mit Themen des Jugendalters be-

schäftigen, was das Buch deutlich bereichert. Der einheitliche Aufbau erleichtert das Lesen und gibt zu Beginn eines Kapitels eine durchgängige Orientierung. Die Kerninhalte der störungsbezogenen Kapitel Störungskonzept, Epidemiologie und Verlauf, Erklärungskonzept sowie Intervention geben dem Lernenden einen guten Überblick und können von erfahrenen Therapeuten als wertvolle Anregungen genutzt werden. Auf weiterführende Literatur wird am Ende eines Kapitels gesondert verwiesen. Die Verständnisfragen sind als Selbstkontrolle für Lernende ebenso in jedem Kapitel enthalten. Dem eiligen Leser werden Zusammenfassungen geboten und in Kästchen aktuelle „Kontroversen“ vor Augen geführt.

Der Fokus des Lehrbuchs liegt nicht auf der Therapie und die Interventionsbeschreibungen können dem Lehrbuch entsprechend nicht allumfassend sein. Gleichzeitig zeigt sich der empirische Fokus des Herausgebers. Daher wird kaum einen Leser wirklich überraschen, dass Verweise auf psychodynamische Ansätze fehlen. Eine immanente Schwäche vieler Herausgeberbücher ist der nüchterne Schreibstil des Autorenteam. Kennt man angloamerikanische Lehrbücher

einzelner Autoren, mag man deren aufgelockerten Sprachstil und Humor vermissen. Auch wenn der stetigen Wissenszunahme durch Herausgeberwerke am Besten Herr zu werden ist.

Das Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie ist ein Standardwerk im deutsch-

sprachigen Raum. Als Nachschlagewerk eignet es sich für den erfahrenen Therapeuten ebenso wie für Studierende. Psychotherapeuten in Ausbildung werden die Verdichtung relevanter Themen schätzen. Für angrenzende Disziplinen aus Pädagogik, Sozialarbeit und Medizin ist das Lehrbuch ebenso zu empfehlen. Inwie-

weit man eine ältere Auflage sofort ersetzen mag, bleibt offen: Die Aktualisierung unseres Exemplars von 1998 (3. Auflage) hat sich gelohnt.

Literatur

BPTK. (2008). Stellungnahme der BPTK vom 18.04. 2008. Verfügbar unter: http://www2.bptk.de/uploads/080418_stn_mindestquote.pdf [28.01.2009].

bptk.de/uploads/080418_stn_mindestquote.pdf [28.01.2009].

Myriam Freidel (PP)
Dr. Klaus Freidel (PiA)

Mainzer Str. 25
65185 Wiesbaden
freidel@web.de

Riedel, K. (2008). Empathie bei Kindern psychisch kranker Eltern. Köln: GwG-Verlag. 252 Seiten. 21,90 €.

Hermann Maaß

Die Neuerscheinung von Klaus Riedel greift ein Themenspektrum auf, welches bislang in der Fachöffentlichkeit wenig Aufmerksamkeit erhalten hat. Kinder werden zwar in verschiedenen Lebens- und Entwicklungskontexten wahrgenommen, in ihrer Rolle als „Kinder psychisch kranker Eltern“ jedoch werden sie oftmals übersehen. Das zeigt auch die geringe Zahl an Studien und Fachpublikationen zu diesem Thema, obwohl es sich mit 1,5 Mio. betroffenen Kindern (Stellungnahme der BPTK im Deutschen Ärzteblatt vom 11.05.2007) um eine nicht unerhebliche Größe handelt.

Das vorliegende Buch ist gut strukturiert und übersichtlich gegliedert. Es umfasst vier Kapitel (Empathie; Situation der Kinder psychisch kranker Eltern; Hilfsangebote; Studie zur Empathie bei Kindern psychisch kranker Eltern), die durchgehend oder auch unabhängig voneinander gelesen werden

können, und den LeserInnen eine Fülle von Daten, Informationen und weiterführenden Hinweisen liefern. Abgerundet wird das Buch durch ein umfangreiches Schlagwortregister, mit dessen Hilfe entsprechende Stichworte und Verweise schnell gefunden und nachgeschlagen werden können.

Im ersten Kapitel erläutert der Autor verschiedene Modellsätze zur Empathie, die er sowohl theoretisch als auch praktisch sehr anschaulich darstellt. Entwicklungspsychologische, bindungstheoretische und geschlechtsspezifische Aspekte werden hier genauso behandelt, wie Perspektivenübernahme, Gefühlsansteckung und emotionale Intelligenz als Teilbereiche der Empathie. Darüber hinaus wird auf Zusammenhänge zwischen Empathie und Aggression sowie auf den relativ jungen Forschungsbereich der Spiegelneuronen eingegangen. Abgerundet wird dieses Kapitel mit einer Be-

schreibung der Bedeutung der Empathie innerhalb der wichtigsten psychotherapeutischen Schulen. Hier wird deutlich, dass das Herz des Autors am personenzentrierten Ansatz hängt. Zum Thema „Empathie“ ist dem Rezensenten keine andere derart umfassende deutschsprachige Publikation bekannt.

Im zweiten Kapitel wird die Situation der Kinder psychisch kranker Eltern ausführlich erörtert und ein Überblick zum derzeitigen Forschungsstand gegeben. So werden verschiedene psychosoziale Belastungsfaktoren aus der Perspektive der Familie, der Eltern und der Kinder dargestellt (z. B. gesundheitliche Belastungen, Isolation, Ängste, Schuldgefühle). Daran anknüpfend werden diverse protektive und kompensierende Faktoren aufgezeigt (z. B. soziales Netz, Geschwisterkinder, klare Informationsvermittlung, präventive Angebote), die den Beteiligten

einen leichteren Umgang mit der Thematik ermöglichen.

Verschiedene Hilfsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern, die im Rahmen der Psychiatrie, der Jugendhilfe, der Psychotherapie sowie Kind-orientierter Modellprojekte angeboten werden, sind im dritten Kapitel zusammengestellt. Sehr informativ und bereichernd wirken hier die Darstellungen von den Modellprojekten, die sowohl Einzel- als auch Gruppenangebote für Kinder und ihre Familien durchgeführt und evaluiert haben. Weiterhin werden Probleme bei der Entwicklung und Inanspruchnahme der Hilfsangebote zunächst aus der Perspektive der Institutionen (z. B. Kooperationsblockaden, Kompetenzmangel) und anschließend aus Sicht der Betroffenen (z. B. Ängste vor den Institutionen, Redeverbot über die Erkrankung) beschrieben.

Das letzte Kapitel befasst sich mit der empirischen Untersu-

chung des Autors zur Empathie bei Kindern psychisch kranker Eltern. Darin werden signifikante Unterschiede zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe im Rahmen der Child Behavior Checklist (CBCL) deutlich, und zwar sowohl innerhalb der Syndrom- als auch der Ressourcenskala. Auch bei einzelnen Symptomen wie Alpträumen und Phobien sind die Kinder psychisch kranker Eltern signifikant stärker belastet als die Kinder der Kontrollgruppe. Ähnliches gilt für Ängste, die bei Kindern in weit höherem Maße auftreten, wenn ihre Mütter an einer Angstsympto-

matik leiden. Ein weiteres aufschlussreiches Ergebnis betrifft das Bindungsverhalten. Kinder der Kontrollgruppe leben hier fünf Mal häufiger in einer sicheren Bindungsbeziehung.

Es wird deutlich, dass Kinder psychisch kranker Eltern in ihrer individuellen Entwicklung signifikant höhere Belastungsfaktoren aufweisen als Kinder aus stabilen Elternhäusern. Dieser Aspekt muss bei der Entwicklung von Hilfsangeboten genauso berücksichtigt werden, wie die Einbeziehung verschiedener Teilbereiche der Empathie, wie etwa der Bin-

dungs- und Kommunikationskompetenz.

Der Autor bedient sich auf der einen Seite einer eher nüchternen Sprache; andererseits merkt man deutlich sein besonderes Engagement für diese Thematik. So wird es eine Gratwanderung zwischen Wissenschaftlichkeit und Lesbarkeit. Dieses Buch scheint eher für die Fachöffentlichkeit als für die Allgemeinheit geschrieben.

Das Buch bietet eine umfangreiche Sammlung von Datenmaterial und praxisrelevanten Hinweisen. Neben Wissen-

schaftlern, die sich mit der Thematik befassen, wird es sicherlich auf große Resonanz bei Mitarbeitern der psychosozialen Versorgung stoßen, die sich mit Kindern psychisch kranker Eltern bzw. psychisch erkrankten Personen, die in einem familiären Kontext leben, beschäftigen.

Hermann Maas

Praxis für Psychotherapie
Goldbach 15
33615 Bielefeld
hermann-maass@t-online.de

Stellenmarkt

milton erickson institut berlin

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

Irrationale Kognitionen und Glaubenssätze

Dr. Wolfgang Lenk
Sa 25. - So 26. April 2009, 250 € *

Energetische Trauma- und Psychotherapie

Dr. Wolfgang Lenk
Sa 02. - So 03. Mai 2009, 265 € *

Mentales Leistungs- und Powercoaching

Dipl.-Psych. Ortwin Meiss
Sa 16. - So 17. Mai 2009, 250 € *

Systemische Sexualtherapie und Hypnotherapie

Prof. Dr. Ulrich Clement
Sa 27. - So 28. Juni 2009, 250 € *

Therapie von Schuld- und Schamgefühlen

Dr. Wolfgang Lenk
Sa 11. - So 12. Juli 2009, 250 € *

Hypnose und Behandlung chronischer Schmerzen

Dr. med. Hansjörg Ebell
Sa 07. - So 08. November 2009, 250 € *

Fortbildung **Energetische Trauma- und Psychotherapie**
Dr. Fred Gallo Beginn: Do 19. - So 22. November 2009 *

Erickson'sche Hypnotherapie und Hypnose

Dr. Wolfgang Lenk
Kompakteinführung Sa 28. - So 29. Nov. 09, 250 € *

* zertifiziert von der Psychotherapeuten-Kammer Berlin

**BEWÄHRUNGSHILFE STUTTGART e.V.
PSYCHOTHERAPEUTISCHE AMBULANZ STUTTGART**
Stellensuche:

**Approbierte/n
Diplom-Psycholog/in/en und Psychologische/n
Psychotherapeut/in/en**

Stellenumfang

Ab 01. März 2009 oder früher mit 100% Stellenumfang für zunächst zwei Jahre befristet.

Arbeitsgebiet

- Deliktorientierte Psychotherapie zur Aufarbeitung der Straftaten von Straftätern nach einem verhaltenstherapeutischen Konzept
- Ziel der Behandlung ist die Verhaltensveränderung zur Vermeidung von weiteren Straftaten und die Behandlung von psychischen Störungen.

Wir wünschen uns

- eine/n engagierte/n approbierte/n Psychotherapeut/in/en
- nach Möglichkeit bereits Erfahrungen in der Behandlung von Straftätern oder mit Patienten des Maßregelvollzugs.

Wir bieten

- einen Arbeitsplatz nach einem innovativen Konzept
- fachlicher Austausch im Team, Supervision
- eine fachlich gut vernetzte Einrichtung in Stadtmitte
- Vergütung in Anlehnung an TVÖD.

Rückfragen bei Dipl.-Psych. H.-Jürgen Pitzing, 0711-2398848 oder beim Geschäftsführer Siegfried Bayer, 0711-2398842. Bewerbungen bitte zunächst per E-Mail spätestens bis 30. April 2009 an:

Geschäftsführer Siegfried Bayer bayer@sd-stgt.de.

Ausführlicher Ausschreibungstext unter (www.sd-stgt.de).



Mitteilungen der Bundespsychotherapeutenkammer

Zukunft der Psychotherapieausbildung – Bestandsaufnahme und Perspektiven

Die Zukunft der Psychotherapieausbildung beschäftigt derzeit die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK), die Landespsychotherapeutenkammern, die Ausbildungsinstitute, die Berufs- und Fachverbände sowie die Psychotherapeuten in Ausbildung. Anlass ist das im Herbst 2007 vergebene Gutachten des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Die BPTK bot mit vier internen Workshops im Verlauf des Jahres 2008 eine Kommunikationsplattform. Themen der professionsinternen Debatte waren neben den Strukturen der Ausbildung zum Psychotherapeuten insbesondere die notwendigen Kompetenzen, die Studien- und Ausbildungsinhalte sowie die Anforderungen an Psychotherapeuten in den verschiedenen Versorgungssettings. Im Ergebnis ermöglichten die Workshops eine gute Klärung des Sachstandes und eine intensive Debatte der unterschiedlichen Positionierungen innerhalb der Profession. Im Folgenden werden zentrale Argumentationslinien dokumentiert.

1. Akademische Qualifikation

Nach Auslegung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) durch das BMG soll für den Zugang zur Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) nach Umstellung auf das Bachelor-Master-System bei Absolventen (sozial-)pädagogischer Studiengänge bereits ein Bachelorabschluss ausreichend sein. Für den Zugang zur Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten (PP) sei dagegen das Kompetenzniveau eines Masterabschlusses zu verlangen. Eine Anhebung der Zugangsvoraussetzung zur KJP-Ausbildung verstoße ohne nachvollziehbare Begründung gegen Art. 12 des Grundgesetzes. Sollten sich hierfür keine Argumente finden lassen, würden KJP mittelfristig zu Behandlern zweiter Klasse – so die große Sorge der Profession.

Auseinanderdriften der Berufe verhindern

Ausgangspunkt der Debatte des 1. Workshops waren daher die sich aus der Versorgung psychisch kranker Menschen ergebenden Anforderungen an die akademische Grundqualifikation. Diese hat sich seit Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes vor zehn Jahren deutlich verändert. Patienten erwarten heute, dass ein Psychotherapeut sie unter Berücksichtigung der bestverfügbaren externen Evidenz berät, behandelt oder ggf. weiterverweist. Ein solches evidenzbasiertes Handeln setzt eine umfassende wissenschaftliche Methodenkompetenz voraus, denn Psychotherapeuten müssen, wenn keine geeigneten Behandlungsleitlinien verfügbar sind, die bestverfügbare Evidenz selbst recherchieren und

sie müssen vor allem die Passung für den Einzelfall prüfen können. Die Workshopteilnehmer waren sich daher darin einig, dass Psychotherapeuten einen Masterabschluss brauchen, um ihre Patienten angemessen behandeln zu können, unabhängig davon, ob es psychisch kranke Kinder und Jugendliche oder Erwachsene sind. Für den Masterabschluss sprachen sich die Teilnehmer des Workshops einstimmig aus, auch wenn die entsprechende gesetzliche Klarstellung dazu führt, dass die Zugangsqualifikation für die Absolventen pädagogischer Studiengänge im Vergleich zum Status quo angehoben werden muss. Dass dies evtl. geboten ist, zeigten Analysen der schriftlichen Abschlussprüfungen von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Danach schneiden KJP im Durchschnitt schlechter

Forschungsgutachten zur Ausbildung von PP und KJP

Im Herbst 2007 vergab das BMG ein Gutachten zur Vorbereitung einer Reform des Psychotherapeutengesetzes. Eine Gesetzesänderung ist aufgrund der neuen Zugangsvoraussetzungen zur PP- und KJP-Ausbildung im Zuge der Umstellung psychologischer und pädagogischer Studiengänge auf die Bachelor-Master-Systematik notwendig.

Das Gutachten wird die Ausbildungslandschaft unter Einbezug der Erfahrungen von Ausbildungsstätten, Lehrenden und Ausbildungsteilnehmern umfassend aufarbeiten. Ergebnis werden Aussagen zu Ausbildungsstätten, Verfahren, Dauer und Kosten der Ausbildung, ihren praktischen und theoretischen Anteilen und dem Zugang zur Ausbildung auch im Vergleich mit anderen EU-Mitgliedstaaten sein.

Darüber hinaus erwartet das BMG Empfehlungen, ob Psychotherapeuten – wie die anderen akademischen Heilberufe – in einer Direktausbildung qualifiziert werden sollten und nicht mehr postgradual. Für eine auf Dauer zukunftsgerecht angelegte Qualifizierung von Psychotherapeuten sollen mit einer Gesetzesänderung außerdem die Weiterentwicklungen der Psychotherapie seit Inkrafttreten des o. g. Gesetzes mitberücksichtigt werden. Daher interessiert z. B., ob Psychotherapeuten zusätzliche Kompetenzen erhalten sollten, wie z. B. die Verordnung von Arzneimitteln.

Das Gutachten wird von einem Forschungsgremium unter der Leitung von Prof. Dr. Bernhard Strauß vom Universitätsklinikum Jena erstellt und soll dem BMG Ende März 2009 vorgelegt werden.

ab als PP. Bei den methodischen und theoretischen Grundlagen sowie den biologischen und medizinischen Fragestellungen gibt es zudem Unterschiede zwischen den Angehörigen verschiedener Grundberufe. Diplompsychologen sind durchgängig die leistungsstärkste Teilgruppe.

Akademische Grundqualifikation: Pädagogik und Sozialpädagogik

Zum konkreten Umfang klinisch relevanter Kenntnisse, die künftig stärker in pädagogischen Studiengängen vermittelt werden müssten, gab es unterschiedliche Forderungen – insbesondere der Vertreter von Universitäten und Fachhochschulen. Einigkeit bestand allerdings darin, dass die Versorgung von Kindern und Jugendlichen wissenschaftliche Kenntnisse der Entwicklungspsychopathologie, Diagnostik und klinischen Intervention auf dem Kompetenzniveau eines Masterabschlusses voraussetzt, mit spezifischen Kompetenzen zur Diagnostik und Intervention in sozialen Systemen.

Akademische Grundqualifikation: Psychologie

Aus Sicht der Workshopteilnehmer lieferte der Diplomstudiengang Psychologie – mit Studienanteilen in Klinischer Psychologie – bislang ein solides Fundament für die Aufnahme einer Psychotherapieausbildung. Es war breiter Konsens, die dort vermittelten Kompetenzen auch weiterhin von Ausbildungsteilnehmern zu verlangen. Insbesondere in Institutionen tätige Psychotherapeuten forderten zusätzlich, dass im Studium weitere Kompetenzen wie Systemkenntnis oder Führungsfähigkeiten erworben werden müssten.

Prof. Dr. Rainer Richter (Präsident der BPTK) appellierte in seinem Fazit an die Workshopteilnehmer, verstärkt aus der Versorgungsperspektive heraus zu argumentieren. Einfluss auf die Politik werde die Profession mit ihren Argumenten nur haben, wenn der Bezug zur Versorgung sichtbar sei.

2. Psychotherapeutische Kernkompetenzen

Mit dem Entwurf eines Positionspapiers zu Kernkompetenzen von Psychotherapeuten (s. Kasten) stieß die BPTK im 2. Workshop eine Debatte an, die andere Heilberufe,

Kernkompetenzen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Auszüge aus dem Entwurf des Positionspapiers des BPTK-Vorstandes vom 25. September 2008

Die Psychotherapieausbildung hat den Erwerb von solchen Kenntnissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten zum Ziel, die für die selbstständige und eigenverantwortliche psychotherapeutische Tätigkeit erforderlich sind. ... Es handelt sich daher um so genannte Kernkompetenzen, die zur Ausübung von Heilkunde notwendig und hinreichend sind. Davon unterschieden werden können a) psychotherapeutische Basiskompetenzen, über die auch andere Gesundheitsberufe verfügen können, und b) spezifische psychotherapeutische Kompetenzen, die für spezielle Anwendungsbereiche der Psychotherapie erforderlich sein können.

1. *Fachlich-konzeptionelle Kompetenz:* Kenntnisse über wissenschaftlich begründete psychotherapeutische, psychologische, biologische und soziologische Modelle psychischer Erkrankungen ...
2. *Personale Kompetenz:* Fähigkeit zur Selbstreflexion und Selbstwahrnehmung, z. B. bei der Reflexion der Intentionalität ...
3. *Beziehungskompetenz:* Kommunikations- und Bindungsfähigkeit zur Etablierung, Aufrechterhaltung und Beendigung einer stabilen therapeutischen Beziehung ...

wie z. B. Ärzte, in ihrer Approbationsordnung bereits vollzogen haben. Ausbildungen werden heute nicht mehr ausschließlich über Lerninhalte definiert, sondern sind an Lernzielen bzw. dem Erwerb bestimmter Kompetenzen auszurichten. Die Definitionshoheit über Kompetenzen dürfe man nicht anderen überlassen, forderte Prof. Richter bei seiner Einführung in den 2. BPTK-Workshop. Dies sei ureigenste Aufgabe der Profession selbst.

Der Entwurf eines Kompetenzpapiers wurde auf dem Workshop insbesondere mit Blick auf die folgenden Fragen diskutiert:

- Können Kernkompetenzen verfahrensübergreifend oder müssen sie verfahrensspezifisch definiert werden?
- Können Kernkompetenzen so definiert werden, dass sie für beide Heilberufe PP und KJP und möglicherweise auch für die psychotherapeutisch tätigen Ärzte zutreffen und erschöpfend sind?
- Welche Eingangskompetenzen werden für den Erwerb psychotherapeutischer Kernkompetenzen benötigt?
- Setzt die Behandlung bestimmter Patientengruppen oder die Behandlung in spezifischen Lebenssettings oder Anwendungsfeldern Spezifikationen der Kernkompetenzen voraus?

PP und KJP: Ein oder zwei Kompetenzprofile?

In den von Vertretern der Verbände, Ausbildungsstätten und Ausbildungsteilnehmern vorgetragenen Statements wurde insbesondere die Frage der Differenzierung zwischen den Kompetenzprofilen von PP und KJP diskutiert. Die Einschätzung, dass die Behandlung von Kindern und Jugendlichen besondere Kompetenzen erfordere, war unumstritten. Es müsse dann aber trennscharf benannt werden können, welche spezifischen Kompetenzen ausschließlich für die Behandlung dieser Patientengruppe gebraucht werden.

Implizit war damit für viele Diskussionsteilnehmer die Frage nach der Notwendigkeit der zwei Berufe des PP und KJP und nach dem Stellenwert pädagogischer und psychologischer Kompetenzen gestellt. In der Debatte um Kompetenzen sahen dabei Viele eine Chance, dieses Thema losgelöst von Verfahrensstandpunkten und gefestigten Paradigmen zu erörtern – insbesondere dann, wenn die weitere Diskussion auch den Versorgungsaspekt stärker berücksichtige.

Insgesamt fand der erste Entwurf eines Kompetenzpapiers große Zustimmung. Auf der Grundlage der vielen Anregungen und Ergänzungen wird das Papier weiterentwickelt.

3. Anforderungsprofile für die Versorgung

Welche spezifischen Anforderungen an das psychotherapeutische Kompetenzprofil ergeben sich aus der Versorgung? Auf dieses Themenfeld fokussierte der 3. Workshop. Thesen hierzu wurden aus der Perspektive von Gesundheitspolitik, Patienten und Verantwortlichen aus verschiedenen Versorgungssettings vorgestellt.

Gesundheitspolitik

Auch künftig werde es ein politisches Ziel sein, den objektivierbaren Bedarf an mehr psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung möglichst wohnortnah, ambulant und teilweise auch präventiv auf hohem Qualitätsniveau abzudecken. Dies verlange besondere Kompetenzen auch von Psychotherapeuten. Im Krankenhaussektor bedeuteten Besetzungsprobleme beim ärztlichen Dienst Chancen für Psychotherapeuten, wenn sie sich für die damit verbundenen neuen Anforderungen (wie z. B. Führungsaufgaben und Pharmakologie) qualifizieren.

Patienten

Patienten wünschten sich eine bestmögliche Passung zwischen Patienten und Therapeuten. Dafür sollte die Zuweisung zu verschiedenen Versorgungsangeboten auch im Sinne der Realisierung von Patientenpräferenzen möglich sein. Die Psychotherapieausbildung habe daher sicherzustellen, dass hinreichende Kompetenzen erworben werden, die zum Stellen differenzieller Indikationen, zum „Shared Decision Making“ oder auch zu verstärkter Kooperation mit anderen Berufen und Institutionen befähigen.

Spezifische Versorgungssettings

Rehabilitation: Die Morbidität von Patienten in der Rehabilitation habe sich verändert. Die Behandlung in der Rehabilitation sei zunehmend stärker teilhabeorientiert. Sie zielen nicht mehr ausschließlich auf die Heilung oder Linderung von Symptomen. Psychotherapeuten würden auch zu „Case-Managern“. Die Multimorbidität der Patienten setze darüber hinaus eine multiprofessionelle Ausrichtung der Therapeuten voraus. Die Ausbildung müsse sich auf die Veränderungen einstellen.

Krankenhaus: Ein Haupttätigkeitsfeld werde auch künftig die Psychiatrie sein, mit ähnlichen Anforderungen wie in der Rehabilitation. Integrierte Ansätze und die Arbeit in multiprofessionellen Teams seien prägend für die psychotherapeutische Tätigkeit. Außerdem bleibe die Psychosomatik ein bedeutsames Tätigkeitsfeld. In beiden Versorgungssettings könnten Psychotherapeuten bei entsprechender Qualifikation zunehmend Aufgaben im Management übernehmen.

Ambulante Versorgung: Psychotherapeuten müssten überzeugend darstellen, welche Patienten in welchem Umfang tatsächlich Psychotherapie brauchen, und zugleich darlegungsfähig machen, dass sie diese Patienten angemessen versorgen. Auch mit Blick auf eine alternde Gesellschaft müssten neue Versorgungsangebote entwickelt und Psychotherapeuten für die Umsetzung ausgebildet werden.

Kinder- und Jugendhilfe: Psychotherapeuten sollen über ein ausreichendes Methodenrepertoire zur Erreichung der jeweiligen Hilfeziele verfügen. Dies erfordere neben der Qualifikation in Verfahren, die zur Approbation führen, weitergehende psychotherapeutische Kompetenzen und Qualifikationen. Diagnostische Kompetenzen müssten sich z. B. auch auf Störungsbilder erstrecken, bei denen Psychotherapie nicht indiziert sei.

Die Zukunft hat begonnen

Fazit des Workshops war, dass es in allen Versorgungssettings strukturelle Änderungen geben werde, die von Psychotherapeuten in stärkerem Umfang Feld- und Netzwerkkompetenz verlangten. Für diese müssten Psychotherapeuten ausreichend qualifiziert werden. Gleichzeitig würden je nach Versorgungssetting weitere spezifische Kompetenzen verlangt, die allerdings nicht alle bereits in einer Ausbildung erworben werden könnten.

Kontrovers diskutiert wurde, ob zum Kompetenzprofil künftig auch das Verordnen von Psychopharmaka gehören sollte. Während einige Teilnehmer darin eine Voraussetzung zur Übernahme von mehr Verantwortung und Leitungsfunkti-

Referentinnen und Referenten der Workshopreihe (alphabetisch)

Prof. Dr. Michael Borg-Laufs (AZA-KJP), Prof. Dr. Günter Esser (DGPs), Prof. Dr. Thomas Fydrich (DGPs), Prof. Dr. Silke-Birgitta Gahleitner (AZA-KJP), Dr. Gerald Gaß (Landeskrankenhaus Rheinland-Pfalz), MR Rainer Godry (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW), Jürgen Golombek (PTI-Ausschuss der BPTK), Prof. Dr. Mark Helle (GwG, AZA-KJP), Dr. Wolfgang Ihle (BAG Ausbildungsträger), Dr. Jutta Kahl-Popp (BAG Ausbildungsträger), Dr. Josef Könnig (BAG Ausbildungsträger), Prof. Dr. Armin Kuhr (DGVT), Dr. Johannes Lindenmeyer (salus klinik Lindow), Barbara Lubisch (DPTV), Jürgen Matzat (Patientenvertreter im G-BA), Dr. Klaus Mayer (IMPP), Thomas Merz (PTI-Ausschuss der BPTK), Frank Mutert (PiA Bundeskonferenz der BPTK), Dr. Hans Nadolny (Beratender Fachausschuss Psychotherapie der KBV), Dr. Hamid Peseschkian (BAG Ausbildungsträger), Prof. Dr. Reinhard Pietrowsky (DGPs), Christine Röpke (VAKJP), Hermann Schürmann (Kommission „Zukunft der Krankenhausversorgung“ der BPTK), Marion Schwarz (KJP-Ausschuss der BPTK), Dr. Martin Stellpflug (Justiziar der BPTK), Dr. Walter Ströhm (BAG Ausbildungsträger), Dr. Christian Thieme (Kassenärztliche Vereinigung Bayerns), Prof. Dr. Werner Thole (DGfE), Dr. Holger Tiedemann (Behörde für Wissenschaft und Forschung Hamburg), Dr. Heiner Vogel (PTI-Ausschuss der BPTK), Jörg Weidenhammer (Asklepios Medical School), Dr. Dr. h. c. Reinhard Wiesner (BMFSFJ), Prof. Dr. Günter Zurhorst (Psychotherapie-Fachhochschule).

onen sahen, betonten andere eine zunehmende Notwendigkeit, das Kompetenzprofil der Psychotherapeuten auch gegenüber ärztlichen Kollegen schärfer abzugrenzen.

4. Wie viel Ausbildung für die Approbation?

Die ersten Workshops hatten immer wieder die strukturelle Frage aufgeworfen,

welche Kompetenzen bis zur Approbation und welche anschließend (z. B. im Rahmen einer Weiterbildung) erworben werden könnten oder sollten.

Die Diskussion des 4. Workshops sollte daher zugespitzt werden auf die alternativen Ausbildungsstrukturen Direktausbildung (Psychotherapieausbildung während des Studiums) bzw. die heutige postgraduale Ausbildung.

Nach einer Einschätzung der Folgen des Bolognaprozesses für die Qualifizierung der Heilberufe stellten Vertreter von Ausbildungsinstituten, Hochschulen und aus verschiedenen Versorgungssettings die Implikationen dieser Szenarien aus ihrer gegenwärtigen Perspektive dar.

Kompetenzniveaus im Studium

Eine der bedeutsamsten Veränderungen durch den Bolognaprozess ist der Schwenk von der Input- zur Outcome-Orientierung und das Ersetzen von Rahmenprüfungsordnungen durch Akkreditierungen. Studiengänge werden danach über die Kompetenzen definiert und bewertet, die sie vermitteln und nicht mehr über die Studien- und Prüfungsinhalte. Ein Vergleich des im Psychotherapeutengesetz geregelten Qualifikationsniveaus für den Zugang zur PP- und KJP-Ausbildung mit den übergeordneten Kompetenzen der Nationalen und des Europäischen Qualifikationsrahmen machte zu Beginn des Workshops deutlich, dass erst ein Masterstudiengang ausreichende wissenschaftliche Kompetenzen für die Ausübung eines akademischen Heilberufs vermittelt.

Ärzte, Zahnärzte und Apotheker: Nichts ist unmöglich!

Wer lernt was wann? Der Blick auf die anderen akademischen Heilberufe zeigte die vielen Möglichkeiten, das Verhältnis von zu vermittelnder Theorie und Praxis in der Ausbildung abzubilden. Bei Ärzten liegt eine sechsjährige, bei Zahnärzten eine fünfjährige und bei Apothekern eine vierjährige Hochschulausbildung vor der Approbation. Zahnärzte erhalten unmittelbar im Anschluss an ihr Hochschulstudium ihre Approbation. Die Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung setzt nach

der Approbation noch eine zweijährige Assistenzzeit voraus. Apotheker durchlaufen nach der Approbation eine einjährige praktische Ausbildungsphase. Für die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung wird von Ärzten im Anschluss an ihre mit der Direktausbildung erworbene Approbation eine vier- bis sechsjährige Weiterbildung verlangt.

Direkt- und postgraduale Ausbildung von Psychotherapeuten

Rechtliche Implikationen: Die Vorverlagerung der Approbation bei einer Direktausbildung an das Ende des Studiums plus einer praktischen Tätigkeit, z. B. auf der Basis einer Berufserlaubnis, würde zu einem gegenüber heute niedrigeren Qualifikationsstandard der Approbierten führen. Die Mediziner zeigen, dass dies rechtlich möglich wäre – auch, weil die Approbation in der Heilkunde nicht das einzige Instrument der Qualitätssicherung ist. Als gewichtiges Gegenargument wurde angeführt, dass eine Vorverlegung der Approbation den Verfahrensbezug der Ausbildung gefährde. Ob die erforderliche Vertiefung – ähnlich wie im ärztlichen Bereich – im Rahmen der Weiterbildung erfolgen könne oder solle, wurde gleichfalls kontrovers diskutiert. Insbesondere Ausbildungsteilnehmer knüpften an eine Vorverlagerung der Approbation die Erwartung, damit neue Lösungsoptionen für die unangemessenen Arbeits- und Vergütungsbedingungen während der praktischen Tätigkeit zu finden.

Implikationen für die Versorgung

Vertreter der niedergelassenen Psychotherapeuten mahnten an, das mit dem Psychotherapeutengesetz Erreichte bei Veränderungen der Ausbildung im Blick zu behalten. In der ambulanten Versorgung gebe es heute eine Gleichstellung von körperlichen und psychischen Erkrankungen einschließlich der Honorierung der Behandler. Ausgangspunkt sei die Gleichwertigkeit der Professionen. Diese dürfe keinesfalls gefährdet werden.

Anders sei – so die Vertreter der Psychotherapeuten in Institutionen – die Situation im stationären Bereich. Psychotherapeuten arbeiten als „Nicht-Fachärzte“ in der Regel

unter „Anleitung und Aufsicht“ eines Arztes, obwohl sie häufig psychotherapeutisch besser ausgebildet sind. Viele Workshopteilnehmer knüpften hier Hoffnungen an eine Direktausbildung. Auch Vertreter des Versorgungssettings „Beratungsstellen“ sprachen von den Chancen einer Direktausbildung – auch mit Blick auf die zukünftige Attraktivität dieses Tätigkeitsfeldes.

Fachhochschulvertreter sahen Risiken für die psychodynamischen Verfahren, wenn die Ausbildung an den Hochschulen stattfinden würde, da diese vor allem an den Universitäten kaum vertreten seien. Für die Universitäten waren dagegen beide Optionen mit Vor- und Nachteilen verbunden, die sich durch eine angemessene Ausgestaltung beide sinnvoll nutzen ließen.

Die Vertreter der Ausbildungsinstitute sprachen sich nachdrücklich für eine Beibehaltung des postgradualen Ausbildungsmodells für die PP- und KJP-Ausbildung aus. Es habe sich grundsätzlich bewährt. Ein begrenzter Nachbesserungsbedarf wurde hinsichtlich der Finanzierung und der inhaltlichen Vorgaben der praktischen Tätigkeit und der Redundanz von Inhalten in Studium und Ausbildung eingeräumt. Eine Direktausbildung hätte dagegen nur Risiken, neben den bereits genannten u. a. auch eine starke Theorieelastizität auf Kosten der praktischen Erfahrung.

Die Ausbildungsteilnehmer versprachen sich von einer Direktausbildung eine gewisse „Emanzipation“ mit dem Ergebnis einer deutlichen Verbesserung des eigenen Status – in berufsrechtlicher und in finanzieller Hinsicht, aber auch im Verhältnis zu anderen Berufsgruppen und Vertretern der Ausbildungsinstitute.

Kontrovers im Inhalt – Sachlich im Ton

Alle vier Workshops im Blick stellte Prof. Richter abschließend heraus, dass die Debatte von einer großen Fach- und Sachlichkeit geprägt gewesen sei und zu einer umfassenden Sammlung von Argumenten geführt habe. Diese Argumente müssten von der Psychotherapeutenchaft, z. B. auf dem 14. Deutschen Psychotherapeutentag, diskutiert und abgewogen werden.

Panel der Gutachtergruppe

Am 28. Januar 2009 veranstaltete die Forschergruppe ein Hearing, an dem Kammern, Fach- und Berufsverbände

zu den Fragen des Gutachtens Stellung nahmen. Die abgegebenen Statements können von der Homepage der Bundes-

psychotherapeutenkammer heruntergeladen werden (www.bptk.de).

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie verabschiedete am 14. Dezember 2008 das folgende Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie:

Vorbemerkung

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) hat in seinem Gutachten vom 14. Oktober 1999 festgestellt, dass auf der Grundlage der zu dieser Zeit verfügbaren Studien die Systemische Therapie nicht als wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren eingestuft werden konnte. Am 6. Juli 2006 wurde vom Landesprüfungsamt für Medizin, Psychotherapie und Pharmazie der Bezirksregierung Münster im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen ein Neuantrag auf Prüfung der wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie im Sinne des § 11 Psychotherapeutengesetz (PsychThG) gestellt. Mit dem Schreiben vom 11. Juli 2006 wurde von der Systemischen Gesellschaft (SG) und der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie (DGSF) eine Expertise zur Wirksamkeit der Systemischen Therapie samt der Expertise zugrunde liegenden Originalarbeiten eingereicht. Berücksichtigung fanden weiterhin die von der DGSF und der SG mit den Schreiben vom 25. Juli 2006, 17. Mai 2007, 29. Oktober 2007, 26. Februar 2008, 2. April 2008 und 4. Juni 2008 nachgereichten Studien.

1. Grundlagen der Begutachtung

Das Gutachten stützt sich auf folgende Unterlagen:

a) den von der SG und der DGSF vorgelegten Gutachtenantrag,

b) die Monografie von v. Sydow, Behr, Retzlaff & Schweitzer (2007) zur Wirksamkeit der Systemischen Therapie/Familientherapie. Göttingen: Hogrefe,
c) Originalstudien und Übersichtsarbeiten zur Untersuchung der Wirksamkeit der Systemischen Therapie.

2. Gutachtauftrag und Methodik

Es soll geprüft werden, ob und inwieweit die wissenschaftliche Anerkennung der Systemischen Therapie entsprechend den Kriterien des WBP festgestellt werden kann. Da der Antrag zur Begutachtung der Systemischen Therapie vor Verabschiedung des neuen Methodenpapiers des WBP vom 21. November 2007 gestellt wurde, erfolgt die Begutachtung anhand der zum Zeitpunkt der Antragstellung gültigen Bewertungskriterien. Hierzu überprüft der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie die Wirksamkeitsnachweise getrennt für jeden der 12 vom WBP definierten Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Erwachsenen (Deutsches Ärzteblatt 2000, 97 [1 – 2], A-59 unter Berücksichtigung der Änderung vom 16.09.2002, Deutsches Ärzteblatt 2002, 99 [46], A-3132) bzw. der acht definierten Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (Deutsches Ärzteblatt 2000, 97 [33], A-2190). Der Wirksamkeitsnachweis für einen Anwendungsbereich kann in der Regel dann als gegeben gelten, wenn in mindestens drei unabhängigen, methodisch adäquaten Studien die Wirksamkeit bei Störungen aus diesem Bereich nachgewiesen ist und mindestens eine Studie zu diesem Anwendungsbereich eine Kattamneseuntersuchung einschließt, mit der ein Therapieerfolg auch noch mindestens sechs Monate nach Therapieende nachgewiesen wird (Kriterium für die Feststellung

der wissenschaftlichen Anerkennung in einem Anwendungsbereich gemäß Beschluss des WBP vom 15.09.2003 (Deutsches Ärzteblatt 2004, 101 [6], A-269).

In einem zweiten Schritt prüft der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie zum einen, ob eine Empfehlung zur Zulassung als Verfahren zur vertieften Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten entsprechend § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten ausgesprochen werden kann. Diese Empfehlung kann gemäß den Kriterien des WBP nur für solche Therapieverfahren ausgesprochen werden, welche die Kriterien der wissenschaftlichen Anerkennung für mindestens fünf Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Erwachsenen (1 bis 12 der Anwendungsbereichsliste) oder mindestens vier der „klassischen“ Anwendungsbereiche (1 bis 8) erfüllen.

Zum anderen prüft der WBP, ob eine Empfehlung zur Zulassung als Verfahren zur vertieften Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entsprechend § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ausgesprochen werden kann. Diese Empfehlung kann gemäß den Kriterien des WBP nur für solche Therapieverfahren ausgesprochen werden, welche die Kriterien der wissenschaftlichen Anerkennung für mindestens vier Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (1 bis 8 der Anwendungsbereichsliste) oder mindestens drei der „klassischen“ Anwendungsbereiche (1 bis 5) erfüllen.

3. Definition

Der Antrag der einreichenden Fachverbände (SG und DGSF) lautete auf die

Begutachtung der wissenschaftlichen Anerkennung von Systemischer Therapie/Familientherapie. Da jedoch unter Familientherapie in erster Linie ein psychotherapeutisches Setting verstanden wird, welches auch im Rahmen anderer psychotherapeutischer Verfahren und Methoden realisiert wird, bezieht sich die Begutachtung in Absprache mit den Fachverbänden nur auf die Bezeichnung „Systemische Therapie“.

Von den beantragenden Fachverbänden wird die Systemische Therapie als ein psychotherapeutisches Verfahren beschrieben, dessen Fokus auf dem sozialen Kontext psychischer Störungen liegt. Dabei werden zusätzlich zu einem oder mehreren Patienten („Indexpatienten“) weitere Mitglieder des für Patienten bedeutsamen sozialen Systems einbezogen. Die Therapie fokussiert auf die Interaktionen zwischen Mitgliedern der Familie oder des Systems und deren weitere soziale Umwelt.

Die Systemische Therapie betrachtet wechselseitige intrapsychische (kognitiv-emotive) und biologisch-somatische Prozesse sowie interpersonelle Zusammenhänge von Individuen und Gruppen als wesentliche Aspekte von Systemen. Die Elemente der jeweiligen Systeme und ihre wechselseitigen Beziehungen sind die Grundlage für die Diagnostik und Therapie von psychischen Erkrankungen.

4. Indikationsbereiche

Von den Antragstellern wird angegeben, dass bei Erwachsenen die Systemische Therapie besonders für die Störungsbereiche Depressionen, Substanzstörungen, Schizophrenie sowie – in Kombination mit medizinischen Maßnahmen – die Bewältigung chronisch körperlicher Erkrankungen indiziert ist. Für Kinder und Jugendliche sind systemische Interventionen nach Angaben der Antragsteller, v. a. bei Störungen des Sozialverhaltens, jugendlicher Delinquenz, Substanzstörungen, Essstörungen, Hyperaktivitätsstörungen, schweren psychischen Krisen und – in Kombination mit anderen Interventionen – bei der Bewältigung chronischer körperlicher Erkrankungen und bei Schizophrenie indiziert. Es wird darauf hingewiesen, dass eine besondere Indi-

kation für die Systemische Therapie dann besteht, wenn bei der Manifestation der psychischen Störung das soziale System des Indexpatienten eine besondere Rolle spielt. Als wichtigste Kontraindikation wird genannt, dass „das System“ keinen Behandlungsauftrag erteilt.

5. Theorie

Systemische Therapie wird als Weiterentwicklung der frühen Familientherapie der 50er und 60er Jahre in den USA begriffen. Die aktuelle Theorie der Systemischen Therapie integriert verschiedene, historisch zeitgleich entstandene theoretische Ansätze zur Erklärung der wechselseitigen psychischen Beeinflussung von Menschen und ihrer unmittelbaren sozialen Umgebung, wobei diese wiederum in Wechselwirkung zu kognitiv-emotiven und somatischen Prozessen der Einzelpersonen steht (Anderson, Boszormenyi-Nagy, de Shazer, Haley, Minuchin, Satir, Selvini-Palazzoli, Stierlin, Watzlawick, White, Zuk). Zu diesen Ansätzen zählen die Systemtheorie, die Kommunikationstheorie und der (gemäßigte) Konstruktivismus sowie die Bindungstheorie. Die Ressourcenorientierung wird in besonderer Weise betont. Systemische Therapie ist danach durch folgende Punkte gekennzeichnet:

- Es wird besonders auf die sozialen Bezüge eines „Indexpatienten“ fokussiert. Symptome werden auf unterschiedlichen Systemebenen (somatisch, kognitiv-emotiv und interaktiv) betrachtet. Sie resultieren aus sozialen Bezügen bzw. werden durch diese unterhalten und beeinflussen sie gleichzeitig („Zirkularität“). Dazu sind insbesondere die Beziehungsregeln und -muster bedeutsam, die sich in „repetitiven Interaktionsschleifen“ äußern.
- Da die Familie ein wichtiges Bezugssystem für den Erwerb und die Aufrechterhaltung sowohl von gesunden als auch pathologischen Strukturen der Interaktionen darstellt, wird Systemische Therapie häufig im Familiensetting (Familien- und Paartherapie) umgesetzt. Die Familie wiederum steht im Zusammenhang mit Strukturen auf kognitiv-emotiver und somatischer Prozessebene. Somit hat die Systemische Therapie

einen gegebenen Schwerpunkt in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die in existenzieller Abhängigkeit von ihren Bezugspersonen stehen.

- Psychotherapeutische Interventionen sind methodisch so gestaltet, dass durch Beeinflussung der Kommunikationsmuster vor allem zirkuläre zwischenmenschliche Interaktionen verändert werden sollen. Es wird davon ausgegangen, dass durch Veränderung kommunikativer Prozesse krankheitsrelevante Änderungen im kognitiven, affektiven, behavioralen und ggf. biologischen System der Individuen angeregt werden.
- Die eingesetzten psychotherapeutischen Techniken sind meist durch Problemaktualisierung und Handlungsorientierung gekennzeichnet. Unterschieden werden strukturelle Methoden (Joining, Enactment, Verändern von Koalitionen etc.), strategische Methoden (positives Umdeuten/„Reframing“ von Symptomverhalten, Symptomverschreibungen), symbolisch-metaphorische Methoden (Genogramm und Familienskulptur für die Darstellungen komplexer familiärer und nicht-familiärer Beziehungen), zirkuläre Methoden (systemisches Fragen, Entwicklung von Hypothesen, Bemühen um Neutralität, paradoxe Interventionen), lösungsorientierte Methoden (z. B. „Wunderfragen“) und dialogische Methoden („reflecting team“, offener Dialog zur Dekonstruktion narrativ hergestellter Wirklichkeiten).
- Das Therapeutenverhalten wird hinsichtlich der Beziehungsgestaltung zu einzelnen Mitgliedern des Systems als respektvoll – bei gleichzeitiger „Respektlosigkeit“ gegenüber pathogenen Ideen – sowie als neutral und „allparteilich“ charakterisiert. Die Grundhaltung beinhaltet eine unterstellte Autonomie der Mitglieder des Systems und eine hohe Selbstverantwortung. Es wird davon ausgegangen, dass sich Veränderung oft selbst aus den ungenutzten Ressourcen des Systems einstellt, sodass Interventionen und Ratschläge nur sparsam gegeben werden. Über Interventionen soll das System angeregt werden, durch das Infrage stellen der eigenen Gesetzmäßigkeiten einen neu-

en Zustand zu erreichen. Dadurch kann sich auch das Verhalten des „Indexpatienten“ auf einem „gesünderen“ Niveau neu stabilisieren.

