



ISSN 1611-0773
D 60843
6. Jahrgang

Psychotherapeuten- journal

www.psychotherapeutenjournal.de

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

4/2007

19. Dezember 2007 (S.337-456)

- Psychotherapie im Alter
- Brauchen Migrantinnen und Migranten eine andere Psychotherapie?
- Behandlung von Cannabisstörungen
- Dokumentationspflicht und Akteneinsichtsrecht
- Entwicklungsdynamik psychotherapeutischer Kompetenzen
- Sachverständigentätigkeit als Aufgabengebiet für Psychotherapeuten

**Psychotherapeuten
Verlag**

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in der psychotherapeutischen Versorgung sind Angststörungen und Depressionen die häufigsten Störungen; ihre Behandlung gehört deshalb zu den Kernkompetenzen psychologischer Psychotherapie. Aber es gibt zahlreiche weitere Störungen, und jede einzelne Behandlung hat ihre Besonderheiten: Der persönliche Hintergrund einer jeden Patientin, eines jeden Patienten fordert gegebenenfalls Abweichungen vom gewohnten Vorgehen, Veränderungen in der Fallkonzeption und stellt an den Therapeuten die Anforderung, die fachbezogenen Implikationen eines speziellen Lebensabschnitts, eines speziellen kulturellen Kontextes oder einer in der Versorgung selteneren Störung zu überblicken. Erst aus der Fülle dieser Anforderungen ergibt sich die volle Bandbreite therapeutischer Handlungsmöglichkeiten. Im vorliegenden Heft finden sie gleich drei Beiträge, die Sie über aktuelle Entwicklungen in speziellen Anwendungsfeldern der Psychotherapie informieren.

Forstmeier und Maercker (Zürich) gehen auf das Feld der Alterspsychotherapie ein. Sie zeigen nicht nur, welche altersbezogenen Modifikationen psychotherapeutischer Techniken zu empfehlen sind und wie der therapeutische Umgang mit körperlichen Veränderungen und Krankheiten sowie kognitive Beeinträchtigungen gelingen kann, sie zeigen auch: Bewältigungs- und Lebenserfahrung und die angepasste Wohlbefindensregulation erleichtern dem Therapeuten nicht selten die Arbeit mit alten Menschen! Gavranidou und Abdallah-Steinkopff (München) beschäftigen sich mit dem Arbeitsfeld der Therapie mit Migrantinnen und Migranten. Ihr Fazit: Wir brauchen keine andere Psychotherapie für diesen Personenkreis – aber, wie sie es nennen, „kultursensitive“ Therapeuten. Zahlreiche Informationen aus diesem Beitrag helfen, das Thema reflektierter zu diskutieren und Anregungen für die Praxis mitzunehmen. Eva Hoch und Kollegen von der Arbeitsgruppe Suchtforschung an

der Technischen Universität Dresden widmen sich in ihrem Beitrag dem Thema der Therapie bei cannabisbezogenen Störungen. Cannabis?! Kann Cannabis überhaupt „süchtig“ machen? Und wenn ja, wie lässt sich das feststellen, wie sind die Folgeprobleme und Beeinträchtigungen, und: welche Behandlungsoptionen gibt es? Sollen Psychotherapeuten an dieser Stelle einfach an die Suchtberatung überweisen? Das *kann* natürlich sinnvoll sein, aber cannabisbezogene Störungen sind psychische Störungen, gehören damit zur Domäne Psychologischer Psychotherapeuten und sie sind gut behandelbar! Näheres im Artikel!

Neben solchen, unmittelbar für die praktische therapeutische Arbeit relevanten Beiträgen ist es gleichermaßen die Aufgabe des Psychotherapeutenjournals auch über fach- und gesundheitspolitische Entwicklungen und über rechtliche Rahmenbedingungen zu informieren.

Im Beitrag von Rasehorn (Bremen) zur Dokumentationspflicht geht es vorrangig um die neueste Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zum Akteneinsichtsrecht in die persönlichen Aufzeichnungen des Psychotherapeuten. Die Thematik spricht an, dass rechtlich geboten sein dürfte, dass Psychotherapeuten Behandlungen in einer objektivierten Verlaufsdocumentation dokumentieren. Dies sollten besonders jene Kollegen reflektieren, die neben den Berichten an die Gutachter lediglich persönliche Aufzeichnungen führen.

In der Rubrik „Zur Diskussion“ bringen wir einen Beitrag von Buchholz (Göttingen) über die Rolle von Intuition und implizitem Wissen im Rahmen psychotherapeutischen Expertenhandelns. Der Autor schildert dabei, wie in der Entwicklung von Psychotherapeuten intuitives Wissen zunächst hinter (technologischen) Regeln zurücktreten muss, bevor es dann, über zunehmende



Erfahrung, wieder an Bedeutung gewinnt (und gewinnen „darf“). Mit dem Wissenschaftstheoretiker Polanyi teilt der Autor dabei die – mehr als plausible – Position, Wissenschaftstheorie sei nicht ohne *Wissenschaftspsychologie* zu denken.

Das Heft wird – neben den Leserbriefen, Rezensionen und „Länderseiten“ – vervollständigt durch einen Zwischenbericht der landeskammerübergreifenden Arbeitsgruppe Sachverständigentätigkeit/Forensik, die sich darin klar dafür ausspricht, dass die Psychotherapeutenkammern die Sachverständigentätigkeit angestellt oder freiberuflich tätiger Psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten regeln und einheitliche Standards schaffen.

Ich freue mich, Ihnen im Namen des Redaktionsbeirats des Psychotherapeutenjournals ein Heft zu präsentieren, das der Vielfalt unserer Profession wieder in besonderer Weise gerecht wird und randvoll ist mit spannenden Themen!

Jürgen Hoyer (OPK)
Mitglied des Redaktionsbeirates

Inhalt

Editorial	337
----------------------------	-----

Originalia	340
-----------------------------	-----

Simon Forstmeier & Andreas Maercker

Psychotherapie im Alter.	340
-------------------------------------------	-----

Die Alterspsychotherapie und die ihr zugrunde liegenden Konzepte tragen zu einer Erweiterung des Spektrums psychotherapeutischer Interventionen bei. Klassische Interventionen müssen zur Anwendung bei älteren Menschen modifiziert werden (z. B. bei Depression und Angst). Einige Verfahren wurden spezifisch für diese Altersgruppe entwickelt (z. B. Selbstständigkeitsinterventionen). Schließlich gibt es Störungen und Probleme, die in dieser Altersgruppe speziell sind (z. B. Demenz).

Maria Gavranidou & Barbara Abdallah-Steinkopff

Brauchen Migrantinnen und Migranten eine andere Psychotherapie?	353
----------------------------------------------------------------------------------	-----

Migranten sind eine bundesrepublikanische Realität und gehören längst zur Klientel von Psychotherapeuten mit und ohne Migrationshintergrund. Da Migranten sich bezüglich ihres kulturellen, migrationspezifischen, schichtspezifischen und religiösen Kontextes von Nicht-Migranten unterscheiden können, ist eine kritische Betrachtung der psychotherapeutischen Arbeit im Hinblick auf ihre Angemessenheit und Effektivität bei dieser Patientengruppe längst fällig.

Eva Hoch, René Noack, Heike Rohrbacher, Jana Henker, Anja Pixä, Katrin Dittmer, Gerhard Bühringer & Hans-Ulrich Wittchen

Behandlung von Cannabisstörungen – Eine Aufgabe für Psychotherapeuten in Deutschland.	362
--------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

In Deutschland ist der Behandlungsbedarf wegen Cannabismissbrauch oder -abhängigkeit sowie assoziierten psychischen, physischen und sozialen Problemen stark angestiegen. An der Technischen Universität Dresden wird aktuell das kognitiv-behaviorale Entwöhnungsprogramm „CANDIS“ für Jugendliche und Erwachsene entwickelt und erprobt. Die Evaluationsergebnisse sind viel versprechend und zeigen für die psychotherapeutische Praxis interessante Behandlungsoptionen auf.

Bernd Rasehorn

Das Spannungsverhältnis zwischen Dokumentationspflicht des Psychotherapeuten und Akteneinsichtsrecht des Patienten	368
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Der Beitrag erarbeitet Bedeutung, Inhalt und Grenzen von Dokumentationspflicht und Einsichtsrecht anlässlich der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zum Einsichtsrecht des Patienten in die persönlichen Aufzeichnungen des Therapeuten.

Zur Diskussion	373
---------------------------------	-----

Michael B. Buchholz

Entwicklungsdynamik psychotherapeutischer Kompetenzen.	373
-------------------------------------------------------------------------	-----

Wissenschaftstheoretische Positionen von Michael Polanyi machen eine Rehabilitierung des Impliziten Wissens für die Erörterung therapeutischer Kompetenz möglich. Die philosophischen Positionen von Hans Blumenberg gestatten, das Unbewusste als unbegriffliche Basis der therapeutischen Kompetenz auszuweisen. In die gleiche Richtung weisen Entwicklungen der cognitive science. Therapeutische Kompetenz muss demnach in Stufenmodellen konzeptualisiert werden. Dafür wird auf mehrere empirische Arbeiten, insbesondere auf die von Orlinsky und Ronnestad, verwiesen.

Dokumentation

Andreas Rose, Uta Cramer-Düncher & Marion Schwarz

Sachverständigentätigkeit als Aufgabengebiet für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	383
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Aktuelles aus der Forschung	386
----------------------------------------------	-----

Detlev Bunk

Buchrezensionen	390
<i>Jürgen Hardt</i>	
Brücher, K. (2005). <i>Therapeutische Räume – Zur Theorie und Praxis psychotherapeutischer Interaktion.</i> München: Elsevier Spektrum Akademischer Verlag..	390
Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern	393
Bundespsychotherapeutenkammer	393
Baden-Württemberg	397
Bayern	401
Berlin	405
Bremen	409
Hamburg	413
Hessen	416
Niedersachsen	422
Nordrhein-Westfalen	426
Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer	431
Rheinland-Pfalz	433
Saarland	439
Schleswig-Holstein	443
Leserbriefe	448
Inserentenverzeichnis	449
Artikelverzeichnis	450
Kontakt Daten der Kammern	452
Stellen-/Praxismarkt	343, 453
Branchenverzeichnis	455
Kleinanzeigen	454
Impressum	456

Hinweis:

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

Den Exemplaren der folgenden Länder liegen in dieser Ausgabe wichtige Unterlagen bei:

- Bayern: Beschlüsse und Fortbildungsveranstaltungen

Leiten Sie gerne Gruppen? Haben Sie Approbation Psycho. Psychotherap.? Haben Sie mindestens 2 Jahre lang in einer psychosomat. Reha-Klinik Gruppen geleitet? Bei uns können Sie wöchentlich Nachsorge-Gruppen leiten. Honorar je Abend 80 bis 115 Euro. Bitte mailen Sie uns: fachambulanz@cip-medien.com (Frau Nachtigall) oder sergesulz@aol.com (Centrum für Integrative Psychosomatische Medizin CIPM, Nymphenburger Str. 185, 80634 München www.cip-medien.com)

Psychotherapie im Alter

Simon Forstmeier, Andreas Maercker

Psychologisches Institut der Universität Zürich

Zusammenfassung: Störungsmodelle in der Alterspsychotherapie beziehen neben schulenspezifischen Störungs- und Behandlungsmodellen auch gerontologische Konzepte mit ein. Daher werden zunächst das Alters- und störungsspezifische Rahmenmodell sowie das Modell der selektiven Optimierung mit Kompensation dargestellt. Sie zeigen, dass nicht nur erschwerende Faktoren (wie Multimorbidität, Verluste, Fähigkeitseinschränkungen) sondern auch erleichternde Faktoren (wie Bewältigungs- und Lebenserfahrung, angepasste Wohlbefindensregulation) relevant sind. Allgemeine altersbezogene Modifizierungen psychotherapeutischer Techniken werden beschrieben. Schwerpunkt ist die Darstellung verhaltenstherapeutischer Interventionen bei körperlichen Veränderungen und Krankheiten sowie bei kognitiver Beeinträchtigung und Frühdemenz. Dabei wird erläutert, wie in der Alterspsychotherapie das klassische Patient-Therapeut-Setting erweitert wird mit Angeboten für Angehörige der Patienten und Supervision für Pflegepersonen. Ergänzt wird dieser Beitrag durch einen Überblick über die Behandlung von Depression und Angststörungen im Alter.

1. Gerontopsychologische Grundlagen der Psychotherapie im Alter

Für die Psychotherapie im Alter ist es charakteristisch, dass sie nicht nur schulenspezifische Störungs- und Behandlungsmodelle zur Grundlage hat, sondern darüber hinaus auch gerontopsychologische Konzepte. Zu Beginn dieses Überblicks werden wir daher zwei schulenspezifische und störungsübergreifende Modelle darstellen, auf die bei der Beschreibung der Interventionen zurückgegriffen wird (Maercker, 2002, 2003). Daran anschließend beschreiben wir vor allem verhaltenstherapeutische, aber auch lösungsorientierte Interventionen bei körperlichen Veränderungen, Angststörungen, Depressionen und kognitiver Beeinträchtigung. Die in der Alterspsychotherapie etablierten tiefenpsychologischen Ansätze können wir in diesem Rahmen nicht darstellen. Um einen ausgewogenen Blick auf die Alterspsychotherapie zu erhalten, sei dem Leser entsprechende Literatur ans Herz gelegt (Bäurle, Radebold & Hirsch, 2000; Heuft, Kruse & Radebold, 2006).

Alters- und störungsspezifisches Rahmenmodell

Das Alters- und störungsspezifische Rahmenmodell (ASR-Modell) von Maercker (2002) geht von der Grundannahme aus, dass die psychologische Behandlung älterer Menschen jeweils zwei Perspektiven zugleich berücksichtigen sollte: die altersbezogene und die störungsspezifische Perspektive.

Die Altersspezifik der klinisch präsentierten Beschwerden und Störungen wird durch das Wechselspiel altersbezogener erschwerender und erleichternder Faktoren bestimmt. Zu den erschwerenden Faktoren gehören die Multimorbidität, interpersonelle Verluste, Fähigkeitseinschränkungen und die eingeschränkte Lebenszeit. Erleichternde Faktoren sind unter anderem die kumulierte Bewältigungs- und Lebenserfahrung, eine positive Affektbilanz (negative Emotionen werden seltener, positive bleiben stabil), eine kompetentere Selbstregulation sowie die angepasste Wohlbefindensregulation (trotz alterstypischen Verlusten bleibt das allgemeine subjektive Wohlbefinden relativ stabil). Aus der Altersspezifik der Störungen leitet sich ab, dass beste-

hende verhaltenstherapeutische Verfahren auf notwendige Modifikationen hinsichtlich ihres Einsatzes in der Alterspsychotherapie untersucht werden müssen.

Die Störungsspezifität ist auch ein Aspekt der Psychotherapie von jüngeren Erwachsenen. Das Modell postuliert aber, dass sich die Therapieziele und die Behandlung alter Menschen noch konsequenter auf einzelne Störungen beziehen müssen (z. B. die Varianten der Lebensrückblicksinterventionen als spezielle Verfahren für Depressionen und Posttraumatische Belastungsstörung, PTBS). Dabei ist zu beachten, dass eine Störung entweder aus früheren Lebensphasen bis ins Alter hineinreicht oder neu im Alter erworben wurde.

Modell der selektiven Optimierung mit Kompensation

Das Modell der selektiven Optimierung mit Kompensation (SOK-Modell, Baltes & Carstensen, 1996) trifft auf einer spezifischen Ebene Aussagen darüber, an welchen Schnittstellen psychologische und psychotherapeutische Interventionen mit älteren Menschen sinnvoll einsetzbar sind. Nach dem Modell werden psychologische Anpassungsprozesse durch drei Komponenten erreicht: Selektion, Optimierung und Kompensation.

Selektion bezieht sich auf die Auswahl und *Neuanpassung* von Zielen und Verhaltensbereichen im Sinne der Eingrenzung der Anzahl möglicher Alternativen, der Konzentrierung auf begrenzte Ressourcen sowie auf Spezialisierungen. Psychologische Interventionen zur Selektion werden notwendig bei verschiedenen sozialen Verlusten, körperlichen Einschränkungen und wohnlichen Veränderungen. Selektion erfordert eine motivationale Bereitschaft, kognitive Flexibilität und Handlungsorientierung.

Optimierung bezieht sich auf die Stärkung und Nutzung *vorhandener* zielrelevanter Handlungsmittel und Ressourcen. Psychologische Interventionen zur Optimierung zielen auf die Gestaltung einer angereicherten Umwelt, indem durch eine Verbesserung bzw. den Einsatz von Hilfsmitteln Handlungs-, Entscheidungs- und Kontrollspielräume erhalten bleiben. Konkrete Interventionen im Sinne von Optimierungsprozessen richten sich v. a. auf die physikalische Umwelt (z. B. Gestaltung des Wohnraums, der Treppen, altengerechtes Wohnen usw.) und den Einbezug von Diensten und Serviceleistungen der Familie, der Partner und der Gemeinde (z. B. Essensdienste, Pflegedienste, Einkaufshilfen).

Kompensation zielt auf die Schaffung, das Training und die Nutzung *neuer* Handlungsmittel, um Einschränkungen und Verlusten entgegenzuwirken. Die Kompensation wird dann erforderlich, wenn Fähigkeiten und Fertigkeiten ganz oder teilweise verloren gehen, das damit verbundene Ziel jedoch beibehalten werden soll. Die

gerontologische Interventionsforschung hat gezeigt, dass die meisten älteren Menschen eine beträchtliche mentale Reserve besitzen, die durch Übung und Lernen aktiviert werden kann, z.B. in den Bereichen Gedächtnis, soziale Kompetenz, Aktivitäten des Alltagslebens, chronische Krankheiten, Sexualstörungen usw.