- „Integrative Ansätze“ mit wesentlichen Anleihen bei anderen psychotherapeutischen Verfahren oder Methoden werden von den Antragstellern dann als systemisch bezeichnet, wenn zumindest die Hälfte des Ansatzes aus „systemischen Interventionen“ besteht. Es wird davon ausgegangen, dass die Systemische Therapie von anderen Psychotherapieverfahren und -techniken (kognitiv-behavioral, psychoedukativ, psychodynamisch) oder anderen familien- und paartherapeutischen Strategien abgrenzbar ist.

6. Diagnostik

Als spezifisch systemorientierte diagnostische Verfahren werden psychometrisch evaluierte und anerkannte diagnostische Verfahren zur symptomorientierten Diagnostik, zur Diagnose familiärer und partnerschaftlicher Interaktionen (standardisierte Beobachtungsverfahren) und zur Fragebogendiagnostik der Einschätzung von Familie als Ganzem (u. a. Familienidentifikationstest [FIT], Familiendiagnostisches Testsystem [FDTS], Family Adaptability and Cohesion Scales [FACES III], Subjektives Familienbild [SFB]), zur Partnerschaft (z. B. Partnerschaftsfragebogen [PFB]), zur Eltern-Kind-Beziehung, zu Erziehungsstilen und zu Geschwisterbeziehungen genannt. Eine Besonderheit der Systemischen Therapie ist der Einsatz symbolisch-metaphorischer Verfahren (u. a. Genogramm und Familienskulptur). Es liegen mehrere psychometrisch evaluierte Familienskulpturverfahren vor (z. B. Familiensystemtest [FAST]). Weiterhin werden im Rahmen der Forschung Verfahren zur Therapieevaluation und Qualitätssicherung sowie Ratings zum Therapeutenverhalten und zur Manualltreue beschrieben.

7. Wirksamkeitsnachweise bei Erwachsenen

Insgesamt wurden 40 Publikationen zu insgesamt 30 Studien¹ zur Wirksamkeit der Systemischen Therapie bei Erwachsenen sowie sechs Metaanalysen bzw. systematische Reviews und drei Übersichtsartikel

eingereicht.² 29 Studien beziehen sich auf fünf der vom Wissenschaftlichen Beirat definierten 12 Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Erwachsenen, eine Studie bezieht sich auf die Behandlung von Patienten mit akuten psychiatrischen Krisen, die nicht eindeutig einem der 12 Anwendungsbereiche zugeordnet werden können. Zu den Anwendungsbereichen der Psychotherapie bei Erwachsenen 2, 3, 4, 6, 8, 11 und 12 wurden keine Studien vorgelegt.

- Zum Anwendungsbereich 1 (Affektive Störungen) wurden vier Studien eingereicht. Hiervon werden drei Studien anerkannt.
- Zum Anwendungsbereich 5 (Essstörungen) wurden drei Studien vorgelegt. Hiervon werden alle drei Studien anerkannt.
- Zum Anwendungsbereich 7 (Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten) wurden vier Studien vorgelegt. Hiervon werden drei Studien anerkannt, die jeweils die Wirksamkeit der Systemischen Therapie hinsichtlich Besserung der psychischen Begleiterscheinungen bei Patienten mit Koronarer Herzkrankheit, HIV bzw. orthopädischen Erkrankungen belegen.
- Zum Anwendungsbereich 9 (Abhängigkeiten und Missbrauch) wurden sieben Studien vorgelegt. Hiervon werden drei Studien anerkannt, die die Wirksamkeit der Systemischen Therapie für den Bereich der Abhängigkeit von illegalen Drogen belegen. Hierbei erfuhren die meisten der untersuchten heroinabhängigen Patienten auch eine kombinierte Methadonbehandlung.
- Zum Anwendungsbereich 10 (Schizophrenie und wahnhaftige Störungen) wurden 12 Studien eingereicht. Hiervon werden vier Studien anerkannt.

Weiterhin wurde eine Studie vorgelegt, die die Wirksamkeit der Systemischen Therapie bei Patienten mit gemischten psychischen Störungen belegt, die nicht eindeutig einem der vom WBP definierten Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Erwachsenen zugeordnet werden kann.

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie hat demnach gemäß den anzuwendenden Beurteilungskriterien die wissenschaftliche Anerkennung der Systemischen Therapie für die folgenden Anwendungsbereiche festgestellt:

- Affektive Störungen (F3),
- Essstörungen (F50),
- Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten (F54),
- Abhängigkeiten und Missbrauch (F1, F55),
- Schizophrenie und wahnhaftige Störungen (F2).

8. Wirksamkeitsnachweise bei Kindern und Jugendlichen

Insgesamt wurden 84 Publikationen zu insgesamt 55 Studien und zwei Metaanalysen im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vorgelegt. 39 Studien beziehen sich auf vier der vom Wissenschaftlichen Beirat definierten acht Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen, 14 Studien beziehen sich auf die Behandlung von Patienten mit gemischten Störungen und zwei Studien beziehen sich auf Kosten-Nutzen-Analysen zur Systemischen Therapie. Zu den Anwendungsbereichen der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen 2, 3, 6 und 8 wurden keine Studien vorgelegt.

- Zum Anwendungsbereich 1 (Affektive Störungen und Belastungsstörungen) wurden drei Studien vorgelegt. Hiervon werden zwei Studien anerkannt.
- Zum Anwendungsbereich 4 (Essstörungen und andere Verhaltensauffäll-

1 Da z. T. mehrere Publikationen, d. h. Originalarbeiten in Fachzeitschriften oder Buchpublikationen, zu einem Forschungsprojekt bzw. zu einer Studie eingereicht wurden, übersteigt die Anzahl der Publikationen die der Studien.

2 Eine Übersicht zu den eingereichten und den vom WBP zusätzlich hinzugezogenen Publikationen zur Systemischen Therapie bei Erwachsenen und bei Kindern und Jugendlichen sowie deren Bewertung findet sich auf der Homepage des WBP (<http://www.wbpsychotherapie.de>).

ligkeiten mit körperlichen Störungen) wurden 13 Studien vorgelegt. Acht Studien beziehen sich auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Essstörungen, fünf Studien beziehen sich auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit somatischen Erkrankungen. Hiervon werden fünf Studien anerkannt. Vier dieser Studien belegen die Wirksamkeit der Systemischen Therapie bei Essstörungen und eine dieser Studien belegt die Wirksamkeit der Systemischen Therapie in dem Bereich der psychischen und sozialen Faktoren bei Asthma bronchiale.

- Zum Anwendungsbereich 5 (Verhaltensstörungen mit Beginn in Kindheit und Jugend und Tic-Störungen) wurden insgesamt zehn Studien vorgelegt. Hiervon wurden sieben Studien geprüft, von denen sechs Studien anerkannt werden, welche die Wirksamkeit der Systemischen Therapie bei der Behandlung von Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom sowie bei delinquentem und dissozialem Verhalten belegen. Da hiermit die Wirksamkeit der Systemischen Therapie für diesen Anwendungsbereich bereits ausreichend belegt ist, wurde auf die Prüfung der weiteren drei Studien verzichtet.
- Zum Anwendungsbereich 7 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Störungen der Impulskontrolle, Störungen der Geschlechtsidentität und Sexualstörungen, Abhängigkeit und Missbrauch, Schizophrenie und wahnhaftige Störungen) wurden insgesamt 13 Studien vorgelegt. Hiervon wurden zehn Studien geprüft, von denen drei Studien anerkannt werden, welche die Wirksamkeit der Systemischen Therapie bei Drogen- und Substanzmittelmissbrauch belegen. Da hiermit die Wirksamkeit der Systemischen Therapie für diesen Anwendungsbereich bereits ausreichend belegt ist, wurde auf die Prüfung der weiteren drei Studien verzichtet.

Weiterhin wurden 13 Studien vorgelegt, die die Effektivität der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen mit gemischten Störungen untersuchen und sich nicht eindeutig einem der acht Anwendungsbereiche zuordnen lassen. Hiervon werden acht Studien anerkannt.

Der WBP hat demnach gemäß den anzuwendenden Beurteilungskriterien (Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen, Deutsches Ärzteblatt 2000, 97 [33], A-2190, Mindestanforderungen für die Begutachtung von Wirksamkeitsstudien im Bereich der Psychotherapie [geänderte Fassung nach dem Beschluss des Beirats vom 15.09.2003], Deutsches Ärzteblatt 2004, 101[6], A-369) die wissenschaftliche Anerkennung der Systemischen Therapie für die folgenden Anwendungsbereiche festgestellt:

- Affektive Störungen (F30 bis F39) und Belastungsstörungen (F43),
- Essstörungen (F50) und andere Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F5),
- Verhaltensstörungen (F90 bis F92, F94, F98) mit Beginn in der Kindheit und Jugend und Tic-Störungen (F95),
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60, F62, F68 bis F69), Störungen der Impulskontrolle (F63), Störungen der Geschlechtsidentität und Sexualstörungen (F64 bis F66), Abhängigkeit und Missbrauch (F1, F55), Schizophrenie und wahnhaftige Störungen (F20 bis F29).

9. Follow-up-Studien

Insgesamt liegen für den Bereich der Systemischen Therapie bei Erwachsenen für den Anwendungsbereich „Affektive Störungen“ eine Studie, für den Anwendungsbereich Essstörungen eine Studie, für den Anwendungsbereich „Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten“ zwei Studien, für den Anwendungsbereich „Abhängigkeiten und Missbrauch“ eine Studie und für den Anwendungsbereich „Schizophrenie“ eine Studie mit Follow-up-Zeiträumen von mindestens sechs Monaten vor, in denen die Stabilität der Wirksamkeit der Systemischen Therapie belegt wird.

Für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen liegen für den Bereich der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen eine Studie für den Anwendungsbereich „Affektive Störungen und Belastungsstörungen“, vier Studien für den Bereich „Essstörungen und andere

Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen“, zwei Studien für den Bereich „Verhaltensstörungen mit Beginn in Kindheit und Jugend und Tic-Störungen“ und eine Studie für den Anwendungsbereich „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Störungen der Impulskontrolle, Störungen der Geschlechtsidentität und Sexualstörungen, Abhängigkeit und Missbrauch, Schizophrenie und wahnhaftige Störungen“ vor, in denen die Stabilität der Wirksamkeit der Systemischen Therapie belegt wird.

10. Anwendung der Systemischen Therapie in der Versorgung

Systemische Therapie wird seit Langem im Kontext stationärer und ambulanter psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen sowohl im Erwachsenenbereich, vor allem aber im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie eingesetzt. Über die heilkundliche Anwendung hinaus spielt die Systemische Therapie auch in verschiedenen anderen psychosozialen Bereichen eine bedeutsame Rolle, insbesondere als Ansatz in Familien- und Erziehungsberatungsstellen.

11. Aus-, Fort- und Weiterbildung

Von den beiden systemischen Fachgesellschaften und den systemischen Aus- und Fort- und Weiterbildungsinstituten liegen curriculare Konzepte vor, nach denen sowohl die theoretischen Grundlagen als auch das praktische therapeutische Vorgehen vermittelt werden.

12. Empfehlung zur Zulassung als Verfahren für die vertiefte Ausbildung

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie stellt zusammenfassend fest, dass die Systemische Therapie bei **Erwachsenen** für Behandlungen in folgenden Anwendungsbereichen als wissenschaftlich anerkannt gelten kann: (1) Affektive Störungen, (5) Essstörungen, (7) Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten, (9) Abhängigkeiten und Missbrauch (Heroinabhängigkeit meist in Kombination mit Methadonbehandlung) sowie (10) Schizophrenie und wahnhaftige Störungen.

Damit kann die Systemische Therapie für die geforderte Mindestzahl von fünf der 12 Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Erwachsenen als wissenschaftlich anerkannt gelten und entsprechend als Verfahren für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten gemäß § 1 Abs.1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten empfohlen werden.

Für den Bereich der Psychotherapie bei **Kindern und Jugendlichen** kann die Systemische Therapie für Behandlungen in folgenden Anwendungsbereichen als wissenschaftlich anerkannt gelten: (1) Affektive Störungen und Belastungsstörungen, (4) Essstörungen und andere Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen, (5) Verhaltensstörungen mit Beginn

in Kindheit und Jugend und Tic-Störungen (für Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen) sowie (7) Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Störungen der Impulskontrolle, Störungen der Geschlechtsidentität und Sexualstörungen, Abhängigkeit und Missbrauch, Schizophrenie und wahnhaftige Störungen (beschränkt auf Drogen- und Substanzmittelmissbrauch).

Damit kann die Systemische Therapie für die geforderte Mindestzahl von vier der acht Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie als wissenschaftlich anerkannt gelten und entsprechend als Verfahren für die vertiefte Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gemäß § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung

für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten empfohlen werden.

Berlin, 14. Dezember 2008

*Prof. Dr. Dietmar Schulte
(Vorsitzender)*

*Prof. Dr. Gerd Rudolf
(Stellvertretender Vorsitzender)*

Geschäftsstelle

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

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie – Berufung der Mitglieder in der III. Amtsperiode

Die Arbeit des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 PsychoThG (WBP) der II. Amtsperiode wurden mit der Verabschiedung des Gutachtens zur Systemischen Therapie unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Dietmar Schulte und Prof. Dr. Gerd Rudolf zum Ende des letzten Jahres erfolgreich abgeschlossen. Inzwischen haben die beiden Trägerorgani-

sationen des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie, die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundesärztekammer, die Mitglieder des Beirates in der III. Amtsperiode berufen. Der WBP wird von den beiden Trägerorganisationen paritätisch mit jeweils sechs psychotherapeutischen bzw. ärztlichen Mitgliedern und ihren jeweils sechs Stellvertretern besetzt

(siehe die unten stehende Tabelle). Die Dauer der Amtsperiode des WBP beträgt fünf Jahre (2009 – 2013). Die konstituierende Sitzung des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie findet am 26. März 2009 in Berlin statt, bei der u. a. die Wahl der beiden alternativen Vorsitzenden des WBP auf der Tagesordnung stehen wird.

Bundespsychotherapeutenkammer		Bundesärztekammer	
Mitglieder:	Stellvertreter/in:	Mitglieder:	Stellvertreter/in:
Prof. Dr. Günter Esser	Dr. Eberhard Windaus	Prof. Dr. Manfred Cierpka	Prof. Dr. Manfred Beutel
Prof. Dr. Thomas Fydrich	Prof. Dr. Nina Heinrichs	Prof. Dr. Gereon Heuft	Prof. Dr. Wolfgang Herzog
Prof. Dr. Siegfried Gauggel	PD Dr. Kirsten von Sydow	Prof. Dr. Ulrike Lehmkuhl	Prof. Dr. Kai von Klitzing
Prof. Dr. Falk Leichsenring	Prof. Dr. Ulrich Stuhr	Prof. Dr. Michael Linden	Prof. Dr. Harald Freyberger
Prof. Dr. Dietmar Schulte	Prof. Dr. Hertha Richter-Appelt	Prof. Dr. Klaus Lieb	Prof. Dr. Ulrich Schweiger
Prof. Dr. Bernhard Strauß	Prof. Dr. Jochen Eckert	Prof. Dr. Renate Schepker	Prof. Dr. Gerd Schulte-Körne



Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

zuerst möchten wir alle niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen nochmals bitten, Ihre Unterlagen für die Fortbildungszertifizierung möglichst rasch einzureichen. Die erste Frist für den Nachweis der Fortbildung endet am 30.06.09.

Wir möchten Sie auch daran erinnern, Ihre Entscheidung bezüglich des Psychotherapeutenversorgungswerks (PVW) zu treffen. Sie alle können – sofern Sie am 1. Januar Kammermitglied und damit Gründungsmitglied waren – den Beitrag zum PVW und somit die Höhe der zu erwartenden Vorsorge frei gestalten. Sind Sie jünger als 40 Jahre und haben Sie andere Alters-, Hinterbliebenen- und Berufsunfähigkeitsvorsorge getroffen, sodass Sie nicht Mitglied des Versorgungswerkes sein möchten, sollten Sie das dem PVW mitteilen. Die über 40-jährigen Gründungsmitglieder können an der Vorsorge des PVW nur dann teilnehmen, wenn Sie sich dort als Mitglied anmelden. Bitte versäumen Sie die diesbezügliche Frist bis Ende Juni nicht. Alle erforderlichen Informationen finden Sie auf der

Homepage des Versorgungswerks (www.ptv-nrw.de).

Dieses Jahr ist das Psychotherapeutengesetz zehn Jahre in Kraft, wir haben die Verabschiedung des Gesetzes und die Entwicklungen dieser zehn Jahre mit unserem Landespsychotherapeutentag 2008 ausführlich gewürdigt. Es ist in diesen Jahren gelungen, unseren Berufsstand – bei allen inneren Differenzen – nach außen weitgehend geschlossen und als wichtigen Partner der Gesundheitspolitik zu etablieren. Sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene sind wir in die Entscheidungsprozesse einbezogen, auch wenn manche Entscheidungen nicht ganz in unserem Sinne getroffen werden. Diese Geschlossenheit muss weiter gefördert werden, um die Belange unserer Patientinnen und Patienten und die Interessen unserer Mitglieder noch besser vertreten zu können.

In diesem Jahr wird die Vertreterversammlung der Kammer neu zu wählen sein. Die Wahlunterlagen werden Sie

Mitte Oktober erhalten. Die Amtszeit des derzeitigen Kammervorstands und der Mitglieder in den Kammergremien wird dann nach Wahl eines neuen Vorstands und der neuen Gremienmitglieder Anfang nächsten Jahres enden. Im nächsten Psychotherapeutenjournal und auf der Kammerhomepage werden wir Sie ausführlich über den Wahlablauf informieren. Wir würden uns freuen, wenn neue und junge Kammermitglieder sich bereit erklären würden, sich in der Kammerpolitik zu engagieren, Sie sind in der Kammerarbeit herzlich willkommen. Überlegen Sie, ob Sie sich in die Gestaltung der Kammer und der uns betreffenden gesundheitspolitischen Fragen und Probleme einbringen möchten. Neben den engagierten Verbänden sind natürlich alle Mitglieder der VV und der Vorstand der Kammer Ansprechpartner.

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

Vertreterversammlung der LPK vom 18.10.2008

In der letzten Vertreterversammlung, die im Oktober 2008 stattfand, wurden mehrere Ordnungen und Satzungen in geänderter Fassung oder in Neufassung verabschiedet. Im Einzelnen waren dies die Meldeordnung, die Umlageordnung, die Berufsordnung, die Weiterbildungsordnung, Gebührenordnung und die Entschädigungs- und Reisekostenordnung. Die entsprechenden Ordnungen beziehungsweise deren Änderungen wurden bereits im letzten Psychotherapeutenjournal (4/2008) als Einhefter für die Mitglieder in Baden-Württemberg

veröffentlicht. Inzwischen sind alle Dokumente auch auf der Homepage der Kammer (www.lpk-bw.de) unter „Kammer/Satzungen“ downloadbar.

Insbesondere die neue Umlageordnung hatte im Vorfeld zu einer langen und auch kontroversen Diskussion innerhalb der Vertreterversammlung geführt, woraufhin eine Kommission gebildet und diese mit der Durchführung einer Befragung der Mitglieder beauftragt wurde. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse

der Befragung findet sich nun ebenfalls auf der Kammerhomepage; die Vertreterversammlung war dem Votum der Mitglieder gefolgt und hatte eine Umlageordnung verabschiedet, die einen Regelbeitrag mit Reduktionsstufen auf Antrag vorsieht. Der Regelbeitrag wurde für 2009 auf 400 € angesetzt, eine Ermäßigung ist in besonderen Fällen (v. a. bei Arbeitslosigkeit, Rentenbezug, Krankheit oder Erziehung eines Kindes) bis zu drei Jahre und bis auf 25% des Regelbeitrags möglich.

Im Vorstandsbericht gab Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz einen Überblick über die

kammerrelevanten Ereignisse zwischen März und Oktober 2008. Näheres dazu

finden Sie im Newsletter 03/2008 und auf der Homepage der LPK (www.lpk-bw.de).

Ombudsstelle für Patienten- und Mitgliederbeschwerden – Fachtagung der LPK

Am 5.12.2008 fand eine Fachtagung der LPK zum Thema „Ombudsstelle für niederschwelliges Konfliktmanagement bei Beschwerden – Eine Option für die Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg?“ statt. Die Initiative dazu folgte einer intensiven Diskussion im Vorstand, da im Heilberufekammergesetz Baden-Württemberg außer der Berufsgleichheit keine weitere Möglichkeit zum Umgang mit Beschwerden von PatientInnen und Kammermitgliedern vorgesehen ist. Auf der Tagung entstand die Möglichkeit, mit KollegInnen, Berufsrichtern und Fachleuten des Sozialministeriums die Frage zu diskutieren, ob parallel zur juristischen Erfassung eine Prüfung von Beschwerden auf fachlich ethischer Ebene durch besonders geschulte KollegInnen erfolgen könnte. Dieses sollte im Sinne des Schutzes der von Beschwerden Be-

troffenen gesehen werden. Der „Ombud“ soll demnach die Aufgabe einer unparteiischen Vertrauensperson erfüllen.

Häufig werden Berufsgerichtsverfahren aus Sicht der Betroffenen zu einer „Niederlage“, wenn diese eingestellt werden müssen, weil juristisch erfassbar kein Berufspflichtenverstoß nachgewiesen werden kann. Interessante Vorträge haben die lebhafteste und mit positiver Resonanz getragene Diskussion angestoßen. Michael Krenz, Präsident der Berliner Psychotherapeutenkammer, präsentierte die differenziert ausgearbeitete Struktur seiner Kammer, die neben dem juristischen Verfahren ein Schlichtungsverfahren mit der fließenden Möglichkeit von anonymer Auskunftsanfrage über Mediation bis hin zu einem Schlichtungsverfahren installiert hat. Dr. Bruno Waldvogel, Vizepräsident der

Bayrischen Kammer, sprach über das dort eingeführte Verfahren, das keine eigene Struktur eines Beschwerdemanagements installiert hat und näherte sich mit seinem Vortrag aus ethischer Sicht dem bestehenden Spannungsverhältnis zwischen Fürsorgewunsch und Aufsichtspflicht. Frau Dr. Hillebrand, Vorsitzende eines von Institutionen unabhängigen Ethikvereins, berichtete eindrucksvoll aus der praktischen, zeitintensiven Arbeit mit Rat suchenden Patienten.

In der Abschlussdiskussion wurde deutlich, dass es für die LPK sinnvoll ist, eine Ombudsstelle aufzubauen, die neben der juristischen Klärung zu einer Klärung der interpersonellen Konflikte beitragen könnte. Der Vorstand der LPK-BW nahm den Wunsch auf, eine Struktur dazu zu erarbeiten.

Kammerhomepage – Jahresstatistik 2008

Die Bilanz des Internetauftritts der Kammer zeigt weiter eine kontinuierlich positive Entwicklung. Im Jahr 2008 konnte ein Anstieg auf 85791 Besucher verzeichnet werden (+ 9% gegenüber 2007). Täglich rufen durchschnittlich über 235 Personen die Kammerhomepage auf. Immer besser angenommen wird der seit einem Jahr ein-

gerichtete Downloadbereich. So wurden und werden besonders häufig die Beiträge des letzten Landespsychotherapeutenmagazines oder auch die Fachbeiträge aus dem PTJ herunter geladen. Weiterhin gut angekommen ist das so benannte „Fachportal“, dessen erster Schwerpunkt in Zusammenarbeit mit dem Ausschuss Psychotherapie

in Institutionen (v.a. Dieter Schmucker und Roland Straub) aufgebaut wurde. Demnächst wird ein weiterer Schwerpunkt online stehen, der Informationen zum Themenfeld Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zur Verfügung stellen wird. Sehr häufig genutzt wird nach wie vor auch der Psychotherapeuten-Suchdienst.

Landesgesetz zur Errichtung der Südwürttembergischen Zentren für Psychiatrie und zur Änderung des Gesetzes zur Errichtung der Zentren für Psychiatrie

Mit diesem Gesetz beabsichtigte die Landesregierung die Zusammenlegung der psychiatrischen Zentren in Südwürttemberg (Bad Schussenried, Zwielfalten, Ravensburg-Weißenau) in eine Anstalt des öffentlichen Rechts. Die LPK wurde im Vorfeld um eine Stellungnahme gebeten. Im Gesetzesentwurf wurde eine wesentliche Ausweitung der Aufgabenstellung für die Zentren für Psychiatrie geplant, die in der Krankenversorgung zweier ärztlicher Fachgebiete der Psychiatrie und Psychothe-

rapie sowie der Psychosomatik und Psychotherapie zum Ausdruck kommt. Nach Ansicht der LPK ist hierbei nicht geregelt, von welchen Fachärzten und anderen Berufsgruppen diese Versorgung erbracht wird. Einige passen auf die Kompetenzfelder und Tätigkeiten Psychologischer Psychotherapeuten in besonderer Weise. In beiden Fachgebieten haben klinische Psychologen und Psychotherapeuten sowohl im Bereich der Akutversorgung als auch der Rehabilitation seit über 30 Jahren an

der Erarbeitung und Weiterentwicklung psychotherapeutischer Konzepte und deren qualifizierter Durchführung mitgewirkt. In ihrer Stellungnahme an das Sozialministerium forderte die LPK weiterhin, dass die Aus- bzw. Weiterbildung Psychologischer Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entsprechend den Vorgaben des Psychotherapeutengesetzes neben der Aus- und Weiterbildung von Ärzten als Aufgabe der Zentren im Gesetz genannt wird.

Arbeitskreis Menschenrechte mit der Landesärztekammer Baden-Württemberg – Veranstaltung zum 60. Jahrestag der Menschenrechtsdeklaration der WHO

Am 10. Dezember 2008 fand in Stuttgart eine Veranstaltung des Arbeitskreis Menschenrechte zum Thema „60 Jahre Menschenrechte“ statt, an der sich auch die LPK-BW beteiligt hatte. Die am 10. Dezember 1948 verabschiedete „Allgemeine Erklärung der Menschenrechte“ fordert für jeden Menschen „... das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet...“ Mehr als zwei Jahre zuvor wurde in der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert, dass Gesundheit sich nicht nur auf körperliche Gesundheit reduziert, sondern auch psychische und geistige Aspekte einbezieht: „Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht die bloße Abwesenheit von Krankheit

oder Gebrechen.“ Neben körperlicher Unversehrtheit ist auch psychische Gesundheit ein Grundrecht der Menschen.

Im Rahmen der Veranstaltung, bei der Kammerpräsident Dietrich Munz für die LPK neben LÄK-Vizepräsident Ulrich Clever und dem Vizepräsidenten der Bundesärztekammer, Frank Ulrich Montgomery sprach, wurde hervorgehoben, dass die Anzahl der Menschen, die grundlegende humanitäre Hilfe benötigen, deutlich zugenommen hat.

Munz betonte dabei, dass nicht nur körperliche, sondern auch psychische Gesundheit durch gesellschaftliche und soziale Bedingungen individuell und für Gruppen der Bevölkerung beeinträchtigt oder gefährdet seien. Zwischenzeitlich gehörten psychi-

sche Erkrankungen mit zu den häufigsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeit und vorzeitige Berentung. Besondere Beachtung verdiene die körperliche und psychische Gesundheit von Kindern oder alten Menschen und Menschen die körperliche und/oder psychische Gewalt erfahren haben (z. B. durch Folter oder Missbrauch). Darüber hinaus müsse Menschen in einer hochtechnisierten Medizin auch ein Recht auf Krankheit zugestanden werden, niemand dürfe gezwungen oder bestraft werden, wenn er nicht alle Möglichkeiten der modernen Medizin nutzen wolle.

Den vollständigen Text des Beitrags finden Sie auf der Homepage der Kammer unter <http://www.lpk-bw.de/aktuelles2008.html> (Nachricht 10.12.2008).

Notfallversorgung – Kammer im Gespräch mit dem Innenministerium

Die rasche und gezielte Versorgung von Menschen, die durch große Unfälle oder Katastrophen, sog. Großschadensereignisse, verletzt werden, ist bundesweit gut organisiert und wird ständig verbessert. Derartige Ereignisse sind für alle Beteiligten, Betroffene, deren Angehörige und die dort eingesetzten Hilfskräfte eine außerordentliche psychische Belastung, die einer möglichst raschen und gezielten Hilfe bedarf. Die psychosoziale Notfallversorgung ist noch deutlich lückenhaft. Auf Bundesebene arbeitet eine Kommission an der Verbesserung der psychosozialen

Notfallversorgung, bei der die LPK durch Prof. Jürgen Bengel (Freiburg) vertreten ist. Wir haben in Baden-Württemberg hierzu das Gespräch mit dem für den Katastrophenschutz zuständigen Innenministerium gesucht und freuen uns, dass dort deutliches Interesse besteht, die Probleme zu besprechen und Lücken zu schließen. In weiteren Gesprächen soll geklärt werden, wie neben der etablierten und gut arbeitenden Notfallseelsorge die akute Versorgung psychisch dekompenzierter oder dekompenzierender Beteiligter aufgebaut und gesichert werden kann.

Die enorme Zahl der Teilnehmer an unseren Fortbildungen zur psychotherapeutischen Notfallversorgung – bisher waren alle ausgebucht – weisen darauf hin, dass viele Kolleginnen und Kollegen großes Interesse haben, ihre Kenntnisse hierzu zu erweitern. Diesen danken wir für das große Interesse und den Leitern dieser Fortbildung, Herrn Prof. Bengel und Herrn Dr. Pieper, für ihr Engagement und die hervorragende Gestaltung dieser Veranstaltungen.

Aus der Geschäftsstelle

In der gerichtlichen Auseinandersetzung mit der ehemaligen Geschäftsstellenleiterin, der Unregelmäßigkeiten in der Finanzbuchhaltung nachgewiesen wurden, konnte die Kammer den wesentlichen

finanziellen Schaden, der entstanden war, deutlich begrenzen. Die von der Kammer erwirkten Rückforderungsansprüche sind zwischenzeitlich zu einem großen Teil ausgeglichen, sie sollen bis

zum Frühjahr 2009 komplett rückgeführt werden. Damit wird der Kammerhaushalt nicht weiter mit der im größeren 5-stelligen Bereich liegenden „Unterdeckung“ belastet sein.

Kammerwahl Oktober 2009 – erste Vorbereitungen

Hinsichtlich der im Oktober 2009 anstehenden Kammerwahl wurden bereits erste Vorbereitungen in die Wege geleitet. Als Wahlleiter wurden RA Dr. Steck, als dessen Stellvertreter RA Dr. Vogel, beide Stuttgart,

benannt. Die Wahl wird stattfinden in der Zeit vom 19. Oktober 2009 bis 16. November 2009. Wahrscheinlich im (Früh-)Sommer wird es den offiziellen Aufruf mit Frist zur Einreichung von Wahlvorschlägen

geben (15.09.2009). Danach müssen die Wahlvorschläge vom Wahlleiter auf Übereinstimmung mit dem Wählerverzeichnis geprüft werden; er entscheidet dann über die Zulassung zur Wahl (§ 13 Abs. 2

Wahlordnung) innerhalb einer Woche. Das Wählerverzeichnis wird in der Kammergeschäftsstelle mindestens 10 Tage lang zur Einsicht ausliegen und kann bis zum letzten Tag vor Ablauf der Wahlfrist vom Wahlausschuss ggf. berichtigt oder

ergänzt werden. Der Versand der Stimmzettel wird spätestens einen Monat vor Ende der Wahlfrist erfolgen (spätestens bis 15.10.2009). Nach Abschluss der Wahl, deren Auszählung vom Wahlleiter beaufsichtigt wird, wird der Präsident das Ergeb-

nis der Wahl innerhalb von zwei Wochen im Mitteilungsblatt der Kammer, durch besonderes Rundschreiben und auf der Homepage bekannt geben. Der neue Vorstand wird dann voraussichtlich im Januar die Amtsgeschäfte übernehmen.

Delegation chinesischer Psychotherapeuten in Baden-Württemberg

Nach Einladung durch die Deutsch-Chinesische Akademie für Psychotherapie und deren Vorsitzende, Frau Haas-Wiesegart, kam eine Delegation von Vertretern der Psychotherapie in China und des dortigen Gesundheitsministeriums nach Deutschland. Nach Essen und Frankfurt besuchte die Delegation in Baden-Württemberg das Psychologische Institut und das Zentrum für Psychologische Psychotherapie in Heidelberg. In Stuttgart wurde im Rahmen eines Symposiums die Struktur des deutschen Gesundheitssystems und die Entwicklung und Differenzierung der Psychotherapie sowie deren Integration in das Gesundheitssystem dargestellt. Dr. Birgit Clever, Vorsitzende der Vertreterversammlung der KV-Baden-Württemberg, erläuterte die berufsrechtliche Vertretung durch die Kammern und die KV als sozialrechtliche Selbstverwaltung. Dr. Dietrich Munz war als Präsident der LPK und Vizepräsident der

Bundespsychotherapeutenkammer eingeladen, das Psychotherapeutengesetz sowie die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und die bisherigen Erfahrungen vorzustellen. Die ethischen Grundlagen der Berufsausübung und deren Regelung in der Berufsordnung war zweiter Schwerpunkt seines Vortrags. Thomas Fydreich (Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie, WBP) erläuterte abschließend die fachlichen Qualitätsstandards der Zulassung von Psychotherapieverfahren durch den WBP und den Gemeinsamen Bundesausschuss. Anschließend wurden viele Fragen zu Vor- und Nachteilen unseres komplexen Gesundheitssystems aufgegriffen und diskutiert. Besondere Aufmerksamkeit fand die Frage der Abgrenzung von psychosozialer Beratung und heilkundlicher Psychotherapie, die bei uns gesetzlich nur ungenügend definiert ist und die Psycho-

therapeutenkammern immer wieder beschäftigen. Abschließend besichtigte die Delegation die psychosomatische Abteilung des Krankenhauses in Aalen und die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in Göppingen.

In der chinesischen Gesellschaft, die sich durch ihre Öffnung in einem extremen Wandel befindet, wird die Notwendigkeit einer guten psychotherapeutischen Versorgung erkannt und es wird versucht, die Erfahrungen anderer Länder einzubeziehen, um im Rahmen der dortigen gesellschaftlichen Gegebenheiten die psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung zu etablieren. Die Deutsch-Chinesische Akademie für Psychotherapie hat hier dankenswerterweise eine wichtige Aufgabe übernommen, unsere Erfahrungen und Kenntnisse zu übermitteln und den Kontakt zu den dortigen Kolleginnen und Kollegen zu fördern.

Fortbildungszertifikat zum Wunschtermin – Letzter Appell zur Einreichung der Unterlagen!

An alle VertragspsychotherapeutInnen der LPK BW, die schon vor dem 1.7.2004 zugelassen waren!! Bitte vergessen Sie auf keinen Fall, dass die Frist zur Einreichung Ihrer Nachweise am 30. Juni 2009 abläuft! Um erhebliche Wartezeiten zu vermei-

den, besteht nach wie vor die Möglichkeit, das Fortbildungszertifikat sofort oder zum Wunschtermin zu erhalten. Die Kammer kann keine zeitnahe Bearbeitung zusichern, wenn ein wesentlicher Teil der Mitglieder die Unterlagen erst sehr kurz vor dem Ab-

lauf der Frist einreicht. Die LPK appelliert deshalb nochmals an alle, diese Möglichkeit schnellstmöglich zu nutzen und bereits jetzt das Fortbildungszertifikat zu beantragen. Weitere Infos finden Sie auf der Homepage der Kammer www.lpk-bw.de.

Termine – Kammer stellt sich Fragen der Mitglieder

Der Vorstand hat Termine und Orte der bereits angekündigten **Veranstaltungsreihe „Die Kammer stellt sich Ihren Fragen“** festgelegt. Zu diesen Terminen können Sie mit Mitgliedern des Vorstandes und der Geschäftsstelle diskutieren. Die Veranstaltungen finden statt (jeweils von 19h – 21.30h):

- am 27.03.2009 in Freiburg, Kassenärztliche Vereinigung BW, Bezirksdirektion Freiburg, Sundgaullee 27,

- am 27.03.2009 in Reutlingen, Kassenärztliche Vereinigung BW, Bezirksdirektion Reutlingen, Haldenhausstr. 11,
- am 06.05.2009 in Heidelberg, Max-Planck-Haus Heidelberg, Gerhart-Hauptmann-Str. 36
- und am 15.05.2009 in Stuttgart, Hotel „Le Meridien“, Willy-Brandt-Str. 30.

Weitere Infos finden Sie unter Fortbildung/Veranstaltungen der Kammerhomepage

(www.lpk-bw.de). Bitte melden Sie sich möglichst vorab bei uns an!

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

Einsatz für die Qualität der Zugangsstudiengänge und der Ausbildung

Die durch den Bologna-Prozess eingeleitete Studienreform führt bundesweit zur Einführung von inhaltlich neu konzipierten Bachelor- und Master-Programmen im Bereich Psychologie und Pädagogik bzw. Heil- und Sozialpädagogik. „Aus Sicht der PTK Bayern erfüllen diese neuen Studiengänge nicht immer die Anforderungen, die notwendig sind, um den Absolventen die für eine spätere Ausbildung zum PP oder zum KJP erforderlichen Grundlagen zu vermitteln“, betont Kammerpräsident Nikolaus Melcop im Rahmen der Aktivitäten für den Masterabschluss vor Beginn der Psychotherapieausbildung. „Ein solides fachspezifisch-wissenschaftliches Studium ist unverzichtbare Voraussetzung für die Zulassung zur Psychotherapieausbildung und damit auch für unsere verantwortungsvolle Tätigkeit für psychisch kranke Menschen – sowohl für Erwachsene als auch für Kinder und Jugendliche“, so Melcop.

Schreiben an die Leiter der Universitäten und Fachhochschulen in Bayern

Nach Absprache mit dem bayerischen Wissenschaftsministerium (s. Bericht unten) Mitte Januar wurden die Präsidenten/Rektoren der bayerischen Universitäten und Fachhochschulen über den aktuellen Sachstand informiert. Insbesondere wurde darauf hingewiesen, dass derzeit in einer Kommission der Bundespsychotherapeutenkammer zusammen mit Vertretern der Hochschulen Kriterienkataloge zur Definition von Studieninhalten erarbeitet werden. Dieser Katalog ist erforderlich, weil im neu-

en Bachelor-Master-System sehr heterogene neue Studiengänge entstehen, die ggf. nicht die erforderlichen Mindestvoraussetzungen für den Zugang zur Ausbildung erfüllen. Darüber hinaus wurde in diesem Brief insbesondere darauf aufmerksam gemacht, dass ein Zugang zur Ausbildung zum KJP mit einem Bachelor-Abschluss Sozialarbeit/Sozialpädagogik nicht gewährleistet sei. Die PTK Bayern will hier zu einheitlichen und transparenten Regelungen zur Umsetzung des PsychThG im Rahmen seiner Gesetzesnovelle beitragen.

Weitere wichtige Teilerfolge erzielt

Wir haben mit großer Erleichterung zur Kenntnis genommen, dass sich die Kultusministerkonferenz am 10.10.2008 unserem Anliegen geöffnet und den Beschluss gefasst hat, dass zukünftig bei der Akkreditierung berufsqualifizierender Studiengänge die Landespsychotherapeutenkammern beteiligt werden müssen. Das bayerische Gesundheitsministerium hat zwischenzeitlich gegenüber den für die Ausbildung zuständigen Approbationsbehörden die Anregung ausgesprochen, dass in Zweifelsfällen bei der Begutachtung neuer Studiengänge die Psychotherapeutenkammer angefragt werden sollte. Weiterhin ist in der Diskussion sehr hilfreich, dass sowohl große Fachverbände für KJP als auch Vertreter von Fachhochschulen deutlich gemacht haben, dass sie eine Anhebung der bisherigen akademischen Mindestvoraussetzungen für die Ausbildung zum Kinder- und Ju-

gendlichenpsychotherapeuten für unverzichtbar halten.

Beiträge der PTK Bayern zum Forschungsgutachten zur Ausbildung PP und KJP

Ein unter der Leitung von Prof. Bernhard Strauß (Universitätsklinikum Jena) etabliertes nationales Forschungsnetzwerk hat vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) den Auftrag zur Erstellung eines Gutachtens zur Ausbildung zum PP und KJP in Deutschland erhalten. In dem Forschungsgutachten soll die Qualität der bisherigen Ausbildung von Psychotherapeuten bewertet und Empfehlungen zur möglichen Neugestaltung erarbeitet werden. Die Ergebnisse des Gutachtens sollen Anfang April 2009 vorliegen. Am 28. Januar 2009 hat die Arbeitsgruppe Forschungsgutachten insgesamt 90 Personen aus Verbänden, Fachgruppen und Institutionen nach Berlin eingeladen und um Wortbeiträge zu je zwei ausgewählten Themen gebeten. Die PTK Bayern wurde durch Bruno Waldvogel vertreten. Den genauen Wortlaut unserer Stellungnahmen zu den beiden Themen „Zugangsvoraussetzungen für die psychotherapeutischen Ausbildungen (Studiengänge, Kompetenzprofile) und deren Überprüfung“ sowie „Ausbildungsstruktur (Verortung, Ausbildung, Weiterbildung)“ finden Sie auf der Homepage der Kammer. Weiterhin wurden die Kammern und andere Institutionen bzw. Verbände im Rahmen einer sog. Delphi-Befragung zweimal schriftlich befragt. Hier hat sich die Kammer ebenfalls zu allen wesentlichen Aspekten des PsychThG geäußert.

Gespräch mit Wissenschaftsminister Dr. Wolfgang Heubisch zu den Auswirkungen der Studienreform

Am 9. Januar 2009 war die PTK Bayern zu Gast im Bayerischen Staatsministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst. An dem Gespräch mit Staatsminister Dr. Wolfgang Heubisch nahmen für die PTK Bayern Nikolaus Melcop, Peter Lehndorfer, Bruno Waldvogel Heiner Vogel und Geschäftsführer Alexander Hillers teil. Das Ministerium war weiterhin durch Ministerialdirigent Ulrich Hörlein vertreten.

Studiengänge damit der Weg zu den genannten Ausbildungen trotz mehrjährigen Studiums verwehrt bliebe.

Nach dem Wegfall der entsprechenden Rahmenvorgaben (staatl. Rahmenprüfungsordnungen) haben die Fachhochschulen und Universitäten bei der Neugestaltung der Studiengänge große Spielräume. Daher war es für die PTK Bay-

der neuen Studienstrukturen die Qualität der Ausbildung insbesondere im Bereich der KJP zu sichern. Er sagte zu, mit dem in dieser Sache federführenden Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit die Thematik zu erörtern.

Heubisch, der selbst langjährig als Zahnarzt berufstätig war, wies zudem darauf hin, dass im Bereich aller akademischen Heilberufe Berufsfelder von gesamtgesellschaftlicher Relevanz betroffen sind. In diesem Bereich müsste daher unbedingt darauf geachtet werden, dass die bisher erreichten hohen Qualitätsstandards der Hochschulausbildung zu wahren und weiter zu verbessern sind. Dies gelte für Psychotherapeuten, genauso wie für Humanmediziner, Zahnärzte und Apotheker. Man müsse hier den Anfängen der Dequalifizierung wehren.

Das Ministerium sah keine Möglichkeit, auf Landes- oder Bundesebene den im Interesse einer Stärkung der Hochschulautonomie erfolgten Wegfall der Rahmenvorgaben für die Studiengänge rückgängig zu machen. Der Vorstoß der Kammern, die Hochschulen und Akkreditierungsagenturen bei der Einrichtung und Wertung berufsqualifizierender Studiengänge zu unterstützen, wurde vom Ministerium ausdrücklich begrüßt.

Daher ermutigte das Wissenschaftsministerium die PTK Bayern ausdrücklich, unmittelbar die Universitäten und Fachhochschulen über das in Bälde zu erwartende Forschungsgutachten zur Ausbildung und die bei der Bundespsychotherapeutenkammer in Ausarbeitung befindlichen Kriterienkataloge für berufsqualifizierende Studieninhalte zu informieren.

Ein entsprechendes Schreiben hat die PTK Bayern unmittelbar nach dem Gespräch mit Staatsminister Heubisch an die Universitäten und Fachhochschulen verschickt (s. o.).



Staatsminister Dr. Wolfgang Heubisch (3. v. l.) mit Vizepräsident Peter Lehndorfer, Präsident Nikolaus Melcop, Vizepräsident Bruno Waldvogel und Vorstandsmitglied Heiner Vogel (v. l.). Nicht im Bild Geschäftsführer Alexander Hillers.

In dem Gespräch legte die PTK Bayern ihre Bedenken bezüglich der durch den Bologna-Prozess eingeleiteten Studienreform dar. Die PTK Bayern sieht bekanntlich die Gefahr, dass die bundesweit zu beobachtende Einführung von inhaltlich neu konzipierten Bachelor- und Masterprogrammen nicht immer die Anforderungen erfüllen, die als unverzichtbar angesehen werden, um den Absolventen die für eine spätere Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erforderlichen Basiskenntnisse zu vermitteln. Letztlich wäre es denkbar, dass den Absolventen solcher

ern besonders wichtig, das Wissenschaftsministerium zu informieren, dass insbesondere Bachelorabschlüsse der Sozialarbeit/ Sozialpädagogik einen ausbildungsqualifizierten Abschluss für die KJP-Ausbildung nicht gewährleisten.