2. Altersbezogene Modifizierungen psychotherapeutischer Techniken

Im Wesentlichen werden für ältere Patienten keine neuen oder anderen Psychotherapieverfahren und Behandlungstechniken benötigt. Grundsätzlich ist ja jede Therapie – unabhängig von der Altersstufe des Patienten – etwas Individuelles, denn jeder Patient kommt mit verschiedenen Problembereichen, idiosynkratischen dysfunktionalen Gedanken und verschiedenen Graden von Veränderungsmotivation in die Therapie. Dennoch vermögen die Alterspsychotherapie und die ihr zugrunde

liegenden Konzepte etwas zu einer Erweiterung des Spektrums psychotherapeutischer Interventionen im Alter beizutragen. Zum einen müssen, wie die folgenden Abschnitte zeigen werden, einige Interventionen zur Anwendung bei älteren Menschen modifiziert werden. Zum anderen gibt es einige Verfahren, die spezifisch für diese Altersgruppe entwickelt wurden, z. B. Interventionen zur Selbstständigkeitsförderung (siehe unten) oder Lebensrückblicksinterventionen, die an anderer Stelle dargestellt werden (Forstmeier & Maercker, 2007b, angenommen).

Modifikationen des therapeutischen Vorgehens. Auf der praktischen Ebene der Therapiedurchführung gibt es eine Reihe weiterer Besonderheiten, die für Alterspsychotherapien und klinisch-psychologische Interventionen wichtig sind. Dazu gehören (Näheres in Forstmeier & Maercker, 2007b):

- Bewusstes Fokussieren auf das Gesprächsthema ist häufig nötig.

EMDR-Institut Deutschland

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



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

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

EMDR-Einführungs-Seminare mit Praxistag

24.-26.01.08 + 01.03.08 **Oberursel**
 14.-16.02.08 + 04.04.08 **Köln**
 22.-24.02.08 + 05.04.08 **Berlin**
 23.-25.05.08 + 21.06.08 **Bad Segeberg/Hamburg**
 29.-31.05.08 + 13.09.08 **Wiesloch**
 12.-14.06.08 + 05.09.08 **Köln**
 18.-20.09.08 + 17.10.08 **Krefeld**
 26.-28.09.08 + 08.11.08 **Bremen**
 03.-05.10.08 + 22.11.08 **Berlin**
 24.-26.10.08 + 22.11.08 **München**

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

Akademie bei Herbert König & Gerhard Müller

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



Einführung in die computergestützte kognitive Rehabilitation mit RehaCom

18.01.2008 D-Würzburg (Kursnr. FB080118A)
 Dipl.-Ing. Frank Schulze 170.00 €* (281.00 CHF*) / GNP-Mitglied: 161.00 €* (266.00 CHF*) 8 Std.

Praxis der Diagnostik und Therapie von Aufmerksamkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen

25.01.-26.01.2008 D-Würzburg (Kursnr. FB080125A)
 Dr. Claus Jacobs, Dipl.-Psych. 298.00 €* (492.00 CHF*) / GNP-Mitglied: 283.00 €* (467.00 CHF*)
 16 Std.; FE-Punkte: 22

Winterakademie 2008: Supervision in der Neuropsychologie - Neue Perspektiven von Fall zu Fall -

28.02.-01.03.2008 A-Innsbruck (Kursnr. FB080228A)
 Elisabeth Baumgartner & Verena Günther, Hans Linster & Heidi Möller, Pamela Schmidt & Astrid Schreyögg 395.00 €* (652.00 CHF*) / GNP-Mitglied: 395.00 €* (652.00 CHF*) 20 Std.

Demenz - Grundlagenwissen und Vertiefung -

29.02.-01.03.2008 D-Würzburg (Kursnr. FB080229A)
 Prof. Dr. Wolfgang Meins, Dipl.-Psych. 298.00 €* (492.00 CHF*) / GNP-Mitglied: 283.00 €* (467.00 CHF*) 16 Std.; FE-Punkte: 22

ADHS im Erwachsenenalter

07.03.-08.03.2008 D-Würzburg (Kursnr. FB080307A)
 Dipl.-Psych. Silvia Fries 218.00 €* (360.00 CHF*) / GNP-Mitglied: 207.00 €* (342.00 CHF*)
 12 Std.; FE-Punkte: 15

Die Praxis der neuropsychologischen Begutachtung

14.03.-15.03.2008 D-Hilden (Kursnr. FB080314C)
 Dipl.-Psych. Herbert König 218.00 €* (360.00 CHF*) / GNP-Mitglied: 207.00 €* (342.00 CHF*) 12 Std.

NeXus Anwenderkurs Biofeedback und Neurofeedback (Herzratenvariabilität, Migräne, Stress, EMG und Atemtraining)

14.03.2008 D-Würzburg (Kursnr. FB080314D)
 Erwin Hartsuiker 165.00 €* (272.00 CHF*) / GNP-Mitgl.: 165.00 €* (272.00 CHF*) 8 Std.;
 Bitte Modulrabatte beachten! Folgende Kurse gehören zum Modul: FB080314D, FB080315A

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

15.03.2008 D-Würzburg (Kursnr. FB080315A)
 Erwin Hartsuiker 165.00 €* (272.00 CHF*) / GNP-Mitgl.: 165.00 €* (272.00 CHF*) 8 Std.;
 Bitte Modulrabatte beachten! Folgende Kurse gehören zum Modul: FB080314D, FB080315A

Bitte fordern Sie unser vollständiges Programm an!

*Kosten incl. MwSt.

- Langsameres Vorgehen, d.h. klarer Sprechen, kleinere Schritte der Problemlösung, häufige Wiederholungen, Erhöhung der Sitzungszahl.
- Multimodale Instruktionen, z. B. durch visuelle Veranschaulichungen und Notizen durch den Patienten.
- Gedächtnishilfen, z. B. Sitzungen auf Tonband mitgeben, schriftliche Hausaufgaben, Mitgeben von Handouts.
- Strategien des Aufmerksamkeitserhalts, z. B. verkürzte Sitzungen oder Pausen einschieben.
- Einstellung zur Psychotherapie muss überprüft und gegebenenfalls korrigiert werden (z. B. „Nur verrückte Leute gehen zum Therapeuten“, „Ich werde passiv behandelt“)
- Unkonventionelle Settings, z. B. im Krankenhaus am Bett des Patienten, bei Hausbesuchen oder in Seniorenheimen.
- Medizinisches Grundwissen sowie der Kontakt mit Ärzten ist von großer Wichtigkeit.
- Explizite Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen und Kompetenzen.

3. Interventionen bei körperlichen Veränderungen im Alter

96% der Über-70-Jährigen haben mindestens eine und 30% fünf und mehr internistische, neurologische oder orthopädische behandlungsbedürftige Erkrankungen (Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1996). Am häufigsten sind Erkrankungen des kardio- und zerebrovaskulären Systems und Erkrankungen des Bewegungsapparates. Es ist notwendig, dass ein Psychotherapeut ein Grundwissen über die häufigsten Erkrankungen, deren subjektives Beschwerdebild, Ursachen, Verlauf und medikamentöse Behandlung hat (z. B. Füsgen, 2000).

Körperliche Erkrankungen können zu funktionellen Einschränkungen führen. Diese Funktionseinbußen werden eingeteilt in den Bereich der basalen Aktivitäten des täglichen Lebens (Activities of Daily Living, ADLs) und der instrumentellen ADLs (IADLs). Zu den ADLs gehören u.a. Körperpflege, Treppensteigen, Spazierengehen,

Anziehen, WC-Benutzung und Essen. Zu den IADLs zählen u.a. Telefonieren, Einkaufen, Kochen, Haushaltsführung, Wäsche, Verkehrsmittel benutzen, Medikamente einnehmen und Geldgeschäfte tätigen. Über 30% der Senioren benötigen Hilfe beim Einkaufen und bei der Benutzung von Transportmitteln, bei basalen Tätigkeiten des alltäglichen Lebens nur ca. 1-10%. Ab 85 Jahren steigt die Hilfsbedürftigkeit jedoch stark an (Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1996).

Psychische Faktoren wie Angst, Depression und ein abhängiger Persönlichkeitsstil können dazu beitragen, dass sich ein Patient beeinträchtigt verhält als er eigentlich ist. Personen mit Mobilitätsstörungen vermeiden, vielleicht aus Angst vor Schmerzen oder Fallen, aus dem Haus zu gehen. Schwer sehbehinderte Personen versuchen vielleicht wegen depressiver Antriebsschwäche keine alternativen Lesemöglichkeiten wie Bücher mit großen Buchstaben usw. Problematisch kann andererseits auch sein, die Fähigkeitseinschränkungen nicht zu akzeptieren und über die eigenen Grenzen zu gehen. Patienten mit einem körperlich sehr aktiven Lebensstil versuchen vielleicht ihre Aktivitäten beizubehalten, die inzwischen jenseits ihrer Möglichkeiten liegen. Als Folge verschlechtert sich die Krankheit, der Patient erlebt Erschöpfungsreaktionen, wird häufiger wieder im Krankenhaus behandelt usw. Der Therapeut muss daher durch Befragung des Patienten, der Angehörigen und Ärzte herausfinden, wo seine körperlichen Grenzen liegen und ob er zuviel oder zuwenig versucht.

In Rahmen dieses Artikels wird im Folgenden nur auf Interventionen zur Akzeptanz altersbezogener Veränderungen und Krankheit sowie auf die Förderung von Selbständigkeit eingegangen. Weitere Aspekte wie die Bewältigung chronischer Krankheiten und die Therapie bei Inkontinenz ist in weiterführender Literatur erläutert (Maercker, 2002; Forstmeier & Maercker, 2007b; Ehler, 2003).