Dem Minister gegenüber wurde betont, dass sich die PTK Bayern für eine einheitliche und transparente Regelung zur Umsetzung des Psychotherapeutengesetzes unter Gewährleistung hoher Qualität der Ausbildung einsetzt. Minister Heubisch zeigte Verständnis und großes Interesse für das Anliegen der Kammer, im Rahmen

Treffen der Länderbeauftragten für Psychotherapeutische Notfallversorgung (PSNV)

Die jährlich stattfindenden Treffen der Länderbeauftragten für Psychotherapeutische Notfallversorgung haben zum Ziel, Versorgungsstandards im Rahmen der PSNV zu entwickeln und konkrete Vorschläge zu erarbeiten, was in der Zusammenarbeit mit den betreffenden Hilfs- und Notfallorganisationen bei schweren Notfällen, nach Großschadenslagen sowie Katastrophen verbessert werden kann. Kernpunkte des Treffens waren die Berichte aus den Ländern, die Ergebnisse der Konsensuskonferenz zur Psychosozialen Notfallversorgung beim Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) sowie die Kooperationsvereinbarung zwischen dem Deutschen Roten Kreuz und der Bundespsychotherapeutenkammer.

Aus Bayern berichtete Bruno Waldvogel, dass das bayerische Innenministerium zum 1. Juli 2008 eine Zentralstelle für Psychosoziale Notfallversorgung eingerichtet hat, die an der Feuerwehrscheule in Geretsried angesiedelt ist. Die PTK Bayern wird dem vom Innenministerium für diese Zentralstelle vorgesehenen Zentralstellenrat angehören. „Die PTK Bayern wird den Zentralstellenrat bei der Vermittlung weiterführender psychotherapeutischer Hilfen, der



An dem Treffen, das am 3. Februar 2009 in München stattfand, nahmen neun Länderbeauftragte aus zehn Psychotherapeutenkammern teil.

Klärung der Schnittstellen zwischen den verschiedenen Akteuren der Psychosozialen Notfallversorgung (PSNV), der Qualitätssicherung der PSNV und der Prävention von Belastungsstörungen bei den Helfern unterstützen“, erklärt Waldvogel.

Hinsichtlich der von der Konsensuskonferenz beim BBK verabschiedeten Qualitätsstandards und Leitlinien zur PSNV stellten die Teilnehmer des Treffens fest, dass darin die Rolle der Heilberufe der PP und KJP noch nicht ausreichend geklärt sei. Dies gelte insbesondere für die Definition der

Qualifikationsanforderungen, die an die Akteure der Akutphase und Frühintervention zu stellen sind. Die Schnittstellen zwischen den verschiedenen Akteuren müssten unter Berücksichtigung der rechtlichen Voraussetzungen noch präzisiert werden, auch in Bezug auf Fragen der Fachaufsicht, Weisungsbefugnis und Haftung. Das wird im Rahmen der vorgesehenen Weiterbearbeitung der Qualitätsstandards und Leitlinien Aufgabe der Facharbeitsgruppe „Tätigkeits- und Kompetenzprofile“ sein, an der sich die Psychotherapeutenkammern beteiligen werden.

Großes Interesse an der Fortbildungsveranstaltung „Zahn und Psyche“

Am Samstag, 7. Februar 2009, fand im Zahnärzthehaus München die Fortbildungsveranstaltung „Zahn und Psyche“ statt, die gemeinsam von der Bayerischen Landeszahnärztekammer (BLZK), der Europäischen Akademie für zahnärztliche Fort- und Weiterbildung der BLZK und der PTK Bayern organisiert wurde. Namhafte Experten informierten die rund 160 Teilnehmer in mehreren Fachvorträgen zu verschiedenen Themen rund um den Bereich „Psychosomatik in der Zahnheilkunde“. Angelika Wagner-Link, Vorstandsmitglied der PTK Bayern, moderierte die Veranstaltung.

Thema von Prof. Stephan Doering, Poliklinik für zahnärztliche Prothetik des Universitätsklinikums Münster, Bereich Psychosomatik in der Zahnheilkunde, war der „chronische Schmerzpatient in der Zahnarztpraxis“.

Schwerpunkt seines Vortrags war der richtige Umgang mit Patienten mit somatoformen Schmerzstörungen vor oder nach einer zahnmedizinischen Behandlung.

Vanessa Bisping, Psychologische Psychotherapeutin, tätig im gleichen Institut wie Prof. Doering, referierte zum Thema „Zahnbehandlungsangst und Spritzenphobie: Entstehung, Diagnostik und Therapie“. Micheline Geldsetzer, Verhaltens- und Hypnosetherapeutin und Delegierte der PTK Bayern, stellte in ihrem Fachvortrag die Möglichkeiten der Hypnose im zahnärztlichen Alltag vor. Prim. DDr. Gerhard Kreyer, u. a. Vorsitzender der Österreichischen Gesellschaft für Psychologie und Psychosomatik in der Zahnmedizin und Vorstand der Zahnstation des größten psychiatrischen Krankenhauses Österreichs,

dem Otto-Wagner-Spital in Wien, betonte in seinem Vortrag „Psychosomatik in der Zahnmedizin“, grundsätzlich immer beide Behandlungsstrategien, also Zahnmedizin und Psychotherapie, anzuwenden. „Der 13. Patient – professioneller Umgang mit Kränkungen“ war der Titel des Vortrags von Wolfgang Schmidbauer, Psychoanalytiker, Autor zahlreicher Bücher und Delegierter der PTK Bayern. Ausgehend von der psychoanalytischen Erklärung der Entwicklung der Kränkungsfähigkeit ging Schmidbauer zunächst auf die narzisstische Kränkung des Zahnarztes durch „schwierige Patienten“ ein und gab dann wertvolle Tipps im Umgang mit diesen, insbesondere narzisstisch gekränkten Patienten. Ein großer Fehler sei es z. B., schwierige Patienten abzuwerten mit der Aussage „Mit anderen Patienten habe ich diese Probleme nicht.“



Dr. Christian Öttl, Vorstandsmitglied der BLZK, Vanessa Bisping, Prof. Stephan Doering, Micheline Geldsetzer, Angelika Wagner-Link, Dr. Gerhard Kreyer und Nikolaus Melcop, Präsident der PTK Bayern (v. l.) (Foto: Wolfgang M. Weber).

In der anschließenden Podiumsdiskussion wurde als Resümee der Fortbildungsveranstaltung vor allem die Mitberücksichtigung psychischer Aspekte in der Zahnbehandlung schwieriger Patienten und daraus resultierend die Verstärkung und Verbesserung in der Zusammenarbeit zwischen Zahnärzten und Psychotherapeuten hervorgehoben. Auf bayerischer Ebene könnte die Zusammenarbeit zwischen der BLZK und der PTK Bayern sowie zwischen zahnärztlichen und psychotherapeutischen Fachverbänden intensiviert werden, aber auch einzelne Zahnärzte sollten verstärkt Kooperationen mit Psychotherapeuten suchen – und umgekehrt.

Einen ausführlichen Bericht zur „Zahn und Psyche“ finden Sie auf der Website der Kammer.

Kurznachrichten

Gesundheits- und Honorarreform – Proteste der Fachärzte in Bayern

Die mit der letzten Gesundheitsreform eingeleiteten strukturellen Veränderungen und zuletzt dann die Honorarreform mit ihren voraussichtlich teilweise erheblichen Auswirkungen auf die Vergütung einzelner Arztgruppen haben insbesondere unter den fachärztlichen Kollegen in Bayern starke Proteste ausgelöst. Viele der dabei artikulierten einzelnen Kritikpunkte erscheinen nachvollziehbar. In unterschiedlichen Gremien werden nun Modelle zur weitreichenden Modifizierung der Veränderungen geplant, die z. T. auch schon zum 1.7.2009 in Kraft treten sollen. Wie schon im letzten Mitgliederrundschreiben der PTK Bayern dargestellt, ist davon auszugehen, dass die Gesundheitspolitik im angelaufenen Bundestagswahlkampf eine wichtige Rolle spielen wird – und dann danach jede neue Regierung sich diesem Bereich insgesamt intensiv zuwenden wird. Dabei wird es erneut von großer Wichtigkeit sein, dass wir uns immer wieder intensiv und beharrlich dafür einsetzen, dass die Versorgung und Behandlung psychisch kranker Menschen mit Psychotherapie sowohl im ambulanten Bereich als auch in Kliniken und Beratungs-

stellen einen angemessenen Stellenwert erhält – sowohl strukturell als auch mit den notwendigen finanziellen Mitteln.

Neujahrsempfänge des Ministerpräsidenten und des Gesundheitsministers

Vertreter der Kammer waren auch dieses Jahr bei den Neujahrsempfängen führender bayerischer Politiker und nutzten die Gelegenheit zu diversen Gesprächen.

Neuaprobierenveranstaltung

Am 6. Dezember 2008 informierten sich 45 neuaprobierende Mitglieder in angenehmer Atmosphäre mit reger Diskussion bei Nikolaus Melcop und Bruno Waldvogel über die Arbeit der Kammer.

Bevorstehende Veranstaltungen

8. Suchtforum mit dem Titel „Jugend und Sucht“ am 29.4.2009 in München in Kooperation mit der Bayerischen Landesärztekammer, der Bayerischen Landesapothekerkammer und der Bayerischen Akademie für Suchtfragen. Veranstaltungsort: Zentrum für Pharmaforschung der LMU München, Butenandt-Str. 5-13, 81377

München. Anmeldungen: Bitte bei der Bayerischen Landesärztekammer per Fax unter 089 4147-831 oder per E-Mail unter a.hoehne@blaek.de.

Präventionsveranstaltung: Einen Bericht zur Präventionsveranstaltung der PTK Bayern am 21.3.2009 (derzeit schon über 450 Anmeldungen) entnehmen Sie aufgrund des Redaktionsschlusses bitte den kommenden Länderseiten.

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

Vorstand der Kammer:

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

Geschäftsstelle

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



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Berlin

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Selektive Einzel- und Gruppenverträge – eine Alternative für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zur herkömmlichen kollektivvertraglichen Regelversorgung?

Der Ausschuss „Neue Versorgungsformen“ der Psychotherapeutenkammer Berlin hatte am 20. November 2008 zu einer weiteren Informationsveranstaltung über neue Versorgungsmodelle eingeladen. Das Interesse war groß; über 100 interessierte PP und KJP folgten der Einladung.



Inanspruchnahme neuer Versorgungsformen bei PP und KJP noch verhalten

Noch gibt es wenige Verträge im Rahmen neuer, selektiver Versorgungsformen, an denen PP und KJP teilhaben. Wenn Psychotherapeut/-innen beteiligt sind, dann sind es eher ärztliche Kolleg/-innen.

Immanuel Lütjohann, Leiter der Abteilung Psychologische Psychotherapeuten bei der Techniker Krankenkasse (Hauptverwaltung), führte aus, dass z. B. die meisten IV-Verträge seitens der TK in den Bereichen Orthopädie, Onkologie, Schmerztherapie, Kardiologie und Psychiatrie geschlossen werden. Die TK rechnet aufgrund der ho-

hen und immer noch steigenden Prävalenz psychischer Störungen mit einem steigenden Bedarf an Versorgungskonzepten für chronisch Kranke. Laut TK-Gesundheitsreport 2008 hatte jeder Fünfte Erwerbstätige eine psychische Diagnose. Da die meisten psychischen Störungen oder Beschwerden

multifaktoriell zu sehen sind, erscheinen Behandlungsmöglichkeiten im interdisziplinären Rahmen, wie sie neue Versorgungsformen bieten, geradezu ideal. Schizophrenien, affektive Störungen und Neurotische Störungen verursachten 2008 ca. 70% der Krankenhausaufgaben in der Psychiatrie, so Lütjohann. Die Kostenhöhe werde

laut TK weniger durch die Krankheitslast sondern vielmehr durch fehlende Koordination der Versorgung verursacht. Es gebe immer noch eine strenge Trennung zwischen den Sektoren. Das führe zu Doppeluntersuchungen, mangelnder Nachsorge, zur unzureichenden Verzahnung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung, Fehleinweisungen, Informationsdefiziten. Bei neuen Versorgungsformen solle daher die Verbesserung der Qualität sowie mehr Wirtschaftlichkeit im Vordergrund stehen.

Welche Vorteile können neue Versorgungsmodelle bieten?

Ziel aller neuer Versorgungsformen ist es, chronisch und psychisch Schwerstkranke

besser zu erreichen. Eine abgestimmte Behandlung und eine enge Kooperation zwischen den behandelnden Ärzt/-innen und Psychotherapeut/-innen sollen den Patient/-innen lange Wege, Wartezeiten und Mehrfachuntersuchungen ersparen. Die Behandlung von Komorbidität kann durch die unmittelbare Zusammenarbeit unterschiedlicher Fachkräfte und definierte Behandlungspfade verbessert werden. Das Steigern der Servicequalität ist durch zusätzliche ambulante Leistungen (z. B. Psychoedukation) möglich.

Je nach Vertrag können sich konkrete Vorteile für PP und KJP oder „die Anbieter“ ergeben: Senkung der Betriebskosten (Teilen von Praxisräumen, Geräten und Personal), flexiblere Arbeitseinteilung, Entlastung von Verwaltungsaufgaben und damit einhergehend eine größere Arbeitszufriedenheit. Absprachen über Kompetenzen und ein gemeinsames Informationsmanagement gewährleisten eine hohe Prozessqualität. Die Fragmentierung in der Versorgung der Patient/-innen würde durch diese Art von Zusammenarbeit aufgehoben werden können, meint Michael Krenz, Präsident der Psychotherapeutenkammer Berlin. Die einzelnen Professionen (Arzt/-in; Psychotherapeut/-in; etc.) könnten vielmehr als bislang inhaltlich aufeinander Bezug nehmen.

Prof. Dr. Armin Kuhr, Vorsitzender des Ausschusses „Neue Versorgungsformen“ der Psychotherapeutenkammer Berlin, fordert die Fachkolleg/-innen auf, die Möglichkeiten der neuen Versorgungsformen mutig zu nutzen.

Vielfältige Kooperationsmöglichkeiten durch gesetzliche Neuerungen

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz, den Reformen durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 bestehen heute viele Möglichkeiten für Ärzt/-innen und Psychotherapeut/-innen, ihren Beruf in Kooperation auszuüben. Neben den traditionellen Formen der Zusammenarbeit (Gemeinschaftspraxis, Praxismgemeinschaft,

Praxisnetz oder Belegarztvertrag) können andere Vertragsgemeinschaften eingegangen werden. Zum 1.1.2009 ist durch eine gesetzliche Klarstellung die Ausschreibung und Nachbesetzung hälftiger Praxissitze möglich geworden. Das kann bei Vertragsgestaltungen in Bezug auf Neue Versorgungsformen Vorteile ergeben.

Bei der Wahl der Kooperationsform sind persönliche Erwartungen und Einstellungen, regionale Gegebenheiten, die eigene Praxisstruktur und die Möglichkeiten der Kooperati-

onspartner zu berücksichtigen. Ganz wichtig: Die KBV gibt bundesweite Empfehlungen und Musterverträge heraus; entscheidend sind jedoch immer die Regelungen auf Landesebene (d. h. KV Berlin). Gesine Klute von der KBV erläuterte die Vertragsmöglichkeiten auf unterschiedlicher Rechtsebene (s. u.).

Vertragspartner für die Krankenkassen sind ausschließlich Vertragspsychotherapeut/-innen. Diese können jedoch je nach Vertragsgestaltung mit ihrer ganzen Praxis entsprechende Verträge zur Integrierten Versorgung

Praxisnetze als Modellvorhaben (§ 63 ff SGB V)	Praxisnetze als Strukturverträge (§ 73a SGB V)	MVZ (§ 95 SGB V)	Hausarztzentrierte Versorgung (§73 b SGB V)	Besondere ambulante ärztliche Versorgung (§73c SGB V)	Integrierte Versorgung (§140 a ff SGB V)
Inhalte					
Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungsformen Max. Dauer von 8 Jahren Wissenschaftliche Begleitung erforderlich Koppelung mit Wahlтарifen	Hausarzt oder Ärzteverbund bekommen Verantwortung für Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung übertragen Optimierung der Versorgungs- und Vergütungsstrukturen im ambulanten Bereich	Möglichkeiten zur Bildung unternehmerischer Strukturen bzw. ärztl. Zentren (fachübergreifende, ärztlich geleitete Einrichtungen) Ärzte können als Vertragsärzte oder Angestellte arbeiten gründungsberechtigt sind alle Leistungserbringer, die aufgrund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung teilnehmen	Koordinationsfunktion des Hausarztes Facharztzugang grundsätzlich nur über Hausarzt Krankenkassen substituieren während der Laufzeit des Vertrages den Sicherstellungsauftrag der KVen Kopplung mit Wahlтарifen	Versorgungsnetze mit Facharztgruppen bzw. unterschiedliche Fachärzte Krankenkassen substituieren während der Laufzeit des Vertrages den Sicherstellungsauftrag der KVen Kopplung von Wahlтарifen	Versorgungsverträge über verschiedene Leistungssektoren übergreifend und/oder interdisziplinär fachübergreifend Soll bevölkerungsbezogene flächendeckende Versorgung ermöglichen Krankenkassen substituieren während der Laufzeit des Vertrages den Sicherstellungsauftrag der KVen Keine Beteiligung der KVen möglich Kopplung mit Wahlтарifen
Vertragliche Ebene					
Gesamtvertraglich oder einzelvertraglich Regelung von Grundsätzen in Bundesmantelverträgen möglich	gesamtvertraglich einzelne Krankenkassen mit KVen	Es gelten die Regelungen für Vertragsärzte	Einzelvertraglich, das heißt Krankenkassen mit einzelnen Ärzten, Ärztgemeinschaften, KVen mit Ermächtigung von Hausärztgemeinschaften oder Trägern von Einrichtungen, die besondere ambulante ärztliche Versorgung anbieten	Einzelvertraglich, das heißt Krankenkassen mit einzelnen Ärzten, Ärztgemeinschaften, KVen oder Trägern von Einrichtungen, die besondere ambulante ärztliche Versorgung anbieten Zum Thema ADS/ADHS arbeitet die KBV zurzeit an einem Mustervertrag	Einzelvertraglich, das heißt Krankenkassen mit zugelassenen Leistungserbringern oder Pflegekassen

Quelle: vgl. *Kassenärztliche Bundesvereinigung „Ärztliche Kooperationsformen“*, www.kbv.de, 13.11.2007, Zugriff 27.11.08

bedienen. Dies bedeutet, dass auch PP und KJP mit Fachkunde in einem Richtlinienverfahren, die über keinen eigenen Kassensitz verfügen, innerhalb einer Praxismgemeinschaft gemeinsam mit einem zugelassenen PP/KJP an Verträgen zur Integrierten Versorgung teilnehmen können. Leistungen, die innerhalb eines Vertrages zur Integrierten Versorgung erbracht werden, sind dabei

keine Leistungsausweitung für die vertragspsychotherapeutische Tätigkeit.

Beispiel: Medizinisches Versorgungszentrum (§ 95 Abs. 1 SGB V)

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sind fachübergreifende und ärztlich (bzw.

ärztlich und psychotherapeutisch) geleitete Einrichtungen, in denen Vertragsärzt/-innen und Vertragspsychotherapeut/-innen in freiberuflicher Form, aber auch als Angestellte tätig sein können. MVZ sind in die vertragsärztliche Versorgungsstruktur eingebunden (§ 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V). MVZ können sich als juristische Person des Privatrechts, GmbH oder AG gründen. Die

Berufsträger, z. B. PP, sind entsprechend § 1 PsychThG eigenverantwortlich und selbstständig für das MVZ tätig, aber nicht gewerblich oder kaufmännisch handelnd. Der Gesellschaftsvertrag darf keine medizinischen Weisungsbefugnisse der Gesellschafter gegenüber den angestellten PP beinhalten. Ein MVZ verfügt über fachübergreifende Kompetenz, da die Versorgung durch mindestens zwei Fachärzte unterschiedlicher Fachrichtung oder einem Arzt und einem PP/KJP erfolgt. Angestellten PP oder KJP werden entsprechend ihrer Arbeitszeit anteilig bei der Berechnung des Versorgungsgrades in der Planungsregion berücksichtigt. So kann z. B. ein Praxissitz (mit 100%) eingebracht werden, der von zwei Personen geteilt wird. Die Zulassung erfolgt durch den Zulassungsausschuss der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung.

Beispiel: Integrierte Versorgung (§§ 140a ff. SGB V)

Es handelt sich um eine Kooperationsversorgung, welche leistungssektorenübergreifend (z. B. stationär/ambulant) oder fachübergreifend (z. B. Hausarzt/PP oder KJP) innerhalb eines Leistungssektors ist. Der Sicherstellungsauftrag liegt bei den Kassen, nicht bei der KV. Bundesweit gibt es ca. 6000 IV-Verträge. Die Anschubfinanzierung seitens der KBV läuft nun zum Jahresende aus. Bei optimaler Vertragsgestaltung können sich Vorteile ergeben wie: eine zeitnahe Versorgung für Patient/-innen, eine Erfolgsbeteiligung für PP und KJP z. B. bei vorzeigbaren Heilungsergebnissen unter Einhaltung vorgegebener Stundenlimits. Ob IV-Verträge die Psychotherapie-Leistungen analog der Richtlinien-Verfahren abdecken können, muss kritisch geprüft werden.

Welche Erfahrungen machen PP/KJP mit den neuen Versorgungsmodellen?

Dr. Dipl.-Psych. Bernd Heimerl ist einer der wenigen PP in Berlin, der in einem **Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)** arbeitet. Seit 1 ½ Jahren ist er dort unter der Leitung zweier ärztlicher Gesellschafter als PP angestellt und steht dem Ver-

sorgungsmodell mittlerweile eher kritisch gegenüber. Die Organisationsstruktur des MVZ sei sehr stark ärztlich organisiert mit Wechselschicht, Rufbereitschaft, Zuweisungen über die Sprechstundenhilfe usw. PP sei von der Vertragsgestaltung her eher dem Assistenzarzt, nicht aber dem Facharzt gleichgestellt. 40 Therapiestunden pro Woche (ohne Supervision, Berichtserstellung usw.) seien die Regel. Laut Heimerl würden die Synergieeffekte und Absprachen zwischen den einzelnen Disziplinen wenig genutzt werden. Mediziner und PP würden weiterhin getrennt voneinander arbeiten. Laut Heimerl sei der Nutzen eines MVZ fachlich gesehen und hinsichtlich der Patienten nur mäßig. Ab 2009 will sich Heimerl in eigener Praxis niederlassen.

Dipl.-Psych. Hans-Jürgen Kraux arbeitet seit 12 Jahren im Brustzentrum der Sana-Klinik in Lichtenberg. Sein Ziel und das seiner Kollegen ist der weitere Ausbau eines psychotherapeutischen Netzwerkes im Rahmen der **Integrierten Versorgung** für den Bereich Psychoonkologie. Nach § 140 a-d SGB V gibt es eine vertraglich vereinbarte Versorgungskette: Intern kooperiert Kraux mit der Frauenklinik, der Pathologie, Radiologie und Seelsorge. Extern mit der Strahlentherapie, der Selbsthilfe, den onkologischen Praxen sowie mit drei Psychotherapeutischen Praxen. Die Grenzen zwischen dem stationären und ambulanten Bereich sind fließend. Ziel der interdisziplinären Zusammenarbeit sei die zeitnahe, problemorientierte Versorgung von schwer Krebskranken; vor allem Patient/-innen, die häufig nicht mehr allzu viel Lebenszeit vor sich haben. Dazu sei eine rasche und flexible Terminvergabe notwendig. Je nach Prozess der Krankheitsverarbeitung seien kürzere Therapiesequenzen erforderlich. Inhaltlich gehe es um Krankheitsverarbeitung, Verbesserung von Lebensqualität, Klärung psychosozialer und intrapsychischer Konflikte. All diese Leistungen und Rahmenbedingungen kann die Integrierte Versorgung bieten.

Voraussetzungen für das Gelingen dieser Art psychoonkologischer Versorgung seien ein professionelles Netzwerk, Transparenz bei den Leistungen, Qualitätssicherung,

klare ökonomische Absprachen sowie ökonomische Grenzen. Sinnvoll sei es, wenn es auf Psychoonkologie spezialisierte Beratungsstellen und Dienste gebe, meinte Kraux. Psychoonkologische Nachsorge sollte konzeptionell in das Versorgungskonzept mit eingeschlossen sein. Ein großes Problem sei noch die Finanzierung der Integrierten Versorgung. Psychotherapie-Stellen werden beispielsweise über Studiengelder, nicht aber über einen eigenen Haushaltsansatz finanziert. Was noch zu klären ist, ist eine vergleichbare Diagnostik und Indikation seitens der einzelnen Fachrichtungen, eine einheitliche Dokumentation und Qualitätssicherung. Zu wünschen wäre eine psychoonkologische Kurzzeittherapie (max. 12 Stunden), die über ein eigenes Budget der Klinik abgerechnet wird.

Fazit

Noch sind die vielfältigen Möglichkeiten neuer Versorgungsmodelle unter den PP und KJP wenig bekannt und der Nutzen für die Profession schlecht kalkulierbar. In erster Linie scheinen zunächst ärztliche Kolleg/-innen oder Gesellschafter von den neuen Versorgungseinrichtungen zu profitieren. Inwieweit Patienten einen Nutzen aus den neuen Angeboten ziehen, muss sorgfältig evaluiert werden. Ob es PP und KJP gelingt, sich auf dem neuen Markt zu positionieren, hängt von der Gesundheitspolitik und letztlich auch vom Geschick und von der Lobby der PP und KJP selbst ab. Eine kritische Diskussion unter den Kammermitgliedern selbst steht noch aus und soll in den nächsten Ausgaben repliziert werden.

Weitergehende Informationen:

- Bei der KBV können Sie gegen eine Gebühr von 19,90 EUR den „Kooperationskompass – Wege der Zusammenarbeit“ online bestellen: <http://www.kbv.de/publikationen/10686.html#fsohdvyhkl>.
- Im kommenden Jahr soll zudem der derzeit vergriffene Leitfaden der KBV zur Gründung eines MVZ neu aufgelegt werden.

*Dr. Beate Locher,
Referentin für Öffentlichkeitsarbeit*

Erweiterung beratungstherapeutischer Kompetenzen

Die „neue“ Generation der Jugendlichen erfordert eine Weiterentwicklung der Fachkräfte in Beratung und Psychotherapie. Autoren aus Berliner Beratungsstellen nehmen in einem neu veröffentlichten Sammelband Stellung zu dieser veränderten Ausgangslage. Unser Kammermitglied Dipl.-Psych. Monika Müller mit langjähriger Erfahrung in der Erziehungs- und Familienberatungsstelle, hat diesen Band für Sie rezensiert:

Barbara Eckey, Achim Haid-Loh, Karin Jacob (Hrsg): Jugend bewegt Beratung. Weinheim: Juventa 2008

Unter dem Buchtitel „Jugend bewegt Beratung“ finden sich 17 ausgewählte Beiträge, die ausgesprochen geeignet sind, aktuell die fachlichen Arbeitsansätze der institutionellen Beratung speziell im Umgang mit Jugendlichen zu optimieren. Das Buch kommt genau zum richtigen Zeitpunkt. Das Spannungsfeld zwischen Jugendlichen und Erwachsenen ist groß und Jugendliche können mit den bisherigen Denkansätzen und Methoden von Beratungsstellen nicht mehr erreicht werden. Die Einleitung informiert kurz und treffend über das Ziel und die Aufteilung der Beiträge in drei große Themenbereiche:

- Modernisierung der Definition von Adoleszenz und deren Beschreibung,
- Darstellung erfolgreicher oder erfolgversprechender Zugangsweisen zu Jugendlichen,
- besondere Herausforderungen und Lebenssituationen, vor denen die Jugendhilfe stehen kann.

Die Beiträge des ersten Themenbereiches empfehlen einen zeitgemäßen Blick auf die Welt der Jugendlichen von heute. Wilhelm Rotthaus erinnert in einem kurzen historischen Abriss an die unterschiedlichen Beschreibungen der Adoleszenz. Gegen diese früher eher auf das Defizitäre gerichteten Sichtweisen wird empfohlen, den Blick darauf zu richten, was Jugendliche können, leisten und vollbringen. Allan Guggenbühl betont die Notwendigkeit

des Sich-Reiben-Könnens und das Recht der Jugend, nicht verstanden zu werden. Friedrich Schweizer sieht ein zunehmendes Desinteresse am kirchlichen Christentum, aber ein wachsendes Interesse der Jugendlichen an religiösen Fragen. Dabei geht er auch auf den Unterschied von Jugendlichen mit Migrationshintergrund ein.

Der zweite Themenbereich des Buches befasst sich mit erfolgreichen Methoden zur Problem-Diagnostik und den Umgang mit adoleszenten Krisen. André Jacob schildert in seinem Beitrag das Ringen um eine qualifizierte Diagnostik, um die Entscheidung für eine bestimmte Erziehungshilfe zu erleichtern und sicherer zu machen. Er stellt dies anhand eines Multiaxialen Diagnosesystems dar. Damit wurde ein hilfreiches Indikationsinstrument für die Entscheidung von Jugendhilfemaßnahmen geschaffen.

Inghard Langer und Stefan Langer betonen eine tragfähige Beziehung zwischen Kindern, Jugendlichen und Erziehern zur Krisenbewältigung. Sie sind der Ansicht, dass in einer wechselhaften Welt die bewährten Rezepte nicht greifen, sondern Eltern und Jugendliche sollten die Einstellung entwickeln, dass sie voneinander lernen können.

Hans Berwanger stellt sehr überzeugend seinen Ansatz „Coaching statt Therapie“ ausführlich und zur Nachahmung empfohlen dar. Ziel dieses Ansatzes ist die Unterstützung von Heranwachsenden bei einem Start in ein selbstverantwortliches Leben.

Torsten Klemm beschreibt in seinem Beitrag das Arbeiten mit straffällig gewordenen Jugendlichen nach der Methode der systemischen Zukunftsskulptur, deren Wirksamkeit unmittelbar einleuchtet. Damit ist die Möglichkeit gefunden, von der reinen Verbalisierung wegzukommen. Wegen der Klarheit und der Ausführlichkeit der Darstellung regt auch dieser Bericht zur Übernahme einiger Sequenzen an.

Regina Riedel und Josie Wieland empfehlen, den Einsatz von „aufsuchende

Familientherapie“ nicht nur auf ressourcenschwache Familien zu beschränken, sondern auch in Familien mit 12- bis 17-jährigen Jugendlichen einzusetzen, die sich nicht für das klassische Setting bewegen lassen bzw. keine Bereitschaft zur Veränderung zeigen.

In zwei Beiträgen wird der Einsatz kreativer Methoden wie Bewegung, Tanz sowie Beispiele der Theaterpädagogik für die Arbeit in Jugendgruppen, wie z. B. in Schulklassen dargestellt, um den Zugang zu Jugendlichen erleichtern.

Der dritte und letzte Teil des Buches beschäftigt sich mit besonderen Lebenssituationen von Jugendlichen: das Aufwachsen in gleichgeschlechtlichen Partnerschaften, das Rollenverständnis von Jungen, Sexualität und Identitätsentwicklung adoleszenter Mädchen, Mädchen aus Migrantenfamilien, die Problematik der Selbstverletzung, Suizidhandlungen in der Adoleszenz sowie der spezielle Einfluss des Aufwachsens im Heim.

Fazit: Das Buch sollte in keiner Beratungsstelle fehlen. Es gibt Denkanstöße für die eigene Arbeit, Hinweise auf mögliche Wege der Weiterbildung, Anregungen hinsichtlich der Überweisungen an geeignete Fachstellen für spezielle Problematiken.

Dipl.-Psych. Monika Müller

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

Neujahrsempfang 2009: Psychischen Erkrankungen vorbeugen und sie angemessener behandeln

19.01.2009: Auf dem traditionellen gemeinsamen Neujahrsempfang der Ärztekammer, der Zahnärztekammer, der Psychotherapeutenkammer, der Kassenzahnärztlichen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung am 14. Januar in Bremen nahmen die Vertreterinnen und Vertreter dieser Körperschaften Stellung zu aktuellen gesundheitspolitischen Fragen.

Nach der Eröffnung durch Dr. Till Spirowandte sich Frau Senatorin Ingelore Rosenkötter an die ca. 120 Besucher, verwies auf die gesundheitspolitischen Ergebnisse im zurückliegenden Jahr und warb für gemeinsame Anstrengungen in 2009. Sie betonte das kooperative und kommunikative Klima im Bremer Stadtstaat und zeigte sich zuversichtlich, dass dieser Umgang sich erneut als produktiv bei der Lösung anstehender Probleme beweisen wird.

Nach dem Ärztekammerpräsidenten Dr. Dieter Wurche, der Präsidentin der Zahnärztekammer Dr. Britta Petersen und

dem Vorsitzenden der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Dr. Dirk Mittermeier nahm der Präsident der PKHB Karl Heinz Schrömgens in seinem Beitrag Stellung zur Versorgung psychisch kranker Menschen in Bremen. Er rief zur Unterstützung des „Bremer Bündnis gegen Depression“ auf. Nichts sei für die Betroffenen schmerzlicher und für das Gesundheitswesen kostspieliger, als wenn gut behandelbare depressive Störungen wegen Nicht- oder Fehlbehandlung chronifiziert würden. Er wandte sich auch an die eigene Profession mit der Forderung, intelligente Modelle der Steuerung zu entwickeln, um mit gegebenen Ressourcen sich besser auf Versorgungsengpässe bei bestimmten Stö-



rungsbildern und Behandlungsansätzen einzustellen.

Im Anschluss wurde eine Vernissage der Bremer Malerinnen Usch Hartmann, Barbara Kuschneireit und Gisela Marie Müller-Wagner eröffnet. Diese Ausstellung ist bis Ende März in den Räumen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bremen, Schwachhauser Heerstr. 26 zu besichtigen.

„Psychotherapie mit älteren Menschen?“

Unter dieser Fragestellung führte die Psychotherapeutenkammer Bremen im Rahmen des „Bremer Bündnis gegen Depression“ eine Fortbildungsveranstaltung für KollegInnen durch. Referentin war die Psychoanalytikerin Frau Dr. phil. Gabriele Junkers, die sich durch ihre langjährige Tätigkeit und Veröffentlichungen zum Thema einen Namen als Psychogerontologin gemacht hat.

Es ging dabei nicht um alt gewordene PsychiatriepatientInnen, sondern um solche, die zuvor gut kompensiert waren und erstmals im Alter erkranken. Als „ältere“ Menschen wurden die definiert, die weitgehend un-

abhängig vom realen Alter Schwierigkeiten mit dem Älterwerden haben, also die, die z. B. an der psychischen Bewältigung der Wechseljahre, der Berufsaufgabe, altersbedingten Einschränkungen oder Verlusten scheitern.

Angesichts des lange herrschenden psychotherapeutischen Pessimismus war der Titel der Veranstaltung als Frage formuliert. Da die Forschung belegt, dass Flexibilität eher eine Frage der Persönlichkeit und nicht des chronologischen Alters ist, werden in diesen Pessimismus auch andere Faktoren enthalten sein. Einige davon wurden im Seminar definiert, wie z. B. die

unbewusste Identifizierung mit dem Pessimismus vieler älter werdender Menschen oder die eigenen unbewussten Ängste vor Verlust, Krankheit und Tod. Außerdem kann die unbewusste Angst vor den spezifischen Übertragungs- und Gegenübertragungskonstellationen eine Rolle spielen, wie sie entstehen, wenn ein älterer Patient eine Elternübertragung auf die jüngere Therapeutin oder den jüngeren Therapeuten entwickelt und negative Aspekte der Übertragung an „der Jugend“ abhandelt oder Probleme in der Gegenübertragung, wenn es darum geht, im älteren Patienten nicht die Eltern zu sehen. Vor allem, wenn das Alter als Abwehr bemüht wird,

zeigt sich auf therapeutischer Seite auch oft eine Art Beißhemmung als Angst, den Patienten mit offensiven Interventionen „ins Grab zu bringen“. Schließlich werden die älteren PatientInnen unbewusst als Gegenteil des YAVIS-PatientInnen eingestuft.

Wenn die Besonderheiten des Alters berücksichtigt werden, ergibt sich jedoch eine optimistische Prognose für Psychotherapeuten mit älteren Menschen. Neben den Besonderheiten in der Übertragung, spielt die Interaktion zwischen Körper und Seele eine größere Rolle und die gesundheitliche Verfassung muss mit in die Überlegungen einbezogen werden. Das Körpergefühl steht in engem Zusammenhang mit dem Selbstgefühl, d. h. am Körper wird das Älterwerden spürbar. Altersbedingte Einschränkungen als zu sich gehörig erleben zu können spricht für ein gegliedertes sich abfinden Können. Es

geht nicht mehr „bergauf“ sondern „bergab“, und der gelebte Lebenslauf hat Realitäten geschaffen, die in der Mehrzahl nicht mehr veränderbar sind, Projektionen in die Zukunft nach dem Motto „eines Tages werde ich...“ und Wiedergutmachungsvorstellungen sind begrenzt, und psychische Probleme sind im Alter als Konsequenz des gesamten Lebenslaufs zu sehen. Bei der Behandlung geht es daher auch weniger um Heilung als um Linderung und Versöhnung, weniger um die Veränderung der Lebensfakten als um eine Änderung der Haltung. Dazu ist es nicht notwendig, die Probleme der gesamten Lebensgeschichte aufzurollen, sondern in der Regel ist es ausreichend, die aktuelle Übergangssituation, die zur Krise geführt hat, in Beziehung zu den frühen Beziehungserfahrungen zu setzen. Die Struktur und die bisherige Bewältigung sollten dabei darauf hin geprüft

werden, wie sie für die aktuelle Bewältigung nutzbar gemacht werden können. Um ein Gegengewicht zur Endlichkeit des Lebens zu finden, kann es überlegenswert sein, erst einmal mehr Stunden anzubieten, als benötigt werden.

In einer zweiten Fortbildungseinheit war dann Gelegenheit, einige Themen wie Umgang mit der Endlichkeit, Berufsaufgabe und Depression, Ressourcenorientierung angesichts der Tatsache, dass „alles weniger“ wird, körperliche Veränderungen im Spiegel der Seele, Einsamkeit und schließlich Demenz anhand eigener Fallbeispiele und vertiefender Texte zu bearbeiten.

Die Resonanz war so groß, dass sich am Ende mehrere KollegInnen fanden, die Interesse an einer regelmäßigen Balint-Gruppe zum Thema hatten.

Kontroverse Diskussion auf der Kammerversammlung am 18.11.08

Nach einem einleitenden Vortrag des Kammerpräsidenten über die Veränderungen, die das gerade verabschiedete Gesetz (GKV-Org WG) für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit sich bringen wird, stand das Thema des Aufkaufs und Stilllegens von und des nicht Neuausschreibens von Praxissitzen durch die KV Bremen auf der Tagesordnung. Insgesamt wurden bisher 19 Sitze (davon ein Sitz eines ärztlichen Psychotherapeuten) auf diese Weise „entsorgt“. An dieser Stelle entwickelte sich eine intensive und kontroverse Diskussion. Zahlreiche Beiträ-

ge zeigten sich besorgt, dass dadurch eine Verschlechterung der Behandlungsangebote für psychisch kranke Menschen eingeleitet wird und sich für den psychotherapeutischen Nachwuchs die Möglichkeiten verschlechtern, in die Niederlassung zu gelangen. Aber es gab auch gegenteilige Meinungen, die dieses Vorgehen der KV begrüßten und die vor allem von den psychotherapeutischen Vertretern in der KV-Vertreterversammlung vertreten wurden. Eine Verringerung der Sitze würde der Gefahr entgegenwirken, dass es zukünftig im Rahmen von Verteilungskämpfen zu

einer Absenkung psychotherapeutischer Honorare kommen könnte. Insbesondere wurde auf den Passus im SGB V verwiesen, dass ab dem Jahr 2011 Zu- und Abschläge in unter-, bzw. überversorgten Gebieten vorgesehen sind. Da Bremen und Bremerhaven in der Bedarfsplanung als überversorgt gelten, müsste diese Strategie der KVHB unterstützt werden. Im Ergebnis fand aber eine vom Kammervorstand vorgelegte Resolution gegen zwei Gegenstimmen eine überwältigende Zustimmung, die sich gegen diese Strategie der KVHB aussprach.

Resolution der Kammerversammlung: Psychotherapeutische Kassensitze erhalten!

Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Bremen spricht sich entschieden gegen die vermehrte Stilllegung von vertragspsychotherapeutischen Sitzen durch die Kassenärztlichen Vereinigung Bremen (KVHB) aus.

Was ist der Hintergrund?

Seit dem Jahr 2005 hat der Vorstand der (KVHB) begonnen, Kassensitze von Psychotherapeuten stillzulegen. Er verfolgt dabei folgende Wege:

Zum Ersten bietet er Ablösesummen, die deutlich über den gegenwärtigen Verkehrswert einer psychotherapeutischen Praxis in Bremen liegen. Dabei beruft er sich auf § 105. Abs. 3 SGB V. Danach ist es der KVHB erlaubt, Praxisinhabern, die das 62 Lebensjahr vollendet haben, „finanzielle Anreize“ zu bieten, um einen Kassensitz nicht erneut auszuschreiben.

Zum Zweiten verweigert er Praxisinhabern, die aufgrund schwerer Erkrankung in den letzten vier Quartalen ihre Praxis nicht

mehr ausüben konnten und die aufgrund dessen dauerhaft ihre psychotherapeutische Tätigkeit einstellen wollen, die Ausschreibung des Praxissitzes. Begründung: Diese Praxen hätten keinen Wert mehr und unterlägen nicht dem Eigentumsvorbehalt des Grundgesetzes.

Zum Dritten verwehrt er Psychotherapeuten, deren Praxisumsätze in den letzten vier Quartalen unterdurchschnittlich waren, die Neuausschreibung ihres Praxissitzes.

Begründet wird dieser schrittweise Abbau des psychotherapeutischen Versorgungsangebotes in unserem Land mit einer vorliegenden Überversorgung von 162,1% in Bremen und von 124,6% in Bremerhaven (Stand 7. April 2008). Allerdings drücken diese auf die Bedarfsplanungsrichtlinie beruhenden Zahlen in keiner Weise die Bedarfslage aus. Denn bei ihrer Erstberechnung in 1999 wurde lediglich der Status Quo der vorhandenen Kassensitze als bedarfsdeckend bewertet und Regionen, die über den bundesweiten Durchschnitt liegen, als überversorgt bezeichnet.

Dem steht entgegen:

Seit Jahren klagen die Krankenkassen über die Zunahme psychischer Erkrankungen und die dadurch entstehenden hohen Folgekosten.

Rund ein Drittel der Bevölkerung erkrankt im Laufe eines Jahres an einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung.

Trotz einer relativ guten psychotherapeutischen Versorgungslage in Bremen im Verhältnis zu anderen Regionen finden viele Hilfesuchende keinen adäquaten Behandlungsplatz und müssen teilweise viele Monate auf eine Psychotherapie warten. Selbst in der fachärztlich-psychiatrischen Versorgung finden sich teilweise Terminvergaben mit einer mehrmonatigen Wartezeit.

Der Abbau des psychotherapeutischen Behandlungsangebotes durch die KVHB widerspricht den Wünschen der Menschen in unserem Land nach einer raschen und qualitativ hochstehenden Behandlung ih-

rer psychischen Beschwerden. Die Kammerversammlung der PKHB lehnt dieses Vorgehen deshalb entschieden der KVHB ab. Denn:

Eine Verringerung von psychotherapeutischen Kassensitzen verschlechtert erneut die psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung.

Der Erhalt der vorhandenen psychotherapeutischen Kassensitze dient zugleich der Förderung des psychotherapeutischen Nachwuchses. Jeder Kassensitz, der wegfällt, vernichtet einen psychotherapeutischen Arbeitsplatz. Es kann nicht im Interesse der Bevölkerung liegen, die Attraktivität des psychotherapeutischen Berufes, die schon durch die enormen Ausbildungsbelastungen geschmälert ist, weiter zu senken.

Psychotherapeuten in Bremerhaven besorgt: Hohe Anzahl psychisch kranker Menschen, Hoffnung auf bessere psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen

„Jeder dritte bis vierte Erwachsene erkrankt innerhalb eines Jahres an einer psychischen Störung von Krankheitswert. Bei Depressionen erhalten nahezu 60 Prozent keine wirksame Behandlung. 32 Prozent erhalten lediglich eine medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva. Nur 8 Prozent werden psychotherapeutisch behandelt.“ Diese Zahlen aus dem aktuellen Gesundheitsbericht „Depression“ der Senatorin für Gesundheit stellte der Präsident der Bremer Psychotherapeutenkammer Karl Heinz Schrömgens auf einer Versammlung der Bremerhavener Kammermitglieder am 21.01.09 im Klinikum Reinkenheide vor. Ergänzt wurden seine Ausführungen vom Bremerhavener Psychiatriekoordinator Dr. Uwe Peters, der die Versorgungssituation psychisch kranker Menschen aus der Sicht des Gesundheitsamtes darlegte. In der Diskussion zeigte sich, dass die Bremerhavener Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Nachfrage nach Behandlungsplätzen, insbesondere auch aus den Umlandregi-

onen, aufgrund mangelnder Kapazitäten nur bedingt gerecht werden können. Längere Wartezeiten sind die Folge. Es wurde die strukturelle Unterversorgung benannt, die in Bremerhaven eine besondere Ausprägung infolge der besonderen sozialen Situation dieser Stadt hat, die unter hoher Arbeitslosigkeit und hoher sozialer Desintegration leidet. Kritisiert wurde in der Diskussion die zurückliegende Berichterstattung im Psychotherapeutenjournal, die von verschiedenen niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen als Schelte an ihrer Arbeitsweise verstanden wurde, so als ob sie bestimmte besonders belastende Patientengruppen nicht angemessen versorgen würden. Betont wurde, wie häufig Menschen mit schweren strukturellen Störungen in den Praxen behandelt werden. Besprochen wurden auch die teilweise unzureichenden Kooperationen zwischen den verschiedenen Sektoren der Versorgung. Der als Gast ebenfalls anwesende Präsident der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, Dr. Lothar Wittmann, in

Otterndorf praktizierend, sprach sich für eine verstärkte Kooperation zugunsten psychisch behandlungsbedürftiger Menschen zwischen Bremerhaven und den benachbarten Gemeinden aus.

Befriedigt zeigte sich Karl Heinz Schrömgens über die vom Bundestag beschlossene Einführung einer Mindestquote von 20 Prozent für ausschließlich Kinder und Jugendliche behandelnde Psychotherapeuten. Für Bremerhaven wird das nach seinen Berechnungen voraussichtlich im Laufe des Jahres 2009 einen Zuwachs von 8 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bringen. Zurzeit praktiziert in Bremerhaven lediglich eine Psychotherapeutin ausschließlich in der Versorgung der Altersgruppe bis 21 Jahre.

Abschließend wurde begrüßt, dass die Psychotherapeutenkammer diese Versammlung in Bremerhaven für ihre Mitglieder durchführte. Sie soll jährlich wiederholt werden.

Psychotherapeutische Versorgung Thema in der Bürgerschaft

Die Fraktion „Bündnis 90/DIE GRÜNEN“ hat in der Bremischen Bürgerschaft eine kleine Anfrage zur „Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung in Bremen“ gestellt. Mit insgesamt 14

Fragen wurden detailliert verschiedene Aspekte erfragt. In der Antwort des Senats vom 27. Januar 2009 werden uns Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bekannte Tatsachen referiert.

Bemerkenswert ist, dass die KV Bremen zu den Fragen ruhender und stillgelegter Praxissitze der senatorischen Behörde zur Beantwortung der Fragen keine Auskunft erteilt hat.

Info-Flyer

Die Psychotherapeutenkammer Bremen hat einen Flyer zum Thema „Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen“ erstellt, der zur Verteilung an verschiedene Ärzteguppen, Beratungsstellen, Schulen und Kindertagesstätten versandt wurde. Darin wird über die häufigsten psychischen Störungen und über die Tätigkeit und das Berufsbild des/der Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten/in informiert, die Kinder und Jugendliche behandeln.

Redaktion Bremer Kammerseiten

An diesen Seiten arbeiteten mit: Hans Schindler, Karl Heinz Schrömgens, Ute Timmermann.

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

Palliativversorgung in Hamburg

Nachdem im vergangenen Jahr die Richtlinie zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) in Kraft getreten ist, hatten alle Beteiligten auf eine schnelle Umsetzung in den Bundesländern gehofft. Mit der SAPV sollte nicht nur eine deutliche Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Versorgung der betroffenen Patientinnen und Patienten durch entsprechend qualifiziertes Personal erreicht werden, sondern auch die psychotherapeutische Behandlung und psychosoziale Betreuung von Betroffenen und deren Angehörigen.

In Hamburg hat sich auf Landesebene eine Gruppe von schon bislang im Palliativ-Care-Bereich tätigen Pflegediensten, Ärzten und Psychologen zum „Runden Tisch SAPV“ zusammengeschlossen. Koordinator ist Dr. Michael Wunder (Psychotherapeut/ev. Stiftung Alsterdorf). Diese Gruppe verhandelt seit Anfang 2009 mit den Hamburger Krankenkassenverbänden über Vergütung und Leistungsumfang. Dabei kristallisiert sich zunehmend heraus, dass die derzeit von den Krankenkassen gebotene Vergütung kaum ausreicht, eine qualifizierte medizinische und pflegerische Leistung zu finanzieren, geschweige denn die geforderte multiprofessionelle Betreuung unter Einbeziehung von psychosozialen und anderen notwendigen Leistungen. Auch die Finanzierung der Koordination der Leistungen bleibt offen.

Bei diesen Gesprächen sowie im Rahmen einer Veranstaltung zur Palliativversorgung, an der neben dem Staatssekretär Claus-Theo Schröder (BMG) auch Frau Prüfer-Storcks (AOK Rheinland-Hamburg) und

Verteter verschiedener Pflegedienste als Referenten teilgenommen hatten, war wieder einmal der Irrglaube erkennbar, dass „psychologische und psychotherapeutische Behandlung“ verordnungsfähige Leistungen seien. Hier wurde deutlich, dass insbesondere auf Kostenträgerseite immer noch nicht deutlich geworden ist, dass Psychotherapie kein verordnungsfähiges Heilmittel wie z. B. Ergotherapie ist. Insofern ist Skepsis angebracht bezüglich der tatsächlichen Verbesserung der Situation der Betroffenen und ihrer Angehörigen durch qualifizierte psychosoziale und psychotherapeutische Leistungen.

In diesem Zusammenhang muss allerdings auch auf den nicht unberechtigten Vorwurf von Seiten der Palliativ-Care-Teams und der Kostenträger hingewiesen werden, dass deutlich zu wenig PsychotherapeutenInnen über die qualifizierende Fortbildung im Bereich „Palliativ-Care-Versorgung“ verfügen und oftmals Anfragen von PalliativpatientInnen und deren Angehörigen negativ beantwortet werden. Um diesem Umstand abzuwehren, wird die Psychotherapeutenkammer Hamburg ab voraussichtlich Herbst 2009 erneut die curriculare Fortbildung „Palliativversorgung“ anbieten. Abweichend von der ersten Ausschreibung jetzt als modular aufgebautes Fortbildungscurriculum. InteressentenInnen können sich bereits jetzt per E-Mail grabenkamp@ptk-hamburg.de registrieren lassen.

Unser Vorstandsmitglied, Frau Gerda Krause, hat zum Thema „Palliativversorgung“ mit Frau Dipl.-Psych. Angelika Maaßen, das nachfolgende Interview geführt. Frau Maaßen ist bei der Beratungsstelle „Hamburgische Brücke e.V.“ im Bereich tätig und hat an der Entwicklung der curricularen Fortbildung „Palliativversorgung“ mitgewirkt.

Frau Maaßen, aus welchen Gründen finden Sie es notwendig, dass PsychotherapeutInnen im Rahmen der Palliativversorgung tätig werden?

Palliativ Care (PC) beruht definitionsgemäß auf einem interdisziplinären Ansatz, der eine Vielzahl der an der Behandlung, Pflege, Betreuung und Beratung beteiligten Berufsgruppen umfasst. PPs und KJPs gehören aufgrund ihrer fachlichen Kompetenz in das Behandlungsteam und Psychologische Psychotherapie in das Behandlungskonzept dazu. PC zielt ab auf die Lebensqualität am Lebensende unheilbar kranker, sterbender Menschen und ihrer Angehörigen und richtet sich auf die Bedürfnisse der Betroffenen. PPs und KJPs können neben den anderen Berufsgruppen wie ÄrztInnen, PflegerInnen und SeelsorgerInnen einen unverzichtbaren Beitrag leisten, Leiden zu lindern und Lebensqualität zu sichern. Im Zusammenhang mit der zugrunde liegenden Krankheit und deren Verarbeitung, bei der Bewältigung des psychischen Stresses und beim Abschiednehmen reagieren unheilbar Kranke und deren Angehörige nicht selten mit psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Symptomen bzw. Störungsbildern, beispielsweise depressive Störungen, Suizidalität, Angststörungen, pathologische Trauer. Mit Blick auf die Sicherung der Lebensqualität müssen diese psychischen Auffälligkeiten genauso ernst genommen werden, wie körperliche Symptome. Die Identifizierung und Behandlung dieser Erlebens- und Verhaltensstörungen gehört in die Hand von ExpertInnen.

Die Zuweisung zu Psychotherapie sollte dabei nicht „zufällig“ erfolgen, sondern integraler Bestandteil von PC sein. Betroffene (Patienten und Angehörige) sollen sich also darauf verlassen können, dass ihnen

sämtliche spezifische psychologische/ psychotherapeutische Interventionen und Angebote zur Behandlung resp. Linderung psychischer Symptome zur Verfügung stehen.

Niedergelassene PPs/KJPs müssen sich an dieser spezialisierten ambulanten Versorgung insofern beteiligen, als dass sie sich in PC-Teams einbinden lassen. Dies bedeutet natürlich punktuell eine Veränderung der Zugangswege zu den Betroffenen und der Arbeitsweise, wenn PPs und KJPs Unterstützung und Behandlung in der Häuslichkeit und das innerhalb eines interdisziplinären Teams vornehmen.

Was sind spezielle psychotherapeutische Fähigkeiten/Kenntnisse, die in diesem Curriculum vermittelt werden sollen?

Im Hinblick auf das spezifische Fachwissen zu PC sollten die Psychotherapie-KollegInnen den anderen beteiligten Berufsgruppen in nichts nachstehen.

Deshalb halte auch ich das umfangreiche Curriculum von insgesamt 160 Stunden für richtig. Diagnostisches und Behandlungswissen, verschiedene psychotherapeutische Verfahren gehören zum Handwerkszeug der PPs/KJPs. Für die Mitarbeit in PC-Teams vermittelt werden müssen die Grundlagen zur inhaltlichen wie strukturellen Versorgung, die Nutzung spezifischer Dokumentationsinstrumente, das Wissen zur Situation todgeweihter Menschen und ihrer Familien und zu den Krankheitsverläufen. Vermittelt werden muss, wann und wie welche geeignete therapeutische Verfahren im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung eingesetzt werden sollten.

Der Fokus richtet sich nicht allein auf den chronisch und unheilbar kranken Menschen, sondern zugleich auf die ihm Nahestehenden/Angehörigen – auch das ist eine Besonderheit des Curriculums.

Psychologische PsychotherapeutInnen, die in der ambulanten palliativen Versorgung mitarbeiten wollen, müssen natürlich die Bereitschaft und Fähigkeit zur Teamarbeit mitbringen.

Frau Maaßen, Sie arbeiten seit vielen Jahren in der Einrichtung „Beratungsstelle für ältere Menschen und ihre Angehörigen“ – was sind Ihre Erfahrungen, welche Kenntnisse/Fähigkeiten sind im Umgang mit alten, evtl. kranken Menschen und deren Angehörige aus Ihrer Sicht wichtig?

Aufgabe dieser Beratungsstelle der HAMBURGISCHEN BRÜCKE, in der ich seit fast 20 Jahren arbeite, ist die Beratung, Begleitung und Unterstützung älterer, speziell gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen und ihrer Angehörigen in einem multiprofessionellen Team. Der besondere Schwerpunkt der Beratungsstelle liegt auf den demenziellen Erkrankungen. Handlungsleitendes Prinzip der Arbeit sind die Hilfe zur Selbsthilfe und die Sicherstellung von Lebensqualität unter den Bedingungen der Demenz.

Ich kenne die Verzweiflung der Betroffenen, mit einer unheilbaren, unerbittlich fortschreitenden Krankheit konfrontiert zu sein und ich weiß, welche bedeutsame Rolle die Angehörigen in der Behandlung, Pflege und Betreuung spielen.

Zum Konzept einer gerontopsychiatrisch orientierten Beratungsstelle gehört es, sich auf die älteren/alten Menschen und die Angehörigen einzustellen. Was Angehörige betrifft, so gilt es, sie in ihrer doppelten Rolle wahrzunehmen, nämlich als die zweiten Opfer der Erkrankung einerseits und als ExpertInnen für Betreuung und Pflege in der Familie andererseits. Weil sie Teil des Lebens des Erkrankten sind, ist es einerseits für das Wohl des erkrankten Menschen so wichtig, sie in alle Maßnahmen einzubeziehen, sie in ihren Kompetenzen zu stärken und zu nutzen. Weil sie unter den psychischen Belastungen als Mitbetroffene und als Betreuende häufig psychische Symptome entwickeln, brauchen sie andererseits selbst fachliche Hilfe, auch nach dem Tod des Kranken.

Versorgungsrealität ist, dass ältere, multimorbide Menschen, Menschen mit einer neurologischen Erkrankung und Menschen mit einer Demenz einen erheblichen Anteil der am Lebensende palliativ Versorgten ausmachen.

Im Zusammenhang mit einer unheilbaren Erkrankung eines Elternteils, welches nun in zunehmendem Maße auf Hilfe angewiesen ist, werden die erwachsenen pflegenden Kinder auf besondere Weise und unentrinnbar mit dem individuellen, lebensgeschichtlich gewachsenen Eltern-Kind-Verhältnis konfrontiert. Wenn alte, nicht oder nicht hinreichend bearbeitete Konflikte oder Traumatisierungen vorliegen, kommt es zu deren Reaktivierung. Während manche Angehörigen gerade in der Sterbephase der nahe stehenden Person in eine psychische Krise geraten, dekompensieren andere nach deren Tod. Das ist vor allem bei Abhängigkeitsbeziehungen der Fall, und hier sind natürlicherweise die an Jahren alten Lebenspartner besonders betroffen. Wir haben es also mit psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Menschen zu tun. Die Angehörigen brauchen effektive Behandlung, besonders im Krisenfall. Grundlegende Kenntnisse über die Situation (insbesondere Rollenverständnis, Konflikte, Belastungen) pflegender Angehöriger sind m. E. Voraussetzung für eine angemessene Psychotherapie.

Von älteren KlientInnen erfahre ich immer wieder, wie sehr sie das Sterben fürchten, dass sie sich einen schnellen Tod wünschen und dass sie ihn notfalls selbst herbeiführen wollen. Ein Drittel der alten Menschen würde sich, einer Studie zufolge, lieber umbringen (lassen), als sich der „menschenunwürdigen“ Behandlung in einem Krankenhaus oder Pflegeheim auszusetzen. Wenn sich ältere Menschen in den Phasen einer schweren, zum Tod führenden Erkrankung einer weit reichenden, auch psychotherapeutischen Begleitung sicher sein könnten, wenn sie wüssten, auf Wunsch gut versorgt zu Hause sterben zu können, würde sich das angstmindernd auf ihre Vorstellungen vom Lebensende auswirken. Speziell über Behandlungskonzepte für ältere, sterbende Menschen wissen wir allerdings noch wenig.

Vor dem Hintergrund nicht allein lebensgeschichtlicher, sondern auch historisch begründeter Erfahrungen kann es – davon wird heute ausgegangen – in einer Situation des drohenden Ausgeliefertseins (wie im Falle einer schweren Erkrankung oder bei völliger Abhängigkeit von anderen

im Falle von Schwerstpflegebedürftigkeit möglich) zu Traumareaktivierungen kommen. Hier ist psychotherapeutische Kompetenz gefragt. Für die Psychotherapie alter Menschen wichtig ist neben Kenntnis der Genese von Konflikten und Traumata des Erwachsenenalters das Wissen um historisch-politische Ereignisse. Darüber hinaus sollten sich Psychologische PsychotherapeutInnen mit dem eigenen Älterwerden auseinandergesetzt haben.

Kassenkritik an der ambulanten psychotherapeutischen Situation in Hamburg

In den letzten Wochen fanden mehrere Gespräche von Vorstandsmitgliedern mit VertreterInnen verschiedener Krankenkassen über die momentane psychotherapeutische Versorgung in Hamburg statt. Hierbei wurden uns verschiedene Probleme aus Sicht der Kassen vorgetragen:

- Im Bereich schwerer psychischer Erkrankungen stiegen die stationären Behandlungstage (und damit verbunden die Kosten) kontinuierlich an.
- Es gäbe erhebliche Schnittstellenprobleme zwischen stationärem Aufenthalt und anschließender ambulanter psychotherapeutischer Weiterbehandlung.
- Insbesondere schwerer erkrankte Versicherte hätten weiterhin Probleme, ambulante Behandlungsplätze zu finden. Die Zahl der Kostenerstattungsfälle – auch im Erwachsenenbereich – sei trotz eines offiziellen Versorgungsgrades im Bereich der Psychotherapie von 140% nach wie vor sehr hoch.
- Die Wartezeiten für Erstgespräche seien vielfach zu lang, manche Psychotherapeuten würden zeitweise gar keine Erstgespräche ermöglichen.
- Insbesondere berufstätige PatientInnen hätten es schwer, Behandlungsplätze zu finden: es würden zu selten Abendtermine bereitgestellt.
- Viele ambulante Kassenpsychotherapeuten würden ihren Versorgungsauftrag nicht ausfüllen und zu wenige Therapiesitzungen anbieten.
- Die Vergabe der Therapieplätze erfolge nicht nach Dringlichkeit und Schwere der Behandlung: jüngere, gut gebildete

und leichter Erkrankte würden bevorzugt.

- Therapiekontingente würden meistens ausgeschöpft, was den Verdacht der Unwirtschaftlichkeit nahe lege.
- Das Gutachtersystem erfülle seinen Zweck nicht, es könne doch nicht sein, dass 99% der Anträge befürwortet werden.

Die angesprochenen Fragen sollen im Rahmen der Kammergremien und in weiteren Gesprächen mit KassenvertreterInnen diskutiert sowie Lösungsvorschläge erarbeitet werden.

Verlängerung der Zulassung über das 68. Lebensjahr hinaus

Wir möchten alle kassenzugelassenen Kammermitglieder, die aus Altersgründen ihre Tätigkeit reduzieren wollen, darauf hinweisen, dass der Versorgungsauftrag auch reduziert werden und eine halbe Praxis zur Nachbesetzung ausgeschrieben werden kann. Die Kammer bittet, von dieser Möglichkeit im Interesse des Berufsnachwuchses und der PsychotherapiepatientInnen Gebrauch zu machen statt einfach die Tätigkeit zu reduzieren.

Fortbildungsnachweis

Der Countdown läuft.... Alle KV-zugelassenen Kammermitglieder hatten Ende 2008/Anfang 2009 von der KVH eine ausgesprochen unglücklich formulierte Mitteilung über ihren bisherigen Fortbildungspunktestand erhalten. In der Mitteilung war nicht nur irrtümlicherweise angegeben, dass die Ärztekammer die Punktekonten für die Hamburger PP und KJP führt, sondern auch die Rede von „angestellten“ PP und KJP. Zudem wurde darauf hingewiesen, dass Sie frühzeitig Ihr Zertifikat zum Nachweis der Fortbildungspunkte beantragen sollten.

Tun Sie das bitte **NICHT!!** sondern beachten Sie die nachfolgenden Hinweise:

- Sollten derzeit noch keine 250 Punkte (incl. 50 Punkte pauschal für Literaturstudium) auf Ihrem bei uns geführten Fortbildungspunktekonto erfasst worden sein, senden Sie uns bitte die

noch fehlenden Fortbildungsnachweise schnellstmöglich zu.

- Falls Sie zu der großen Masse derjenigen gehören, die schon weit mehr als 250 Punkte haben, schicken Sie uns bitte keine weiteren Nachweise (Danke !!).
- Sofern Sie der elektronischen Übermittlung des Fortbildungspunktekontos nicht widersprochen haben, übermitteln wir per 30.06.09 für alle Kammermitglieder, die seit dem 1.7.2004 oder davor eine KV-Zulassung haben, den Punktestand an die KVH.
- Falls Sie Ihre KV-Zulassung erst nach dem 1.7.2004 erhalten haben, erfolgt keine Übermittlung von Punkten. Für diesen (kleineren) Personenkreis und generell für die Zukunft muss noch ein Procedere mit der KVH besprochen werden.
- Alle KV-Zugelassenen erhalten über den elektronisch an die KVH übermittelten Punktestand eine schriftliche Bescheinigung/Zertifikat für Ihre Unterlagen. Dies passiert automatisch – bitte nicht nachfragen, wenn sich der Versand etwas verzögern sollte.
- Für alle KV-Zugelassenen deren Punktedaten per 30.06.09 übermittelt worden sind, beginnt am 1.7.2009 der nächste Fortbildungsnachweiszeitraum von 5 Jahren. Ihre bei uns bis zum 30.06.09 erfassten Fortbildungsveranstaltungen werden in der EDV archiviert, sind aber als „quasi verbraucht“ gekennzeichnet und für die Zukunft nicht mehr berücksichtigt.

Zum Schluss noch der Hinweis auf die uns immer noch nicht vorliegende Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Fortbildungspflicht für Angestellte. Sobald endgültige Informationen vorliegen, geben wir diese per Kammertelegramm weiter.

Qualitätsmanagement

Ende 2009 läuft für die KV-Zugelassenen unter Ihnen die Phase II der „Umsetzung“ des einrichtungsinternen Qualitätsmanagement aus. Bis dahin sollen entsprechend der Gesetzgebung, die Praxen das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement

eingeführt haben. Die Psychotherapeutenkammer Hamburg hatte Sie im Frühjahr 2008 zu einer Veranstaltung eingeladen, bei der eine Vertreterin der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen „Orientierungshilfen zum Qualitätsmanagement“, in Anlehnung an ISO-Normen vorgestellt hat. Einige Kammermitglieder hatten bei dieser Veranstaltung ihr Interesse angemeldet, konkrete Unterstützung bei der Erstellung eines individuellen Praxishandbuches zu erhalten.

Die Psychotherapeutenkammern Niedersachsen und Hamburg haben sich nun entschlossen, gemeinsam einen konkreten Vorschlag für ein Praxishandbuch für die ambulante psychotherapeutische Praxis zu erarbeiten. Das Handbuch soll konkrete Vorschläge für die Ablaufbeschreibungen der Arbeitsprozesse sowie einen Anhang mit zugehörigen Formblättern, Informationsmaterial für Patienten und Arbeitsmaterial für Diagnostik und Behandlung sowie einer einfach organisierten Dokumentenlenkung enthalten. Dabei sollen die Unterschiede der Psychotherapieverfahren und die Spezifika der Behandlung von Kinder- und Jugendlichen bzw. Erwachsenen Berücksichtigung finden.

Es ist geplant, Kammermitgliedern das Handbuch in Form einer CD – zur eigenen Überarbeitung – zum Selbstkostenpreis

zur Verfügung zu stellen. Mit der Fertigstellung ist Ende des 2. Quartals zu rechnen. Über das konkrete Erscheinungsdatum, die Kosten und Bestellung werden wir Sie rechtzeitig informieren.

Amtliche Bekanntmachung

Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg

Die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz hat am 29.01.2009 die nachfolgende Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung vom 12.11.2008 genehmigt:

Es wurde angefügt

§ 7

In Kraft treten

Diese Entschädigungs- und Reisekostenordnung tritt nach erfolgter Genehmigung und Veröffentlichung im Psychotherapeutenjournal rückwirkend zum 28. Mai 2008 in Kraft.

Erläuterung:

Bei der Beschlussfassung über die Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung am 28.05.2008 war der § 7 – In

Kraft treten – versehentlich nicht mit enthalten.

Satzungsänderungen Psychotherapeutenversorgungswerk

Die Delegiertenversammlung des Psychotherapeutenversorgungswerkes hat im Dezember 2008 zahlreiche Satzungsänderungen beschlossen. Neben rechtlichen Anpassungen sind auch die Bedingungen für den Rentenbezug von Neumitgliedern (Beitritt nach 1.1.2009) geändert worden. Wir bitten hierzu die in diesem Journal beigeheftete aktuelle Satzung des PWW zu beachten.

Geschäftsstelle

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

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Das vom Bundesgesundheitsministerium in Auftrag gegebene Forschungsgutachten zur Evaluation der Ausbildung von Psychologischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wird in Kürze veröffentlicht werden: Erste Ergebnisse zeigen eine weit größere Übereinstimmung unter den Psychotherapeuten, als viele von uns erwartet haben. Welche Konsequenzen die Forschungsgruppe aus den Ergebnissen ziehen und dem Bundesministerium vorlegen wird, ist im Einzelnen noch unklar. Auf jeden Fall sollen „die Weichen für eine zukunftsgerechte Reform der Ausbildung“ (wie es im Kommentar der Forschungsgruppe heißt) neu gestellt werden, um „den Veränderungen in der Psychotherapie und den Anforderungen an Therapeutin und Therapeuten Rechnung zu tragen“.



Jürgen Hardt

Das Gutachten ist als Bestandsaufnahme nach zehn Jahren Psychotherapeutengesetz (PTG) angelegt: Wo hat das Gesetz sich bewährt – und wo sind aus der praktischen Erfahrung Nachbesserungen sinnvoll? Eine Novellierung des PTG kann ein nächster Schritt sein. In diesem Falle sollten wir uns darüber im Klaren sein, dass dann psychotherapeutische Fachfragen in den politischen Gremien des Gesundheitswesens erörtert und entschieden werden. Diese Gremien werden von unterschiedlichen Interessengruppen besetzt, unter denen die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nur eine kleine Gruppe bilden. Wir werden nur

Gehör finden, wenn wir möglichst mit einer Stimme sprechen. Denn andere Gruppierungen werden ihren eigenen Interessen folgen und versuchen, Einfluss auf neue Regelungen zu nehmen. Das ist die alltägliche Konkurrenz in der Politikberatung, die wir Lobbyarbeit nennen.

Letztlich werden gewählte Gesundheitspolitiker entscheiden, wie die zukünftige Ausbildung und damit auch die zukünftige Praxis der Psychotherapie in der so genannten Gesundheitsversorgung geregelt sein werden. An Regelungen zur Ausbildung wird sich entscheiden, welchen Stellenwert Psychotherapie zukünftig in der Gesellschaft haben wird. Doch Gesundheitspolitiker sind nur ausnahmsweise mit den spezifischen Besonderheiten von Psychotherapie vertraut – auch, wenn sie meinen, Bescheid zu wissen. In vielen Details sind Politiker hingegen auf Beratung durch Fachkundige angewiesen.

Die scheinbare Misere für die Psychotherapie ist, dass sich fast jeder berechtigt und befähigt fühlt, über ihre Erfordernisse zu urteilen, weil jeder eine ungefähre Alltagsmeinung hat. Das eröffnet uns aber auch eine politische Chance, uns beratend einzumischen. Hier sind Sie alle als politisch mitdenkende Bürger gefragt. Wenn Belange der psychotherapeutischen Ausbildung und damit der zukünftigen Psychotherapie im politischen Raum verhandelt werden, sind Sie gefordert, den Politikern Interpretationen, das heißt Übersetzungs- und Auslegungshilfe, anzubieten. Nutzen Sie also alle politischen Kontakte, die sich Ihnen bieten, um die Belange einer fachlich hoch stehenden und anspruchsvollen Psychotherapie für die Zukunft zu sichern.

Ihr Jürgen Hardt
Präsident

Fortbildungsnachweise für KV-Behandler zum 30. Juni fällig

Das Wichtigste für KV-Behandler zuerst: Bitte nehmen Sie die Regelungen zur Fortbildungsverpflichtung ernst. Nicht erfolgte oder verspätet erfolgte Nachweise führen zwingend zum Honorarabzug.



Hans Bauer

Die Grundlage für die sozialrechtliche Fortbildungsverpflichtung findet sich in § 95d Abs.1 SGB V: *Der Vertragsarzt ist verpflichtet, sich in dem Umfang fachlich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Fortentwicklung der zu seiner Berufsausübung in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist. Die Fortbildungsinhalte müssen dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse auf dem Gebiet der Medizin, Zahnmedizin oder Psychotherapie entsprechen. Sie müssen frei von wirtschaftlichen Interessen sein.*

In weiteren Absätzen ist geregelt,

- dass der Nachweis **zum Ende eines jeden Fünfjahreszeitraumes** der Zulassung gegenüber der jeweiligen KV **zu erbringen** ist,
- dass die jeweilige KV verpflichtet ist, im Falle eines Verzuges das Honorar für die ersten vier Quartale des Verzuges **um je 10%, dann um 25% zu kürzen**. Nach Ablauf von zwei Jahren soll die KV einen Antrag auf Entzug der Zulassung stellen.

Ebenfalls ist auf Gesetzesebene geregelt, dass der Nachweis der Fortbildung über ein

Fortbildungszertifikat der Kammer erbracht werden kann. Darüber hinaus wurden die Kompetenzen der jeweiligen Beteiligten im Gesundheitswesen festgelegt: Der KBV wurde z. B. aufgetragen, den Umfang der Fortbildungsverpflichtung zu definieren, den jeweiligen Kammern, also für uns der Bundespsychotherapeutenkammer, wurde die Aufgabe zuteil, die Anforderungen an das Fortbildungszertifikat der Kammern zu definieren.

Die Darstellung verdeutlicht, dass die Handlungsspielräume auf Landesebene sehr eng sind. Die KV zum Beispiel ist verpflichtet, den Honorarabzug bei nicht erfolgtem Nachweis durchzuführen. Würde sie es unterlassen, müsste sie mit einem Einschreiten der Aufsicht rechnen.

Trotzdem gibt es natürlich Spielräume und insgesamt entstand ein erheblicher Diskussionsbedarf. Schon frühzeitig setzten wir uns deswegen mit der KV und der Landesärztekammer in Verbindung. Inzwischen sind klare Absprachen getroffen, in denen ein formales Vorgehen vereinbart wurde, das dem *Procedere* mit der Landesärztekammer entspricht.

Die KV-Hessen übergibt der Psychotherapeutenkammer Hessen **erstmalig für einen Testlauf gegen Ende des zweiten Quartals 2009 eine Datei mit den Namen unserer Mitglieder, deren Fortbildungsnachweis zum 30. Juni 2009 fällig wird.** Dies sind alle Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die zurzeit über eine Zulassung verfügen, über diese auch schon am 1. Juli 2004 verfügten, und keine Zeiten des Ruhens der Zulassung in der Zwischenzeit hatten – denn Letzteres würde zu einer

Verlängerung des 5-Jahreszeitraums führen. **Wir melden dann der KV alle diejenigen, die den Fortbildungsnachweis gegenüber der Kammer erbracht haben und die einer Weitergabe dieser Information an die KV nicht widersprochen haben.** Nach dem Stichtag 30. Juni 2009 erfolgt dann die erste offizielle Information an die KV. Der Datenschutzbeauftragte der Kammer, Herr Dr. Rainer Doubrawa, ist mit dem Verfahren einverstanden. Dieses Verfahren wird zukünftig regelmäßig wiederholt.

Zwar können Sie Ihre Fortbildungsnachweise auch direkt bei der KV einreichen. Wir halten dies aber nicht für zweckmäßig, da hier weniger Routine bezüglich der Prüfung psychotherapeutischer Fortbildung vorhanden ist und dies deswegen zeitliche Verzögerungen nach sich ziehen kann.

Für die Psychotherapeutenkammer Hessen wie auch für die Ärztekammer Hessen sind allein die Vorgaben der KV Hessen maßgeblich, die die maßgeblichen Entscheidungen zu treffen hat. Die Auslegungen der dortigen Juristen – so weit das Gesetz und die dazugehörigen Richtlinien überhaupt Auslegungen zulassen – bestimmen die Regelungen. Im Folgenden soll auf einige Diskussionspunkte eingegangen werden:

Zeiträume sind gesetzlich festgelegt: Die Zeiträume sind gesetzlich vorgegeben und unveränderbar. Anerkennbar sind Fortbildungspunkte, die im zugehörigen Fünfjahreszeitraum erworben wurden. Die KV akzeptiert aufgrund einer Übergangsregelung darüber hinaus Fortbildungspunkte aus zertifizierten Veranstaltungen ab Anfang 2002. Diese Regelung setzen wir

um. Sie beinhaltet auch von der KV anerkannte Qualitätszirkel. Nicht anerkennen können wir dagegen z. B. die Teilnahme an Interventionsgruppen oder Supervisionen in diesem „Vor“-Zeitraum, weil bei diesen regelmäßig eine Akkreditierung fehlt.

Verkürzung nicht möglich: Es ist nicht möglich, den Fünfjahreszeitraum zu verkürzen, wenn die notwendigen 250 Punkte bereits erreicht sind. Die KV Hessen sieht keinen juristischen Spielraum in der Gesetzeslage.

Eine Übertragung von Punkten aus dem vorherigen Zeitraum ist ebenfalls nicht möglich, diese verfallen. Da die Vorschrift regelt, dass in dem Zeitraum, in dem behandelt wird, auch die Fortbildung zu absolvieren ist, müssen im neuen Fünfjahreszeitraum ebenfalls wieder 250 Fortbildungspunkte geleistet werden.

Bitte reichen Sie Ihre Fortbildungsnachweise möglichst frühzeitig bei der Kammer ein. Bedenken Sie, dass die Prüfung Zeit benötigt und wir an die Fristenregelungen gebunden sind. Wenn uns Nachweise nach dem jeweiligen Stichtag erreichen, können wir der KV keine zeitgerechte Information zukommen lassen. **Ein Honorarabzug für ein Quartal ist dann die zwingende Folge.** Bei frühzeitiger Einreichung besteht auch die Chance, im Falle einer nicht anerkennungsfähigen Veranstaltung eventuell noch eine notwendige, zusätzliche Fortbildung zu absolvieren und fristgerecht nachzuweisen (weitere Hinweise finden Sie unter www.ptk-hessen.de/ptj).

*Hans Bauer
Vizepräsident*

Ist irren noch menschlich? – Bericht zur Gemeinsamen Fachtagung der LÄK und LPPKJP Hessen am 23. und 24. Januar 2009, Haus am Dom Frankfurt

„Ist Irren noch menschlich?¹ Strukturwandel im Gesundheitswesen und seine Auswirkungen auf psychotherapeutisches Handeln“ – unter diesem Titel veranstalteten die Landesärztekammer (LÄK) und die Landeskammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Ju-

gendlichenpsychotherapeuten – (LPPKJP Hessen) am 23. und 24. Januar 2009 eine gemeinsame Fachtagung.

Cornelia Krause-Girth, Professorin für klinische Psychologie an der Fachhochschule Darmstadt, begrüßte als ärztliche

Vorsitzende des gemeinsamen Beirats der beiden Schwesterkammern die rund 200 Teilnehmer und verlas Grußworte der Hessischen Sozialministerin und Hessi-

¹ Sehen Sie unsere Bildergalerie zur Fachtagung unter www.ptk-hessen.de/ptj.

sche Ministerin für Wissenschaft und Kunst **Silke Lautenschläger**, in denen diese die Notwendigkeit der Zusammenarbeit von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten bei der Versorgung psychisch erkrankter Menschen betonte. Krause-Girth erinnerte in ihren Einführungsworten daran, dass inzwischen 1% der Patienten in der ambulanten Versorgung Psychotherapiepatienten darstellen, der tatsächliche Bedarf aber bei ca. 7% anzusiedeln ist.

„Neopsychische Erkrankungen“ und der dritte Sozialraum

Die Veranstaltung begann mit einem Vortrag von Professor **Klaus Dörner**, bekannt als einer der Väter der sozialpsychiatrischen Bewegung in Deutschland. Der Titel seines, gemeinsam mit Dr. Ursula Plog 1978 verfassten Buches „Irren ist menschlich“, das längst zum Klassiker wurde, inspirierte die Veranstalter zum Motto der Tagung. Dörner führte zunächst in das Konzept des Sozialraums ein. Er betonte, dass unter sozialpsychiatrischer sowie gerontopsychiatrischer und -soziologischer Sichtweise der dritte Sozialraum zunehmend an Bedeutung gewinne. Der dritte Sozialraum ist der Bereich gegenseitiger Bürgerhilfe und wird auch als Integrationsraum bezeichnet. In diesem Sozialraum könnten, so Dörner, Menschen – gesunde und kranke – ihre „Tagesdosis an Bedeutung für andere“ erhalten.

Diese Dosis, so die Argumentation Dörners, stelle den wesentlichen Baustein zur Prävention und Kuration psychischer Erkrankungen dar. Der Anstieg an Depressionen und Angsterkrankungen, die er „Neopsychische Erkrankungen“ nannte, könne in folgendem Zusammenhang gesehen werden: Die Menschen hätten in den letzten Jahrzehnten gelernt, auf Probleme mit Selbstzentrierung, Selbstoptimierung und Selbstverwirklichung zu reagieren und dabei die Bedeutung des Anderen für die seelische Gesundheit vergessen. Als weiteren Einflussfaktor für das Auftauchen und den Anstieg der „Neopsychischen Erkrankungen“ machte Dörner marktwirtschaftliche Mechanismen im Gesundheitswesen aus. Diese Mechanismen würden zu Spezialisierungsbedürfniswellen („Marktnischen“) bei Experten führen (z. B. Aufmerksamkeitsstörungen, Traumata), für die der

Marktlogik folgend dann auch Patienten benötigt würden.

Abschließend verwies Dörner auf die Worte der Begründerin der themenzentrierten Interaktion Ruth Cohn: „Wenn ich einem anderen Menschen weniger gebe, als er braucht, dann ist das Diebstahl. Wenn ich ihm mehr gebe, als er braucht, dann ist das Mord.“ Mit diesem Zitat betonte Dörner, dass es ihm wichtig sei, Patienten nicht mehr an Behandlung zukommen zu lassen, als sie unbedingt benötigen. Empowerment und Hilfe zur Selbsthilfe seien wichtige Elemente der Sozialpsychiatrie. Hier sehe er eine Aufgabe der Heilberufekammern, nämlich eine Disziplinierung ihrer Mitglieder, Therapien nicht über das Notwendige hinaus fortzuführen. Diese These von Prof. Dörner blieb in der Diskussion nicht unwidersprochen. Außerdem wurde überlegt, weshalb sich die Heilberufe und die Gesellschaft im Allgemeinen kaum gegen Ökonomisierungstendenzen und Administrationsperfektionismus im Gesundheitswesen formieren.

Als Vorsitzende des Gemeinsamen Beirats von LÄK und LPPKJP eröffnete **Sabine Eckert**, analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin aus Offenbach, den Samstagmorgen. Sie machte darauf aufmerksam, dass der durch die administrative und ökonomische Rationalisierung genährte Wunsch nach Transparenz und Einblick in Behandlungsprozesse die Psychotherapie in ihrem Kern bedroht. Wie diese ökonomistische Rationalität auf die Beziehung zwischen Psychotherapeut und Patient Einfluss zu nehmen drohe, werde die Heilberufe noch länger beschäftigen. Sie machte nochmals klar, dass der Schutz der therapeutischen Beziehung zur Essenz des professionellen Selbstverständnisses von Psychotherapeuten gehöre.

Dr. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident der Landesärztekammer, rückte in seinem Grußwort in den Fokus, dass Psychotherapie und psychische Erkrankungen bedauerlicherweise immer noch mit Stigmatisierung verbunden seien – das gelte gleichermaßen für Patienten, deren Angehörige und Behandler. Aufgrund der wachsenden Häufigkeit psychischer Erkrankungen sei es Aufgabe der

Ärzttekammer, psychotherapeutische Heilkunde für Ärzte attraktiver zu machen.

Jürgen Hardt, Präsident der LPPKJP, erkundete in seinen Einführungsworten geschichtliche Spuren des „errare humanum est“, das zum Motto der Tagung angeregt hatte: „Irren können, ist ein Grund von Menschlichkeit: an ihm hat die hybride Selbsterlichkeit ihre Grenze. [...] Das heißt zugleich, im Irrtum, im Wahn befangen sein, gehört zwangsläufig zu wahren Menschsein, wird notwendiger Weise immer wieder geschehen, weil es mit dem Menschen unlösbar verbunden ist. Der Mensch muss, so die wiederkehrende Mahnung der großen Tragödien, bescheiden annehmen lernen, dass er nicht nur aus eigener Kraft in der Lage ist, sein Irren zu erkennen, sondern dass er Einsicht in seine Grenzen und die Beziehung zum Anderen braucht, den Irrtum zu heilen und sich aus dem irrenden Eigensinn zu befreien.“

„Gigantischer Zerstörungsprozess...“

Den ersten Vortrag mit dem Titel „Wa(h)re Gesundheit“ hielt Dr. med. **Bernd Hontschik**, Chirurg aus Frankfurt, Vertreter der integrierten Medizin nach Thure von Uexküll und Kolumnist der Frankfurter Rundschau. Er eröffnete seinen Vortrag mit der Feststellung, dass er einen „gigantischen Zerstörungsprozess“ im Gesundheitssystem beobachte. Dieser Zerstörungsprozess rechtfertige sich mittels dreier Lügen: 1. Es gebe eine Kostenexplosion im Gesundheitssystem; 2. Deutschland habe zu hohe Lohnnebenkosten; 3. Aufgrund der Überalterung der Gesellschaft sei das Gesundheitssystem nicht mehr bezahlbar.

Am Beispiel der Diskussion um die E-Card und die Behandlungsleitlinien verdeutlichte Hontschik die zerstörenden Wirkungen des ökonomischen Industrialisierungsprozesses auf die Heilberufe und das Gesundheitssystem, in welchem inzwischen immerhin jeder zehnte Beschäftigte in Deutschland arbeitet. Was Behandlungsleitlinien angeht, so brachte Hontschik Beispiele, bei denen die Nichtbeachtung dieser juristische Konsequenzen gezeitigt hätten. Er urteilte, dass es für jedes der neuen Steuerungs- und Verwaltungsinst-

rumente im Gesundheitsbereich für sich alleine genommen – sei es die E-Card, die Leitlinien, Qualitätssicherung und -management oder neue Vertrags- und Versorgungsformen – immer auch gute Gründe und sinnvolle Aspekte gebe. Erst im Zusammenwirken all dieser Mosaiksteine werde das zerstörerische Potenzial auf das Kulturgut solidarische Krankenversorgung verständlich.

In der Diskussion wurde deutlich, dass Leitlinien nicht nur als negativ angesehen werden. Eine Neurologin äußerte, dass sie manchmal dankbar für Leitlinien sei, da sie die Fülle der Publikationen in ihrem Fachgebiet nicht bewältigen könne.

Zur ethischen Legitimität „externer Steuerungsanreize“

Den zweiten Samstagsvortrag gestaltete **Johannes Fischer**, Professor für theologische Ethik am Institut für Sozialethik der Universität Zürich. Er argumentierte, es sei ethisch nicht verwerflich, auch im Gesundheitssystem mit marktwirtschaftlichen Steuerungsmechanismen zu arbeiten. Nur so, etwa mithilfe „externer Steuerungsanreize“ (z. B. finanzieller Art), könne sicher gestellt werden, dass Ärzte und Psychotherapeuten bei ihrem Handeln das Wohl der Solidargemeinschaft im Blick behielten und nicht nur jenes ihrer direkten Patienten. Zudem sei die Berücksichtigung ökonomischer Parameter für heilkundlich Tätige nichts Neues: Seit je her müssten Praxisinhaber ökonomisch haushalten. Er betonte jedoch, dass es entscheidend sei, ökonomische Steuerung nicht mit Ökonomismus zu verwechseln. Bei letzterem würden die faktischen Präferenzen des Konsumenten mit dem wohlverstandenen Guten gleichgesetzt – im Vertrauen auf die Selbstorganisation des Marktes zum Besten aller durch die berühmt-berüchtigte „unsichtbare Hand“ von Adam Smith. Es sei notwendig, genau abzuwägen, wo ökonomische Anreize sinnvoll seien und wo nicht. Es müsse gefragt werden, so Fischer weiter, welche Aspekte des therapeutischen

Ethos und der therapeutischen Beziehung durch ökonomische Anreize nicht gefährdet werden dürfen. Seine Empfehlung an die Therapeuten lautete, nicht mit funktionaler, sondern mit moralischer Ethik zu argumentieren: Die therapeutische Beziehung sei nicht nur deshalb schützenswert, weil sie zum Erfolg einer Therapie wesentlich beitrage (funktionale Argumentation), sondern aufgrund der Achtung und Würde des Menschen als Person (moralische Argumentation).

Fortschritte durch das PTG – und „was so nicht gewollt war...“

Den letzten Vortrag am Vormittag hielt **Helga Kühn-Mengel**, Diplom-Psychologin, Mitglied der SPD-Fraktion im deutschen Bundestag und Beauftragte der Bundesregierung für Patientinnen und Patienten. Sie lobte ausdrücklich den Beitrag des PsychThG zur Gesundheitsversorgung. Mit dem Gesetz sei für Patienten transparenter geworden, wer Psychotherapeut mit welchen Qualifikationen ist. Nach zehn Jahren Erfahrung mit dem Gesetz könne außerdem gesagt werden, dass die psychotherapeutische Versorgung auf hohem Niveau stattfinde. Als vom Gesetzgeber bei der Vorbereitung des PsychThG nicht intendiert bezeichnete sie die Verengung der psychotherapeutischen Versorgung auf sehr wenige Richtlinienverfahren, wie sie aktuell durch die sozialrechtliche Ablehnung der Gesprächspsychotherapie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vorangetrieben und zementiert wurde. Dies sei auch nicht im Sinne der Patienten, wie sie aus ihrer Funktion als oberste Patientenbeauftragte Deutschlands heraus betonte. Sie begrüßte die berufsrechtliche Anerkennung der Systemischen Therapie/Familientherapie ausdrücklich, befürchtete jedoch auch für diese ein sozialrechtliches Scheitern.

Am Nachmittag fanden vier Arbeitsgruppen statt, die sich im Abschlussplenum zur Veranstaltung vorstellten.

Eine Arbeitsgruppe, in welcher der Kinderpsychiater Professor **Klaus Schmeck** von den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel referierte, beschäftigte sich mit „Sinn und Unsinn von Qualitätssicherung“. In einer weiteren Arbeitsgruppe wurden von **Wolfgang Schwerd**, Psychologischer Psychotherapeut aus Fulda, Vertragsmodelle zu neuen Versorgungsformen vorgestellt. Eine andere Arbeitsgruppe widmete sich der stationären Psychotherapie in der Rehabilitation. Der Referent der Arbeitsgruppe Dr. **Jürgen Döring** von der Klinik am Hainberg in Bad Hersfeld machte darauf aufmerksam, dass der stationäre Psychotherapiebereich bereits viel stärker „durchökonomisiert“ sei als der ambulante. Last but not least beschäftigte sich eine Arbeitsgruppe mit dem Reizthema „E-Card“, die dann später im Plenum bezeichnenderweise „Ihhh...-Card“ genannt wurde. Dr. **Stefan Pollmächer**, Arzt aus Kassel, informierte über die technischen Möglichkeiten, Details und Voraussetzungen der E-Card.