Akzeptanz altersbezogener Veränderungen und Krankheit

Nicht selten lehnt ein Patient die körperlichen Veränderungen sowie ganz beson-

ders eine chronische Erkrankungen und Behinderung ab. Dies kann sich auf verschiedene Arten zeigen: in Klagen über die Krankheit, im Hass auf den Körper, im Katastrophisieren („Das ist schrecklich, was mir da passiert!“) oder im Selbstmitleid. Ziel der Psychotherapie ist, diese Haltung zu ersetzen durch eine akzeptierende Einstellung.

Kognitive Restrukturierung. Eine der wichtigsten Strategien zum Aufbau von Akzeptanz ist die kognitive Restrukturierung. Ausgangspunkt ist die Identifikation desjenigen Aspekts der Krankheit, des Symptoms, des veränderten Körperteils oder der Begrenzung, die dem Patienten zu schaffen macht. Beispiele für funktionale Kognitionen, wie sie mit einem Patienten erarbeitet und von ihm trainiert werden können, sind:

- Ich habe keinen schlechten Körper, sondern einen anderen als bisher. Ich mag das nicht, aber ich kann das aushalten.
- Ich richte meine Aufmerksamkeit auf das, was in der Situation angenehm ist.
- Ich schenke den Stärken meines Körpers jetzt mehr Beachtung als den Schwächen.
- Ich genieße jetzt die Freunde und meine Familie um mich herum.
- Ich belaste meinen Körper nicht mit Anforderungen, die er nicht tragen kann. Das wird mich nur frustrieren.
- Ich mache das, was ich kann, nicht das, was ich nicht kann.
- Ich danke meinem Körper dafür, dass er sich so bemüht und einiges schafft.

Verwendung von Metaphern. Insbesondere die Akzeptanz und Commitment Therapie (Hayes, Strohsal & Wilson, 2004) verwendet Metaphern, um eine andere Sicht der Krankheit und Behinderung anzubieten. Die folgende Metapher eignet sich bei Patienten, die sich aufgrund des veränderten oder kranken Körpers als schwach, minderwertig oder zerfallend wahrnehmen (nach Sharoff, 2004, S. 56). „*Sie können verschiedene Arten von Vorstellungen von sich selbst haben. Ich möchte Ihnen eine Art zeigen, wie Sie sich selbst sehen können. Sie sind wie ein großartiges altes Gebäude, das viele Stürme abgehalten und*



Zum nächstmöglichen Zeitpunkt ist die Stelle einer/s
**Psychologischen
 Psychotherapeutin/en**
 neu zu besetzen

In der Parkland-Klinik werden Patienten aus dem gesamten Spektrum der Psychotherapie und Psychosomatik behandelt. Behandlungsschwerpunkte bestehen im Bereich der Essstörungen und der Adipositas (auch bei Jugendlichen), der Alterspsychotherapie (ab 60 Jahre), der Psychotraumatologie und der muttersprachlichen Behandlung von türkischen und griechischen Migranten.

Die Klinik kooperiert mit verschiedenen analytischen und verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitutionen. Es besteht eine vielfältige wissenschaftliche Zusammenarbeit mit verschiedenen Universitäten mit Promotionsmöglichkeiten.

Bitte senden Sie Ihre aussagefähigen Bewerbungsunterlagen an die Kaufmännische Direktion der

Parkland-Klinik, Im Kreuzfeld 6, 34537 Bad Wildungen
www.parkland-klinik.de

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung.



**BDB Bergische Diakonie
 Betriebsgesellschaft gGmbH**

**Das Heilpädagogisch-Psychotherapeutische Zentrum,
 Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie**

ist eine modellhafte klinische Einrichtung für Langzeitpsychotherapie, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Jugendhilfe integriert werden. Bei grundsätzlich tiefenpsychologisch-systemischer Ausrichtung arbeiten wir traumazentriert, unter Einbeziehung verhaltenstherapeutischer Ansätze. Im stationären Bereich unserer Einrichtung behandeln und betreuen wir 60 Jungen und Mädchen im Alter von 6-15 Jahren nach sorgfältiger Diagnostik und Vorbereitung in unserer Institutsambulanz.

Für die neu zu eröffnende

Therapeutische Wohngruppe für traumatisierte Mädchen
 suchen wir ab sofort oder zum 1.1.2008 eine

**Dipl.-Psychologin oder Kinder- und
 Jugendlichenpsychotherapeutin**

als Behandlungsleiterin und Therapeutin, mit abgeschlossener oder fortgeschrittener Psychotherapieausbildung, fundierten Kenntnissen und Erfahrungen in der Psycho-traumatologie sowie einer Ausbildung in EMDR und Erfahrungen in der Anwendung der Methode.

Dabei ist bereits im Vorfeld der Eröffnung Ihre konzeptionelle Mitgestaltung gefragt sowie die Anleitung des – ausschließlich weiblichen – pädagogischen Teams.

Das Aufnahmealter der 7 Mädchen wird 6 – 12 Jahre betragen, die Behandlungsdauer 1-2 Jahre.

Für alle Bewerbungen ist die Mitgliedschaft in einer Religionsgemeinschaft, die der Arbeitsgemeinschaft christlicher Kirchen (ACK) angehört, Voraussetzung.

Bewerbungsunterlagen erbitten wir an die **BDB Bergische Betriebsgesellschaft gGmbH, Personalwesen, Otto-Ohl-Weg 10, 42489 Wülfrath.**

E-Mail: personalwesen@bergische-diakonie.de;
 Internet: www.bergische-diakonie.de

KULTUR

LWL-Klinik Marsberg

Kinder- und Jugendpsychiatrie · Psychotherapie · Psychosomatik

Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) ist Träger eines großen Gesundheitsdienstleisters für psychiatrische Behandlung und Betreuung. Dieser LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen umfasst Kliniken, Pflegezentren, Wohnverbände und Rehabilitationsinstitute mit ca. 6.360 Behandlungs- und Betreuungspätzen für Erwachsene, Kinder und Jugendliche. Rund 8.500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter behandeln und betreuen in mehr als 100 Einrichtungen des LWL-PsychiatrieVerbundes Westfalen jährlich über 140.000 Menschen.

Die LWL-Klinik Marsberg ist eine moderne, überwiegend verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Fachklinik, die alle im Fachgebiet auftretenden Störungsbilder behandelt. Der Chefarzt verfügt über die volle Weiterbildungsmöglichkeit für das Fachgebiet. Wir sind zuständig für die kinder- und jugendpsychiatrische Pflichtversorgung der Landkreise HSK, Paderborn und Höxter und verfügen über 7 Stationen im Krankenhausbereich, 2 Maßregelstationen und 3 Tageskliniken (Höxter, Meschede, Paderborn) für Kinder- und Jugendliche. Im stationären Bereich halten auch wir überregional ausgelegte Spezialangebote (Jugendliche mit Borderline-Störungen, Ess-Störungen, Traumatherapie, qualifizierte Drogenentzugsbehandlung, intellektuell beeinträchtigte Kinder- und Jugendliche mit psychiatrischen Störungen) vor.

Für unseren jugendforensischen Bereich in Marsberg suchen wir **ab sofort eine/einen an jugendforensischen Fragestellungen** interessierte/interessierten

Diplom-Psychologin/Psychologen

oder

**forensische/n
 Psychologin/Psychologen**

Ihre wichtigsten Aufgaben:

- Therapeutische Leitung einer Station
- Aktive Beteiligung an der Weiterentwicklung des fachlichen Neulands jugendforensischer Behandlungskonzepte
- Ggf. wissenschaftliche Arbeit in diesem Kontext

Wir erwarten von Ihnen:

- Eine Persönlichkeit mit mehrjähriger Berufserfahrung und guten fachlich-jugendpsychotherapeutischen und familien-therapeutischen Qualifikationen sowie Interesse an forensischen Fragestellungen
- Eigenständigkeit, Teamfähigkeit, Integrationskraft und hohe Verantwortungsbereitschaft
- Freude an der Entwicklung innovativer Konzepte

Wir bieten:

- Eine besonders verantwortungsvolle und vielseitige Tätigkeit in enger Zusammenarbeit mit erfahrenen Kollegen im multiprofessionellen therapeutischen Team
- Ein langfristig angelegtes Beschäftigungsverhältnis mit einem hohen Grad an eigenverantwortlichem Arbeiten und großen Gestaltungsmöglichkeiten
- Ggf. großzügige Kostenübernahme für den Umzug in die Region
- Gute Möglichkeiten der Fort- und Weiterbildung, auch im Rahmen des Psychiatrieverbundes LWL
- Förderung von Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten
- Eine leistungsgerechte Vergütung nach dem TVöD
- Die Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes mit einer zusätzlichen Altersversorgung des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe

Darüber hinaus sind wir immer an perspektivischen Spontanbewerbungen von Assistenzärztinnen/Assistenzärzten in Weiterbildung sowohl für die Kinder- und Jugendklinik, als auch für die erwachsenen psychiatrische LWL-Klinik interessiert.

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann freuen wir uns auf Ihre Bewerbung.