In den Abschlussstatements zur Veranstaltung sagte Krause-Girth, dass die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer gegen die Einführung der E-Card votiert habe. Dr. **Ulrich Müller** informierte, dass es zur E-Card bereits zwei Resolutionen seitens der LPPKJP gab. Zudem wies er darauf hin, dass es auf eine hessische Initiative hin eine entsprechende Resolution auch auf dem Deutschen Psychotherapeutentag gab. Insgesamt wurde die Veranstaltung sehr positiv bewertet. Es wurde begrüßt, dass Psychotherapeuten dreier Grundberufe aus ganz Hessen zusammengekommen seien; hierfür sei der zentrale Veranstaltungsort Frankfurt besonders geeignet gewesen. Auch wurden die Vielfalt der Themen und das Niveau der Vorträge hervorgehoben. Besonders dankbar war man zudem dafür, dass auch gesellschaftliche und philosophische Implikationen heilberuflichen Handelns berücksichtigt wurden. Eine weitere Veranstaltung in diesem Rahmen wurde allgemein sehr befürwortet.

MO

Bericht von der 6. DV der 2. Wahlperiode

7. – 8. November 2008 tagte die Delegiertenversammlung der Kammer in Offenbach. Eingangs fand ein mehrstündiges

Plenum zu dem Thema „Kooperation der verschiedenen psychotherapeutischen Strömungen in der Kammer“ statt. Vertre-

ter der in der DV vertretenen Listen brachten eine große Vielfalt an Gedanken in die Diskussion ein, teils mit stärker fachlichem,

teils mit stärker berufs- und kammerpolitischem Bezug, teils sehr konkret, teils aber auch mit hohem Abstraktionsniveau. Ein echtes Resümee konnte nicht gezogen werden; es besteht die Absicht, zu einem späteren Zeitpunkt stärker fokussiert weiter zu diskutieren.

Die *Finanzthemen* der Tagesordnung waren eine Änderung der Aufwandsentschädigungsordnung, die Verabschiedung des Haushaltsplans für 2009 und die Änderung der Beitragsordnung. Nachdem die Höhe der *Aufwandsentschädigungen* für die ehrenamtlich Tätigen seit Kammergründung nahezu unverändert war, befürwortete eine große Mehrheit der Delegierten den Vorschlag von Finanzausschuss und Vorstand, die Entschädigungen ab Anfang 2009 um 5% anzuheben. Der besonders hohe Zeiteinsatz von Präsident und Vizepräsident wurde mit einer leicht darüber liegenden Erhöhung gewürdigt. Angesichts einer Erhöhung der Lebenshaltungskosten um etwa 8% in dem Vergleichszeitraum und steigenden Einkommen von Niedergelassenen und Angestellten wurde die Anpassung von den beantragenden Gremien als angemessen erachtet.

Einstimmig (bei wenigen Enthaltungen) verabschiedete die Delegiertenversammlung

den *Haushalt 2009*. Bei gleich bleibender Beitragshöhe ist der Haushalt defizitär angelegt, wodurch zum Ausgleich ein Rückgriff auf die Rücklage erforderlich wird (Details zum Haushaltsplan siehe unter www.ptk-hessen.de/ptj im Mitgliederbereich).

Weitere Schwerpunkte lagen bei der Beitragsordnung (s. u.), der Berufsordnung und der Wahlordnung für die Delegiertenversammlung. Bei beiden Ordnungen erfolgte eine erste Lesung. Der Ausschuss für Ethik und Berufsordnung legte einen Entwurf für die *Aktualisierung der Berufsordnung* vor, der – bei Beibehaltung eigener Akzente – eine weitgehende Angleichung an die Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer vorsieht. Die Verabschiedung ist für die Delegiertenversammlung Ende April 2009 vorgesehen.

Dann soll auch eine *Wahlordnung* verabschiedet werden. Das wird notwendig, weil das Heilberufsgesetz die Kompetenz hierfür den Kammern übertragen hat und damit der ministeriellen Wahlordnung die Rechtsgrundlage entzogen. Eine Kommission der Delegiertenversammlung legte einen ersten Entwurf vor, in den auch Anregungen der Wahlleiter der Delegiertenwahl 2006 eingegangen sind. Darüber hinaus

arbeitete sie einige Alternativüberlegungen aus, was Gelegenheit zu einer Reihe von Richtungsentscheidungen für die weitere Präzisierung gab.

Die Delegiertenversammlung befasste sich außerdem mit den Themen *Aus-, Fort- und Weiterbildung*, änderte die *Satzung* in zwei Punkten (siehe am Ende der Hessenseiten) und verabschiedete eine *Geschäftsordnung*, die für ihre eigenen Beratungen gilt.

Abschließend fasste die DV Beschluss über *zwei Resolutionen*:

Sie fordert einen *sozialpolitischen Richtungswechsel*, indem die Förderung der Erziehungsberatung durch das Land wieder aufgenommen wird. Hierin weiß sie sich mit dem Vorstand der Landesarbeitsgemeinschaft Erziehungsberatung und den Sozialverbänden einig.

In einer weiteren Resolution werden *gemeinsame Positionen zur Zukunft der Berufe PP und KJP* festgehalten, insbesondere die Notwendigkeit einer wissenschaftlichen Qualifikation, auch für den Zugang zur KJP-Ausbildung, wie sie nur ein Masterabschluss vermitteln kann.

RR

Nachrichten

Neue Beitragsordnung in Kraft getreten

Seit 2009 gilt in Hessen eine neue Beitragsordnung, die die Delegiertenkonferenz im November 2008 beschlossen hat. Sie bringt eine Entlastung für neu approbierte Berufsanfänger und mehrere Vereinfachungen, die helfen sollen, den Bearbeitungsaufwand zu begrenzen.

Künftig sind Mitglieder im Jahr der Approbation beitragsfrei, in den beiden Folgejahren zahlen sie grundsätzlich nur den Mindestbeitrag. Erst danach werden sie entsprechend der Einkünfte eingruppiert.

Abgeschafft wird die vorläufige Einstufung. Wenn der maßgebliche Nachweis der Einkünfte, im Jahr 2009 also über die Einkünfte im Jahr 2007, noch nicht vorliegt, wird

der Beitrag unter Hinzuziehung der Einkünfte im Jahre 2006 geschätzt. Wer mit dem Ergebnis der Schätzung nicht einverstanden ist, muss fristgerecht Widerspruch einlegen und hat dann noch maximal drei Monate Zeit, die Einkünfte des Jahres 2007 nachzuweisen.

Krankenhausfinanzierung und Vergütung für die praktische Tätigkeit

Die Reform der Krankenhausfinanzierung bot den Psychotherapeutenkammern Gelegenheit, eine neue Initiative für die angemessene Vergütung der praktischen Tätigkeit in der Psychotherapeutenausbildung zu ergreifen: Die Bundespsychotherapeutenkammer forderte in ihrer Stellungnahme zu dem Gesetzentwurf eine Refinanzierung für die Krankenhäuser, die

Länderkammern unterstützten die Forderung durch Lobbyarbeit.

Fünfzehn hessische Bundestagsabgeordnete aller Fraktionen erhielten ein Schreiben der Psychotherapeutenkammer Hessen, in dem die unhaltbare Situation geschildert und um Abhilfe im Rahmen der Krankenhausfinanzierung geworben wurde. Die Antworten der Abgeordneten von CDU, SPD, BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN und FDP zeigten zwar Verständnis für das Anliegen, verwiesen aber ausnahmslos auf das Forschungsgutachten zur Psychotherapeutenausbildung. Aufgrund der durch das Gutachten gewonnen Erkenntnisse wollte man dann prüfen, welche Reformschritte in der Frage der Ausbildungsvergütung für Psychotherapeuten notwendig sind. Zu unserem Bedauern zeigte keine der

Fractionen Bereitschaft, bereits heute eine Refinanzierungsmöglichkeit zu schaffen, ohne die den Kliniken die Zahlung einer angemessenen Vergütung nicht möglich sein wird. Von der Fraktion DIE LINKE haben wir keine Antwort erhalten.

Weiterbildungskommission der Bundeskammer

Der 13. Deutsche Psychotherapeutentag hat die Einrichtung einer Kommission beschlossen, die sich mit den kontroversen Positionen zur Musterweiterbildungsordnung befassen soll. Aus Hessen wurde Jörg Hein (QdM) berufen. Weitere Mit-

glieder dieser Kommission sind Dr. Andrea Benecke, Martin Klett, Dr. Josef Könnig, Barbara Lubisch und Dr. Bruno Waldvogel sowie für den Vorstand der BPTK Andrea Mrazek.

Vorsitzwechsel Ausschuss Wissenschaft und Forschung, Hessen

Der Vorsitz des Ausschusses Wissenschaft und Forschung wird – wie bereits in der 1. Wahlperiode – geteilt. Verabredungsgemäß ging daher mit der 6. DV der Vorsitz von Jörg Hein (QdM) auf Dr. Hildegard Felder (Psychodynamische Liste) über.

Veröffentlichungshinweis „Verloren in virtuellen Welten – Computerspielsucht im Spannungsfeld von Psychotherapie und Pädagogik“

Im Mai wird im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht das Buch mit Beiträgen der Fachtagung vom September 2008 erscheinen. Es wird ca. 160 Seiten umfassen und voraussichtlich 19,90 € kosten. Mehr Information finden Sie unter <http://www.v-r.de/de/titel/1001004129/>.

Rubriken

Termine

- 24. und 25. April 2009, Delegiertenversammlung, Butzbach / Nieder-Weisel Hotel Johanniter (Die Johanniter)
- 08. und 09. Mai 2009: Gesundheit und kulturelle Vielfalt, Basiskurs, Modul 1: Migration – Integration, Bad Nauheim (in Kooperation mit der LÄK)
- 10. und 11. Juli 2009: Gesundheit und kulturelle Vielfalt, Aufbaukurs, Modul 2: Östliches Europa, Balkan und die GUS, Bad Nauheim (in Koopertion mit der LÄK)
- 18. – 19. September 2009: 5. Hessischer Psychotherapeutentag, Frankfurt

- 30. und 31. Oktober 2009, Delegiertenversammlung; der Tagungsort wird noch bekanntgegeben.

Gedenken

Wir gedenken unserer verstorbenen Kollegen:

Dipl.-Psych. Sigrid Roßkopf-Hügel, Darmstadt, geb. 24.12.1954, gest. 16.09.2008.

Dipl.-Psych. Franz Bernwald Schlia, Alsfeld, geb. 25.01.1953, gest. 22/23.09.2008.

Dipl.-Psych. Joachim Roether, Frankfurt, geb. 19.01.1944, gest. 27.11.2008.

Aktuelle Termine und Informationen finden Sie immer aktuell unter www.ptk-hessen.de/ptj.

Redaktion Hessische Kammerseiten:

Uta Cramer-Düncher, Stefan Baier
E-Mail: ptj@ptk-hessen.de
Hessenseiten des Psychotherapeutenjournal im Internet: www.ptk-hessen.de/ptj

Geschäftsstelle

Gutenbergplatz 1
65187 Wiesbaden
Tel. 0611. 53168 0
Fax 0611. 53168 29
E-Mail: post@ptk-hessen.de
Internet: www.ptk-hessen.de

Öffentliche Bekanntmachung: Satzungsänderung

Die nachfolgende Änderung der Satzung wird hiermit bekannt gemacht:

Am 8. November 2008 hat die Delegiertenversammlung der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten die folgenden Änderungen der Satzung (zuletzt geändert am 17. Mai 2008) beschlossen:

§ 15 (2) wird ergänzt:

„Die Mitglieder der KJP-AG wählen unter ihren Mitgliedern einen Sprecher, bzw. eine Sprecherin sowie einen Stellvertreter bzw. eine Stellvertreterin.“

§ 8 Abs. 5 Satz 1 der Satzung wird wie folgt neu gefasst:

„Satzungsänderungen sowie Beschlussfassungen zur Wahlordnung (§ 15 Abs. 1 Heilberufsgesetz) bedürfen einer 2/3-Mehrheit der satzungsmäßigen Anzahl der Delegierten.“

Wiesbaden, den 11. November 2008

gez. Jürgen Hardt
Präsident

Die Änderung wurde vom Hessischen Sozialministerium am 18. November 2008 (Az.: V 1 18b 2420) genehmigt.

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der 2. Niedersächsische Psychotherapeutentag war – auch im wörtlichen Sinne – ein „voller“ Erfolg; Sie finden einen ausführlichen Bericht weiter unten auf diesen Seiten. Mittlerweile haben wir bereits die Vorbereitungen für den 3. Psychotherapeutentag aufgenommen, der voraussichtlich im Oktober 2010 in Hannover in enger Kooperation mit den Psychologischen Instituten der Universitäten in Braunschweig, Göttingen und Osnabrück zu den Themen Schmerz, somatoforme Störungen und chronische Depressionen stattfinden wird.

Ebenfalls gut besucht bis ausgebucht waren die *palliativ-psychotherapeutischen Fortbildungen für PP und KJP* im Herbst 2008; wir haben daher beschlossen, diese Reihe zu wiederholen, und zwar wahrscheinlich im Frühjahr 2010.

Neu konzipiert wird eine *Fortbildungsveranstaltung zur Notfallpsychotherapie*, und zwar schon für September 2009. Die PKN ist zusammen mit dem Vorstandsbeauftragten Dr. Christoph Kröger (Psychologisches Institut der TU Braunschweig) seit längerem zu diesem Thema aktiv – es erscheint jetzt an der Zeit, Kolleginnen und Kollegen die Möglichkeit zu geben, sich zu diesem Themenbereich weiter zu qualifizieren; angestrebt ist dabei eine Kooperation mit dem Innenministerium, das sein Interesse an entsprechend qualifizierten Psychotherapeuten artikuliert hat.

Als Fortsetzung der *Forensiktagung* im Jahr 2007 in Königslutter findet eine Tagung zum Thema „*Forensische Begutachtung durch PP und KJP*“ am 28.11.09 statt, diesmal in Hannover. Das Besondere an dieser Tagung, die sich in gleicher Weise an PP/KJP, forensische Psychiater und Juristen richtet, ist, dass sie in enger Zusammenarbeit mit dem Justizministerium konzipiert und durchgeführt wird.

Damit wird eine Entwicklung fortgesetzt, die sich auch schon in der Abstimmung zur psychotherapeutischen *Behandlung von Straftätern außerhalb des Strafvollzugs* (s. die Information weiter unten in diesem Heft) niedergeschlagen hat.

Die Weiterbildungsordnung auch unserer Kammer sieht vor, dass im Bereich Neuropsychologie qualifizierte und in der Praxis erfahrene Mitglieder nach einer Übergangsregelung die Zusatzbezeichnung „Klinische Neuropsychologie“ beantragen können. Zur Entscheidung über entsprechende Anträge haben jetzt die Psychotherapeutenkammern Bremen und Niedersachsen einen *gemeinsamen Prüfungsausschuss* eingerichtet; entsprechende Anträge können ab jetzt an die Geschäftsstellen der beiden Kammern gerichtet werden.

Sie werden sich erinnern: Der QS-Ausschuss unserer Kammer hatte eine Orientierungshilfe zum Qualitätsmanagement entwickelt, die weit über Niedersachsen hinaus Beachtung fand. Eine Kollegin unserer Kammer hat darauf aufbauend ein Praxishandbuch entwickelt, das die Orientierungshilfen in detaillierte Ablaufbeschreibungen mit allen dazugehörigen Formblättern usw. „übersetzt“. Die PKN hat mit Zustimmung der Kammerversammlung die Rechte an diesem Handbuch erworben und wird es – auf alle Richtlinienverfahren erweitert und angepasst – Ihnen voraussichtlich im 2. Quartal 2009 zum Selbstkostenpreis zur Verfügung stellen. **Wir freuen uns, dass wir Ihnen mit diesem Handbuch die Möglichkeit bieten können, ohne weiteren finanziellen und organisatorischen Aufwand ein eigenes Qualitätsmanagementhandbuch zu erstellen, das den von der KV gestellten Anforderungen gerecht wird.**

Am 7.11.08 fand ein Treffen des Vorstands mit Vertreterinnen und Vertretern der

Gruppen in der Kammerversammlung zu *neuen Versorgungsformen* statt, auf dem – gemeinsam mit Frau Dr. Rüping – die mit den Gesetzesänderungen aus den vergangenen Jahren resultierenden neuen Möglichkeiten der Niederlassung vorgestellt und erörtert wurden.

In diesen Kontext gehört auch ein Treffen des Vorstands am 13.3.09 mit unseren psychotherapeutischen Mitgliedern in der Vertreterversammlung der KVN, dem Hauptgeschäftsführer der KVN und wiederum Frau Dr. Rüping zum Thema „Nachfolge halber Praxissitz“. Dabei geht es um die Frage, ob bei einer – mittlerweile ja vom Gesetzgeber eindeutig vorgesehenen – Aufteilung eines Kassensitzes in zwei halbe Sitze das Leistungsvolumen auf 50% des Vorjahresquartals begrenzt werden kann (wie es die KVN sieht), oder ob die 50% die Hälfte des Leistungsvolumens eines voll ausgelasteten ganzen Praxissitzes sein sollen, wie es unsere juristischen Experten der Landes- und Bundeskammer sehen. Die PKN wird zu diesem Thema im Interesse der Kolleginnen und Kollegen, die sich langsam aus ihrer Berufstätigkeit zurückziehen wollen, aber vor allem im Interesse der jungen PKN-Mitglieder, die auf einen Berufseinstieg warten, weiter auf Klärung in unserem Sinne drängen. Über die Ergebnisse unserer Bemühungen werden wir aktuell auf unserer homepage berichten.

Zum Schluss ein uns besonders wichtiges Anliegen:

Mitte März 2010 werden die Gremien der PKN neu gewählt. Auch wenn wir im Psychotherapeutenjournal noch einmal ausführlich auf Procedere und Termine hinweisen werden, wenn weitere Details festgelegt sind, so möchten wir doch heute schon darum werben, dass Sie eine Kandidatur für die Kammerver-

sammlung ins Auge fassen. Eine solche Kandidatur lässt sich am einfachsten über Berufsverbände realisieren, die Listen für die Kammerwahl zusammenstellen werden, aber auch Einzelkandidaturen sind möglich ebenso wie Zusammenschlüsse von Kandidaten etwa einer Region oder

einer Berufsgruppe. Lassen Sie sich die Chance, in der Berufspolitik, bei der Vertretung der Interessen von PP und KJP in unserem Bundesland und darüber hinaus mitzuwirken, nicht entgehen! Wenn sie Fragen zur Kandidatur haben, steht ihnen die Geschäftsstelle und jedes Vorstands-

mitglied selbstverständlich auch jetzt schon beratend zur Seite.

Ihr PKN-Vorstand:

Dr. Lothar Wittmann, Gertrud Corman-Bergau, Werner Köthke, Bertke Reiffen-Züger, Prof. Dr. Hans-Joachim Schwartz

Kindheit in der Psychotherapie

2. Niedersächsischer Psychotherapeutentag in Osnabrück 26.-27.09.08

Eine gelungene Veranstaltung von PKN und Uni Osnabrück für 250 Teilnehmer!

Es waren zwei sonnige Herbsttage, die den Aufenthalt im Schloss der Universität mit seinem einladenden Schlossgarten besonders angenehm machten. Und die Themen waren sehr anregend und führten zu lebhaften Diskussionen.

Die Tagung stand unter dem Motto: Kinderzeiten – Kindheit in der Psychotherapie.

Ziel des Vorstandes der PKN war es, bei PP und KJP gleichermaßen Interesse zu wecken für die Einflüsse, die, aus unserer Kindheit stammend, bis ins hohe Alter hineinwirken.

Zunächst setzten wir uns anhand eines Vortrags von Frau Dagmar Lehnhaus-Wachtler mit der Frage auseinander, seit wann es „Kindheit“ überhaupt gibt, unter welchen sozialpolitischen Bedingungen Kinder als eigenständige Einheit gesehen wurden. Und natürlich auch, wann die Psychotherapie sich für diese besondere Menschengruppe zu interessieren begann. In der Kurzfassung von Frau Lehnhaus-Wachtler:

Kindheit in der Psychotherapie

Kindheit wird aus historischer Perspektive in ihren vielfältigen Aspekten dargestellt. Die Entdeckung der Kinder als besonderer, förderungswürdiger und schützenswerter gesellschaftlicher Gruppe hatte das Kind immer mehr ins Rampenlicht erst gesellschaftlichen und dann auch wissenschaftlichen Interesses gerückt. Man sprach ihm ein Seelenleben zu, das des besonderen Schutzes und intensiver emotionaler müt-

terlichen Fürsorge bedurfte, und legte damit den Grundstein für die Kindzentrierung des 20. Jahrhunderts. Die Bilanz zeigt eine Durchsetzung der Schulpflicht, das Verbot der Kinderarbeit, den Sieg über die Säuglingssterblichkeit. Kindheit als Lebensphase des Spielens und Lernens wurde ebenso zur Selbstverständlichkeit wie die Anerkennung von Kindern als Persönlichkeiten „in Entwicklung“, was die Entwicklung und Nutzung von Spielzeug, Notwendigkeit und Wert „fördernder Umwelt“ ebenso wie das Wissen um die Gefahr“ belasteter Kindheit“ beförderte. Rückblickend aus der Behandlung Erwachsener erkannte man die frühe Kindheit als determinierend für den weiteren Lebensweg, was zu einem Aufschwung psychoanalytischer Pädagogik und schließlich auch psychotherapeutischer Kinderbehandlungen und einem Ringen um kindadäquate Techniken führte. Nach einer exemplarischen Durchsicht verschiedener kindertherapeutischer Verfahren werden Voraussetzungen für die konkrete psychotherapeutische Arbeit mit Kindern abgeleitet, die ja immer Begegnung zwischen zwei Menschen und Beziehung zu einem konkreten Kind bedeutet.

Den vollständigen Vortragstext finden Sie auf unserer Homepage.

Am Abend des ersten Tages berührten uns zwei historische, aber nichtsdestoweniger immer noch aktuelle Filme des Ehepaars Robertson, die eindrucksvoll sichtbar machen, wie sehr kleine Kinder auf eine längere Trennung von der Mutter reagieren und wie diese Trennung so gestaltet werden kann, dass sie nicht zu traumatischen Reaktionen führen muss.

Am zweiten Tag setzten 2 Vorträge starke Akzente: Frau Prof. Dr. Mechthild Papoušek

zeigte auf, wie die emotionale Welt des Babys sich im Lauf der Zeit entwickelt. Umfangreiche von ihr und ihrem Mann durchgeführte Untersuchungen zeigten die enorme Bedeutung des so genannten Spiegelns für die frühkindliche Entwicklung. Zahlreiche Beispiele aus ihrer Schreibambulanz führten zu verblüffenden Aha-Erlebnissen bei den Teilnehmern. Frau Papoušek gelang es dabei auch, eine Brücke zu den neuesten Forschungsergebnissen der Neurobiologie zu schlagen.

In seinem Vortrag zum Thema „Wie sind jugendliche Subkulturen richtig zu deuten?“ schaffte es Klaus Farin, alte Vorurteile ab zu bauen und den Teilnehmern eine große Portion Zuversicht in die Entwicklung der nachfolgenden Generation zu geben, auch wenn sie gegenwärtig noch so auffallend daherkommt. Auch diesen Vortrag finden Sie im Wortlaut auf unserer Homepage und in Kurzfassung des Referenten hier:

Jugendkulturen

Noch nie waren so viele Jugendliche kreativ engagiert – und noch nie war die Erwachsenenwelt derart desinteressiert an der Kreativität ihrer „Kinder“. Respekt ist nicht zufällig ein Schlüsselwort fast aller Jugendkulturen – Respekt, Anerkennung ist das, was Jugendliche am meisten vermischen. Viele Erwachsene, klagen Jugendliche, sehen Respekt offenbar als Einbahnstraße an. Sie verlangen von Jugendlichen, was sie selbst nicht zu gewähren bereit sind und beharren eisern auf ihre Definitionshoheit, was anerkennungswürdig sei und was nicht: Gute Leistungen in der Schule werden belohnt, dass der eigene Sohn aber auch ein exzellenter Hardcore-Gitarrist ist, die Tochter eine vielbesuchte Gothic-Homepage gestaltet, interessiert

zumeist nicht – es sei denn, um es zu problematisieren: Bleibt da eigentlich noch genug Zeit für die Schule? Musst du immer so extrem herumlaufen, deine Lehrer finden das bestimmt nicht gut ...

Dabei weiß jeder gute Lehrer und jede gute Lehrerin, welche SchülerInnen am meisten Stress verursachen: die Gleichgültigen, die sich für gar nichts interessieren, keine Leidenschaft kennen, für nichts zu motivieren sind. Schule braucht heute nicht nur motivierte LehrerInnen, sondern auch engagierte, kreative, selbstbewusste SchülerInnen. Leider haben immer noch sehr, sehr viele Jugendliche nicht nur in der hierarchisch verkrusteten und hauptsächlich auf Auslese orientierten Regelschule wenig Anlass und Chancen, Selbstbewusstsein zu erwerben. Viele fühlen sich schon mit 13, 14 Jahren „überflüssig“ in dieser Gesellschaft. Deshalb sind für viele ihre „Szenen“ so wichtig: Hier können Jugendliche erleben, dass in ihnen noch etwas steckt, dass sie kreative Fähigkeiten haben, die ihnen ihre Umwelt selten zutraut – bis sie sich selbst auch nichts mehr zutrauen.

Denn trotz aller Kommerzialisierung sind zumindest für die Kernszene-Angehörigen Jugendkulturen vor allem ein Ort des eigenen kreativen Engagements. Wer wirklich dazugehören will, muss selbst auf dem Skateboard fahren, nicht nur die „richtige“ teure Streetwear tragen, selbst Graffiti sprühen, nicht nur cool darüber reden, nicht nur zu den Highlights der Szene, sondern auch im Alltag Präsenz zeigen.

So gibt es heute in jeder Stadt in Deutschland Skater, Inliner, BMXler, Rapper, Breakdancer, Sprayer, DJs. Auch die jugendkulturellen Musikszene boomen: Noch nie gab es so viele Punk-, Hardcore-, Metal-Bands wie heute. Tausende von Jugendlichen produzieren Woche für Woche an ihren PCs Sounds – der einzige Lohn, den sie alle dafür erwarten und bekommen, ist Respekt. Und das ist mehr, als ihnen ein Großteil der Erwachsenenwelt zu bieten hat.

In den Workshops beschäftigten die Teilnehmer sich zum einen mit Aspekten nicht gesund gelingender Kindheitsentwicklung. Dazu wurden bedeutsame Risikofaktoren ins Zentrum gemeinsamer Arbeit gerückt:

Trennungs- bzw. Patchworkfamilien, psychische Erkrankung eines Elternteils, Alkoholsucht, Computer- bzw. Internetsucht, körperliche Erkrankung des Kindes, Migrationshintergrund, frühe Sexualität, körperliche oder geistige Behinderung.

Aber auch hilfreiche Faktoren standen zur Debatte: Wie überlebte Harry Potter den traumatischen Verlust der Eltern und die schlimme Kindheit in einer Adoptionsfamilie?

Oder: Welche Hilfe können Großeltern geben? Oder: Wie können Eltern schwieriger Kinder lernen, ihre Elternfunktion zuverlässig wahr zu nehmen. Oder: Was kann im Bereich der frühen Diagnostik von psychischen Fehlentwicklungen getan werden?

Unser Dank gilt den engagierten Referenten, den Organisatoren im Hintergrund und den Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die mit ihrer regen Beteiligung die Tagung zum Gelingen gebracht haben.

*Für den Vorstand der PKN:
Bertke Reiffen-Züger*

Informationen der PKN in Abstimmung mit dem MJ zur psychotherapeutischen Behandlung von Straftätern

Psychologische Psychotherapeuten leisten einen wichtigen Beitrag zur kompetenten Behandlung von (entlassenen) Straftätern. Ihre Arbeit dient nicht nur der psychischen Stabilisierung und Resozialisierung der Täter, sondern ist auch praktisch angewandter Opferschutz.

Viele Kolleginnen und Kollegen haben in den letzten Jahren ihre forensisch-therapeutischen Kompetenzen erweitert und entsprechend nachgewiesen. Die Zahl der niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten, die bereit und in der Lage sind, Straftäter zu behandeln, ist dadurch größer geworden, was die gewachsene „Gutachter- und Behandlerliste für Straftäter der PKN“ widerspiegelt.

Die **Finanzierung** ambulanter forensischer Psychotherapie bereitet jedoch teilweise noch Schwierigkeiten. Krankenkassen se-

hen sich manchmal nicht in der Pflicht, ambulante forensische Psychotherapie zu bezahlen.

In diesem Zusammenhang soll zunächst auf das **Urteil des Bundessozialgerichtes** vom 07.02.2007 (B 6 KA 3/06) hingewiesen werden, in dem u. a. ausgeführt wird:

„die Heilbehandlung, die Gegenstand einer Weisung nach § 56c StGB ist, kann [...] grundsätzlich auch eine psychotherapeutische Krankenbehandlung i. S. des § 27 Abs 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V darstellen“.

Was ist zu tun, wenn die Krankenkasse des Patienten die Behandlungskosten nicht übernimmt? Das Niedersächsische Justizministerium hat **neue Fördergrundsätze** erlassen, die auch für niedergelassene Psychologische Psychotherapeuten mehr Handlungs- und Finanzierungssicherheit

mit sich bringen. Diese Fördergrundsätze wurden nach der gesetzlichen Reform der Führungsaufsicht vom 13.04.2007 geschaffen, in der u. a. auch forensische Ambulanzen besondere Erwähnung finden. Im Rahmen der Führungsaufsicht kann das Gericht seitdem gemäß § 68b Absatz 1 Satz 1 Nr. 11 StGB Verurteilte unter anderem anweisen,

„sich zu bestimmten Zeiten oder in bestimmten Abständen bei einer Ärztin oder einem Arzt, einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten oder einer forensischen Ambulanz vorzustellen.“

Nach § 68 Absatz 2 Satz 2 StGB kann das Gericht per **Therapieanweisung** Führungsaufsichtsprobanden anweisen, sich psycho- oder sozialtherapeutisch betreuen zu lassen. Nur die sog. **Vorstellungswweisung** ist über § 145a StGB strafbewehrt.

Eine Verpflichtung für Psychotherapeuten, einen Patienten im Rahmen dieser Regelung zu behandeln, besteht selbstverständlich nicht. Psychologische Psychotherapeuten prüfen auch in diesen Fällen eigenverantwortlich, ob ihr Behandlungskonzept für bestimmte Straftäter geeignet ist und ihre Kapazitäten ausreichen.

Aus dem Erwähnten lassen sich folgende **Grundsätze** aufstellen:

1. **Fördergrundsätze** liegen für die psychotherapeutische Einzelbehandlung von Probanden der Bewährungshilfe und Führungsaufsicht vor.
2. Akute **Kriseninterventionen** bedürfen zur Vermeidung von Zeitverzögerung keiner Weisung.
3. Der zu Behandelnde muss den Psychotherapeuten **aufsuchen**.
4. **Therapieinhalte** werden – wie immer – in der Psychotherapie bestimmt.
5. Eine **Kostenübernahme** erfordert zunächst eine entsprechende gerichtliche Vorstellungs- oder Therapieweisung; diese Weisung verpflichtet nur den Verurteilten, nicht den Psychotherapeuten.
6. Da es sich grundsätzlich um psychotherapeutische **Krankenbehandlung** handelt, ist der Nachweis zu führen, dass die Krankenkasse des Patienten die Übernahme der Kosten ablehnt.
7. **Abgerechnet** wird nach der GOP.
8. **Forensische Zusatzleistungen** können ebenfalls nach GOP, ggf. auch zusätzlich zu der Übernahme der Therapiekosten durch die Krankenkasse, abgerechnet werden.
9. Die Kostenübernahme der Psychotherapie erfolgt auf **Antrag** des Patienten.

10. Der Antrag auf Übernahme der Kosten ist beim **zuständigen Landgericht** zu stellen.

Für den Vorstand der PKN: Werner 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

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.

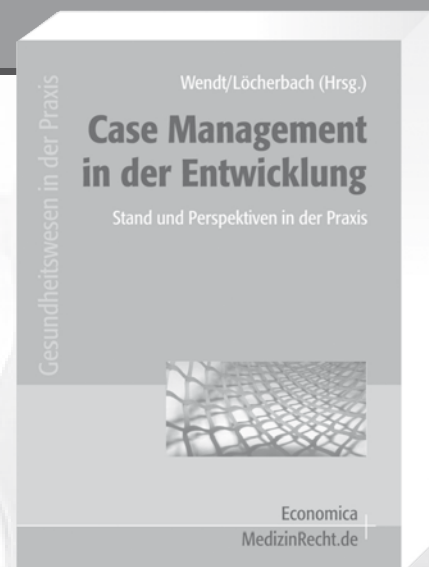
Das Buch beleuchtet den fachlichen Stand, der im Case Management bereits erreicht ist. Und das in seinen verschiedenen

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.



Economica
MedizinRecht.de

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



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

22. Kammerversammlung am 06.12.2008 in Dortmund Ein Meilenstein für psychisch Kranke – 10 Jahre Psychotherapeutengesetz

Das Psychotherapeutengesetz, das am 1. Januar 1999 in Kraft trat, ist ein Meilenstein in der Versorgung psychisch kranker Menschen. „Der Gesetzgeber erkannte grundsätzlich die psychische Dimension von Krankheit an“, hob Monika Konitzer, Präsidentin der Psychotherapeutenkammer NRW, auf der 22. Kammerversammlung am 6. Dezember 2008 in Dortmund hervor. Das Gesetz ermöglichte:

- Direktzugang der Patienten zum Psychotherapeuten,
- flächendeckende Versorgung über die kassenärztliche Bedarfsplanung,
- bessere Verankerung psychotherapeutischer Leistungen im Sozialrecht,
- gesetzlicher Schutz der beiden Heilberufe „Psychologischer Psychotherapeut“ und „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“,
- bundeseinheitliches psychotherapeutisches Ausbildungsrecht mit hohem Standard,
- berufliche Selbstverwaltung in Kammern,
- einheitliches Berufsrecht durch Musterberufsordnung, -fortbildungsordnung, -weiterbildungsordnung,
- politische Beteiligungs- und Anhörungsrechte der Kammern auf Landesebene und der BPTK auf Bundesebene.

Trotz der großen Fortschritte in der psychotherapeutischen Versorgung käme eine

Bilanz der zehn Jahre Psychotherapeutengesetz nicht ohne ein „Aber“ aus, stellte Konitzer fest. In Zukunft ginge es insbeson-



dere um eine Stärkung der Psychotherapie in Beratungsstellen, Krankenhäusern und Rehabilitation. Verbesserungen verlangen vor allem:

- der unsichere Status der Psychotherapie in Beratungsstellen, Einrichtungen der Jugendhilfe etc.,
- das unzureichende psychotherapeutische Behandlungsangebot in Krankenhäusern,
- die mangelnde Berücksichtigung im Personalschlüssel, Entgeltsystem und Ausbildung (insbesondere der praktischen Tätigkeit) in Psychiatrie und psychosomatischen Kliniken,

- die fehlende Anerkennung des akademischen Heilberufs in Krankenhäusern und Rehabilitation.

Die psychotherapeutische Versorgung ließe sich auch im ambulanten Bereich noch weiter verbessern: Psychisch kranke Menschen bräuchten schneller erste diagnostische Gespräche, eine gestufte Behandlung, die sich am Schweregrad ihrer Erkrankung orientiert, und eine psychotherapeutische Versorgung unabhängig von Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund und sozialer Schicht. Die Psychotherapeutenkammer NRW setze sich insbesondere ein für:

- Akutsprechstunden,
- Kriseninterventionen,
- längerfristige Psychotherapie für chronisch Kranke,
- psychotherapeutisch orientierte Krankenhausversorgung,
- integrierte Versorgung für psychisch Kranke.

Die weitere Integration der Psychotherapie in das berufsrechtliche und sozialrechtliche System der deutschen Gesundheitsversorgung bleibe auch zukünftig eine Herausforderung für den Berufsstand, betonte die PTK-Präsidentin. Dazu gehöre, dass Psychotherapie an wissenschaftlich anerkannte Verfahren gebunden sei und ihre Wirksamkeit, aber auch Wirtschaftlichkeit nachweisen müsse.

Mindestquote von 20 Prozent für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Der Deutsche Bundestag hat am 17. Oktober 2008 das GKV-Organisationsweiterentwicklungsgesetz (GKV-OrgWG) beschlos-

sen. Der Bundesrat hat am 7. November 2008 zugestimmt. Damit hat der Gesetzgeber eine Mindestquote von 20 Prozent

für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in die kassenärztliche Bedarfsplanung eingeführt.

Die PTK NRW hat sich gemeinsam mit der BPTK über die gesamte Phase des Gesetzgebungsverfahrens intensiv engagiert, um die von der 21. Kammerversammlung im April 2008 einstimmig beschlossene Entschließung gegen die Unterversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in NRW umzusetzen. Alle Mitglieder des Deutschen Bundestages aus NRW wurden angeschrieben. Mit mehreren Bundestagsabgeordneten aus NRW, die dem Gesundheitsausschuss angehören, sowie der Patientenbeauftragten der Bundesregierung, Helga Kühn-Mengel, wurden Gespräche geführt, in denen detailliert über die Versorgungssituation in den entsprechenden Regionen von NRW informiert wurde. Im Ergebnis konnten sowohl das MAGS NRW wie verschiedene Abgeordnete für die Unterstützung der Forderung nach einer Quote von 20 Prozent für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gewonnen werden.

Ursprünglich war von der Regierungskoalition die Einführung einer Quote in Höhe von nur zehn Prozent beabsichtigt. In dieser Höhe hätte eine Mindestquote kaum zu zusätzlichen Niederlassungsmöglichkeiten geführt und wäre ohne Effekt auf die Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher geblieben. Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens konnte erreicht werden, dass der Mindestversorgungsanteil von zehn auf 20 Prozent angehoben wurde.

Die beiden nordrhein-westfälischen Kassenärztlichen Vereinigungen sind im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens von zusätzlichen Niederlassungsmöglichkeiten



im Umfang von ca. 260 Sitzen in NRW ausgegangen. Ob es bei dieser Zahl bleibt, oder ob eine niedrigere Zahl anzusetzen ist, wird sich zeigen, wenn vom Gemeinsamen Bundesausschuss die Durchführungsrichtlinien für die Umsetzung der Regelung erlassen sind. Die PTK NRW wird die Durchführung des Gesetzes mit kritischer Aufmerksamkeit begleiten.

Ausschreibung halber Praxis-sitze

Das GKV-OrgWG stellt klar, dass Zulassungsausschüsse künftig halbe Praxis-sitze entsprechend der Regelung des § 103 SGB V ausschreiben müssen. Dies war eigentlich bereits mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz intendiert. Eine restriktive Auslegung der gesetzlichen Regelung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung war

jedoch von den Zulassungsausschüssen bundesweit übernommen worden, so dass diese von einer Ausschreibung bei der Reduzierung eines vollen Versorgungsauftrags auf einen halben absahen.

Generelle Altersgrenze für Psychotherapeuten aufgehoben

Mit dem GKV-OrgWG wird die Altersgrenze für Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten, die derzeit bei der Vollendung des 68. Lebensjahres liegt, für die vertragsärztliche Versorgung abgeschafft. Der Vorstand wird auf diesem Hintergrund verstärkt Anstrengungen unternehmen, die Fortbildungsveranstaltungen zur Praxisabgabe/-übernahme so weiterzuentwickeln, dass ein Interessenausgleich zwischen älteren Praxisinhabern und jungen, neu approbierten KollegInnen ermöglicht wird.

Reform der Krankenhausfinanzierung

Der Deutsche Bundestag hat am 19. Dezember 2008 das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) verabschiedet, dem hat der Bundesrat am 13. Februar 2009 zugestimmt. Die Diskussionen im Vorfeld verliefen kontrovers, insbesondere weil man sich über den Weg zu einem Bundesbasisfallwert unter den Bundesländern nicht einigen konnte. Dem gegenüber herrscht in der Politik Einigkeit über die Reform der Entgelte für psychiatrische und psychosomatische Kliniken.

Der Vorstand der PTK NRW hat sich, unterstützt durch Hermann Schürmann als Vorstandsbeauftragten, mehrfach mit dem Gesetz befasst und die politische Arbeit der BPTK in der Phase der Vorbereitung des Entwurfs und im parlamentarischen Verfahren vielfältig unterstützt. Es wurden Gespräche mit dem Gesundheitsministerium NRW und mit Bundestagsabgeordneten geführt, zudem hat die PTK NRW eine eigene Stellungnahme abgegeben.

Hermann Schürmann erläuterte auf der 22. Kammerversammlung die wesentlichen Änderungen des Gesetzes:

- Das Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Kliniken soll bis 2013 auf leistungsbezogene Tagespauschalen umgestellt werden.
- Es soll geprüft werden, ob für bestimmte Leistungsbereiche (z. B. sektorübergreifende Leistungen) andere Abrechnungsmodelle möglich sind.



- Der Bundespsychotherapeutenkammer wird ein Beratungsrecht bei der Entgeltentwicklung eingeräumt.

- Der Erfüllungsgrad der PsychPV wird generell auf 90% angehoben, in begründeten Fällen auch auf 100%.

Die PTK NRW hatte darüber hinaus gefordert, dass die Vergütung der praktischen Tätigkeit im Rahmen der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in diesem Gesetz geregelt und entsprechende Mittel (ca. 30 Millionen Euro) dafür zur Verfügung gestellt werden sollten. Dem folgte die Große Koalition jedoch nicht, man wolle zunächst die Ergebnisse des Forschungsgutachtens abwarten.

Zudem sollten der BPTK auch Beteiligungsrechte für die Weiterentwicklung der DRGs im somatischen Bereich eingeräumt werden, damit Leistungen der psychosozialen Versorgung somatisch Erkrankter besser

abgebildet werden. Dies würde z. B. die Umsetzung des gestuften psychosozialen Versorgungsprogramms im Rahmen der Brustzentren in NRW auf hohem Qualitätsstandard erleichtern.

Hermann Schürmann wies darauf hin, dass das neue Entgeltsystem zu vielen Änderungen in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken führen würde. Ziel sei, dass in Zukunft für vergleichbare Leistungen das gleiche Geld gezahlt würde. Es käme deshalb darauf an, dass psychotherapeutische Leistungen im neuen Entgeltsystem adäquat abgebildet würden. Die PTK NRW wird sich in Zusammenarbeit mit der BPTK dafür einsetzen, dass Psychotherapie in psychiatrischen Krankenhäusern auch weiterhin möglich sein wird, und die engagierten Kollegen in den einzelnen Kliniken unterstützen.

Psychotherapieausbildung – Bericht der Ausbildungskommission

Walter Ströhm zog auf der 22. Kammerversammlung am 6. Dezember 2008 in Dortmund eine Bilanz von zehn Jahre Psychotherapieausbildung. Der Vorsitzende der Ausbildungskommission der Psychotherapeutenkammer NRW stellte einleitend fest: „Es gab noch nie so viele Psychotherapeuten wie heute und wohl auch noch nie so viele gut ausgebildete Psychotherapeuten.“ Allein im Jahr 2008 absolvierten 1.198 Ausbildungsteilnehmer den schriftlichen Teil der Prüfung zum Psychologischen Psychotherapeuten.

Trotzdem gebe es zwei Anlässe, über die Zukunft der Psychotherapieausbildung neu nachzudenken. Zum einen sei die Finanzierung der Ausbildung nicht gesichert, das praktische Jahr würde vielfach nicht bezahlt. Die PiA-Vertretung NRW bezeichnet es deshalb in ihrem Positionspapier „als unhaltbaren Zustand, dass sie durch die Bedingungen der Ausbildung dazu gezwungen sind, unterhalb des Existenzminimums zu leben, sich hoch zu verschulden oder bis ins hohe Erwachsenenalter von ihren Familien finanziell abhängig zu bleiben.“ Die PiA-Vertretung NRW fordert deshalb: „Dieses Problem sollte bei einer Reform der Psychotherapieausbildung die höchste Priorität haben.“ (www.pia-vertretung-nrw.de).

Der andere Grund für eine grundsätzliche Debatte über die Zukunft der Psychotherapieausbildung sei der so genannte Bologna-Prozess, die Angleichung der europäischen Studienabschlüsse mittels der Bachelor-Master-Systematik. Dieser Prozess bedrohe die Gleichwertigkeit der Abschlüsse des Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP). Während das Psychotherapeutengesetz für die Ausbildung von Psychologen zum PP oder zum KJP einen „Universitäts“-Abschluss verlange, sehe das Gesetz für die Ausbildung von (Sozial-)Pädagogen zum KJP lediglich einen „Hochschul“-Abschluss vor. Aus Sicht des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) als auch der Kultusministerkonferenz entspricht dies einem Masterabschluss für Psychologen und einem Bachelor-Abschluss für (Sozial-)Pädagogen.

Grundlage dieser Bewertung ist § 5, Abs. 2 des Psychotherapeutengesetzes. Darin ist festgelegt: Voraussetzung für den Zugang zu einer Ausbildung nach Absatz 1 ist:

1. für eine Ausbildung zum **Psychologischen Psychotherapeuten**
 - a. eine im Inland an einer **Universität** oder gleichstehenden Hochschule be-

standene Abschlussprüfung im Studiengang Psychologie, die das Fach Klinische Psychologie einschließt.

2. für eine Ausbildung zum **Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten**
 - a. eine der Voraussetzungen nach Nummer 1.
 - b. die im Inland an einer staatlichen oder staatlich anerkannten **Hochschule** bestandene Abschlussprüfung in den Studiengängen Pädagogik oder Sozialpädagogik.

Für die Profession sei die Gleichwertigkeit der Abschlüsse, die zur Psychotherapieausbildung berechtigen, unverzichtbar. Für die Zukunft des Psychotherapeuten als hochqualifizierten Heilberuf sei ein Masterabschluss nicht nur für Psychologen, sondern auch für (Sozial-)Pädagogen deshalb eine wichtige Voraussetzung.

Ströhm gab einen Überblick über die grundsätzlichen Alternativen, wie die Ausbildung zum Psychotherapeuten zukünftig aussehen könnte. Die diskutierten Modelle orientierten sich an der ärztlichen Ausbildung, die nach sechs Jahren mit einer Approbation abschließt. Danach folge die Weiterbildung zum Facharzt. Die Psycho-

therapieausbildung dauert dagegen mindestens acht Jahre. Diskutiert werde, ob

- PP und KJP eine gemeinsame universitäre Basis bekommen sollten,
- sich bereits an Bachelor und Master ein Praktisches Jahr anschließen sollte,
- die Approbation nicht bereits nach dem Studium erteilt werden könne, ohne dass damit schon eine vertragsärztliche Zulassung verbunden wäre,
- sich an die universitäre Ausbildung eine Weiterbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten anschließen sollte.

Walter Ströhm beschrieb, dass das BMG darüber nachdenke, die Ausbildung fundamental zu verändern. Dies drücke sich beispielsweise in den Fragen zum Forschungsgutachten aus, das das BMG in Auftrag gegeben habe. Es würden Aussagen zu der Frage erwartet, ob es angesichts der Neustrukturierung des Psychologie- und Pädagogikstudiums sinnvoll ist, an der derzeitigen Struktur der Psychotherapieausbildung als postgradualer Ausbildung festzuhalten oder ob eine „Erstausbildung an Hochschulen in Anlehnung an die anderen Heilberufe“ der Ärzte und Zahnärzte als Psychotherapiestudium an Universitäten der Vorzug zu geben wäre. Schließlich frage das BMG, ob es sinnvoll erscheint, an der bisherigen verfahrensorientierten Ausbildung festzuhalten oder ob ein anderer Ausbildungsansatz verfolgt werden sollte. In Betracht käme hierbei etwa „ein verfahrensübergreifender Ansatz, der sich an Störungen orientiere“.

Präsidentin Monika Konitzer merkte an, dass über die Zukunft der Psychotherapieausbildung nicht alleine ein Forschungsgremium entscheiden sollte. Die PTK NRW und die BPTk habe deshalb die Diskussion bereits mit einer Reihe von Workshops angestoßen, damit die Selbstverwaltung der Psychotherapeuten Einfluss auf die Diskussion nehmen könne. Die nächste nordrhein-westfälische Kammerversammlung im März als auch der nächste Deutsche Psychotherapeutentag im Mai hätten deshalb den Schwerpunkt „Ausbildung“.

Matthias Fink betonte, dass die bisherige Psychotherapieausbildung doch eine hohe Qualifikation der Psychotherapeuten sicherstelle und nicht vom Berufsstand selbst in Frage gestellt werden solle. Die unzureichende Finanzierung der praktischen Tätigkeit dürfe nicht dazu führen, die bisherige psychotherapeutische Ausbildung in Frage zu stellen.

Wolfgang Groeger warnte davor, die bisherige Psychotherapieausbildung pauschal als gut zu bezeichnen. Die Ausbildungsstätten leisteten ausgezeichnete Arbeit und die Ausbildungsteilnehmer erzielten hervorragende Ergebnisse, die bisherige Psychotherapieausbildung gehe aber auf Kosten der Teilnehmer. Die etablierten Psychotherapeuten machten es sich zu leicht,



wenn sie die finanziellen Probleme der Ausbildungsteilnehmer übergängen. Bisher fehle außerdem ein zusammenhängendes Konzept, was ein Psychotherapeut im Studium und was er in der darauf folgenden Ausbildung lernen solle.

Hermann Schürmann wies darauf hin, dass das BMG erst einmal davon überzeugt werden müsse, warum ein Masterabschluss als Eingangsvoraussetzung für eine Psychotherapieausbildung keine Einschränkung der freien Berufswahl bedeutet. Die entscheidende Frage sei, warum (Sozial-)Pädagogen in Zukunft ein höheres Ausbildungsniveau als bisher benötigen.

Barbara Lubisch stellte fest, dass die deutsche Psychotherapeutenchaft gar nicht mehr die Wahl habe, alles so zu lassen wie es ist. Der Bologna-Prozess sei bereits Realität, die in der Diskussion um die Zukunft der Psychotherapieausbildung nicht mehr zu übergehen sei.

Jürgen Tripp, PiA-Vertreter in NRW, hob die großen finanziellen Probleme der jetzigen Ausbildung zum Psychotherapeuten hervor. Für viele habe der Beruf bisher eine so hohe Attraktivität, dass sie trotzdem die miserablen finanziellen Bedingungen der Ausbildung in Kauf nähmen. Dies dürfe aber in Zukunft nicht so bleiben.

Mitglieder der Kommission „Ausbildung der PTK NRW“ sind: Dr. Gisela Bartling, Dr. Wolfgang Groeger, Karlfrid Hebel-Haustedt, Dagmar Lehmann-Wachtler, Dr. Heiner Sasse, Dr. Wolfgang Schneider, Herrmann Schürmann, Dr. Walter Ströhm.

Kurzmeldungen aus der Kammerversammlung

Finanzen

Der Haushalt 2009 ist durch verschiedene einmalige Aufwände geprägt: Eingabe der Fortbildungsbescheinigungen, Ausgabe der Fortbildungszertifikate, erstmalige Ausgabe von elektronischen Psychotherapeutenausweisen, Kammerwahlen 2009, Relaunch der Homepage. Die Gesamtausgaben betragen nach dem Haushaltsplan 2009 rund 2,8 Millionen Euro. Zur Finanzierung des einmaligen Aufwandes wurde vorsichtshal-

ber eine Entnahme aus der Rücklage von 245.000 Euro vorgesehen. Dieses Geld wurde 2008 mehr als angespart: der voraussichtliche Überschuss 2008 wird deutlich über 350.000 Euro liegen. Nach Inkrafttreten der neuen Beitragsordnung sind jährlich etwa 1000 Beitragsermäßigungsanträge zu bearbeiten. Mehr als zwei Drittel der Antragsteller erhalten eine Ermäßigung. Der Durchschnittsbeitrag beträgt circa 320 Euro. Die Kammerversammlung bewilligte die Einrichtung einer zweiten Juristenstelle,

zur Bewältigung der wachsenden Anzahl berufsrechtlicher Anfragen und Beschwerden.

Die Kammerversammlung nahm den Bericht über den Jahresabschluss 2007 entgegen und entlastete den Vorstand einstimmig bei wenigen Enthaltungen.

Auf Antrag des Finanzausschusses wurde die Reisekosten- und Entschädigungsordnung so geändert, dass zukünftig auch für die Durchführung von Gremiensitzungen als Telefonkonferenzen eine Aufwandsentschädigung gezahlt wird. Erwartet werden dadurch insgesamt Einsparungen beim Aufwand für Reisezeiten und Reisekosten für die Teilnahme an Sitzungen.

Institut für Gesundheitsförderung und Versorgungsforschung

Das Institut für Gesundheitsförderung und Versorgungsforschung (IGV), Bochum, führte zu den Regelungen der Psychotherapie-Ausübung und -Ausbildung in anderen europäischen Ländern eine Recherche durch, um die Kommission Ausbildung in ihrer Arbeit zu unterstützen (Unter welchen Bedingungen findet Psychotherapie statt? Welche Qualifikationen haben Psychotherapeuten?). Es führte weiter ein Projekt zur Optimierung der psychoonkologischen Patientenversorgung im Krankenhaus durch. Es hat außerdem eine Expertise und ein Programm zur Erstellung von Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern (LARES-Programm) erstellt. Das IGV wird außerdem die Entwicklung und Evaluation des Patientenmanagements eines Ende November 2008 abgeschlossenen Vertrags zur integrierten psychotherapeutischen Versorgung in Bochum übernehmen.

PiA-Vertretung NRW

Mit der PiA-Vertretung NRW findet ein kontinuierlicher Austausch statt. Die KJP-Vertreterin Cornelia Beeking hat inzwischen ihre Approbation erworben. Nachfolgerin ist Eva Puschmann. PiA-Vertreter nahmen an den BPTK-Workshops teil. Anregungen und Wünsche der PiA-Vertreter an die Kammer konnten zum Teil aufgegriffen werden, so wurde z. B. allen Ausbildungsstätten ein Flyer mit Informationen zum Versorgungswerk zugestellt.



Eine Veranstaltung für neu approbierte Kammerangehörige zur Begrüßung und Information über die Tätigkeit der Kammer ist für das Frühjahr 2009 vorgesehen. Vorgestellt werden sollen neben der Kammer-tätigkeit insbesondere die Berufsordnung und Fortbildungsordnung.

Fortbildungen

2008 wurden ca. 1050 Fortbildungsveranstaltungen von der PTK NRW akkreditiert und in die Datenbank akkreditierter Veranstaltungen aufgenommen.

An den durch die PTK NRW selbst durchgeführten Fortbildungsveranstaltungen haben mehr als 350 Mitglieder teilgenommen, wobei eine wachsende Nachfrage für die angebotenen Themen zu verzeichnen ist.

Der diesjährige Jahreskongress „Wissenschaft Praxis“ hat sich schwerpunktmäßig mit den Themen Psychotherapie im Alter und der Bedeutung von Leitlinien in der Psychotherapie beschäftigt. Der Kongress war mit über 300 Teilnehmern sehr gut besucht.

Das Fortbildungsprogramm für 2009 wurde in Kooperation mit der LPK Rheinland-Pfalz erstellt. Es enthält neue Angebote insbesondere für Angestellte, eine Veranstaltung zu neuen Versorgungsformen und zur interkulturellen Kompetenz. Zurzeit liegen bereits mehr als 100 Anmeldungen vor.

Fortbildungszertifikat

Bis Ende Februar 2009 hatten 3.054 Mitglieder ihre Teilnahmebescheinigungen eingereicht. 2.994 Kontoauszüge, 2.402 Gebührenbescheide und 2.270 Zertifikate wurden verschickt. Insgesamt wurden 96.083 Teilnahmebescheinigungen von Hand erfasst. Damit haben Zweidrittel der Kammerangehörigen mit gesetzlicher Fortbildungsverpflichtung bereits ihr Zertifikat in Händen. Die Bearbeitungszeit konnte durch die zusätzlichen MitarbeiterInnen deutlich verkürzt werden, zurzeit beträgt sie weniger als vier Wochen.

Mit beiden kassenärztlichen Vereinigungen wurde vereinbart, dass die Daten über den Erhalt des Zertifikats elektronisch übermittelt werden.

Auf der Homepage wurde ein Online-Zugang zum Fortbildungskonto freigeschaltet, so dass jedes Mitglied nun auch online ein Fortbildungskonto beantragen und seinen Punktestand einsehen kann. Dieser Zugang wird rege genutzt. Der Vorstand geht davon aus, dass allen betroffenen Mitgliedern die Zertifikate rechtzeitig zum 30.06.2009 ausgestellt werden können – wenn sie ein Fortbildungskonto beantragen und genügend Fortbildungen nachweisen können.

Notfallpsychotherapie

Die Kammerversammlung beschloss eine Verwaltungsvorschrift zur Benennung von „Leitenden Notfallpsychotherapeuten/innen“. Danach führt die Psychotherapeutenkammer eine Liste von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die den nordrhein-westfälischen Gesundheitsbehörden und dem Düsseldorfer Arbeitsministerium (MAGS NRW) als „Leitende Notfallpsychotherapeuten“ benannt werden können und in der Vorsorgeplanung für die gesundheitliche Versorgung bei „Großschadensereignissen“ (RdErl. vom 12.02.2004) berücksichtigt werden können. Die Verwaltungsvorschrift trat am 7. Dezember 2008 in Kraft. Anträge auf Aufnahme in die Liste können formlos an die Geschäftsstelle gerichtet werden. Die

Verwaltungsvorschrift ist auf der Homepage einzusehen.

Integrierte Versorgung psychisch Kranker in Bochum

Das Zentrum für Psychotherapie der Ruhr-Universität Bochum, die Katholischen Kliniken Ruhrhalbinsel in Hattingen und die Techniker Krankenkasse (TK) haben einen Vertrag über eine integrierte Versorgung (IV) für psychisch kranke Menschen geschlossen. Rund 80.000 Patienten profitieren in der Region Bochum, Herne und Witten von einem neuen Behandlungsangebot, wenn sie an einer schweren Angst-, Zwangs- oder depressiven Störung erkrankt sind.

Der Bochumer IV-Vertrag sieht vor, dass den TK-PatientInnen zukünftig sowohl eine hochfrequente Verhaltenstherapie angeboten wird, die sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt werden kann, und dass anschließend eine inhaltlich darauf aufbauende ambulante Weiterbehandlung spätestens nach einer Woche sichergestellt ist. Die Patienten werden bei der Auswahl und dem Kontakt mit niedergelassenen Psychotherapeuten unterstützt. Die Evaluation des neuen Behandlungsangebotes übernehmen die Ruhr-Universität Bochum und das Institut für Gesundheitsförderung und Versorgungsforschung (IGV) in Bochum.

Versorgungswerk

Olaf Wollenberg berichtete über die erfolgreiche Zusammenführung der Altersversorgung der nordrhein-westfälischen und der baden-württembergischen Psychotherapeutenkammern: Der nordrhein-westfälische Landtag hat am 22. Oktober 2008 dem Staatsvertrag zugestimmt, nach dem

die baden-württembergischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen dem Versorgungswerk der Psychotherapeutenkammer NRW beitreten können. Der baden-württembergische Landtag stimmte am 3. Dezember zu. Die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer beschloss im Oktober 2008 ebenfalls, dem nordrhein-westfälischen Versorgungswerk beizutreten.

Die konstituierende Sitzung der aus beiden Kammern gebildeten Vertreterversammlung des Versorgungswerks findet am 02. April 2009 statt. Dafür war eine Neuwahl der fünf NRW-Delegierten in der Vertreterversammlung erforderlich. Auf einvernehmlichen Vorschlag der Fraktionen der Kammerversammlung wählte die Kammerversammlung am 06.12.2008 Dr. Birgit Breyer, Karl-Wilhelm Hofmann, Jürgen Kuhlmann, Andreas Wilser und Olaf Wollenberg als Delegierte und Kerstin Engel, Angelika Enzian, Rita Nowatius, Sandra Pillen und Fricka Wankmüller als Ersatzdelegierte.

Resolution Gesprächspsychotherapie

Die Kammerversammlung beschloss eine Stellungnahme zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Gesprächspsychotherapie. Die Versammlung stellt darin „mit Befremden fest, dass sich der Gemeinsame Bundesausschuss mit seinem ablehnenden Beschluss zur Gesprächspsychotherapie vom 24. April 2008 über die wissenschaftlich fundierten Stellungnahmen der Bundespsychotherapeutenkammer vom 5. November 2007 und vom 1. April 2008 hinweggesetzt hat“.

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

Geschäftsstelle

Willstätterstr. 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211 / 52 28 47-0
Fax 0211 / 52 28 47-15
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Psychotherapie im vereinten Europa – eine Herausforderung für Politik und Selbstverwaltung

Die Bürgerinnen und Bürger der Europäischen Union sollen sich ungehindert über innereuropäische Grenzen hinweg bewegen und auch ihren Beruf innerhalb der gesamten Europäischen Union ausüben dürfen. Erklärtes Ziel der europäischen Union ist es, diese berufliche Mobilität zwischen ihren Mitgliedsstaaten zu vereinfachen.



M.A., M.S. Andrea Mrazek, die Präsidentin der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer, begrüßt die Gäste des Symposiums und umreißt Fragen, die sich aus EU-weiter Berufstätigkeit von PsychotherapeutInnen abzeichnen.

Wenn es allerdings möglich sein soll, auch außerhalb des eigenen Herkunftslandes den erlernten Beruf tatsächlich auszuüben, muss das Berufsrecht der einzelnen Mitgliedsstaaten für Berufsabschlüsse, die in einem anderen Land erworben wurden, geöffnet werden. Um dies zu erreichen wurden zum einen der einheitliche, euro-

paweit gültige Abschluss des Bachelor und Masters eingeführt, was die Vergleichbarkeit von Studienabschlüssen erleichtern soll. Zum anderen soll eine europaweite Anerkennung beruflicher Qualifikationen und Ausbildungsgängen erfolgen, so dass es jedem EU-Bürger möglich ist, ein anderes Land zur Berufsausübung zu wählen.

Wie relevant ist berufliche Freizügigkeit für die Psychotherapie?

Überwiegend ging die Psychotherapeuten-schaft bislang davon aus, dass die europäische Gesetzgebung keine oder nur vernachlässigbar geringe Auswirkungen auf den Berufsstand haben würde: Ist es bei anderen Dienstleistern, beispielsweise im Handwerk, noch leicht vorstellbar, dass diese auch außerhalb ihres Herkunftslandes tätig sind, fällt diese Vorstellung bei Psychotherapeuten schwer; sind doch ihre Tätigkeiten stark sprachgebunden und zudem nicht den Regeln des freien Marktes unterworfen. Warum sollte man sich in den Psychotherapeutenkammern Gedanken zu diesem Thema machen?

Nach Ansicht des Vorstandes der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer ist die europäische Gesetzeslage durchaus folgenschwer und eine genauere Betrachtung der Gesetze und ihrer Folgen notwendig. Um die Diskussion innerhalb des Berufsstandes zu fördern, hat die OPK eine Veranstaltungsreihe ins Leben gerufen. Die Eröffnung erfolgte mit dem Symposium „Psychotherapie im vereinten Europa – eine Herausforderung für Politik und Selbstverwaltung“ am 10. Dezember 2008 in Leipzig, bei dem namhafte VertreterInnen aus Politik, Verwaltung und Forschung über

ihre Visionen und Bedenken in Hinblick auf europäische Psychotherapie diskutierten.

Der Bologna-Prozess und seine Folgen für die Psychotherapie-Ausbildung

In seinem Vortrag zum Bologna-Prozess und seinen Folgen für die Psychotherapieausbildung gab Professor Dr. Winfried Rief, Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Philipps-Universität Marburg, einen Überblick über den Status Quo der Umstellung des Studienfaches Psychologie auf das zweistufige Bachelor- und Mastersystem.



Professor Winfried Rief, Lehrstuhlinhaber für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Philipps-Universität Marburg.

Während der Master in Umfang und Inhalt den bisherigen Diplom- bzw. Magisterabschlüssen vergleichbar ist, wird mit

dem Bachelor ein in Deutschland bislang nicht existierender berufsqualifizierender Abschluss geschaffen, der im Regelfall bereits nach drei Jahren Studium erreicht wird. Eine weitere wesentliche Veränderung ist die Einführung nicht-konsekutiver Studiengänge, bei denen eine fächerübergreifende Kombination von Bachelor und Master möglich ist. Ein nicht-konsekutiver Masterstudiengang kann also von Bachelor-AbsolventInnen unterschiedlicher Fachrichtungen belegt werden. Diese unterschiedlichen Fächerkombinationen stellen für weiterführende und postgraduale Ausbildungsgänge ein beträchtliches Problem dar, da in solchen Fällen das Wissen der Studierenden in weiterführenden Studiengängen kein einheitliches Niveau mehr aufweist. Mit der Einführung der neuen Studienabschlüsse muss sich die Profession auch fragen, welche Voraussetzungen künftig für die Psychotherapieausbildung notwendig sind und ob Studium und Psychotherapieausbildung gegebenenfalls verknüpft werden können. Dazu stehen drei Modelle in der Diskussion:

- die Psychotherapieausbildung im Anschluss an einen Bachelorabschluss,
- die Psychotherapieausbildung im Anschluss an einen Masterabschluss,
- die am Medizinstudium orientierte Direktausbildung, bei der Psychotherapie als eigenständiger Masterstudiengang belegt und mit vorgezogener Approbation abschließen würde.

Rief appellierte an die Vertretungen des Berufsstandes, das hohe Niveau der akademischen Ausbildung in Deutschland unbedingt zu erhalten, ohne dabei allerdings die durch die lange Ausbildungszeit gerade für den wissenschaftlichen Nachwuchs problematische Situation aus den Augen zu verlieren. Generell gelte: Je höher die Qualifikation eines Berufsstandes, desto besser sei seine Stellung im Gesundheitswesen.

Die Psychotherapeuten und die Dienstleistungsrichtlinie

Durch die Dienstleistungsrichtlinie und die Berufsanererkennungsrichtlinie soll es innerhalb der EU einfacher werden, Dienstleistungen zeitweilig oder dauerhaft in ande-



Podiumsdiskussion mit Dr. Lutz Pätzold, M.A., M.S. Andrea Mrazek, Dr. Paula Lanske, Niko Kleinknecht (Moderation), Dr. Eva Mückstein, Gisela Kallenbach, Jan Immen

ren EU-Mitgliedsstaaten anzubieten. Dr. Axel Schwarz, Stabsstelle Berufsanererkennungs- und Dienstleistungsrichtlinie des Sächsischen Sozialministeriums, berichtete von der Einführung eines Softwaresystems, das dazu beitragen soll, die dafür notwendige Verwaltungszusammenarbeit massiv zu vereinfachen.

Für interessierte BürgerInnen, so die dahinterstehende Vision, soll es künftig mit ein paar Mausklicks übers Internet möglich sein, eine Erlaubnis zur Ausübung ihres Berufes zu beantragen, ohne sich durch die Verwaltungsstrukturen des jeweiligen EU-Mitgliedslandes kämpfen zu müssen. Dieser Vorgang vereinfacht jedoch nur die notwendigen Verwaltungsvorgänge und lässt die Diskussion über Qualitätsstandards, die zur beruflichen Anerkennung notwendig sind, außen vor. Diese sei, so Dr. Schwarz, nur von der Profession zu führen und zu beantworten.

Podiumsdiskussion

Die „Europäisierung“ der Psychotherapie beschränkt sich nicht auf zu berücksichtigende Gesetze und Richtlinien. Dazu gehört auch, dass die Profession selbst ein ländergrenzenübergreifendes Selbstverständnis entwickelt.

Die Vorstellung, dass PsychotherapeutInnen als Berufsstand eines Tages mit ein-

heitlichen Interessen und Forderungen gegenüber der politischen Ebene auftreten, hat sicherlich (noch) utopischen Charakter. Dennoch ist der Austausch zwischen PsychotherapeutInnen unterschiedlicher Herkunftsländer bereits heute wichtig und notwendig. Diesem Gedanken folgend, waren Dr. Paula Lanske vom Österreichischen Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, und Dr. Eva Mückstein vom Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie, anwesend und diskutierten mit den SymposiumsteilnehmerInnen über Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Psychotherapie in Deutschland und Österreich.

Obwohl die Ausbildung und Berufsausübung der Psychotherapie in Österreich dem deutschen System vergleichsweise ähnlich ist, wurden dennoch vielfach Unterschiede deutlich.

So hat in Österreich ein weiterer Kreis von Berufen Zugang zu der – ebenfalls als Zweitberuf angelegten – Psychotherapieausbildung. Die Ausbildung ist in 22 unterschiedlichen Schwerpunktverfahren möglich, eine Trennung zwischen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten existiert jedoch nicht. Psychotherapie ist in Österreich zwar eine Kassenleistung, jedoch wird nur ein Zuschuss von derzeit

21,80 Euro zu den Behandlungskosten gewährt.

Die Bedeutung dieser Unterschiede wird besonders dann deutlich, wenn es um die gegenseitige Anerkennung von Qualifikationen geht. Wie die Anerkennung konkret zu handhaben ist, wurde von den anwesen-

den Behörden- und Berufsstandvertretern kontrovers diskutiert.

Noch ist die europäische Psychotherapeuten-schaft von einem gemeinsamen Selbstverständnis weit entfernt. In der Diskussion waren Unsicherheit sowie ein Zwiespalt zwischen Solidarisierung und Abgrenzung

zu anderen EU-Ländern zu spüren. Ein fachlicher Austausch über Ländergrenzen hinweg ist dringend notwendig, um gemeinsame Standards zu entwickeln und die Profession im europäischen Gesundheitswesen zu positionieren.

(Kerstin Dittrich, Kathrin Fischer)

Qualitätsmanagement sollte bis Ende 2009 in den psychotherapeutischen Praxen installiert sein – Eine Kollegin berichtet über die Umsetzung

Wer sich bisher vor Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der eigenen Praxis gescheut hat, muss sich jetzt sputen. Bis Ende 2009 brauchen niedergelassene Psychotherapeuten ebenso wie Ärzte ein QM-System in der Praxis. Die Pflicht zum praxisinternen Qualitätsmanagement verankerte die Politik in der Gesundheitsreform 2004. Zwei Jahre später verabschiedete der Gemeinsame Bundesausschuss Ärzte/Krankenkassen (GBA) eine Richtlinie, die vorgibt, wie dieser Anspruch der Politik realisiert werden soll. Der darin enthaltene Zeitplan sieht bis Ende 2009 vor, Phase zwei, die Einführung des QM in der Praxis, abzuschließen. Prüfkommisionen der KVen werden künftig in einer Zufallsstichprobe kontrollieren, wieweit Ärzte und Psychotherapeuten mit der Umsetzung sind.

Um Nachzögler oder QM-Verweigerer Mut zu machen, das Thema anzupacken, fragte die OPK-Redaktion eine Leipziger Kollegin, wie sie vorgegangen ist und wie sie die Ergebnisse bewertet. Dipl.-Psych. Bärbel Gühne, die zusammen mit einer Kollegin in einer Praxisgemeinschaft tätig ist, begann Ende 2005, sich der Aufgabe zu stellen. Ihre Eindrücke und Erfahrungen schildert sie im Gespräch mit der OPK-Redaktion.

Sie sind dabei, in Ihrer Praxis ein Qualitätsmanagement-Programm umzusetzen. Wann haben Sie begonnen und was hat Sie motiviert?

Gühne: Da es der Gesetzgeber verlangt, informierte ich mich im Oktober 2005 bei einer Veranstaltung der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung e.V. (dptv) über die verschiedenen Möglichkeiten. Anlass war der Druck durch die gesetzlichen Vor-

gaben. Freiwillig hätte ich mich wohl nicht so schnell in diese Arbeit gestürzt.

Für welches System haben Sie sich entschieden?

Gühne: Ich wählte das von der KV Sachsen angebotene QisA (Qualitätsmanagement in sächsischen Arztpraxen). Kollegen hatten darüber positiv berichtet und ich fand es gut, dass es kostenlos war. Das Programm umfasst Schulungen, ein dickes Handbuch mit Software, Arbeitsanweisungen, Checklisten, Standardformularen etc. und sieht Rückmeldungen zum fertigen Handbuch durch die KV vor.

Wie sah Ihr zeitlicher Aufwand dafür aus?

Gühne: Ich besuchte im Zeitraum November 2007 bis Mai 2008 insgesamt fünf Seminare, wobei das Handbuch und die gestellten Aufgaben besprochen wurden. Die Schulungen fanden jeweils Freitag-nachmittags statt über je drei bis vier Stunden. Die 20 bis 25 Teilnehmer waren alle Psychotherapeuten. Das war von Vorteil, denn das Handbuch ist auf Arztpraxen ausgerichtet. Die Referentin der KVS bemühte sich, Besonderheiten psychotherapeutischer Praxen zu berücksichtigen. Die umfangreichen Praxisziele für das QM haben mich zunächst abgeschreckt. Aber positiv fand ich, dass die Materialien sehr gut aufbereitet sind und wir eine Praxissoftware bekamen, mit der jeder sein individuelles Praxisprogramm erstellen konnte. Die Seminare waren anstrengend, dafür gab es aber auch Fortbildungspunkte.

Wie nützlich ist für Sie die Beschäftigung mit Fragen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagement,

welchen Gewinn erwarten Sie für die Praxis?

Gühne: Bei den Schulungen bekamen wir durchaus Informationen, die neu waren und mit denen ich etwas anfangen kann im Praxisalltag. Zum Beispiel, was rechtlich zu bedenken ist bei der Erstellung eines Flyers, dass ich da nicht einfach einen Stadtplan einscannen kann. Eine Patientenbroschüre zu erstellen, finde ich nützlich, das ist nicht nur Bürokratie. Positiv waren auch Hinweise auf Dinge wie Aufbewahrungsfristen für Praxisunterlagen, Notwendigkeit der Prüfung von Elektrogeräten, also welche gesetzlichen und sicherheitstechnischen Grundlagen beachtet werden müssen. Darunter auch Fragen, über die ich mir bisher keine großen Gedanken machte. Auch eine Reflektion darüber, ob meine Ansage auf dem Anrufbeantworter patientenfreundlich ist, oder was ich tue, wenn ein Patient akut suizidal in der Praxis erscheint, fand ich sinnvoll.

Andererseits empfand ich aber auch viele Inhalte für die Einzelpraxis, die ohne Personal arbeitet, sinnlos und total übertrieben aufwändig. Ich kann mir aber vorstellen, dass Praxen mit Personal oder mit vielen Patienten davon eher profitieren. Insgesamt macht das QM schon relativ viel Arbeit, den Gewinn bewerte ich bisher eher als bescheiden.

Welchen Zeitaufwand werden Sie noch bis zum Abschluss der Arbeiten investieren müssen?

Gühne: Bei der Umsetzung in der Praxis werden wir mit der Software gut durch das Handbuch geführt. Ich habe bisher zwei Nachmittage daran gearbeitet und vielleicht rund ein Fünftel des Stoffes erledigt.

Der schwierige Teil kommt aber erst noch. Zum Beispiel das Erstellen von Organigrammen für bestimmte Abläufe, etwa wenn plötzlich ein suizidaler Patient kommt. Ich rechne auch vor allem mit Schwierigkeiten im Umgang mit dem Computer. Aber das sind keine unüberwindlichen Hürden. Außerdem tauschen wir uns in einer Gruppe von vier Leuten aus und können uns gegenseitig helfen. Ziel ist es, wie vom Zeitplan vorgeschrieben, bis Ende 2009 fertig zu sein. Ich schätze, dafür noch circa 50 Stunden zu benötigen.

Welche Tipps haben Sie für Kolleginnen und Kollegen, besonders für diejenigen, die sich noch vor QM scheuen?

Gühne: Das QM ist zu bewältigen. Es ist schon viel Arbeit, die man nicht mit „links“ macht, aber man muss keinen Horror davor haben. Nach dem Erstellen der Handbücher gebe ich sie ab und bekomme eine Rückmeldung. Sind Fehler enthalten, werde ich darauf hingewiesen und kann sie korrigieren. Ist alles in Ordnung, bekomme ich den erfolgreichen Abschluss bescheinigt und habe meine Pflichten gegenüber dem Gesetzgeber und den Vertragspartnern erfüllt. In einem weiteren Schritt geht es dann darum, das Erreichte selbst zu bewerten und die gesteckten Ziele zu kontrollieren. Eine Zertifizierung wird vorerst noch nicht verlangt.

Würden Sie von Seiten der Berufsverbände oder Körperschaften mehr Unterstützung erwarten?

Gühne: Bisher halte ich die Unterstützung eigentlich für ausreichend. Gut wären vielleicht Informationen der Kammer, wodurch



Frau Gühne mit dem QM-Handbuch

sich einzelne QM-Systeme unterscheiden. Oder eine Bewertung, worin Vor- und Nachteile der verschiedenen Angebote bestehen.

Erwarten Sie, dass sich mit QM die Wirtschaftlichkeit Ihrer Praxis verbessert? Wie lautet insgesamt Ihr bisheriges Fazit?

Gühne: Aufwand und Nutzen stehen nicht unbedingt in einem ausgeglichenen Verhältnis. Die Überlegung des Gesetzgebers, dass wir durch QM die eigene Arbeit besser reflektieren, ist bei Psychotherapeuten ja schon durch Supervision und durch die von uns zu erstellenden Gutachten gegeben. Wir treffen uns zum Beispiel mit vier Kollegen/Kolleginnen alle 14 Tage zu einer zweistündigen Intervision. Ich erwarte nicht, dass die Praxisführung durch QM wirtschaftlicher wird, mehr Gewinn abwirft oder große Innovationen dabei

herauskommen. In größeren Praxen mit einer anderen Struktur halte ich das aber für denkbar.

(Die Fragen stellte Brigitte Düring.)

Stichwort QM

Erläuterungen zu Begriffen, gesetzlichen Grundlagen und zur Umsetzung von QM hat der OPK-Ausschuss für Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie für Qualitätssicherung zusammen gestellt. Sie finden diese auf der Homepage www.opk-info.de unter „Kammer“. Dieses Papier enthält auch Hinweise auf QM-Programme.

Weitere Informationen über QM-Programme, Schulungen und Kosten finden Sie auch auf den Internet-Seiten der Kassenärztlichen Vereinigungen, der KBV und der Berufsverbände. Die Anbieter von QM-Programmen bieten in der Regel auch Einführungsseminare an, bei denen Sie ein Handbuch (Qualitätsziel-Katalog) erhalten und oft auch ein Manual inklusive Umsetzungsvorschlägen, Mustertexten und Musterdokumenten.

Geschäftsstelle

Karl-Rothe-Str. 4
04105 Leipzig
Tel. 0341-462432-0
Fax. 0341-462432-19
www.opk-info.de
info@opk-info.de
Telefonsprechstunde des Vorstandes
Mittwochs 11 bis 13 Uhr,
Tel. 0341-462432-15

Mitteilungen der LandesPsychotherapeuten-Kammer Rheinland-Pfalz

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das Jahr 2009 bietet eine beeindruckende Dichte von politischen Jubiläen, die auch angemessen Aufmerksamkeit bekommen sollen. Mit dabei ist das 10-jährige In-Kraft-Treten des Psychotherapeutengesetzes. Unseren Status als gesetzlich verankerter akademischer Heilberuf nehmen wir inzwischen selbstverständlich, wir haben ja lange dafür gekämpft und dieses Ziel schließlich zum 18.06.1998 erreicht. Im Rahmen der seit Anfang des Jahres gültigen neuen Honorarregelung sowie der Umsetzung weiterer Schritte der Gesundheitsreform ist es gelungen, Besonderheiten der psychotherapeutischen Tätigkeit durch andere Steuerungsansätze abzubilden als für die anderen Fachgruppen der GKV-Behandler gelten: Psychotherapeuten unterliegen keinem Regelleistungsvolumen sondern es gelten zeitliche Kapazitätsberechnun-



gen für unsere weitgehend zeitdefinierten und überdies genehmigungspflichtigen Leistungen.

Der Stellenwert der psychotherapeutischen Tätigkeit in den Krankenhäusern und auch anderen institutionellen Tätigkeitsfeldern hat im letzten Jahrzehnt ebenfalls zugenommen. Diese deutliche Entwicklung auf der Grundlage von klarer empirischer Evidenz für die Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren in den Bereichen der curativen, rehabilitativen präventiven, palliativen sowie forensischen Versorgung blieb aber bisher ohne wesentliche Auswirkungen auf den formalen Status der stationär tätigen Kolleginnen und Kollegen. Ihre Kammer wird dieses Jahr Initiativen bündeln, damit nicht mehr rechtliche Hürden gegen die Übertragung von Leitungsaufgaben auf hochqualifizierte und erfahrene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Fachabteilungen von Kliniken angeführt werden können. Das hohe Fortbildungsinteresse wurde uns auch früher schon nachgesagt. Jetzt

ist es eindrucksvoll mit den Fortbildungsnachweisen belegt. Viele Kolleginnen und Kollegen haben weitaus mehr als den berufsrechtlich und im SGB V vorgegebenen Fortbildungsumfang erfüllt. Dank an alle, die ihre Nachweise fristgerecht eingereicht haben: Sie erleichtern die Arbeit unserer Geschäftsstelle und geben dem Vorstand zusätzliche Argumente für unsere Forderungen, dass Psychotherapeuten einen angemessenen und gleichrangigen Status mit den anderen approbierten Berufen im Gesundheitssystem einnehmen können. Einige Steine auf dem Weg zu diesen und weiteren berufspolitischen Zielen werden sich leichter wegräumen lassen, wenn sich im Jahr 8 der Kammer möglichst viele Mitglieder mit dem durch die Approbation definierten Berufen des Psychotherapeuten identifizieren und auch die Kammergremien als ihre Plattform der Selbstverwaltung wahrnehmen können.

*In der kollegialen Solidarität erreichen wir am meisten!
Ihr Alfred Kappauf*

Jahresempfang der rheinland-pfälzischen Kammern in Mainz Merkel: Gemeinsam gegen die Krise

Jedes Jahr veranstalten rheinland-pfälzische Kammern einen Jahresempfang der Wirtschaft. Zum 30. Januar 2009 luden 14 Kammern, darunter auch vier Heilberufekammern, die Bundeskanzlerin in die Mainzer Rheingoldhalle ein und diese sprach vor 5000 Gästen zum Konjunkturpaket der Bundesregierung.

Merkel: Rettungsschirm für die Banken notwendig

Dr. Angela Merkel ging in ihrer Rede besonders auf die Belange mittelständiger Unternehmen ein, da diese das wirtschaftliche Rückgrat von Rheinland-Pfalz bilden. Sie

sprach von der Unterstützung der Banken und der Autoindustrie und betonte dabei das Interesse der mittelständigen Zulieferbetriebe. Bildhaft beschrieb sie die Notwendigkeit von DSL-Anschlüssen in ländlichen Gebieten, damit die „Lammkeule auch dreidimensional abzubilden ist“, um sie besser an den Käufer zu bringen. Sie richtete einen Appell an den Mittelstand, die Hilfen auch anzunehmen, damit sie greifen könnten. Auf den Gesundheitssektor ging sie nur am Rande ein. Sie nannte ihn einen Wirtschaftszweig, der von der Krise wenig betroffen sei. Die Reduzierung des Krankenkassenbeitrags um 0,6% führe zu einer direkten

Unterstützung der wenig Steuern zahlenden Geringverdienenden. Deutlich benannte sie die Verantwortung von Land und Kommunen, das vom Bund bereitgestellte Geld nun auch abzurufen, um in Krankenhäuser, Schulen, Kindergärten usw. zu investieren. Das zweite Konjunkturpaket habe zum Ziel, möglichst viele Arbeitsplätze zu erhalten, um nicht nach eine paar Monaten wieder neue ArbeitnehmerInnen einarbeiten zu müssen. Die Rede erhielt viel Zustimmung, allerdings wiesen die Präsidenten von Handwerkskammer und IHK darauf hin, dass der Mittelstand weitere Entlastungen und Entbürokratisierung brauche.

Allianz der Kammern

Die gegenseitige Unterstützung der Kammern bietet eine wertvolle Hilfe bei der Durchsetzung politischer Ziele, denn Gewerbetreibende, Handwerker und Freiberufler haben eine große gemeinsame Schnittmenge ihrer Interessen. Versorgungswerke, Steuern und Bürokratie sind hier nur einige Stichpunkte. Im Anschluss an die Rede der Bundeskanzlerin konnten beim sogenannten „Mainzer Gedeck“ – Bretzeln mit Wein – Kontakte mit Politikern aus Bundes-, Landes- und Europaparlament ebenso wie mit Mitgliedern anderer Kammern geknüpft und vertieft werden. Die Kammern nutzen den regelmäßigen

Jahresempfang auch intensiv zur Darstellung ihrer Tätigkeiten in den Medien.

Psychotherapie und Herzoperation – beides kann Leben retten

Mit dieser Überschrift stellte sich die LPK-RLP vor und führte aus, dass „mit dem ‚Europäischen Pakt für Gesundheit und Wohlergehen‘ ... im Juni 2008 in Brüssel psychische Gesundheit zum vorrangigen Handlungsfeld der Gemeinschaft erklärt“ wurde.

Die LPK RLP informierte über die Auswirkung von Depression auf die Suizidrate in Deutschland (11.000 Menschen jährlich,

wobei 40-70% im Zusammenhang mit einer Depression stehen, dies bei unbekannter Dunkelziffer). Sie machte auf die Zusammenhänge von psychischen Störungen und Frühberentung sowie Fehltagen aufmerksam. Trotz insgesamt zurückgehender Krankenstände ist der Anteil an psychischen Beschwerden und Erkrankungen wie Depressionen, Angstzuständen oder Erschöpfungssymptomen als Grund für den Arbeitsausfall innerhalb von 10 Jahren um 45 Prozent gestiegen und mindestens jeder 10. Fehltag geht auf ein Seelenleiden zurück. Wir werden dabei nicht müde zu betonen, dass die Wirksamkeit wissenschaftlich begründeter Psychotherapie verlässlich belegt ist.

Einladung zur Fachtagung der Kammer und zum Herbstfest

Hingewiesen werden soll aber schon auf die Fachtagung, die am 26.9.2009 in Mainz stattfinden wird. Wir wollen uns diesmal an eine **Standortbestimmung der Psychotherapie** wagen. Nachbardisziplinen erbringen neue Erkenntnisse, die gegebenenfalls sicher geglaubte Annahmen in Frage stellen: was ist aus heutiger Sicht Bewusstsein, Unbewusstsein und freier Wille und was ist eigentlich Intuition? Natürlich entwickelt sich auch unsere Disziplin aus sich heraus weiter: was sind wegweisende Ergebnisse der Psychotherapieforschung? Wir haben daher Forscher aus unterschiedlichen Fachrichtungen eingeladen, um mit Ihnen zusammen zu diskutieren, inwiefern sich daraus Veränderungen für unsere Disziplin ergeben.

Wie kaum eine andere Forschungsrichtung haben in den letzten Jahren die Neurowissenschaften immer wieder für Aufregung gesorgt. Da dort mit neuen Strategien Verarbeitungsmechanismen im Gehirn un-

tersucht werden, haben diese Ergebnisse unmittelbare Auswirkungen auf die psychologische Forschung und Berührungspunkte mit psychotherapeutischer Arbeit, die einerseits mit großem Interesse aufgenommen werden, andererseits bei vielen auch auf große Skepsis stoßen.

Wir haben daher **Frau Prof. Braun** von der Universität Magdeburg eingeladen, die dort als Verhaltensbiologin die Abteilung Zoologie und Entwicklungsneurobiologie leitet. Ihr Arbeitsschwerpunkt liegt auf der Erforschung des Einflusses von Umweltreizen auf die Gehirnentwicklung. Sie wird uns kompetent auf den neuesten Stand bringen in Bezug auf die für Psychologie und Psychotherapie relevanten Ergebnisse aus den Neurowissenschaften. Wir wollen außerdem einen speziellen Aspekt herausgreifen, nämlich die Diskussion, mit wie viel „freiem Willen“ der Mensch eigentlich tatsächlich gestalten kann (hierzu steht der Referent/die Referentin noch nicht

fest). **Frau Dr. Odette Wegwarth** wird sich der Frage annehmen, wie man „Intuition“ eigentlich erfassen kann und welche Rolle sie spielen kann oder soll – auch und gerade in Zeiten evidenzbasierter Forschungsanwendung. Fr. Dr. Wegwarth arbeitet in der Forschergruppe um Prof. Gigerenzer am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung in Berlin im Bereich „Adaptives Verhalten und Kognition“. Zu guter Letzt sollen in einem abschließenden Statement diese verschiedenen Aspekte gewichtet und bezüglich der Relevanz für die Psychotherapie bewertet werden.

Danach wird wie immer das Herbstfest der Landespsychotherapeutenkammer mit gutem Wein, gutem Essen und schöner Musik begangen, bei dem sich reichlich Gelegenheiten ergeben, neue Kontakte zu knüpfen und interessante Gespräche zu führen. Alle Mitglieder der Kammer sind zu Fachtagung und Herbstfest schon jetzt herzlich eingeladen.

Fünf Jahre Fortbildungsnachweise – was nun?

Berufsrecht – Sozialrecht

Eine der wesentlichen Pflichten, die das Heilberufsgesetz den Angehörigen der Freien Heilberufe auferlegt, ist die zur kontinuierlichen beruflichen Fortbildung. Die Fortbildungsordnung der Kammer, die

quasi die Ausführungsbestimmungen zur Umsetzung enthält, ist am 25.03.2004 in Kraft getreten, d. h. der dort festgelegte Fünf-Jahres-Zeitraum, in dem mindestens 250 Fortbildungspunkte erreicht sein müssen, ist für alle Mitglieder, die damals bereits Mitglied der Kammer waren, abgelau-

fen. **Dabei ist es unerheblich, ob diese niedergelassen sind oder als Angestellte oder Beamte psychotherapeutisch arbeiten.** Darüber hinaus hat das SGB V die Regelungen für die GKV-Zugelassenen, Ermächtigten und in zugelassenen/ermächtigten Praxen Angestellten analog

zum 01.07.2004 übernommen. Für die in klinischen Einrichtungen Tätigen wurde im SGB V 2007 eine solche Verpflichtung eingeführt.

Fristen

Die Kammer hat durch die Einrichtung der persönlichen Fortbildungskonten im Jahr 2005 ihren Mitgliedern frühzeitig die Möglichkeit gegeben, jährlich die besuchten Fortbildungsveranstaltungen nachzuweisen und somit ohne Termindruck die Punkte kontinuierlich dem Konto gutschreiben zu lassen. Diese Möglichkeit wurde auch von Vielen genutzt, so dass wir etwa von zwei Drittel der Mitglieder entsprechende Nachweise haben. In allen Mitgliedergruppen gibt es aber auch eine stattliche Zahl, die bis Dezember 2008 noch keine oder nur wenige Belege eingereicht haben. Die Kammer muss im ersten Halbjahr diesen Jahres nachprüfen, wer nach Ablauf des Fünf-Jahres-Zeitraums seine Fortbildung nicht in ausreichendem Umfang erfüllt hat. Diese Mitglieder werden zunächst gebeten, die Nachweise innerhalb einer Frist einzureichen, weil sonst ein berufsrechtliches

Verfahren eingeleitet werden muss. Alle, deren Punktekonto ausreichend gefüllt ist, erhalten im März 2009 ihr Zertifikat.