Bei weiterem Informationsbedarf steht Ihnen der Chefarzt, Herr Dr. med. Falk Burchard, unter Tel.: 02992/601-3100 gerne zur Verfügung. Darüber hinaus können Sie sich auch im Internet unter www.lwl-jugendpsychiatrie-marsberg.de über die Klinik informieren.

Bewerbungen von Frauen sind ausdrücklich erwünscht. Frauen werden gemäß des Landesgleichstellungsgesetzes NW bei gleicher Eignung, Befähigung und fachlicher Leistung bevorzugt berücksichtigt, sofern nicht in der Person eines Mitbewerbers liegende Gründe überwiegen. Bewerbungen geeigneter schwerbehinderter Frauen und Männer sind ebenfalls ausdrücklich erwünscht.

Ihre Bewerbung mit den üblichen Unterlagen senden Sie bitte **innerhalb von 4 Wochen** an:

LWL-Klinik Marsberg
 Kinder- und Jugendpsychiatrie
 Psychotherapie
 Psychosomatik
 Personalabteilung
 Weist 45 · 34431 Marsberg



Für die Menschen.
 Für Westfalen-Lippe.

JUGEND/SCHULE

PSYCHIATRIE

SOZIALES

Zeiten erlebt hat. Während das Haus an vielen Stellen große Schäden davongetragen hat, ist es immer noch fähig, seine Bewohner viele gute Jahre mit Schutz zu versorgen. Dies ist ein Gebäude mit Geschichte und einem besonderem Charme. Neue Häuser haben nicht das Aussehen dieser großartigen alten Gebäude.“

Lösungsorientierte Fragen. Die lösungsorientierte Kurzzeittherapie bietet einige Fragetechniken an, um den Fokus von den Einschränkungen auf die Möglichkeiten des Patienten zu richten (von Schlippe & Schweitzer, 2003). Dadurch kann eine akzeptierende Einstellung gegenüber der Krankheit und des Leidens unterstützt werden. Fragen nach Ressourcen helfen Lebensbereiche aufzudecken, mit denen der Patient zufrieden ist oder in denen er sich kompetent fühlt (z. B. *Was machen Sie gern, was machen Sie gut? Was müssten Sie tun, um mehr davon zu machen?*). Fragen nach Ausnahmen vom Problem explorieren die Bedingungen für problemfreie Zeiten (z. B. *Wie haben Sie es geschafft, in diesen Zeiten das Problem nicht auftreten zu lassen?*). Der Patient wird aufgefordert, die eigenen Ressourcen stärker zu nutzen oder mehr von den Dingen zu tun, die das eigene Leben bereichern. Fällt einem Patienten keine Ausnahme ein („alles ist furchtbar“), kann noch ein Wunder helfen. Mit der Wunderfrage erkundigt sich der Therapeut, was der Patient nach einem vorgestellten Wunder genau macht, und dies sind häufig schlichte, aber angenehme Tätigkeiten, die er schon jetzt in Ausnahmen macht. Eine daran anschließende Intervention könnte sein, sich für einen bestimmten Zeitraum einmal so zu verhalten, als sei das Wunder bereits passiert, z. B. für 15 Minuten am Tag.

Imaginationsübungen. Imaginationsübungen eignen sich auch dazu, eine akzeptierende Einstellung zu eigenen Einschränkungen aufzubauen. Diese können innerhalb der Therapiesitzung vom Therapeuten angeleitet, aber auch zwischen den Sitzungen vom Patienten selbst eingeübt werden. Zum Beispiel (nach Sharoff, 2004, S. 55): *„Stürmisches Wasser prallt gegen eine Wand mit einem geschlossenen Tor in der Mit-*

te. Das stürmische Wasser steht für die Ablehnung und Hass der Krankheit und der Symptome. Dann öffnet sich das Tor und das Wasser strömt heftig hinein, so dass alles innerhalb der Wände bedroht ist, überflutet zu werden. Das steht für den ersten Schock, als Sie realisierten, dass Leiden zu einem Teil Ihres Lebens werden wird, und wie sehr es das Leben negativ dominieren wird. Nach ein paar Minuten breitet sich das Wasser aus und wird ruhig. Das ruhige Wasser symbolisiert, dass Sie das Leiden akzeptieren und bereit sind, Ihre Aufgabe anzunehmen. Das Wasser wird in diesem Moment vom Land aufgenommen und nicht mehr bemerkt.“

Förderung von Selbständigkeit

Selbständigkeitsinterventionen sind ein Beispiel dafür, dass der Alterspsychotherapeut neue Wege beschreitet und seine Angebote auf das Training von Angehörigen und die Supervision von Pflegekräften ausweiten kann. Sie zielen darauf ab, ADLs und IADLs zu trainieren. Dabei kann es um die Verbesserung vorhandener Fähigkeiten gehen oder um die Kompensation beeinträchtigter Funktionen. Es empfiehlt sich, zum Aufbau der Selbständigkeit Angehörige oder Pflegepersonen einzubinden, da der Patient die praktischen Übungen, die er oft wiederholen muss, zu Anfang nicht alleine durchführen kann. Die Regeln eines Programms zur Selbstständigkeitsförderung sind folgende (Zank, 2002):

Zielwahl. Als Grundlage für die Wahl des zu trainierenden Zielverhaltens kann der Therapeut eine Beurteilung der funktionalen Fähigkeiten des Patienten durchführen. Hierzu dienen Fremdbeurteilungsinstrumente wie der Barthel-Index (Lübke, Grassl, Kundy, Meier-Baumgartner & Wilk, 2001) und die IADL-Skala von Lawton und Brody (1969), die im Internet kostenlos verfügbar sind. Die Zielauswahl sollte realistisch sein, d.h. erreichbar, und nicht den Patienten überfordern. Beispiele für Ziele sind „sich selbständig duschen“, „sich anziehen“, „sich rasieren“. Wenn möglich, sollten größere Ziele in mehrere Teilschritte unterteilt werden, z. B. kann „sich duschen“ unterteilt werden in „in die Dusche

steigen“, „sich einseifen“, „Duschkopf verwenden“, „aussteigen“, „sich abtrocknen“ usw.

Verstärkerwahl. Im Gespräch wählen Therapeut, Patient und Angehörige bzw. Pflegepersonen angemessene Verstärker aus. Dabei kann es sich um verbale Verstärkung handeln (sich selbst loben bzw. den Patienten loben) oder um angenehme Aktivitäten oder materielle Verstärker (eine Liste altersentsprechender verstärkender Aktivitäten ist in Forstmeier & Maercker, 2007b, abgedruckt).

Motivation. Zur weiteren Motivation tragen Patient und Therapeut zusammen, welche positiven (kurz- und langfristigen) Folgen das Üben der Tätigkeit hat (z. B. *Was werden Sie dann machen können, was Ihre Bedürfnisse erfüllt? Wofür ist es gut, wenn Sie ...?*). Positive Anreize sind z.B. Gefühl der Kompetenz, tatsächliche Zunahme von Fertigkeiten, Freude, Anerkennung von anderen, symbolische oder materielle Belohnungen, Eröffnung neuer Verhaltensmöglichkeiten usw.

Schrittweiser Aufbau des Zielverhaltens. Das Verhalten wird schrittweise ausgeformt, indem zunächst nicht das vollständige Zielverhalten verstärkt wird, sondern schon erste Teilelemente des Zielverhaltens (Shaping). Der Therapeut bzw. die Pflegeperson verstärkt zunächst erste Annäherungen (z. B. in die Dusche steigen), dann nur noch weitere Annäherungen (z. B. einseifen, abduschen), bis das Zielverhalten erreicht ist.

Unterstützende Umwelt und Unterstützung der Durchführung. Bei der Durchführung erläutert die trainierende Person jeden Teilschritt nochmals kurz. Klare, kurze Anweisungen sind wichtig (Prompting). Schwierige Teilschritte macht der Trainer vor und verstärkt selbst kleinste Erfolge. Aus Misserfolgen sollte er Schlussfolgerungen ziehen, z. B. noch weitere Aufteilung und leichtere Zwischenschritte. Das Training der gewählten Verhaltensweisen sollte möglichst täglich erfolgen. Beispiele für unterstützende Umweltveränderungen sind: die Kleider bereitlegen, spezielle Bestecke zum Essen verwenden, spezielle Stühle verwenden.

4. Behandlung von Angststörungen im Alter

Die Elemente der Behandlung von Angststörungen entsprechen weitgehend denen der Therapie im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter. Zu den kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen, die auch in der Angstbehandlung im Alter angewendet werden, gehören: Bedingungsanalyse, Psychoedukation (z. B. „Teufelskreis-Modell“), Entspannungstraining, Reizkonfrontation, Training sozialer Kompetenz und kognitive Restrukturierung (Wisocki, 2002). Zu den Besonderheiten in der Therapie älterer Angstpatienten gehört eine etwa doppelt so hohe Anzahl an Sitzungen, eine reduzierte Intensität bei Desensibilisierung und Exposition wegen des schwächeren Gesundheitszustandes (subjektives Angsterleben sollte im mittleren Bereich bleiben), sowie eine verstärkte Zusammenarbeit mit behandelnden Ärzten, um zu identifizieren, welche Symptome über das für die körperliche Krankheit zu erwartende Ausmaß hinausgehen (Nä-

heres in Forstmeier & Maercker, 2007b, angenommen). Als Beispiel wird im Folgenden die Fallangst betrachtet.

Behandlung der Fallangst

Die Angst hinzufallen ist in fast der Hälfte der älteren Menschen vorhanden (Zijlstra et al., 2007). Da Fallangst einen älteren Menschen in einen Teufelskreis von Verlust an Selbstvertrauen, Aufgabe körperlicher und sozialer Aktivitäten, körperliche Gebrechlichkeit, Hinfallen und Verlust der Unabhängigkeit bringt, handelt es sich um eine ernstzunehmende Angststörung. Auch wenn es bisher kein gut überprüftes Störungsmodell gibt, spielen sicher der altersbedingte körperliche Abbau, das Erleben von Hinfällen, Vermeidungsverhalten und dysfunktionale Überzeugungen eine Rolle.

Kognitive Umstrukturierung. Fallangstpatienten weisen mehrere dysfunktionale Überzeugungen auf. Das Risiko zu fallen wird überschätzt, das Fallen als unkontrollierbar beurteilt und die Folgen werden

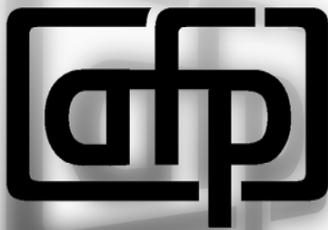
katastrophisiert. Derartige hinderliche Gedanken werden identifiziert und ihre negativen Folgen auf Gefühle und Verhalten analysiert. Schliesslich ist das Ziel, hilfreiche und realistische Gedanken gezielt zu üben, die zu angemessenem körperlichen und sozialen Verhalten ermutigen.

Aufbau angemessener Aktivitäten. Riskantes Verhalten, das die Wahrscheinlichkeit zu fallen erhöht, wird identifiziert und sichere Verhaltensweisen in entsprechenden Situationen geplant. Dabei ist es wichtig, realistische Ziele zu setzen, um den Patienten nicht zu überfordern. Im Zusammenhang mit der Planung von angenehmen körperlichen und sozialen Aktivitäten wird es in den meisten Fällen notwendig sein, selbst-hinderliche Gedanken durch ermutigende zu ersetzen.

Modifikationen der Umwelt. Gemeinsam werden Gefahrenstellen in der Wohnung und der Umgebung des Patienten identifiziert. Dabei ist das Ziel, einfache Lösungen zu finden, um die Umwelt sicherer zu ma-

Aktuelle Seminarreihen

der Akademie für
Fortbildung in Psychotherapie



Psychotraumatologie

Dialektisch-Behaviorale Therapie für
Adoleszente (DBT-A)

Energetische Psychologie

Lerntherapie mit Kindern und
Jugendlichen bei Lern-Leistungsstörungen

www.afp-info.de

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

© Christoph-Dornier-Klinik, 2007

(0251) 48 10-110
Finden Sie Ihren persönlichen Weg!

Magersucht und Bulimie ...bewältigen

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

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

Kostenübernahme: Beihilfe, Privatversicherungen, GKV-Einzelfallentscheidung.

Christoph-Dornier-Klinik für Psychotherapie

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

Außerdem behandeln wir:

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

chen. Dies kann auch den Gebrauch von Hilfsmitteln wie Stühlen in der Dusche, Handgriffen und Gehhilfen beinhalten. In diesem Zusammenhang ist es vielfach notwendig, Selbstsicherheit aufzubauen, da eine negative Bewertung durch andere befürchtet wird, wenn man zum Beispiel Gehhilfen in der Öffentlichkeit benutzt.

Körperliche Übungen. Um die Muskelkraft und Balance zu steigern, wird der Patient dazu angeleitet, entsprechende körperliche Übungen durchzuführen. Zum Motivationsaufbau werden die Konsequenzen der körperlichen Inaktivität sowie die Notwendigkeit von körperlicher Aktivität zur Fallprävention erarbeitet. Einfache körperliche Übungen können vom Psychotherapeuten angeleitet werden, eine Zusammenarbeit mit lokalen Seniorensport-Gruppen ist aber notwendig.

5. Behandlung der Depression im Alter

Da wir die Behandlung der Altersdepression an anderer Stelle genauer darstellen (Forstmeier & Maercker, 2007b, angenommen), möchten wir hier nur einige wichtige Besonderheiten für die Alterspsychotherapie hervorheben. Ein Störungsmodell der Altersdepression muss mit altersspezifischen Faktoren angereichert werden. Dazu gehören körperliche Erkrankungen, kognitiver Abbau und Lebensereignisse wie Berentung, Tod nahe stehender Personen und Übergang ins Seniorenheim. In Folge dieser altersspezifischen Veränderungen können psychische Beeinträchtigungen, resignative Tendenzen und Depressionen entstehen (Hautzinger, 2000),

- wenn es der betreffenden Person nicht gelingt, neue bzw. veränderte Ziele zu entwickeln,
- wenn es ihr nicht gelingt, eine Selektion an Lebensbereichen, Ansprüchen und Handlungsbereichen vorzunehmen,
- wenn es ihr an kompensatorischen Fertigkeiten und Ressourcen fehlt, und/oder
- wenn sie durch eine reduzierte, verarmte, wenig unterstützende Umwelt nicht zu optimaler Nutzung, Stärkung und

Neuentwicklung von Fähigkeiten und Lebensbereichen in der Lage ist.

Therapieziele. Hautzinger (2000) integriert das SOK-Modell nicht nur in einem solchen Störungsmodell, sondern richtet auch die Therapieziele danach aus:

- Selektion: Ziele, Ansprüche, und Wünsche den Lebensbedingungen und der körperlichen Verfassung anpassen; Bearbeiten und Aufgeben alter Enttäuschungen und Hoffnungen
- Optimierung: Depressionsfördernde Bedingungen in der Alltagswelt des Patienten beseitigen (z. B. Isolation, ungünstige Wohn- und Lebensbedingungen); enge Sozialpartner und die Familie mit in die Behandlung einbeziehen
- Kompensation: Patientenkontingent für aktives, nicht-depressives Verhalten verstärken; aktives, die Umwelt kontrollierendes Verhalten aufbauen bzw. wieder freilegen; dysfunktionale, wenig hilfreiche, resignative Kognitionen abbauen und durch konstruktivere, selbstwertdienlichere ersetzen.

Interventionen. Die Interventionen, die zur Erreichung dieser Therapieziele dienen, entsprechen weitgehend denen der Therapie im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter: Psychoedukation (z. B. Depressionsspirale); Stimmungs-, Tages- und Wochenplan zur Selbstbeobachtung und Planung; Aufbau angenehmer Aktivitäten; Gedankenkontrolle, Einüben hilfreicher Gedanken, kognitive Umstrukturierung; soziale Kompetenz im Alltag, alte Beziehungen gestalten, neue knüpfen; Krisen- und Notfallplan. Eine sehr gute Anleitung mit vielen Materialien ist bei Hautzinger (2000) zu finden.

Besonderheiten. Es gibt jedoch einige Besonderheiten in der Therapie älterer Depressionspatienten. In der Psychoedukation sollte der Missdeutung der Depression als Zeichen von Schwäche oder Verrücktheit begegnet werden. Eine altersangepasste Liste angenehmer Aktivitäten sollte verwendet werden (z. B. in Forstmeier & Maercker, 2007b). Dysfunktionale Gedanken bei funktionellen Einschränkungen (siehe oben) und Verlustserlebnissen soll-

ten besondere Beachtung erhalten. Kognitive und behaviorale Strategien können angewendet werden, um eine neue Zukunftsperspektive aufzubauen (z. B. über Lebensrückblicksinterventionen; Forstmeier & Maercker, 2007b, angenommen) sowie Wahl- und Kontrollmöglichkeiten zu identifizieren, die noch zur Verfügung stehen. Es sollte bedacht werden, dass das normale Altern von einer Verkleinerung des sozialen Netzwerkes begleitet ist, mit einer größeren emotionalen Bedeutung der wenigen sozialen Beziehungen. Daher geht es in der Therapie mit älteren Patienten häufig nicht um den Aufbau sozialer Kontakte, sondern um die Verbesserung bzw. Intensivierung bestehender Kontakte.

6. Psychotherapie bei kognitiver Beeinträchtigung und Frühdemenz

Ein Demenzsyndrom ist gekennzeichnet durch kognitive Defizite im Gedächtnis und mindestens einer weiteren kognitiven Funktion und durch emotionale, motivationale und/oder soziale Beeinträchtigungen. Hinzu kommt, dass eine Bewusstseinsstörung wie im Delir fehlen muss und die Symptome seit mindestens sechs Monaten vorhanden sind. Der Schweregrad einer Demenz wird in drei Stufen eingeteilt: leicht, mittelgradig, schwer. Die häufigsten Störungen, bei denen eine Demenz auftreten kann, sind die Alzheimer-Krankheit und vaskuläre Erkrankungen (z. B. Wallesch & Förstl, 2005). Die Prävalenz der Demenzerkrankungen liegt bei 70- bis 100-Jährigen bei ca. 14% (Wernicke, Linden, Gilberg & Helmchen, 2000).