In § 95d SGB V ist geregelt, dass nach Ablauf einer Fünf-Jahres-Frist ebenfalls 250 Fortbildungspunkte der KV gegenüber nachzuweisen sind, dieser Nachweis erfolgt durch das Zertifikat der Landespsychotherapeutenkammer.

Zusammenarbeit LPK – KV

Um alles für die Mitglieder so einfach wie möglich zu machen, haben wir mit der KV RLP vereinbart, dass wir regelmäßig von dieser online die Namen der Mitglieder KV erhalten, für die der Fünf-Jahres-Zeitraum abläuft. Durch eine Suchroutine in unserem Fortbildungsprogramm werden wir dann der KV online diejenigen benennen, die mindestens 250 Punkte erreicht haben. Es werden keine konkreten Punktestände übermittelt, sondern lediglich die Tatsache dass ausreichende Nachweise vorliegen. Die KV teilt dann diesen Mitgliedern mit, dass der Nachweis nach § 95d SGB V geführt wird. Alle anderen werden ein halbes

Jahr vor Ablauf der Frist erinnert, dass sie bitte ihre noch nicht eingereichten Nachweise der Kammer so bald wie möglich vorlegen, damit diese noch geprüft und erfasst werden können und keine Sanktionen durch die KV erfolgen.

Im Zuge dieses Verfahrens haben wir eine besondere Serviceleistung mit der KV vereinbart. Wenn wir von einem Mitglied wissen, dass es aufgrund langer Krankheit, Elternzeit (über sechs Monate) oder anderer wichtiger Gründe nicht in der Lage war, Fortbildungen zu besuchen, dann verschiebt sich sowohl bei der Kammer als auch bei der KV der Fünf-Jahres-Zeitraum in die Zukunft. Da wir die entsprechenden Gründe schon geprüft haben, übernimmt die KV diese Angaben, so dass dann kein zweiter Antrag dort gestellt werden muss. Bitte beachten Sie, dass die KV bereits bei dreimonatiger Verhinderung schon prüft, ob Gründe für das Hinausschieben des Fristablaufs vorliegen. Deshalb sollte ein Antrag bei der KV gestellt werden, wenn die Hinderungsgründe weniger als sechs Monate aber mindestens drei Monate vorliegen.

Justiziar der Kammer verabschiedet

Never change a winning team?

Nach dieser Entscheidungsmaxime hat der Vorstand der LPK einen klaren Fehler begangen, als er den Justiziar



der Kammer, RA Werner Franken, zum Ende des letzten Jahres verabschiedete. Herr Franken stand der Kammer seit der Gründung 7 Jahre nicht nur mit seiner ausgezeichneten juristischen Kompetenz zur Verfügung sondern auch mit seinem wertvollen Erfahrungsschatz als früherer Leiter einer Landesbehörde. Es bedarf auch für Außenstehende wenig Phantasie um nachvollziehen zu können, wie wichtig diese Kombination in einer Aufbauphase der Kammer sein kann. Somit ist es nicht verwunderlich, dass bei komplexen Entscheidungsprozessen der Justiziar vom Vorstand manchmal auch mit der informellen Rolle

des beratenden "elder statesman" hinzugezogen wurde.

Der Vorstand hat sich bei der hohen Zufriedenheit mit der Arbeit von Herrn Franken von einer anderen Überlegung bei der Verabschiedung leiten lassen: Es spricht einiges dafür, dass Organisationen Veränderungen nicht nur als Reaktion auf Probleme vornehmen sollten. Der Zeitpunkt für umsichtige Weichenstellungen, z. B. für zukünftige Personalstrukturen, ist manchmal am günstigsten, wenn das Feld gut bestellt ist...

Im Rahmen der letzten Vertreterversammlung dankte Präsident Kappauf Herrn Franken für seine engagiert geleistete Arbeit, seine hohe Loyalität und die stets auch atmosphärisch angenehme Kooperation und überreichte ein Präsent der Kammer. Persönlich streute er die Bitte ein, ihn gelegentlich für „Spezialaufgaben“ aktivieren zu dürfen.

Herr Franken hat sich in besonderem Maß um unsere Kammer verdient gemacht! Wir wünschen Herrn Franken, der in Anbetracht seiner Fitness allein bzgl. seines biologischen Alters von 72 Jahren etwas unglaublich wirkt, alles Gute und weiterhin viel Gesundheit.

An diesen Seiten arbeiteten mit:

Dr. Andrea Benecke, Gisela Borgmann-Schäfer, Birgit Heinrich, Alfred Kappauf

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

Satzungen der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz

Inhalt:

- Berufsordnung (Änderungsbeschluss)
- Gebührenordnung 2006 (Änderungsbeschluss)
- Entschädigungsordnung (Änderungsbeschluss)
- Weiterbildungsordnung (Änderungsbeschluss)
- Fortbildungsordnung (Änderungsbeschluss)
- Bekanntmachung der Hebesätze, des Grund- und des Höchstbeitrags für das Beitragsjahr 2009

Satzungsänderungen

Die Vertreterversammlung der LPK hat am 29.11.2008 folgende Satzungen geändert, die vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen am 16. Januar 2009 genehmigt wurden:

Berufsordnung

§ 2 Abs. 2 wird wie folgt geändert: Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können diagnostische Teilaufgaben sowie behandlungsergänzende Maßnahmen an Dritte delegieren, sofern diese über eine dafür geeignete Qualifikation verfügen und die Patienten wirksam eingewilligt haben. Die Gesamtverantwortung für die delegierten Maßnahmen verbleibt bei dem delegierenden Psychotherapeuten.

§ 4: erhält folgende Fassung:

(1) Zulässige Berufsbezeichnungen sind nach § 1 Absatz 1 PsychThG

„Psychologische Psychotherapeutin“ oder „Psychologischer Psychotherapeut“

„Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin“ oder „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“

„Psychotherapeutin“ oder „Psychotherapeut“

(2) Als zusätzliche Bezeichnung kann der Berufsbezeichnung das Psychotherapieverfahren beigelegt werden, das Gegenstand der vertieften Ausbildung und der Prüfung nach der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten oder der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder gemäß § 12 PsychThG zur Approbation führte.

(3) Kammermitglieder, die eine Weiterbildung nach der Weiterbildungsordnung erfolgreich abgeschlossen haben, können die damit verbundene Zusatzbezeichnung führen, um so auf ihre erworbenen besonderen Kenntnisse hinzuweisen.

(4) Qualifikationen und Tätigkeitsschwerpunkte dürfen angegeben werden, sofern dies in angemessener Form erfolgt und nicht irreführend ist. Die Voraussetzungen für derartige Angaben sind gegenüber der Kammer auf Verlangen nachzuweisen. Die Angabe eines Tätigkeitsschwerpunkts setzt eine nachhaltige Tätigkeit in diesem Bereich voraus und muss mit dem Zusatz „Tätigkeitsschwerpunkt“ erfolgen.

§ 5 erhält folgende Fassung:

(1) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind verpflichtet, ihren Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihnen entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen. Sie sind bei der Ausübung ihres Berufes ihrem Gewissen, den Geboten der psychotherapeutischen Ethik und der Menschlichkeit verpflichtet.

(2) Sie haben die Würde, die Integrität und das Selbstbestimmungsrecht der Patientinnen und Patienten zu wahren. Insbesondere haben sie darauf zu achten, dass sie diese nicht durch die vielfältigen Einflussmöglichkeiten, die ihnen bei der Ausübung ihrer Tätigkeit zu Gebote stehen, verletzen.

(3) Sie haben ihr diagnostisches und psychotherapeutisches Wissen überlegt einzusetzen, insbesondere mögliche Folgen für die Patientinnen und Patienten und andere zu bedenken und Schaden zu vermeiden. Sie haben darauf zu achten, dass sie bei ihrer beruflichen Tätigkeit ihre fachlichen Fähigkeiten und ihr Leistungsvermögen nicht überschätzen. Psychotherapeuten dürfen weder das Vertrauen, die Unwissenheit, die Leichtgläubigkeit oder die Hilflosigkeit von Patientinnen und Patienten ausnutzen noch unangemessene Versprechungen oder Entmutigungen in Bezug auf den Heilungserfolg machen.

(4) Sie dürfen nur Grundsätze anerkennen und Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit ihrer Aufgabe vereinbar sind, deren Befolgung sie verantworten können und die dieser Berufsordnung nicht widersprechen, und sind verpflichtet, sich über die für die Berufsausübung jeweils geltenden Vorschriften zu unterrichten.

(5) Psychotherapeuten erbringen psychotherapeutische Behandlungen im persönlichen Kontakt. Sie dürfen diese über elektronische Kommunikationsmedien nur unter Beachtung besonderer Sorgfaltspflichten durchführen.

(6) Psychotherapeuten sind verpflichtet, sich im Falle von Großschadensereignissen oder Kata-

strophen an einer psychosozialen Notfallversorgung der Bevölkerung in berufsangemessener Form zu beteiligen.

(7) Sie sind verpflichtet, sich hinreichend gegen Haftpflichtansprüche aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit zu versichern.

(8) Sie sind verpflichtet, auf Anfragen der Psychotherapeutenkammer, welche diese im Rahmen der Berufsaufsicht an sie richtet, in angemessener Frist zu antworten. Die Auskunftspflicht entfällt nur dann, wenn die Kammerangehörigen sich bei Erteilung der Auskunft einer straf- oder berufsrechtlichen Verfolgung aussetzen würden.

§ 6 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

Vor Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung hat in der Regel eine diagnostische Abklärung unter Einbeziehung anamnestischer Erhebungen zu erfolgen. Dabei sind erforderlichenfalls Befundberichte Dritter zu berücksichtigen. Indikationsstellung und Erstellung eines Gesamtbehandlungsplans haben unter Berücksichtigung der mit den Patienten erarbeiteten Behandlungsziele zu erfolgen.

§ 7 Abs. 1 und 2 erhalten folgende Fassung:

(1) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind verpflichtet, über Psychodiagnostik, Beratung und Psychotherapieverlauf aussagefähige und zeitnahe Aufzeichnungen zu erstellen. Die Dokumentation heilkundlicher Tätigkeit muss mindestens Datum, anamnestische Daten, Diagnosen, Fallkonzeptionalisierungen, psychotherapeutische Maßnahmen sowie gegebenenfalls Ergebnisse psychometrischer Erhebungen enthalten.

(2) Die psychotherapeutischen Aufzeichnungen nach Absatz 1 sind mindestens zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit sich nicht aus anderen Vorschriften eine längere Aufbewahrungsdauer ergibt.

Mainz, den 29. Januar 2009

Gez.
Alfred Kappauf, Präsident

Gebührenordnung

In **Kapitel III** wird in der Zeile 3 das Wort „Gutachter“ gestrichen,

In **Kapitel IV** wird in der Zeile 2 das Wort „Gutachten“ gestrichen,

Die Bezeichnung des **Kapitels „VIII. Widerspruchsverfahren“** wird geändert in „Widerspruchsverfahren/Einspruchsverfahren“. Der Text wird geändert in „Erlass eines ablehnenden Widerspruchsbescheides / Einspruchsbescheides (nach Aufwand)“

Die Änderungen treten zum 01.01.2009 in Kraft.

Mainz, den 29. Januar 2009

Gez.
Alfred Kappauf, Präsident

Die Vertreterversammlung der LPK hat am 29.11.2008 die Fortbildungsordnung und die Anlagen 1 und 2 geändert, die vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen am 05. Februar und 19. Februar 2009 genehmigt wurden:

Fortbildungsordnung

1. In **§ 5 Abs. 5** wird Satz 2 wie folgt gefasst: Als Fortbildungsveranstalter im Sinne dieser Ordnung gelten auch Supervisoren und Selbsterfahrungsleiter.

2. In **Anlage 1** zur Fortbildungsordnung wird in der Kategorie F „Autoren“ die Punktzahl in „5 Punkte pro Beitrag“ geändert.

3. **Anlage 2** zur Fortbildungsordnung erhält folgende Fassung:

Anforderungskriterien für Supervisoren/Selbsterfahrungsleiter

Folgende Kriterien gelten für Supervisoren/Selbsterfahrungsleiter von Fortbildungsveranstaltungen:

Supervisoren/Selbsterfahrungsleiter müssen über eine Approbation als Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut verfügen oder psychotherapeutisch weitergebildeter Arzt sein.

Ausnahmen können in begründeten Fällen beim Vorliegen äquivalenter Voraussetzungen geltend gemacht werden.

Entschädigungsordnung

Nr. 1 Abs. 2 S. 1 der Entschädigungsordnung wird wie folgt gefasst:

Die Entschädigung pro gefahrenen Kilometer beträgt 0,35 € analog der unabhängig von Gehaltsgruppe oder Tätigkeit nach LRGB für die Wegstreckenentschädigung ab 01.01.2009 geltenden höchsten Kilometerpauschale.

Die Änderung tritt am 01.01.2009 in Kraft.

Mainz, den 29. Januar 2009

Gez.
Alfred Kappauf, Präsident

Die Vertreterversammlung der LPK hat am 29.11.2008 die Weiterbildungsordnung geändert, die vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen am 05. Februar 2009 genehmigt wurden:

Weiterbildungsordnung

In **Anlage 1** wird der dritte Unterpunkt in dem Bereich „**Verhaltenstherapie**“, „Verhaltenstherapeutische Behandlungen“ wie folgt geändert: Selbsterfahrung, die sowohl als Einzelselbsterfahrung als auch in Gruppen durchgeführt werden kann

Mainz, den 20. Februar 2009

Gez.
Alfred Kappauf, Präsident

Bekanntmachung der Hebesätze, des Grund- und des Höchstbeitrags für das Beitragsjahr 2009

Die Vertreterversammlung der LPK hat am 28.11.2008 folgenden Beschluss nach **§ 3 Abs. 3** der Beitragsordnung gefasst, der vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen am 16. Januar 2009 genehmigt wurde.

Die Höhe des Grundbeitrags unverändert bei 125 € und des Höchstbeitrags unverändert bei 775 € zu belassen,

der Hebesatz beträgt für die selbständig tätigen Mitglieder 0,89 %,

der Hebesatz für beträgt für die nicht selbständig tätigen Mitglieder 0,8 %.

Der Beschluss wurde durch das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen am 16.01.2009 genehmigt.

Mainz, den 29. Januar 2009

Gez.
Alfred Kappauf, Präsident

Die von den psychotherapeutischen Berufs- und Fachverbänden und von staatlich anerkannten Ausbildungsstätten beauftragten/anerkannten Supervisoren/Selbsterfahrungsleiter können im Rahmen der Kammerakkreditierung bzw. -zertifizierung tätig werden. Über die hierfür zu berücksichtigenden Berufs- und Fachverbände entscheidet die zuständige Landespsychotherapeutenkammer.

Wer eine verfahrensspezifische Supervision erteilt, muss über einen Aus- und/oder Weiterbildungsabschluss in demjenigen Verfahren verfügen, in dem die Supervision erteilt wird. Falls die Supervision in einem Spezialgebiet stattfindet, muss der Supervisor über besondere Kenntnisse und Fertigkeiten in diesem Spezialgebiet verfügen.

Supervisoren müssen über eine fünfjährige psychotherapeutische Berufstätigkeit nach Abschluss der psychotherapeutischen Aus- bzw. Weiterbildung verfügen.

Supervisoren/Selbsterfahrungsleiter müssen parallel zu ihrer Tätigkeit als Supervisor/Selbsterfahrungsleiter auch in relevantem Umfang psychotherapeutisch tätig sein

4. Die Änderungen treten am 01.01.2009 in Kraft

Mainz, den 20. Februar 2009

Gez.
Alfred Kappauf, Präsident



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes – PKS

Die 2. Vertreterversammlung der PKS ist gewählt

Die Mitglieder der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes haben in der Zeit vom 01.12. bis 16.12.2008 gewählt. Wahlberechtigt waren 353 Psychologische PsychotherapeutInnen (PP) und 67 Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen (KJP). Die **Wahlbeteiligung bei den PP lag bei 71,1%**, bei den **KJP bei 79,1%**. Zu besetzen waren 17 Sitze für die PP (jeder PP hatte 17 Stimmen) und 4 Sitze für die KJP (je KJP 4 Stimmen). Abgegeben wurden bei den PP 4.156 gültige und 27 ungültige Stimmen. Bei der KJP wurden 200 gültige und 10 ungültige Stimmen abgegeben.

Folgende PP wurden in die Vertreterversammlung der Kammer gewählt:

Name Vertreter	Nr. Liste	Anzahl Stimmen
Ilse Rohr	3	267
Bernhard Morsch	2	214
Liz Lorenz-Wallacher	3	185
Joachim Jentner	1	169
Rita Marzell	3	157
Barbara Neurohr	1	155
Michael Antes	1	133
Ernst Kern	2	133
Irmgard Jochum	2	121
Bernhard Petersen	1	120
Roland Waltner	2	98
Thomas Anstadt	3	94
Rainer Krause	3	89
Kathrin Schlipphak	1	86
Alexander Droschel	2	86
Ulrike Linke-Stillger*	3	83
Caroline Kuhn	2	82

*Nachrückerin für Petra Schuhler 105

Angetreten zur Wahl waren für PP 3 Listen:

Liste 1: Nur Mit Uns (geworben mit Verbandszugehörigkeit zu BDP, DGVT, DPGG, DPTV, FVS, GNP und GwG), Anzahl Stimmen: 1242 (29,9%), Sitze in VV: 5.

Liste 2: Angestellte PP (ausschließlich angestellte PP), Anzahl Stimmen: 1355 (32,6%), Sitze in VV: 6.

Liste 3: Wahlbündnis Psychotherapie Saarland (Niedergelassene, Angestellte und Freiberufler unterschiedlicher psychotherapeutischer Richtungen), Anteil Stimmen: 1559 (37,3%), Sitze in VV 6.

Stärkste Fraktion der PP ist damit erneut die Liste Wahlbündnis Psychotherapie Saarland geworden. Prozentual hinzugewonnen hat als einzige die Liste Angestellte PP, die mit einem Plus von 13,5% aller Stimmen gegenüber der Wahl 2003 die Anzahl ihrer Sitze in der Vertreterversammlung verdoppeln konnte.

Zur Wahl der KJP traten 2 Listen an:

Liste 1: Nur Mit Uns – KJP-Saar, Anzahl Stimmen: 107 (53,5%), Sitze in VV: 3.

Liste 2: KJP-Aktiv, Anzahl Stimmen: 93 (46,5%), Sitze in VV: 1.

Folgende KJP wurden in die Vertreterversammlung der Kammer gewählt:

Katja Klohs	1	29
Angela Neureiter	1	29
Werner Singer	2	24
Frank Hager*	1	19

*Nachrücker für Rudolf Meiser 30

Konstituierende Sitzung der VV

In ihrer konstituierenden Sitzung am 09.02.2009 hat die neu gewählte Vertreterversammlung als Präsidentin der Kam-

mer Dipl. Psych. Ilse Rohr (Wahlbündnis Psychotherapie Saarland) in ihrem Amt bestätigt. Ebenso wiedergewählt wurden der Vizepräsident Dipl. Psych. Bernhard Morsch (Angestellte Psychotherapeuten) und die Beisitzerin im Vorstand Dipl. Psych. Irmgard Jochum (Angestellte Psychotherapeuten). Weiterer Beisitzer im Vorstand wurde Dipl. Psych. Thomas Anstadt (Wahlbündnis Psychotherapie Saarland) und Vertreterin der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Dipl. Psych. Katja Klohs (Nur-Mit-Uns-KJP Saar).

Mit der Wiederwahl dreier Mitglieder des bisherigen Kammervorstands kann nach dem Aufbau der Kammer in den Jahren 2003-2008 die begonnene Kammerarbeit mit großer Kontinuität und Tatkraft fortgesetzt werden. Die „neuen“ Mitglieder des Vorstands werden das „eingespielte Team“ mit ihrer Fachkompetenz v.a. im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Klohs) sowie der besonderen Interessenschwerpunkte in der Aus-, Fort- und Weiterbildung (Anstadt) stärken können.

Als Bundesdelegierte der PKS wurden Präsidentin und Vizepräsident bestätigt. Werner Singer wird als KJP die Interessen der saarländischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der Delegiertenversammlung der BPTK vertreten. Stellvertreter sind Thomas Anstadt, Irmgard Jochum und Katja Klohs.

Im Rahmen einer geplanten Klausurtagung wollen sich die Vertreter über die drängendsten Themen verständigen, die die PKS in der kommenden Legislatur anpacken muss. Auf der Agenda ganz oben stehen u. a. die Neuregelung der Aus- und Weiterbildung unseres Heilberufes, die Stärkung der Wahrnehmung des Berufsstandes in der Öffentlichkeit und die Verbesserung der Arbeitsbedingungen aller Psychotherapeuten zur Sicherung ihres

wichtigen Beitrags an der Gesundheitsversorgung der Bürgerinnen und Bürger.

Veranstaltung „Hältige Zulassungen“

Am 26.11.2008 hatte die Kammer zu Ihrer Veranstaltung „Hältige Zulassungen – Neue Chancen für KollegInnen?“ eingeladen. Der Einladung folgten mehr als 40 Kammermitglieder, so dass in den Räumlichkeiten in der Talstraße schnell alle Sitzplätze besetzt waren.

Die Kammerpräsidentin legte nach ihren einführenden Worten dar, wie sich die Gesetzesänderungen, insbesondere die Regelung der 20%-Quote für KJP auf die neuen Niederlassungsmöglichkeiten auswirken.



So errechnen sich für das Saarland insgesamt 25 zusätzliche Sitze für KJP (bislang gab es insgesamt nur 20 Sitze), die sich allerdings wegen der Unterschiedlichkeit der Planungsbereiche zu 90% im Stadtverband Saarbrücken befinden. Keine zusätzlichen Sitze wird es für PP durch Senkung der Quote der Ärztlichen Psychotherapeuten von 40% auf 25% geben, allerdings die Möglichkeit, hältige Sitze zu erwerben, sofern sich niedergelassene KollegInnen finden, die einen halben Sitz zur Ausschreibung an die KV abgeben. Sehr kritisch wurden allerseits die Folgen der Gesetzesänderungen im Hinblick auf das Fallen der Altersgrenzen für Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten gesehen. Dies könnte die Situation für die 68 KollegInnen, die im Saarland auf der Warteliste der KV für einen Vertragssitz (PP) stehen sowie für alle PsychotherapeutInnen in Ausbildung weiter verschlechtern. Die Präsidentin appellierte an die Solidarität der

PsychotherapeutInnen in Niederlassung, mit der Bereitschaft der Abgabe einer halben Zulassung zu einer für unseren Berufsstand angemessenen Lösung beizutragen.

In seinem Vortrag gab Rechtsanwalt Michael Schreiner, Justitiar unserer Kammer, zunächst einen detaillierten Einblick in die Änderungen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG), welches am 17.10.2008 im Bundestag beschlossen worden war. In einem zweiten Schritt erläuterte Herr Schreiner einerseits die Möglichkeiten, die für unseren Berufsstand im Hinblick auf die Flexibilisierung der Niederlassung aus den Gesetzesänderungen erwachsen. Andererseits verdeutlichte er die Unwägbarkeiten bei der Umsetzung der Änderungen durch die KVen. Dabei zeigte er die Wege auf, die bei Abgabe und Erwerb eines halben Sitzes zu gehen sind. Auch stellte er Gedankenspiele über Ausweichstrategien an, die in der rechtlich noch unklaren Situation der Umsetzung des Gesetzes für „Einstige- und Abgabewillige“ KollegInnen den Erfolg wahrscheinlicher machen könnten. Die anwesenden Mitglieder machten ausgiebig von der Möglichkeit Gebrauch, ihre Fragen direkt an den Referenten zu stellen. Aus Sicht des Vorstands und spontanen Rückmeldungen Anwesender war es eine gelungene Veranstaltung und ein erster Einstieg in ein Thema, das uns wohl noch

eine Weile beschäftigen wird. Der Vortrag von Justitiar Schreiner steht zum Download auf der Website der PKS bereit.

Psych-Info: Nutzung und Mitgliederbestand

Seit April 2008 können sich die saarländischen Kammermitglieder in den Patienteninformations- und Psychotherapeutenbuchungsdienst eintragen. Von dieser Möglichkeit haben die Mehrzahl unserer Kammermitglieder Gebrauch gemacht. Im vorliegenden Kurzbericht möchten wir einen Überblick über Psych-Info und die Nutzung des Onlinedienstes geben.

2008 waren in der Online-Datenbank „Psych-Info“ **9.860 Mitglieder** der Psychotherapeutenkammern Berlin, Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Saarland und Schleswig-Holstein erfasst, davon haben **4.308 Mitglieder (44%)** ihre Daten zur **öffentlichen Nutzung** freigegeben. Im Saarland betrug die Quote der Mitglieder, die sich in den Suchdienst eingetragen haben 65%. Damit liegt der Anteil zusammen mit Bremen (76%) und Hamburg (72%) am dritthöchsten (Berlin 49,7%, Schleswig-Holstein 25,5%, Niedersachsen 22,3%).

Über alle beteiligten Landeskammern arbeiten **3.796 (38%)** der KollegInnen, die

Status	Landes-Kammer						Summe
	B	HB	HH	NDS	Saar	SchlH	
Gesamtzahl erfasster Datensätze	3486	448	1387	3036	419	1084	9860
Freigegebene Datensätze gesamt	1732	342	1006	677	275	276	4308
davon freiberuflich Tätige	1658	326	838	587	149	238	3796
davon in Einzelpraxis	1013	289	596	463	136	181	2678
in Praxengemeinschaft	577	26	188	108	10	47	956
in Gemeinschaftspraxis	68	11	54	16	3	10	162
davon nicht selbständig Tätige	74	16	168	90	126	38	512
davon in Behinderteneinrichtung	0	0	0	3	3	0	6
in Beratungsstelle	25	6	63	25	33	11	163
Bildungseinrichtung	1	0	10	1	3	0	15
Instituts-Ambulanz	3	0	7	6	20	2	38
Klinik-Ambulanz	7	7	48	12	11	12	97
Öffentliche Dienststelle	4	3	10	14	8	4	43
Psychosoz. Versorgungseinrichtung	8	0	1	1	8	0	18
Rehabilitations-Einrichtung	8	0	9	3	33	3	47
Therapeutische Wohngemeinschaft	2	0	9	0	1	0	3
Versorgungszentrum	5	0	9	1	0	0	6
sonstige Einrichtung	11	0	29	24	6	6	76

Ihre Daten freigaben **in freiberuflicher Tätigkeit**. Lediglich **512 (5,2%)** Psychotherapeuten **in Institutionen** beteiligen sich mit ihrem Eintrag am Suchdienst. Mit einem Anteil der Freigaben von **45%** der **Psychotherapeuten in Institutionen** liegt das Saarland mit großem Abstand an der Spitze des Anteils der KollegInnen, die als Nicht-Selbständige von einem Eintrag im Suchdienst Gebrauch gemacht haben (Hamburg 16,7%, Schleswig-Holstein 13,8%, NDS 13,3%, Bremen 4,7%, Berlin 4,3%). Die Tabelle gibt Aufschluss über die genaue Verteilung der Daten der erfassten Mitglieder über alle Länderkammern.

Datenquelle: Systemadministration Dr. Peter Riedel, PtK Hamburg

Psych-Info: www.psych-info.de

Website-Analyse

Wie jedes Jahr geben wir auch für 2008 mit der Datenanalyse unseres Internet-Portals www.ptk-saar.de Einblick in die Besucherstruktur und die Nutzung. Die Anzahl der Besucher hat sich im letzten Jahr erneut deutlich erhöht:

Die Website wurde 37.750 mal besucht. Das entspricht durchschnittlich 3.150 Besuchern im Monat und ca. 105 Besuchern pro Tag.

Seitenaufrufe

Die Anzahl der Seitenaufrufe hat mit etwa 130.000 Aufrufen ebenfalls einen vorläufigen Hochpunkt erreicht. Je Besucher wurden damit 3-4 Seiten pro Besuch der Website angeschaut. Gezählt wurden dabei nur jeweils vollständig geladene Seiten. Dies entspricht ca. 370 Seitenaufrufen pro Tag. Summa summarum scheint sowohl Aktualität als auch Inhalt unseres Webportals großen Anklang zu finden. Die Daten auf der Website werden alle 14 Tage aktualisiert, so dass sich alle Nutzer über unser Portal zeitnah und aktuell über berufliche und Patientenangelegenheiten informieren können.

Welches sind nun die am häufigsten genutzten Inhalte und welchen Nutzergruppen könnten die Seitenaufrufe am ehesten zugeordnet werden?

Aktuelle Informationen

Am häufigsten wurden im Menü „Aktuelles“ die Informationen auf der Startseite aufgerufen. Der Anteil beträgt fast 50%. Da es sich bei den Informationen auf der Startseite um aktuellste berufspolitische News handelt, ist am ehesten davon auszugehen, dass es sich beim größten Teil der Nutzer dieser Seite um BerufskollegInnen oder Angehörige anderer Heil- und Gesundheitsberufe handelt. Andererseits wird ein nicht unerheblicher Anteil der Nutzer auch als Fachfremde über Suchmaschinen auf der PKS-Seite als erstes an dieser Stelle landen.

Patienteninformation

Die zweithäufigste Nutzung betrifft das Menü „Patienteninfo“: Gut 10% aller Seitenaufrufe bezogen sich auf die Nutzung der Informationen über Psychotherapeuten und wo man sie findet, speziell über Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen und Angebote psychosozialer Beratung, allgemeine und aktuelle Informationen über Psychotherapie sowie Informationen über Möglichkeiten der Patientenberatung und der Wahrnehmung von Patientenrechten. Es ist davon auszugehen, dass der Nutzerkreis dieses Menüs hauptsächlich auf Patientenseite liegt. Wichtig an dieser Stelle scheint mir der Hinweis, dass die Onlinesuche nach Psychotherapeuten außer unter dem Untermenüpunkt „Psychotherapeutensuche“ vor allem direkt über das Extra-Menü www.psych-info.de auf der Startseite unseres Portals erfolgen kann. Die Anfragequote liegt hier bei rund 1000 Suchläufen je Quartal. Dies entspricht einer Anfragequote von ca. 10 Anfragen je 10.000 Einwohner.

Fazit

Die Häufigkeit der Nutzung der Web-Portals und die Verteilung der Seitenaufrufe über die Menüpunkte sprechen dafür, dass das

Onlineangebot sowohl von Berufskolleginnen und -kollegen, als auch von Patientinnen und Patienten erfreulich gut genutzt wird. Damit erfüllt die Website eine bedeutende Funktion innerhalb der Öffentlichkeitsarbeit der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes: Kammermitglieder, Angehörige anderer Landeskammern oder die interessierte Öffentlichkeit können uns ohne zeitlich-räumliche Begrenzung über das Web erreichen. Patientinnen und Patienten erhalten barrierefreien Zugang zu allgemeinen und speziellen Informationen über Psychotherapie, psychische Erkrankungen, Behandlungs-, Beratungs- und Hilfeangebote. Der Anschluss an den Online-Psychotherapeuteninformations- und -Suchdienst „Psych-Info“ und die Umsetzung der Einträge eines großen Teils der Kammermitglieder ab April 2008 hat die Auffindbarkeit von wohnortnahen qualifizierten psychotherapeutischen Behandlungsangeboten verbessert. Zusätzlich wurden für Patienten sowie Rat- und Hilfesuchende Angebote approbierter Psychotherapeuten transparent, die ihre qualifizierten Psychotherapie-, Beratungs- und Hilfeangebote als Mitarbeiter von Institutionen erbringen.

*Datenquelle: Systemadministration
Stephanie Volle
Auswertung Bernhard Morsch*

*Redaktion FORUM und saarländische
Kammerseiten Vorstand PKS (Präsidentin:
Ilse Rohr, Vizepräsident: Bernhard Morsch,
Beisitzer: Irmgard Jochum, Katja Klohs,
Thomas Anstadt*

Geschäftsstelle

Talstraße 32
66119 Saarbrücken
Tel 0681. 95455 56
Fax 0681. 95455 58
kontakt@ptk-saar.de

Liebe Kolleginnen und Kollegen,



Zehn Jahre PsychThG und wie sieht die Zukunft der Psychotherapie aus?

Innerhalb der nächsten zehn Jahre wird ein Drittel der heute berufstätigen Kolle-

gen in den Ruhestand gehen. Der Berufsstand hat zwar keine Nachwuchssorgen, der Weg zum Beruf wird sich aber aufgrund des Bologna-Prozesses (Umwandlung in Bachelor- und Master-Studiengänge) weiterentwickeln müssen. Das vom Bundesgesundheitsministerium in Auftrag gegebene Gutachten zur Psychotherapieausbildung, dessen Ergebnisse im Frühjahr erwartet werden, soll Perspektiven zur Ausbildung aufzeigen. Der Vorstand beteiligt sich aktiv an der Diskussion im Rahmen der von der BPTK organisierten Veranstaltungen.

Die ständigen Reformen in der Gesundheitspolitik erfordern also unsere erhöhte

Aufmerksamkeit: Die derzeit anliegenden politischen Entscheidungen bestimmen die Zukunft der psychotherapeutischen Versorgung der Menschen sowie die Bedeutung unseres Berufsstandes im System auf lange Zeit.

Zehn Jahre PsychThG sind ein Grund zu feiern, aber auch mit den Erfahrungen Reformen einzuleiten: Es wird darum gehen, einen Interessenausgleich zwischen bedarfsgerechter Patientenversorgung, angemessener Vergütung und einem fairen Berufseinstieg für junge KollegInnen zu schaffen.

Juliane Dürkop

Umzug der Geschäftsstelle zum Jahresbeginn – Ideales Raumkonzept und jährliche Einsparungen in Höhe von ca. € 5.000

Bereits seit Frühsommer 2008 haben wir als Vorstand gemeinsam mit dem Geschäftsführer mit Hochdruck nach neuen Räumlichkeiten für die Geschäftsstelle gesucht, nachdem klar war, dass der alte Vermieter ab 2009 den Mietpreis je Quadratmeter um € 1,00 anheben würde.



Das neue Büro der Geschäftsstelle

Da in der alten Geschäftsstelle zudem eine ca. 54 qm große Flurfläche großteils nicht sinnvoll nutzbar war, vier teure Tiefgaragenstellplätze für den Vorstand nicht aus dem Vertrag zu lösen waren, war die Entscheidung klar. Nachdem sich die Suche zunächst deutlich schwieriger gestaltete,

als erwartet, konnte dann doch gerade rechtzeitig zum Dezember 2008 eine vollkommen entkernte Bürofläche im Zentrum Kiels (Alter Markt 1-2), die komplett entsprechend den Bedürfnissen und Vorgaben der Kammer erst wieder neu ausgebaut wurde, angemietet werden.



Der Geschäftsführer Herr Wohlfarth

Die Raumaufteilung entspricht somit fast auf den Quadratmeter exakt den am Beginn der Suche gemeinsam als ideal definierten Größenverhältnissen. Die Bürofläche konnten wir zudem mit einem hochmodernem Netzwerk, das auch für zukünftige Anforderungen Reserven bietet, ausstatten. Nachdem alle

Ausbauarbeiten termingerecht ausgeführt wurden, konnte der Umzug noch vor Weihnachten abgeschlossen werden.



Das Team der Geschäftsstelle im Sitzungszimmer der PKSH

Vorstand und sämtliche Geschäftsstellenmitarbeiter sind sehr zufrieden mit den hellen und gut geschnittenen neuen Räumlichkeiten, durch die zudem jährlich Kosten in Höhe von ca. € 5.000 gegenüber den Mietkosten für 2008 eingespart werden können. Somit wird sich der Umzug auch finanziell schon nach sehr kurzer Zeit bezahlt machen.

Detlef Deutschmann

Erneute Reduktion der Kammerbeiträge beschloss – diesmal nur für Mitglieder mit geringen Einkünften

Nachdem es uns in einem **1. Schritt ab 2008** gelungen war, durch drastische Einsparungen insbesondere im Bereich der Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliche Tätigkeiten (Kürzung der Entschädigungssätze um ca. 25%) die **Beitragsätze entgegen dem allgemeinen Trend nicht zu erhöhen, sondern einheitlich um € 20,00 zu reduzieren**, ist es nunmehr in einem **2. Schritt** gelungen, eine angestrebte **soziale Staffelung der Beiträge** neu einzuführen, ohne dass im Gegenzug kompensatorisch eine Anhebung der vollen Beiträge notwendig wurde. **Durch die Einführung ermäßigter Beitragsätze für Mitglieder mit geringen Einkünften reduziert sich der durchschnittliche Kammerbeitrag um weitere ca. € 14,00.** Dies war nur durch eine konsequent sparsame Haushaltsführung möglich.

Mitglieder, die unter ca. € 24.000 Einkünfte im Jahr aus selbstständiger und/oder nichtselbstständiger Tätigkeit erzielen, zahlen ab 2009 nur noch einen ermäßigten Beitrag, der sich ergibt aus dem Mindestbeitrag von € 70,00 (zur Deckung der unmittelbar für jedes Mitglied anfallenden Kosten für BPTK-Mitgliedschaft, PTJ, Porto,...) plus hälftigem darüber hinausgehenden Normalbeitrag, weiterhin differenziert nach selbstständig und nichtselbstständig tätigen Mitgliedern. Mitglieder mit sehr geringen Einkünften (unter ca. € 12.000 im Jahr) zahlen nur den Mindestbeitrag. Die Einkommensgrenzwerte für die Zuordnung zu den ermäßigten Beitragsklassen wurden dabei dynamisch gekoppelt an die jährlich automatisch neu angepasste Bezugsgröße gemäß §18 SGB IV. Nachweise sind i. d. R. einheitlich zu führen durch die Vorlage der Einkünfte aus selbstständiger und/oder nichtselbstständiger Tätigkeit gemäß Steuerbescheid des vorletzten Jahres, weitere Angaben sind nicht nötig. Auch Rentner jeglicher Art, die keine Einkünfte mehr aus beruflicher Tätigkeit erzielen, zahlen nunmehr unabhängig vom Alter einen Beitrag von

€ 70,00 zur Deckung der real anfallenden Kosten.

Der Vorstand verspricht sich davon einerseits eine deutliche Reduktion der Anzahl der Härtefallanträge und des damit verbundenen Verwaltungsaufwandes, andererseits **mehr Transparenz und Beitragsgerechtigkeit für die Mitglieder**, die nun einfach erkennen können, ob für sie auf Grund ihrer Einkommensverhältnisse eine Beitragsermäßigung in Frage kommt oder nicht, während dies zuvor nach außen intransparent blieb und ein Härtefallantrag eine weitergehende Offenbarung der persönlichen finanziellen Verhältnisse erforderte.

Härtefallanträge sieht die komplett neu gestaltete Beitragsordnung quasi nur noch als Ausnahme vor, wenn auf Grund aktueller gravierender Härten eine sofortige Beitragsreduktion notwendig erscheint, und nicht erst zwei Jahre verzögert unter Vorlage des Steuerbescheides (eine zweimalige Beitragsreduktion – im aktuellen Beitragsjahr und in zwei Jahren unter Vorlage des Steuerbescheides des vorletzten Jahres – wurde natürlich ausgeschlossen). Die gesamte Beitragsordnung mit weiteren kleinen Änderungen ist auf der PKSH-Homepage einzusehen.

Detlef Deutschmann

Ergebnisse des Einsatzes der PKSH für Verbesserungen des Datenschutzes in den Gutachterverfahren der Beihilfestellen und der PKV

Wir hatten in der Ausgabe 4/2008 des Psychotherapeutenjournals darüber berichtet, dass es bereits seit Jahrzehnten Probleme mit dem Datenschutz bei der Begutachtung von Therapieanträgen im Bereich der Beihilfestellen und der privaten Krankenversicherungen gibt. Um diesen Missstand zu verändern, ist die PKSH 2008 aktiv geworden. Ein Anlass war die Anfrage von KollegInnen wegen Verletzungen des Datenschutzes im Gutachtersystem von PKV, Beihilfen, Polizei, BGS, Post

und Bahn. Es geht darum, dass auf entsprechenden Formularen für die GutachterInnen u. a. Name und Vorname der jeweiligen PatientInnen angegeben werden mussten. Es kam sogar vor, dass Gutachter im selben Ort lebten wie die PatientInnen, die sie begutachteten. Wie das Beispiel der Begutachtungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherungen zeigt, ist eine Anonymisierung der Patientendaten problemlos möglich. Es gibt daher keinerlei Notwendigkeit für die Namensnennungen. Dementsprechend handelt es sich um einen Verstoß gegen Datenschutzbestimmungen. In Zusammenarbeit mit dem Justiziar der PKSH, Herrn RA Kühnelt, haben wir am 18.06.2008 ein Schreiben verfasst und dies an alle uns bekannten Beihilfestellen und an den Verband der privaten Krankenversicherungen (PKV) gesandt. In diesem Schreiben heißt es u. a.: „...Die Patienten haben einen Anspruch darauf, dass sie lediglich anonymisiert begutachtet werden, ohne befürchten zu müssen, dass der Gutachter Kenntnisse von dem Patienten erhält ...“ Die Beihilfestellen und der PKV wurden aufgefordert, ähnlich wie im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherungen den Datenschutz im Gutachtersystem zu gewährleisten und Anonymisierungen gegenüber den GutachterInnen vorzunehmen.

Wir erhielten u. a. Antwortschreiben vom Landesbesoldungsamt Schleswig-Holstein und das für diese Stelle zuständige Finanzministerium Schleswig-Holstein. In beiden Schreiben wurde betont, dass **künftig eine Anonymisierung durch Verwendung von Chiffren** wie im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen erfolgen soll. Allerdings versuchte das Landesbesoldungsamt Schleswig-Holstein auf Zeit zu spielen und wollte das bisherige Verfahren bis „zur nächsten Änderung der Durchführungshinweise“ ohne Nennung eines konkreten Datums beibehalten (Schreiben vom 21.10.2008). Diese Verzögerungstaktik vereitelte allerdings das der Beihilfestelle vorgesetzte Finanzministerium Schleswig-Holstein, nachdem wir in einem weiteren Schreiben gegen die Verzögerungstaktik protestiert hatten. Darauf hin wurde uns vom Finanzministerium Schleswig-Holstein mitgeteilt, dass die geforderte **Anonymisierung und die entsprechende**

Änderung der Gutachterformulare sofort zu erfolgen haben! Außerdem wurde mitgeteilt, dass diese Neuregelung per Rundschreiben an alle beihilfeanwendenden Stellen in Schleswig-Holstein bekannt gegeben wird. Nach unserer Kenntnis ist das Begutachtungsverfahren vom Landesbesoldungsamt Schleswig-Holstein und den weiteren beihilfeanwendenden Stellen in Schleswig-Holstein inzwischen tatsächlich umgestellt worden, so dass wir einen beachtlichen Erfolg in Richtung auf **mehr Datenschutz für PatientInnen in Schleswig-Holstein erreichen konnten.**

Mehrere angeschriebene Beihilfestellen (u. a. Bahnbeamte, Postbeamte) beriefen sich in ihren Antworten auf Regelungsvorgaben des Bundesministeriums des Innern. Dementsprechend wandten wir uns wegen der vorliegenden Datenschutzprobleme mit Schreiben vom 22.09.2008 an das Bundesinnenministerium. Im Antwortschreiben des Bundesinnenministeriums vom 27.10.2008 heißt es u. a.: „Ich teile Ihre Auffassung, dass die Begutachtung eine Kenntnis des Namens des Patienten nicht erfordert.“ Weiterhin wurde mitgeteilt, dass der Entwurf der neuen Bundesbeihilfeverordnung eine entsprechende Neuregelung vorsieht. Es wurde aber betont, dass die gesetzlichen **Datenschutzvorschriften sofort einzuhalten** sind. Dementsprechend sind alle Beihilfestellen, die sich auf Vorgaben des Bundesinnenministeriums berufen, aufgefordert, sofort den Datenschutz durch entsprechende Anonymisierungen zu gewährleisten. Der PKS H wurde in dem Schreiben sogar nahe gelegt, Beihilfestellen bei Beibehaltung des alten Begutachtungssystems zur sofortigen Einhaltung des Datenschutzes aufzufordern. Unsere **Aktion zur Verbesserung des Datenschutzes für PatientInnen** hat dementsprechend nicht an den Landesgrenzen Schleswig-Holsteins halt gemacht, sondern **betrifft ganz Deutschland.** Wir möchten ausdrücklich die übrigen Landespsychotherapeutenkammern ermutigen, in ihren Ländern aktiv für die Einhaltung des Datenschutzes bei der Begutachtung von Psychotherapieanträgen einzutreten, falls Beihilfestellen weiterhin keine Anonymisierungen vornehmen sollten. Der Datenschutzbeauftragte der Psychotherapeutenkammer Hessen, Dr. Rai-

ner Doubrava, hat mit der PKS H in dieser Sache bereits Kontakt aufgenommen und u. a. ein bundesweites Treffen der Datenschutzbeauftragten der Landeskammern vorgeschlagen. Möglicherweise könnte es auch hilfreich sein, wenn sich die Bundespsychotherapeutenkammer ebenfalls dieses Themas annehmen würde.

Neben diesen Erfolgen gibt es aber auch Frustrierendes zu berichten, da sich der **Verband der privaten Krankenversicherungen (PKV) weiterhin gegen die notwendige Verbesserung des Datenschutzes** sperrt. Der 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 Bundesdatenschutzgesetz an den Sachverständigen übermittelt. Die rechtlichen Voraussetzungen für eine Übermittlung sind damit erfüllt.“ Da es gemäß der Überzeugung des Vorstandes der PKS H jedoch nicht angemessen sein kann, den Datenschutz ohne sachliche Notwendigkeit auszuhebeln, haben wir in einem weiteren Schreiben gegen diese Haltung protestiert und nochmals die Einhaltung des Datenschutzes gefordert. Mit Schreiben vom 17.12.2008 teilte uns der PKV mit: „Auch nach erneuter Prüfung der Sach- und Rechtslage halten wir das von Ihnen beanstandete Verfahren für rechtlich zulässig.“ 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 dementsprechend weitere Schritte erwägen, um endlich auch im PKV-Bereich zu den notwendigen Verbesserungen des Datenschutzes zu gelangen. Dafür bitten wir die übrigen Landeskammern und die Bundespsychotherapeutenkammer um Unterstützung.