Für den Bereich zwischen einer nichtpathologischen kognitiven Beeinträchtigung im Alter und den stark beeinträchtigenden Demenzformen hat sich das Konzept der *Mild Cognitive Impairment (MCI)* etabliert. Am häufigsten in der klinischen Praxis ist der Subtyp der amnestischen MCI, d.h. einer leichten Gedächtnisbeeinträchtigung ohne Einschränkungen in anderen kognitiven Bereichen. Die Prävalenz der MCI liegt zwischen 3% und 19% bei Menschen über 65 Jahre (Ritchie, 2004). Patienten mit MCI haben ein erhöhtes Risiko, eine Demenz, meist Alzheimer-Demenz (AD),

zu entwickeln. Daher sind sie eine wichtige Zielgruppe für präventionsorientierte Interventionen.

Die Genese von AD und kognitiver Beeinträchtigung ist multifaktoriell bedingt. Es gibt einige empirische Befunde, die zeigen, dass motivationale Faktoren den Beginn der klinischen Manifestation der AD sowie ihre Progression beeinflussen, neben genetischen, medizinischen und kognitiven Faktoren. Wir haben daher das Konstrukt der motivationalen Reservekapazität (MR) in die psychologische Demenzforschung eingebracht (Forstmeier & Maercker, 2007a). Es umfasst vier motivationale Fähigkeiten, die einen Schutz bieten gegen das relativ frühe Auftreten und Verschlechtern klinischer Aspekte der AD: Entscheidungsregulation, Aktivierungsregulation, Motivationsregulation und Selbstwirksamkeit. Gegenwärtig wird das Konzept der MR in Längsschnittstudien überprüft.

Verschiedene Forschungsbefunde zeigen, dass Lernen und Verhaltensänderung

prinzipiell auch für Patienten mit einer Demenzerkrankung bis in mittlere Krankheitsstadien noch möglich ist. Geeignete verhaltenstherapeutische Interventionen können daher bis zu einem gewissen Grad die Progression einer dementiellen Erkrankung verzögern. Die begleitenden emotionalen und behavioralen Probleme sind ebenfalls Ziel einer Psychotherapie. Während in früheren Phasen der Demenz besonders der Aufbau angenehmer Aktivitäten, die Förderung emotionaler Bewältigung, die kognitive Restrukturierung sowie die Förderung kognitiver Funktionen sinnvoll sind, treten in späteren Phasen die Modifikation von Verhaltensproblemen und die Beratung von Angehörigen in den Vordergrund (Ehrhardt & Plattner, 1999; Forstmeier & Maercker, 2007b). Auf die Angehörigenberatung können wir in diesem Rahmen nicht weiter eingehen.

Psychoedukation

Das Ziel der Psychoedukation bei Demenzpatienten ist die Information über die Krankheit, die Beseitigung von Unsicher-

heit und die Motivierung des Patienten für die Psychotherapie. Bestandteile der Informationen über die Demenzerkrankung bzw. MCI sind die diagnostischen Befunde, epidemiologischen Daten, der zukünftige Verlauf, Ursachenfaktoren und eine Verhaltensanalyse. Auch wenn der Patient bereits seine Diagnose kennt, ist es einsichtig, dass über die Diagnosestellung mit Empathie, Wärme und Wertschätzung gesprochen werden sollte. Nicht selten leugnen Patienten kognitive Defizite oder bagatellisieren sie. Gerade in frühen Stadien einer Demenz, in der die kognitive Fähigkeit, die Diagnose zu verstehen, noch erhalten ist, kann dieses Verleugnen häufig als Bewältigungsstrategie interpretiert werden. Der Patient kann so negative Gefühle wie Trauer, Angst und Wut vermeiden. Deshalb sollte dem Patienten Zeit gegeben werden, sich mit den Informationen auseinanderzusetzen und eigene Fragen zu formulieren.

Speziell bei der MCI sollte der Patient auf Risikofaktoren kognitiven Abbaus psycho-



Die Software zur einfachen und schnellen Erstellung psychotherapeutischer Gutachten

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

Information & Bestellung
im Internet unter
www.antrag-pro.de
oder per Telefon
0228 - 21 14 06

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







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

„Körperliche Beschwerden psychotherapeutisch behandeln“ Samstag, 14. Juni 2008

9.15-18 h im Lindner Congress Hotel in Frankfurt/Höchst

Programm
Vormittags Vorträge und nachmittags Workshops zu folgenden Themen:

<p>Dr. Paul Nilges</p> <p>Prof. Paul Salkovskis</p> <p>Prof. Alexandra Martin</p> <p>Dr. Almut Dorn</p> <p>Dr. Gaby Bleichhardt</p>	<p>„Ich hab's doch im Rücken und nicht im Kopf“: Von der Schmerzbewältigung zur Schmerzpsychotherapie</p> <p>How to modify health anxiety</p> <p>Ist Biofeedback auch etwas für die Praxis?</p> <p>Psychoonkologie: für wen – von wem</p> <p>Therapie bei Krankheitsängsten</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ergänzender Nachmittagsworkshop:

Wir freuen uns auf einen anregenden Veranstaltungstag mit Ihnen.

Kontakt/Info: IPAM, Gutenbergstr. 18, 35032 Marburg/Lahn,
Tel.: 06421/2823581, Fax: 06421/2823707,
mail@ausbildung-in-Psychotherapie.de,
www.ausbildung-in-Psychotherapie.de

Fortbildungspunkte sind beantragt

edukativ hingewiesen werden. Der MCI-Patient kann noch Einfluss nehmen auf diese, beim Demenzpatient hat dies weniger Sinn. Verschiedene Strategien, um die Risikofaktoren zu reduzieren, sind möglich: Kognitive und körperliche Aktivitäten, Weiterführen der sozialen Kontakte, Stressreduktion und -bewältigung, angemessene Ernährung, und Behandlung kardiovaskulärer Risikofaktoren.

Bereits in den ersten Sitzungen, in denen durch Diagnostik und Psychoedukation über Diagnose und Behandlung schwerpunktmässig die gestörten Bereiche des Patienten im Mittelpunkt stehen, ist ein Perspektivenwechsel auf die erhaltenen Kompetenzen wichtig. An diesem frühen Punkt der Therapie dient die Ressourcenaktivierung der Förderung von Hoffnung und Motivation, indem der Patient darin bestätigt wird, viele Bereiche seines Lebens noch selbständig gestalten zu können. Berücksichtigt werden sollten kognitive Fähigkeiten, emotionale, motivationale, volitionale, interpersonale und soziale Ressourcen (Forstmeier, Uhlendorff & Maercker, 2005).

Aufbau angenehmer Aktivitäten

Wie in der Verhaltenstherapie von Depressionen ist das Ziel des Aktivitätsaufbaus, schrittweise angenehme Aktivitäten zu planen und häufiger als bisher durchzuführen. Dabei geht es um Aktivitäten aus ganz verschiedenen Bereichen, nämlich soziale, körperliche, kognitive, kreative u. a. Folgende fünf Schritte bieten sich an:

- In einem einfachen Teufelskreismodell wird erklärt, welche Auswirkung Inaktivität auf den kognitiven Abbau und depressive Stimmung hat und letztere wiederum Aufgabe von Aktivitäten nach sich zieht. Entsprechend wird dem Patienten erklärt, dass Aktivitäten die neuronale Plastizität erhöhen, der kognitive Abbau dadurch verlangsamt werden kann, und auch die Stimmung sich durch einen aktiveren Lebensstil verbessert.
- Das gegenwärtige Aktivitätsniveau wird bestimmt, indem der Patient alleine oder gemeinsam mit dem Therapeuten einen Wochenplan ausfüllt.

- Zur Auswahl geeigneter angenehmer Aktivitäten bieten sich für den Therapeuten drei Quellen an: der Wochenplan, eine Liste angenehmer Aktivitäten (z. B. in Forstmeier & Maercker, 2007b), sowie eine Exploration früher ausgeübter Aktivitäten, die der Patient aufgegeben hat, und der Motivation für neue Aktivitäten. Bei der Auswahl von geeigneten Aktivitäten sollten überfordernde Handlungen vermieden werden, da Misserfolge die depressive Stimmung und Inaktivität des Patienten verschlimmern können.
- Geplant wird, welche Schritte der Patient konkret durchführen muss. Diese Handlungsplanung nimmt der Patient am besten schriftlich mit nach Hause. In jeder Sitzung werden Erfolge und Misserfolge in der Umsetzung von angenehmen Aktivitäten besprochen. Neue Aktivitäten können hinzugenommen werden, das Anspruchsniveau kann vermindert oder erhöht werden und Tätigkeiten können verändert werden.
- Die vom Patienten ausgeführten Aktivitäten werden mittelbar (z. B. Lob) und unmittelbar (angenehm erlebte Aktivitäten) verstärkt.