Dr. phil. Dietmar Ohm

Berufsordnung und Beschwerden

Wie an dieser Stelle bereits mehrfach berichtet, gehört es zu den eher weniger angenehmen gesetzlichen Aufgaben der

Kammer, gegen KollegInnen erhobene Beschwerden nachzugehen und zu prüfen, ob sie sich bei der Ausübung ihres Berufes berufsrechtliche Verstöße haben zuschulden kommen lassen. Erfreulicherweise hat es in den zurückliegenden Monaten nur sehr wenig Anlass gegeben, dieser Aufgabe auch nachzugehen. Das ist gut so und wir wollen auch, dass das so bleibt. Denn neben guter Arbeit kann auch ein guter Ruf der neuen Heilberufe für ihre weitere Etablierung nur hilfreich sein. Derzeit ist auch eine bundesweite Diskussion über eine Angleichung der z. T. unterschiedlichen Berufsordnungen der einzelnen Landespsychotherapeutenkammern und der Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer im Gange. Beschwerden ähneln sich inhaltlich häufig über die Landesgrenzen hinweg und es dürfte dem Berufsstand sicher zuträglich sein, wenn es in den Ländern nicht grob unterschiedliche berufsrechtliche Regelungen gibt.

Der weitaus größte Anteil von eingehenden Beschwerden bezieht sich inhaltlich auf Honorarprobleme und hier insbesondere auf Ausfallhonorare oder nicht wahrgenommene Erstgespräche, die gelegentlich von KollegInnen gesetzlich versicherten KlientInnen privat in Rechnung gestellt werden, wogegen sich dann manche KlientInnen wehren. Berufsrechtlich relevant ist an dieser Stelle die Aufklärungspflicht. Alle Berufsordnungen der Landeskammern, sowie auch die Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer sehen vor, dass PsychotherapeutInnen verpflichtet sind, über wichtige Rahmenbedingungen zu Beginn einer Behandlung aufzuklären. Bezogen auf Honorarfragen schreiben manche Berufsordnungen hier die Schriftform vor, andere nicht. In der schleswig-holsteinischen Berufsordnung galt bisher die Schriftform. Diese Vorschrift wurde auf der letzten Kammerversammlung ausführlich und auch kontrovers erörtert und die Schriftform wurde schließlich mehrheitlich aus der Berufsordnung gestrichen. Zu begrüßen ist sicher, dass KollegInnen damit nicht mehr berufsrechtlich belangt werden können, wenn sie zwar aufgeklärt haben, dies aber nur nicht schriftlich taten. Andererseits kann das Vorliegen der Schriftform den Umgang mit konkreten Beschwerden für alle Beteiligten erheblich erleichtern.

Wie immer dem im konkreten Fall auch sei, sorgen Sie bitte für maximal mögliche Transparenz gegenüber Ihren KlientInnen und helfen Sie bitte mit, dass sich PsychotherapeutInnen nicht den Ruf erwerben, Rechnungen zu schreiben, von denen vorher niemand etwas wusste.

Bernhard Schäfer

Klarstellung nach Leserzuschrift zum Artikel ‚Zeugnisverweigerungsrecht‘ in Heft 03/2008

Auf den Artikel im Psychotherapeutenjournal 03/2008, Seite 317, zur Schweigepflicht von PsychotherapeutInnen erhielt die Kammer einen Leserbrief mit der Bitte, darauf hinzuweisen, dass das Zeugnisverweigerungsrecht dann nicht mehr besteht, wenn eine Schweigepflichtsentsbindungserklärung des Patienten vorliegt.

Diese Auffassung ist zwar grundsätzlich richtig, es bedarf jedoch der Differenzierung:

Das Zeugnisverweigerungsrecht steht PsychotherapeutInnen immer dann zu, wenn ihnen ein Sachverhalt im Rahmen der Berufsausübung anvertraut oder bekannt wurde. PsychotherapeutInnen haben selbst zu entscheiden, ob sie von dem Verweigerungsrecht Gebrauch machen wollen oder nicht. Zur Verweigerung der Aussage zwingt die PsychotherapeutInnen § 203 Strafgesetzbuch. Danach machen sich PsychotherapeutInnen strafbar, wenn sie gegen ihre Schweigepflicht verstoßen.

PsychotherapeutInnen werden daher in der Regel von ihrem Zeugnisverweigerungsrecht Gebrauch machen müssen, wollen sie sich nicht durch die Aussage, die sie grundsätzlich tätigen könnten, strafbar machen.

Sind sie von ihren PatientInnen von der Verschwiegenheit befreit, führt dies nicht automatisch dazu, dass die PsychotherapeutInnen aussagen müssen. Das Zeugnisverweigerungsrecht steht ihnen weiterhin zu.

Gedenken

Wir gedenken der verstorbenen Kollegin: Dipl.-Psych. Monika Balke, Strande, geb. 26.08.1947, verst. 17.01.2009.

PsychotherapeutInnen werden jedoch bei der Frage, ob sie von ihrem Zeugnisverweigerungsrecht Gebrauch machen wollen, das bestehende Behandlungsverhältnis oder nachvertragliche Pflichten zu beachten haben, wenn sie sich nicht zivilrechtlich schadensersatzpflichtig machen wollen. Solche Schadensersatzansprüche könnten dann eintreten, wenn PatientInnen infolge der Nichtaussage den Prozess verlieren. Aber auch in solchen Fällen ist trotz Befreiung von der Schweigepflicht von dem Aussageverweigerungsrecht dann Gebrauch zu machen, wenn dies aus therapeutischen Gründen erforderlich ist, um schwerwiegende Folgen für PatientInnen abzuwenden.

PsychotherapeutInnen werden daher im Einzelfall zu entscheiden haben, ob sie vom Zeugnisverweigerungsrecht Gebrauch machen wollen. Eine prozessuale oder gar strafrechtliche Pflicht zur Aussage besteht nicht.

*RA Andreas Kühnel
Justitiar der PKS
Kanzlei Koch Staats Kickler
Schramm & Partner, Kiel*

Wer ist die richtige Psychotherapeutin in meiner Nähe? Welcher Psychotherapeut ist auf mein Problem spezialisiert?

So oder ähnlich lauten tägliche Anfragen an die Geschäftsstelle von Menschen bei der Suche nach Psychotherapie. Sechs Landeskammern betreiben deshalb gemeinsam einen Internet-Suchdienst, den PsychInfo, unter www.psych-info.de.

Der Vorstand der PKS ist sehr daran interessiert, dass Sie, die Mitglieder, dieses Angebot nutzen, um auch die Vielfalt unseres Berufsstandes darzustellen. Kollegin-

nen und Kollegen in Praxis, Klinik und Beratungsstellen können sich dort kostenlos eintragen, wenn Sie diesen Eintrag selbst vornehmen. Nähere Auskünfte erhalten Sie dazu in unserer Geschäftsstelle.

Juliane Dürkop

Der frühe Vogel ... Fortbildungsbescheinigungen jetzt einreichen!

Die Geschäftsstelle bittet alle betroffenen Kammermitglieder, die zum 30. Juni 2009 erstmals die Erfüllung ihrer Fortbildungspflicht durch Vorlage eines Fortbildungszertifikats nachweisen müssen – sofern noch nicht geschehen – möglichst umgehend ihre Teilnahmebescheinigungen (bitte nur Kopien!) in der Geschäftsstelle einzureichen. Bei Erreichen von 250 Fortbildungspunkten wird nicht automatisch ein Zertifikat ausgestellt, dafür ist ein gesonderter Antrag erforderlich. Sie finden das Antragsformular zum Download auf unserer Homepage (unter www.pksh.de) und dann unter „Fortbildung/QM“ und dort unter dem Unterpunkt „Downloads“. Bei einer Beantragung des Zertifikats kurz vor Fristablauf am 30.06.2009 können wir wegen der Vielzahl der aktuell zu bearbeitenden Unterlagen eine zeitgerechte Ausstellung nicht zusichern. Bei Fragen rund um das Thema Fortbildungspflicht/Fortbildungskonto/Fortbildungszertifikat melden Sie sich gern in der Geschäftsstelle.

*Michael Wohlfarth
Geschäftsführer*

Geschäftsstelle

Alter Markt 1-2, 24103 Kiel
Tel. 0431/66 11 990
Fax 0431/66 11 995
Mo bis Fr: 09 – 12 Uhr
zusätzlich Do: 13 – 16 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

Leserbriefe

Die Redaktion begrüßt es sehr, wenn sich Leser in Briefen zu den Themen der Zeitschrift äußern; sie macht aber zugleich darauf aufmerksam, dass sie sich vor allem angesichts der erfreulich zunehmenden Zahl von Zuschriften das Recht vorbehält, eine Auswahl zu treffen oder gegebenenfalls Briefe auch zu kürzen. Als Leser der Briefe beachten Sie bitte, dass diese die Meinung des Absenders und nicht die der Redaktion wiedergeben.

Timo Harfst, Tina Wessels, Michael B. Buchholz & Horst Kächele: „Psychotherapie zwischen Forschung und Anwendung“, *Psychotherapeutenjournal* 3/2008

Nein: Psychotherapie ist nicht „Anwendung“

Die Berichte über das 39. Meeting der SPR sind interessant und zeigen verschiedene Facetten des Spannungsfelds zwischen Forschung, Theorie und Praxis auf. Allein die Überschrift passt meiner Meinung nach nicht zu den Inhalten, die gerade belegen, dass psychotherapeutische Praxis nicht einfach Anwendung von durch Forschung generierten Rezepten ist. „Anwenderfreundliche“ Manuale können helfen, bestimmte therapeutische Strategien zu erlernen und einzusetzen, dürfen die PsychotherapeutInnen aber nicht auf die Rolle von „Anwendern“ reduzieren, was ja gerade der in dem

Artikel referierte Vortrag von Barber belegt. Ein technologisches Praxismodell (wie es Donald Schön treffend kritisiert hat), wonach psychotherapeutische Praxis die Anwendung wissenschaftlich vorgefertigter Behandlungsbausteine ist, ordnet die Praxis der wissenschaftlichen Forschung unter und verneint damit den kreativen Prozess, mit jedem Patienten eine neue Psychotherapie zu kreieren. Die Auswirkungen eines technologischen Praxismodells sowie eines damit einhergehenden verengten Wissenschaftsbegriffs kann man bei den Beschlüssen der Mehrheit des Wissenschaftlichen Beirats studieren. Ein kontroverses Thema ist „Anwendung“ ja auch bei der Diskussi-

on des Bachelor-Abschlusses, der vielleicht AnwenderInnen (also Psychologen für Psychodiagnostik, psychoedukative Arbeit) hervorbringen soll, im Gegensatz zum „scientist practitioner-Modell“, das ein halbes Jahrhundert für klinische Psychologen vorbildlich war. So birgt der wahrscheinlich unbeabsichtigt eingestreute Begriff „Anwendung“ viele Implikationen, die Anlass und Überschrift für einen neuen, interessanten Artikel sein könnten.

*Dipl.-Psych. Eberhard Schneider
Dianaweg 7
32805 Horn-Bad Meinberg
e@schneider-belle.de*

Jürgen Rönz und Jürgen Thorwart: „Leserbriefe“, *Psychotherapeutenjournal* 3/2008

Sehr geehrter Herr Kollege Rönz, sehr geehrter Herr Kollege Thorwart,

ich habe Ihre Leserbriefe im *Psychotherapeutenjournal* gelesen und möchte wie folgt Stellung nehmen:

Zunächst gehöre ich zum Personenkreis der über fünfzigjährigen Psychotherapeuten, die über einen Zeitraum von ca. 20 Jahren im Kostenerstattungsverfahren gearbeitet haben. Nur ca. 15% eines Psychologie-Abschlussjahrgangs hatten zu dieser Zeit überhaupt die Möglichkeit, nach Abschluss des Studiums im erlernten Beruf tätig zu werden. Die restlichen 85% schlugen sich mit berufsfremden Gelegenheitsarbeiten durch oder sattelten ganz um. Eine der begehrten Anstellungen zu erhalten glich der Suche

nach einer Nadel im Heuhaufen. Meine Mutter gehörte zu diesem illustren Personenkreis. Alle anderen, insbesondere die jungen Psychologen, zu denen ich damals gehörte, mussten gezwungenermaßen im Kostenerstattungsverfahren arbeiten.

Kostenerstattungsverfahren hieß, dass jede einzelne Stunde für jeden einzelnen Patienten mit jedem einzelnen Sachbearbeiter bei jeder einzelnen Krankenkasse erstritten werden musste. Kostenerstattungsverfahren hieß auch, dass wir ohne jede Möglichkeit zur sozialen Absicherung (private Krankenversicherung war zu teuer, Einzahlungen in die gesetzliche Rentenversicherung oder ein Versorgungswerk unmöglich) arbeiten mussten, mit nur vagen Aussichten auf eine Gesetzesänderung, die ja dann auch erst

nach zwanzig Jahren kam. Auch für diese Gesetzesänderung habe ich mich jahrelang vehement eingesetzt.

Wie Sie sich vorstellen können, langten die ergatterten Kassenpsychotherapien bei niemandem für eine Ganztagsstätigkeit. Also hatte man weitere Verträge auf Honorarbasis mit sozialen Einrichtungen: hier eine Gruppe, dort ein paar Vorträge oder Beratungsstunden. Gleichzeitig waren die Ausbildungskosten genauso hoch wie heute!

Der langen Rede kurzer Sinn: Hart gesagten vielen der älteren Kolleginnen und Kollegen auf Grund dieser Historie, so sie nicht geerbt oder reich geheiratet haben, im Alter in der Grundsicherung. Dazu haben sie dann noch das schmale Zubrot

(die Lebenserwartung ist heute hoch!) einer Ablöse für die Praxisabgabe. Und auch die soll ihnen jetzt noch mit fadenscheinigen Argumenten abspenstig gemacht werden. Jeder Laden, jede Arztpraxis, jede Yogaschule, jeder gastronomische Betrieb oder Handwerksbetrieb wird am Ende verkauft! Ja warum denn nicht auch eine psychotherapeutische Praxis?

Auch meine Tochter, die in dritter Generation Psychologie studiert und vorhat, sich

niederzulassen, wird eine Praxisübernahme bezahlen müssen. Das kann sie auch, weil sie kurze Zeit später den Betrag auf Grund guter Verdienstmöglichkeiten zurückzahlen kann. Und wenn auch sie dann einmal in Pension gehen wird, erhält sie den Betrag zur Alterssicherung zurück.

Liebe junge Kollegen, haben Sie vielleicht auch schon einmal daran gedacht, dass Sie sich mit Ihrer zu kurz gegriffenen Argumentation ins eigene Fleisch schneiden

könnten? Denn auch Sie werden einmal alt sein. Aber unter anderen Umständen: mit einer schönen Versorgung übers Versorgungswerk. Und da brauchen Sie ja vielleicht die Praxisablöse nicht.

Mit freundlichen Grüßen

*Anne Lehmann
Psychotherapeutische Praxis
Helfenzriederstr. 8
85051 Ingolstadt
anne.lehmann@gmx.eu*

Anzeigenteam: Hinweis zu den Kleinanzeigen, Psychotherapeutenjournal 4/2008

Liebes Psychotherapeutenjournal, in Deiner letzten Ausgabe (4/2008) habe ich mich auf S. 434 ganz köstlich amüsiert:

Das „Anzeigenteam vom Psychotherapeutenjournal“ weist dort auf politisch korrekten Sprachgebrauch hin. Das erinnert

fatal an Bemühungen, Müllkippen durch Umbenennung in „Entsorgungsparks“ ihre Anrührigkeit zu nehmen.

Aber wenn hier mögliche Rechtswidrigkeit allenfalls in den Formulierungen liegt, die zum Glück leicht zu korrigieren sind, und sich offenbar sonst keine weiteren ethi-

schen Fragen ergeben, dann ist der Leser ja erst einmal beruhigt.

Mit den besten Wünschen für das neue Jahr und mit freundlichen Grüßen

*Dipl.-Psych. Jürgen Matzat
Höhenstr. 123
35435 Wettenberg*

Inserentenverzeichnis PTJ 1/09

AHG Fachklinik Waren, Waren (Müritz)	15	IGW Institut für integrative Gestalttherapie, Würzburg	25
Akademie bei König & Müller, Würzburg	29	Institut f. Verhaltenstherapie + Sexuologie, Nürnberg	23
AWKV Aus- und Weiterbildungseinrichtung Hessen, Kassel	41	Institut für Traumatherapie, Berlin	Teilbeilage
Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik, Tübingen	11	Klett-Cotta Verlag, Stuttgart,	5
Bewährungshilfe Psychotherapeutische Ambulanz, Stuttgart	47	Klingenberger Institut für klinische Hypnose, Konstanz	21
Christoph-Dornier-Klinik, Münster	9	Milton Erickson Institut, Berlin	47
CIP-Medien, München	4. US	MVZ Management Thüringen, Friedrichroda	43
CPO Hanser Service, Berlin	15	pro familia Ortsverband Trier, Trier	11
DGVT, Tübingen	13, 19	Psychoholic Software, Remscheid	37
EMDR-Institut, Bergisch-Gladbach	9	Psychometrika, Hannover	3.US
Ergosoft, Hassloch	2. US	Psychotherapeutenversorgungswerk PVW, Langenhagen	Teilbeilage
Evang. Jugendhilfe Haus Neuer Kamp, Osnabrück	11	PsyDV Dieter Adler, Bonn	19
Gerhard-Alber-Stiftung Therapiezentrum, Stuttgart	41	Springer-Verlag, Heidelberg	7
Hans Huber Verlag, Bern	27	Universität Osnabrück Fachbereich Humanwissenschaft, Osnabrück	3, 25
Hogrefe Verlag, Göttingen	35	Universität zu Köln Humanwiss. Fakultät, Köln	33
IFT Gesundheitsförderung, München	21	Verlag modernes Lernen Dortmund,	Gesamtbeilage

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

Intervision

München Stadt – suche Anschluss oder Neugründung von Intervisionsgruppe. Ich bin TP – Kassenpsychotherapeutin. Interdisziplinäre Gruppe wäre bevorzugt.
Tel.: 089/5808826

Jobsharing

Psychologischer Psychotherapeut (TP, Arztregistereintrag), Erfahrung u.a. mit Sucht und Persönlichkeitsstörungen, sucht Jobsharing oder Praxismitarbeit im **Raum Münster / Osnabrück**. Zuschriften erbeten unter Chiffre PTJ 090104

Münster u. Umgebung
erf. Psychol. Psychotherapeutin (Appr. Arztreg. VT-Erw.) sucht **Jobsharing, Praxis-Assistenz oder KV-Sitz**
Tel. 0251-2834307
kontakt@psychotherapie-petzold.de

Vielseitig erfahrene, teamfähige PP (40J) f. TP, PA sucht wg. dringender Sehnsucht nach ambulanter psych.ther. Tätigkeit Jobsharing/Assistenz in Bonn u. Umgebung. Ich freue mich auf Kontakte unter 0228-92616439

Biete Job – Sharing (KJP) in **VT – Praxis** oder Praxisabgabe (beides volle Stundenauslastung) ab **Juni/ Juli 2009** in Stendal (**30 min. vom Bahnhof Berlin -Spandau**).
Telefon: **03931/ 251656**.

Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeutin (VT) sucht Jobsharing, Mitarbeit (mind. 20h) oder auch KV-Sitzübernahme im Raum Münster/Westfalen oder Ruhrgebiet.
Tel. 04501-822918

Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeutin (VT, Approb., Arztreg., mehrjäh. Berufserf.) sucht ab 06/2009 **Job-Sharing/Anstellung** bis 20 Std./Wo. im **Raum Heidelberg/Mannheim/ Rhein-Neckar-Kreis**
Tel.: 0251/1447322

Raum **Bonn**, gerne auch ländl. Bereich Psych. Psychotherapeutin (Arztreg., TP) langjährige Erfahrung in Einzel- und Gruppenarbeit sucht Assistenz/Jobsharing/Honorarbasis/Anstellung Tel./Fax.: 0228/463242 email: Isabel.Hostert@gmx.de

Psych. Psychotherapeutin (VT, Erw., Arztregister) sucht Jobsharing oder Assistenz in Schleswig-Holstein
Te.: 04331-6646266
Email: ricagross@gmx.de

Berlin
Psych.PT (TP,Erw.) sucht Jobsharing/KV-Sitz
Mail:xevas@gmx.de,
Tel.030/63 37 36 52

Entlastungssistent/in PP AP/TP im KV-Bezirk Braunschweig gesucht für gut eingeführte PP-Praxis TP/AP, spätere Übernahme möglich.
Tel.0175-2084167

Biete Jobsharing
Stuttgart
PP-VT 40%
ca. 14 Sitzungen/Woche
e-mail: harald.genzli@gmx.de

Praxisabgabe

PP-in (KV-Zulassung) verkauft sehr gut eingeführte Psychotherapeutische Praxis (TP, VT, Erw.) in Thüringen (G). Praxisübergabe innerhalb eine Quartals ab III/2009. Wohnmöglichkeit (1. OG, ca. 80m2) mit hohem Standard vorhanden. Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 090105

Gut etablierte psychotherapeutische Praxis (PA, TP und Gruppentherapie für EW) in **Stuttgart** Zentrum an PP zum 01.04.2010 zu verkaufen.
Zuschriften an
Chiffre: PTPJ 090106

Suche PraxisnachfolgerIn (IV/09 – 01/10)
TPT, VT in Frankfurt a. M.
Chiffre: PTPJ 090107

Augsburg-Zentrum: Schöne Räume in gut eingef. Kassenpraxis: 22-25m2, Warter., 2 WC, Kü., an PP, KJP auch Kostenerstatter, ganzj., auch Teilzeit. Ab sofort,
Fon 0821/3289155

Praxis in Leipzig abzugeben.
Zuschriften erbeten unter
Chiffre: PTJ 090108

Fürstenwalde, 60 km östlich von Berlin
- gute Bahn-/Autobahnverbindung -
Praxis (TP, KJP)
in gesperrtem Bezirk
- gut eingeführt – zum 01.07.2009 zu verkaufen.
optional zum 01.10.09, bzw. Praxistausch mit Berlin möglich.
Tel.: 0177 / 5226790

PP (VT, Erw.) sucht ganzen oder halben KV-Sitz/Jobsharing im Raum **Braunschweig** (BS, WF, SZ, HE, WOB, GS) oder **Hannover**
Tel.: 0163-2580654

Langjährig gut vernetzte Psychologische Praxengemeinschaft mit großzügigen Räumen im Main-Kinzig-Kreis sucht Nachfolgerin für **Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin** auf Teilzeitbasis im Kostenerstattungsverfahren oder mit KV-Zulassung ab Sommer 2009.

Kontakt: ppbadorb@t-online.de
oder:
06052 900180

Seit 30 J. etablierte Psychother. Praxis (VZ) im Kreis Offenbach a.M. zum **Jahresende 2009 abzugeben**. – **Kassenzulassung 1999 als PP f. Erw.** – (Vermietung meiner gepflegten, zentral gelegenen Praxistage.)
Chiffre: PTJ 090110

Psychologische Psychotherapeutin gibt Praxis in Aachen ab.
Zuschriften unter
Chiffre: PTJ 090111

Frankfurt/M.-Nordend
Heller Raum (15,211m2-Parterre) in Zweier-PT-Praxisgemeinschaft ab 01.05.2009 abzugeben
Tel.: 069/554044
u.bromberger-fetten@gmx.de

Praxisraumsuche

Suche PT-Praxisraum in Rosenheim und östlicher Umgebung für ca. 10 Stunden pro Woche.
Tel. 08034-708694

Schnell, einfach und bequem!
Kleinanzeigen schaltet man unter
www.ptv-anzeigen.de

Praxistausch

Psychologischer Psychotherapeut sucht Kassenpraxis in **Berlin oder Potsdam** zu kaufen oder im **Tausch gegen Kassenpraxis in Köln** (zentrale Lage, grosszügige Räumlichkeiten)
berlin2010@gmx.net

Praxisübernahme

Psycholog. Psychotherapeut (VT, Erw.)
sucht
KV-Sitz in Kassel
Chiffre: PTPJ 090101

Großraum **Regensburg**
Erfahrene Psychologische Psychotherapeutin
(seit 10 Jahren approbiert)
sucht KV-Sitz oder **halben** KV-Sitz
Tel.: 0941/9308224

EN-Kreis
Psychologische Psychotherapeutin (VT) sucht **KV-Sitz im Ennepe-Ruhr-Kreis** unter besonderer Berücksichtigung aller geforderten Konditionen
Chiffre: PTPJ 090102

Psychologische Psychotherapeutin (PA/TP) sucht häufigen KV-Sitz in **Bonn**
Tel: 0228-6087705

Psychologische Psychotherapeutin (PA/TP) sucht KV-Sitz (auch halben KV-Sitz) im Großraum **Köln/Bonn**
Chiffre PTPJ 090103

Psychologische Psychotherapeutin (TP, Erw., Arztregistereintrag) mit langjähriger Praxiserfahrung sucht Möglichkeit zur Mitarbeit oder Praxisübernahme in Potsdam, Potsdam-Mittelmark oder Berlin.
Tel.: 033200-609422

Planungsbereich NW/ DÜW
Psychologische Psychotherapeutin (VT/ Erw.) sucht **halben oder vollen KV-Sitz**.
Tel.: 06321/ 576560

Stuttgart und 40km- Umkreis:
Psychologische Psychotherapeutin, VT, Erwachsene, sucht halben KV- Sitz.
Tel.: 0711/69948320
e-mail: papierkram2009@yahoo.de

Psychologische Psychotherapeutin (VT, Erw., Approb., Arzttreg.)
sucht ab Juli 2009 KV-Sitz (alternativ halber KV-Sitz, Jobsharing) in **Würzburg und Umgebung**.
Tel. 0931-400929 oder
vt.wuerzburg@gmx.de

Frankfurt-Sachsenhausen
Praxisraum 35 qm, hell, ruhig, mit Gartenblick und Gartennutzung ab 1.12.09 oder früher zu vermieten
Tel. 069/631 533 96,
e-mail: robert-heim@t-online.de

Psychologische Psychotherapeutin VT (Erw., berufl., Arzt-Reg.) sucht halben KV-Sitz oder Jobsharing oder Assistenz im Raum Nürnberg
Tel.: 0911/95339530

Psychologischer Psychotherapeut (VT, Erw.) sucht Jobsharing, Teilzeitanstellung oder KV-Sitz vorzugsweise im **Raum Coburg/Bamberg**
Tel. 0160-7253921

Stellenangebote

Behandlungspraktikum (Tiefenpsycholog.) in Praxis f. Psycholog. Psychotherapie. Z.B.:
Ein Tag pro Wo. mit 6 oder 7 Therapiestunden über zwei Jahre = ca. 600 Beh.-St. – Auch andere Konstellationen möglich. Anerkannte Supervision in der Praxis. Freie Zeiteinteilung, angemessener Verdienst. Fon 0170 4128176

Halber KV-Sitz im Großraum Braunschweig
von PP (TP Erwachsene) gesucht.
Tel.: 0531-85620

Praxisvermietung

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (TP/KV-Sitz)
sucht **Praxisraum in Hamburg**
Uhlenhorst/Winterhude
Tel.: 040/220 11 27

Psychologischer Psychotherapeut
sucht KV-Sitz oder Job-Sharing (TP/PA für Erwachsene)
in **KA-Stadt od. Umgebung**
Tel.: 07202/409087

Vermiete 2-3 Tage pro Woche schönen **Praxisraum in Baldham** (Münchner Osten)
Tel. 0177-3038520

Fachstelle für Sucht und Suchtprävention Salzgitter sucht ab sofort **Psych. Psychotherapeuten/in**. Beratung und Behandlung von Menschen mit Suchtproblemen, 20-30 Std/Woche. Bewerbungen bitte an „Drogen- und Suchthilfe gGmbH, Berliner Str. 78, 38226 Salzgitter. Online: Gabka@suchthilfe-salzgitter.de

Gesucht – Gefunden!
Mit PTJ erreicht man über 36.000 Psychologische Psychotherapeuten

Mannheim: heller ruhiger **Doppelraum**, ca. 50 qm, auch als 2 getrennte Räume nutzbar, mit Klimaanlage, Parkett und separater Toilettenanlage in **Psychotherapeutischer** Praxismgemeinschaft. Es besteht die Möglichkeit eines separaten Einganges. Zu vermieten nur längerfristig für mtl. 390 € plus Nebenkostenpauschale.
Tel.: 0621 3365621 und 414943
oder
praxis.kopp-pelzer.und.pelzer@t-online.de

KJP
zur Anstellung in **Wuppertal** gesucht (Voll- oder Teilzeit). Schriftliche Bewerbung unter Chiffre PTJ 090109

München-Stadt
Zwei Psych. Psychotherapeutinnen (VT, Erw., Arzt-Reg.) suchen KV-Sitz (**Teil**/insgesamt 20 Stunden)
E-Mail: Praxis.VT@web.de

Heller, schöner, neu renovierter Praxisraum (20 m²) in PT-Praxis (insg. 90 m²) im Krim-Viertel der Recklinghausener Innenstadt ab sofort zu vermieten.
Tel.: 0176-24785480.

Hamburg: Selbständig und eigenverantwortlich arbeitender **psychol. Psychotherapeut/in** (Approb: Arztregister) zum 1. Juli 2009 zur Festanstellung zunächst in Teilzeit (später Vollzeit möglich) für **MVZ-Neugründung** gesucht. KV-Sitz vorhanden. Tel. 06172/127-44

Sicherstellungsassistent/in stundenw. bis 2 Tage für VT-E Praxis in **Cham/Opf.** gesucht.
Tel. 09971/766700,
sbrettmann@yahoo.de

An der Kinderklinik I der Medizinischen Hochschule Hannover ist zum 01.04.09 die Stelle (19,5 WoStd.) eines/r **Diplom – Psychologen /in** zu besetzen. Die Stelle ist zunächst befristet auf 3 Jahre. Schwerbehinderte werden bei gleicher Qualifikation bevorzugt.
Voraussetzungen: Diplom in Psychologie, Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut erwünscht, Teamfähigkeit, Belastbarkeit.
Aufgaben: Klinischer Schwerpunkt in der pädiatrischen Rheuma- und Diabetesambulanz, Beteiligung am Konsiliardienst.
Auskünfte/Bewerbungen über Kontaktadresse:
Thon.Angelika@mh-hannover.de

Therap. Jugendhilfeeinrichtung in Brandenburg sucht ab 01.05.2009 Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit Tiefenpsychologisch fundierter Ausbildung für die Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen und substanzgebundenen Störungen bei Jugendlichen bzw. Diplom-Psychologen mit Verhaltenstherapeutischer Ausbildung und Erfahrung in der Therapie von Jugendlichen mit Suchtproblemen, Chiffre: PTJ 090112

Kleine Anzeigen – mit GROSSER Wirkung!

... und das schon ab € 53,- zzgl. MwSt

Entlastungsassistent(in) für die psychotherapeutische Behandlung von Kinder- und Jugendlichen, gegebenenfalls auch Erwachsenen, tiefenpsychologisch fundiert in gut eingeführter Praxis in **Münster** gesucht. Sind Sie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. Psychologische Psychotherapeutin und verfügen über eine Zusatzqualifikation KJP, dann freue ich mich über Ihre Zuschrift : Chiffre PTJ 090113

Anzeigenschluss
für die nächste Ausgabe
ist der **5. Mai 2009**.
PTJ Ausgabe 2/09
erscheint
am **16. Juni 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

QM – leicht gemacht – unglaublich aber wahr: Ihr Zeitaufwand ca. 2 Stunden!!! Das QM-Handbuch vom Profi und doch erstaunlich preiswert. Wir (Psychotherapeutin seit 24 J. in eigener Praxis und Wirtschaftspsychologie) 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**, das KV-Konform ist!
Das TherapeutenBüro GmbH
Tel.: 0 23 71 / 97 29 804
Fax 0 23 71 / 43 77 27
E-Mail: iserlohn@dtb-gmbh.de

Tiefenpsychologisch Fundierte u. analytische Psychotherapie Verhaltenstherapie Schnelle und qualifizierte Fallarbeit - Kinder, Jugendl., Erwachsene -
Tel. 0421 / 444 700
mail: Berichte@t-online.de

tiefenpsychologisch fundierte sowie analytische Psychotherapie
Fallarbeit zu Psychodynamik, Diagnostik und Behandlungsplanung Erwachsene, Kinder und Jugendliche 16 Jahre Erfahrung, Express-Service Tel.: 0221 / 995 995 – 10 Fax: 0221 / 995 995 – 11 Mo.-Do. 9:00-15:00 Uhr, Fr. 9:00-10:00 Uhr

Sie wollen ihr **Qualitätsmanagementsystem (QM)** schnell und mit wenig Zeitaufwand voranbringen? Biete flexible **Unterstützung/ Beratung** bei der Erstellung Ihres QM nach **QEP**.
Bin in diesem Sinne bereits für mehrere PsychotherapeutInnen erfolgreich tätig.
Info: C. Thamm, Tel: 040/88128615, qms@clemens-thamm.de

VT-Antrag als Chance
–
www.sorkc.de
–
Wir schreiben – Sie punkten
–

Zuverlässige, kompetente und qualifizierte **Supervision bei VT – Antragstellung** von
Dipl. – Psychologin
Tel.: 02234/ 949 170
E-Mail: ju_bender@t-online.de

Körperdialoge -Pferde als Beziehungspartner in der Psychotherapie-
Ein Wochenendseminar für Psychotherapeuten akkreditiert von der PthK Schl-Holst.
Termine 2009 und weitere Informationen:
Dipl-Psych. Barbara Groth
Tel.: 04836 – 9958994
oder www.islandpferdehofkleve.de

Psychodynamische Psychotherapie mit Älteren

Veranstalter: Institut für Alternspsychotherapie und Angewandte Gerontologie

Beginn/Dauer: 24./25.4.09, 7 Blöcke

Ort: Klinik am Hainberg in Bad Hersfeld

Information: Dr. M. Peters, Geschäftsführer,
Schwanallee 48a, 35037 Marburg,
Tel. 06421-175660,
E-Mail: info@alternspsychotherapie.de
www.alternspsychotherapie.de

Medizinrecht/Arztrecht: Fachkundige Beratung und Vertretung bundesweit für ärztliche/psychologische Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-therapeutinnen, insbesondere bei: Praxiskauf/-verkauf, Nachbesetzungsverfahren, Jobsharing, Kooperations-/Anstellungsverträge, MVZ, Vertragsgestaltung, Zulassung, Disziplinarverfahren, Honorarforderungen, Rechtsfragen des therapeutischen Alltags (Schweigepflicht, Ausfallhonorar, etc.)
RECHTSANWALT DR. JUR. WERNER KLUGHARDT, Fachanwalt für Medizinrecht, Kanzlei Schmidt Hofert, Fürstenstr. 15, 80333 München, Tel.: 089/2870200, Fax: 089/28702020, e-mail: dr.w.klughardt@schmidt-hofert.com

Supervision bei der Antragstellung www.psychdienst.de
Dienstleistungen für Psychotherapeuten und Ärzte
E-Mail: dunja.hergenroether@koeln.de
Telefon: 0221/5708831

QEP-Qualitätsmanagement-Unterstützung und Erstellung Ihres Praxishandbuchs kompetent und individuell durch erfahrene Diplom Psychologin. Tel.: 0221- 4856276, E-Mail: silkelandwehr@gmx.de

www.mustergutachten-vt.de
Beispieltexte und Formulierungshilfen als Vorlage für Ihre Berichte an den Gutachter (Erstberichte und Verlängerungen) für alle gängigen Diagnosen.

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
Telos Institut für Psychotherapie
Kindermannstraße 7
80637 München
Telefon 089-152855
e-mail: Telos@telosinstitut.de

Kleine Anzeigen – mit GROSSER Wirkung!

... und das schon ab € 53,- zzgl. MwSt

28. Intern. Focusing-Sommerschule 27. Juli bis 6. August 2009 Humboldt-Haus-Lindau am Bodensee „**Die heilsame innere Beziehung**“ (Einführungsseminar) „**Bewegt – vom kämpf. Empfinden – Beziehungs-Weise? – Beziehungs-Weise!**“ „**Leben ist Rhythmus und Klang**“ „**Macht und Verletzlichkeit**“ „**Wie der Körper den Körper heilt**“ **Fortbildungspunkte der Kammer!**
Info und Anmeldung: **Deutsches Ausbildungsinstitut für Focusing u. Focusing-Therapie (DAF)**, Ludwigstraße 8a, 97070 Würzburg
Tel.: 0931-416283 FAX 0931-411371
info@focusing-daf.de
www.focusing-daf.de

VT-Berichtsvorschläge für Erw. (spezialisiert auf Frauen, Körper, Sexualität)
- flüssig und eloquent -
von Dipl.Psych. mit eigenem FB
Tel. 030-6246490

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 abgegeben 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
Venloer Str. 47-53
50672 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: infohsi-heidelberg.com
Internet: www.hsi-heidelberg.com

**IGW Institut für integrative
Gestalttherapie**
Theaterstr. 4, 97070 Würzburg
Fon: 0931/354450
Fax: 0931/3544544
info@igw-gestalttherapie.de
www.igw-gestalttherapie.de

**Institut für 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
Hühlig Jehle Rehm GmbH**
Im Weiher 10
D-69121 Heidelberg
Tel.: (0 62 21) 4 89-0
Fax: (0 62 21) 4 89-52 9
redaktion@psychotherapeutenjournal.de
anzeigen@psychotherapeutenjournal.de
www.psychotherapeutenjournal.de
www.ptv-anzeigen.de
www.huethig-jehle-rehm.de

**Schattauer GmbH
Verlag für Medizin
und Naturwissenschaften**
Hölderlinstr. 3
70174 Stuttgart
Tel. ++49 0711 22987-0
Fax ++49 0711 22987-50
info@schattauer.de
www.schattauer.de

Verlag Hans Huber
Hogrefe AG
Länggassstr. 76
CH 3000 Bern 9
www.verlag-hanshuber.com

Kliniken/Rehazentren

**Christoph-Dornier-Klinik
für Psychotherapie**
Tibusstr. 7-11
48143 Münster
Tel. 0251/4810-100
Fax. 0251/4810-105
info@c-d-k.de
www.c-d-k.de

Fachklinik Waren (Müritz)
Auf dem Nesselberg 5, 17192 Waren
Tel.: 01803/244142-0
Fax: 01803/244142-404
info@fachklinik-waren.de
www.fachklinik-waren.de

**Medizinisch-Psychosomatische
Klinik Bad Bramstedt**
Schön Kliniken
Birkenweg 10, 24576 Bad Bramstedt
Tel.: 04192/5040
Fax: 04192/504550
KlinikBadBramstedt@schoen-
kliniken.de
www.schoen-kliniken.de

Medizinisches Versorgungszentrum

**Timmermann und Partner
MVZ für körperliche und
Psychische Gesundheit**
Marienstraße 37, 27472 Cuxhaven
Tel. 04721-393650 + 04721/396351
mail@timmermann-und-partner.de

Softwareanbieter

ergosoft GmbH
Postfach 12 26
67446 Haßloch
Hotline: 06234/5995-11/-12/-13
Tel.: 06324/5995-0
Fax: 06324/5995-16
ergosoft@t-online.de
www.psychodat.de

Antrag pro Adler & Röhn GbR
Isenbergstraße 66
45130 Essen
Tel.. 0228-211406

Epikursoftware
Praxisverwaltung Psychotherapie
Tel.: (030) 21 23 25 63
www.epikur.de

Impressum

Das „Psychotherapeutenjournal“ publiziert Beiträge, die sich – direkt oder indirekt – auf die Prävention, Therapie und Rehabilitation psychischer Störungen und auf psychische Aspekte somatischer Erkrankungen sowie auf wissenschaftliche, gesundheitspolitische, berufs- und sozialrechtliche Aspekte der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Berufspraxis von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beziehen. Das „Psychotherapeutenjournal“ ist der Methodenvielfalt in der Psychotherapie und ihren wissenschaftlichen Grundlagendisziplinen sowie der Heterogenität der Tätigkeitsfelder der Psychotherapeuten verpflichtet. Leserbriefe und andere Beiträge zu kammer-spezifischen Themen werden nicht im redaktionellen Teil der Zeitschrift abgedruckt. Sie werden von den jeweiligen Landeskammern selbst bearbeitet und können ggf. auf ihren Mitteilungsseiten veröffentlicht werden.

Herausgeber

Bundespsychotherapeutenkammer, Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin, Psychotherapeutenkammer Bremen, Psychotherapeutenkammer Hamburg, Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen, Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer, Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, Psychotherapeutenkammer des Saarlands, Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein.

Redaktionsbeirat

Prof. Dr. Rainer Richter (BPTK), Dr. Dietrich Munz (Baden-Württemberg), Mareke de Brito Santos-Dodt (Baden-Württemberg), Dr. Nikolaus Melcop (Bayern), Dr. Heiner Vogel (Bayern), Anne Springer (Berlin), Dr. Manfred Thielen (Berlin), Karl Heinz Schrömgens (Bremen), Hans Schindler (Bremen), Ulrich Wirth (Hamburg), Jürgen Hardt (Hessen), Uta Cramer-Düncher (Hessen), Dr. Lothar Wittmann (Niedersachsen), Prof. Dr. Hans-Jochen Schwartz (Niedersachsen), Karl Wilhelm Hofmann (NRW), Prof. Dr. Jürgen Hoyer (OPK), Alfred Kappauf (Rheinland-Pfalz), Ilse Rohr (Saarland), Juliane Dürkop (Schleswig-Holstein), Bernhard Schäfer (Schleswig-Holstein).

Anschrift Redaktion

Karin Welsch
Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
St.-Paul-Str. 9
80336 München
Tel.: 089/515555-19
Fax: 089/515555-25
welsch@ptk-bayern.de

Anzeigen

Claudia Kampmann-Schröder, Tel.: 06221/437-042, Fax: 06221/437-109, cks-marketing@t-online.de

Verlag

Psychotherapeutenverlag, Verlagsgruppe Hühlig Jehle Rehm GmbH, Im Weiher 10, 69121 Heidelberg, Annette Kerstein, Tel.: 06221/489-318; Fax: 06221/489-529, annette.kerstein@hjr-verlag.de

Satz

Strassner ComputerSatz
69181 Leimen

Druck

Kessler Druck + Medien
86399 Bobingen

Bezug und -bedingungen

Inland € 72,- (inkl. Versandkosten)
Ausland € 75,- (inkl. Versandkosten)
Studenten und Ausbildungsteilnehmer € 43,- (inkl. Versandkosten)
Alle Preise verstehen sich inkl. Mehrwertsteuer. Der Abonnementpreis wird im Voraus in Rechnung gestellt und umfasst 4 Ausgaben jährlich. Das Abonnement verlängert sich zu den jeweils gültigen Bedingungen um ein Jahr, wenn es nicht mit einer Frist von 8 Wochen zum Ende des Bezugszeitraumes gekündigt wird.

Abonnementservice

Justus-von-Liebig-Straße 1, 86899 Landsberg, Tel. 08191/97000-641 (Frau Müller) oder -879 (Frau Hackenberg), Fax: 08191/97000-103, aboservice@hjr-verlag.de

Erscheinungsweise

Das „Psychotherapeutenjournal“ erscheint viermal jährlich. Für Mitglieder der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer ist der Bezugspreis durch den Kammerbeitrag abgegolten.

Urheber- und Verlagsrechte

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten.

Manuskripte

Redaktionsschluss der Ausgabe 3/2009 ist der 04. September 2009, für Ausgabe 4/2009 der 18. Dezember 2009. Manuskripte sind elektronisch (CD, Email) im Word- oder rtf-Format an die Redaktion (s.o.) zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (jpg-Format, mind. 300 dpi), Tabellen in getrennten Dateien einzureichen. Der Umfang des Manuskripts sollte im Regelfall 25 Seiten (à 1.500 Zeichen) nicht überschreiten, während der Titel des Beitrages nicht länger als 70 Zeichen sein sollte.

Die verwendete Literatur ist nach den „Richtlinien zur Manuskriptgestaltung“, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Göttingen: Hogrefe Verlag, 1997), im Text zu zitieren und am Schluss des Manuskripts zu einem Literaturverzeichnis zusammenzustellen. Jedem Manuskript ist eine Zusammenfassung von maximal 120 Worten und eine Kurzbeschreibung mit bis zu 50 Worten (für das Inhaltsverzeichnis) beizulegen. Die Redaktion behält sich das Recht auf Kürzungen vor. Autoren erhalten jeweils zwei Belegexemplare der Ausgabe des „Psychotherapeutenjournal“, in der ihr Beitrag erschienen ist.

Rechtseinräumung

Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt (dies gilt auch für die Wahrung der Anonymität des Patienten bei der Veröffentlichung von Fallberichten).

Der Autor räumt – und zwar auch zur Verwertung seines Beitrags außerhalb der ihn enthaltenden Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung – dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:

- Das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck – auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zur sonstigen Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen (Abstracts);
 - das Recht zur Veröffentlichung einer Mikropie-, Mikrofiche- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Wege von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe durch Radio und Fernsehsendungen;
 - das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z. B. Diskette, CD-Rom, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm – sei es unmittelbar oder im Wege der Datenfernübertragung –, sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte;
 - das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z. B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sog. Kopienversandes auf Bestellung.
- Verantwortlich für den allgemeinen Teil ist der Redaktionsbeirat. Für Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern sind deren Vorstände verantwortlich.