Förderung emotionaler Bewältigung

Das empathische Rückmelden der Emotion führt häufig schon zu einer Erleichterung der depressiven Stimmung, der Angst oder des Ärgers (z. B. „*Sie scheinen gerade ziemlich verärgert zu sein.*“). Der Gedächtnisverlust führt in mittleren und späten Phasen der Demenz dazu, dass die Ursache der Emotion unbekannt ist. Ein Patient kann z. B. verärgert sein, weil seine Mutter, die tatsächlich vor einigen Jahren verstorben ist, ihn nicht, wie verabredet, angerufen hat. Wichtig zur emotionalen Bewältigung ist das Reflektieren der Emotion. Ob die gegenwärtige Realität in Erinnerung gerufen wird (z. B. dass die Mutter verstorben ist), muss von Einzelfall und dem Erkrankungsstadium abhängig gemacht werden. In einer frühen Phase der Erkrankung, in der manche Patienten mit Verleugnung reagieren, dient das Reflektieren der Gefühle auch dem Akzeptieren der Diagnose.

Wie die Angehörigen und Pflegepersonen mit ihren Emotionen umgehen bzw. dem Patienten gegenüber ausdrücken, beeinflusst stark den emotionalen Zustand des Patienten. Auf Angst, Frustration und Ärger der Betreuer reagiert der Patient häufig mit erhöhter Agitation und Aggressivität. Daher ist eine indirekte Strategie zur Beeinflussung der Gefühle des Patienten, eine hilfreiche Emotionsregulation der Angehörigen und Pflegepersonen zu fördern.

Kognitive Restrukturierung

In unterschiedlichen Phasen des Therapieprozesses werden Strategien der kognitiven Restrukturierung eingesetzt. Zu Anfang der Therapie geht es häufig um das Akzeptieren der Diagnose, aber auch im weiteren Verlauf sind depressiogene und Aktivitätshinderliche Kognitionen zu bearbeiten. Das Einüben von funktionalen Kognitionen in der Vorstellung, wie es in der kognitiven Therapie häufig durchgeführt wird, ist dagegen beim kognitiv beeinträchtigten Demenzpatienten nur in begrenztem Maße sinnvoll. Der Patient kann darin unterstützt werden, seine Erkrankung zu akzeptieren, indem der Therapeut

- die schlimmen Befürchtungen, welches Leiden die kommenden Krankheitsstadien bringen werden, entkatastrophisiert;
- ihm hilft, realistische, d.h. erreichbare Ziele und Erwartungen zu setzen, die ihn nicht überfordern;
- den Blick des Patienten auf die vorhandenen Kompetenzen und positiven Aspekte seines Lebens und seine Ressourcen richtet;
- mit dem Patienten erarbeitet, die verbleibenden Möglichkeiten sinnvoll zu nutzen.

Förderung kognitiver Funktionen

Die Gedächtnisbeeinträchtigungen bei Demenz sind zwar die prominentesten Symptome, dies heisst jedoch nicht, dass Lernen, zumindest bis in mittlere Phasen hinein, unmöglich ist. Externe Gedächtnishilfen ermöglichen die externe Speicherung von Informationen und erleichtern den Abruf von Informationen. Welche externen Gedächtnishilfen verwendet wer-

den, hängt von den Interessen des Patienten ab. Die Verwendung eines Tagebuchs ist z. B. wenig indiziert, wenn ein Patient noch nie gerne mit Papier und Stift umgegangen ist. Jede Gedächtnishilfe sollte daher gemeinsam mit dem Patienten erarbeitet werden. Beispiele sind: Notizbuch, Kalender, Listen, Orientierungsschilder, Zeitschaltuhren und Wecker, Vereinbaren von Routinehandlungen.

Unter bestimmten Umständen ist das Lernen neuer, aber einfacher Informationen möglich. Selbst Personen mit mittelgradiger Demenz können noch die Namen von Personen in einer regelmässigen Gruppe lernen, den Weg durch eine neue Wohnung oder Haus, oder die Verwendung von Gedächtnishilfen. Voraussetzung ist, dass der Therapeut einfache Formulierungen verwendet, das Material und den Lernprozess hoch strukturiert und viele Wiederholungen einsetzt. Lernen neuer Informationen wird erleichtert, wenn möglichst viele Sinneskanäle angesprochen werden (z. B.

Namen aufgeschrieben, ausgesprochen, präsentiert mit Fotos der Personen).

Kognitive Funktionen werden auch gefördert, indem vergangene Ereignisse und Gefühle der Lebensgeschichte erinnert und besprochen werden (Reminiszenztherapie). Ziel ist die Stärkung des Selbstwertgefühls durch eine positive Bilanzierung des eigenen Lebens und die Förderung des Bewusstseins der eigenen Identität. Als Auslöser für Erinnerungen werden z. B. Fotos, Musik, Zeitungen, Archivtonbänder, Filmaufnahmen und andere Erinnerungstücke aus der persönlichen Vergangenheit verwendet.

Modifikation von Verhaltensproblemen

Verhaltensprobleme gehören zu den stärksten Belastungen in den Beziehungen der Demenzpatienten zu ihren Verwandten, Bekannten und Pflegenden, wobei sie in der Frühdemenz eher selten und insgesamt schwächer sind. Typische Verhaltens-

probleme sind aggressives Verhalten, Panikreaktion, Wandern und Agitation, gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus und psychotische Störungen. Zur Verhaltensmodifikation reichen die psychotherapeutischen Gespräche mit dem Demenzpatienten selbst nicht aus. Die Wirksamkeit der Strategien wie Stimuluskontrolle und operante Konditionierung beruht auf der konsequenten Umsetzung durch diejenigen Personen, mit denen der Patient Tag für Tag in Beziehung steht. Optimal wäre, die Angehörigen und/oder Pflegenden während aller Phasen der Verhaltensmodifikation zum einen in gemeinsamen Sitzungen mit dem Patienten dabei zu haben, zum anderen in zusätzlichen Sitzungen ohne den Patienten. Vier Schritte können in der Verhaltensmodifikation unterschieden werden.

- Verhaltensanalyse: Das Problemverhalten wird genau definiert; die Trigger-Ereignisse werden beobachtet und beschrieben (z. B. jemand war wütend auf den Patienten, erwartete zu viel von

1. Köln-Andernacher Fortbildungsreihe für Integration von Psychotherapie und Medizin

Thema im Jahr 2008:

Verhaltenstherapie trifft Tiefenpsychologie und beide die Medizin

Träger der ganzjährigen Fortbildungsreihe:
**Akademie für angewandte Psychologie
und Psychotherapie (APP Köln)**

**Institut für Psychotherapie und
Psychoanalyse Rhein-Eifel
Annelise Heigl-Evers-Institut**

Staatlich anerkannte Ausbildungsinstitute

In Kooperation mit dem St. Nikolaus Stifts-Hospital
Andernach. Akademisches Lehrkrankenhaus der
Universität Bonn.

Das ausführliche Programm kann ab dem
01.01.2008 angefordert werden bei:

www.app-koeln.de
www.institut-rhein-eifel.de

ZPP

Zentrum für Psychologische Psychotherapie

Universität Heidelberg

Zusatzqualifikation

Schwerpunkt Verhaltenstherapie

Psychotherapie in Gruppen

Weiterbildung zum Erwerb der erweiterten
Fachkunde gemäß §§ 5 und 6 der
Psychotherapievereinbarungen

⇨ **Dauer: 1 Jahr**

⇨ **Beginn: Januar 2008**

Anmeldung:

Universität Heidelberg, ZPP

Hauptstr. 47-51, 69117 Heidelberg

Fon: 06221/54-7291, Fax: 06221/54-7200

Email: zpp@uni-hd.de

www.zpp.uni-hd.de

ihm, irritierende Geräusche); und die Konsequenzen für den Patienten und andere Personen werden beschrieben.

- Planen und Durchführen von Interventionen: Aufgrund der genauen Verhaltensanalyse werden Ansatzpunkte für Veränderungen abgeleitet. Es ist dabei wichtig, realistische und erreichbare Ziele zu setzen.
- Evaluation der Effektivität der Interventionen: Welche Intervention hat guten Erfolg gehabt, welche weniger? Woran hat der Misserfolg gelegen?
- Veränderung und wiederholte Evaluation des Planes: Welche weiteren Möglichkeiten der Intervention gibt es noch? Was eine Zeit lang effektiv gewesen war, kann irgendwann nicht mehr funktionieren. Eine regelmässige Evaluation der Interventionen ist daher notwendig.

Im Folgenden werden allgemeine Prinzipien zur Modifikation von Verhaltensproblemen genannt. Für detaillierte Strategien zum Umgang mit einzelnen Verhaltensproblemen sei z. B. auf Forstmeier und Maercker (2007b) verwiesen.

- Stimuluskontrolle: Veränderung von Umweltbedingungen, z. B. Vermeiden von Kritik, Geräuschen, beängstigenden Gegenständen usw., Verlassen der Situation, Ablenken, Tagesablauf mit festen Routinen.
- Operantes Konditionieren: z. B. Loben von angemessenem Verhalten.
- Beratung von Angehörigen und Pflegenden: Vermittlung von Fertigkeiten zur Kommunikation mit den Patienten und Pflege derselben; Bewältigung von Depressionen, Ärger und Ängsten.
- Professionelle Hilfsangebote: Information über Angebot zur Entlastung der Angehörigen, z. B. Tagespflege.
- Medizinische Abklärung: Behandlung von möglichen körperlichen Erkrankungen; Verändern der Medikation bei unerwünschten Nebenwirkungen.

7. Ausblick

In Zukunft wird es eine Normalität sein, in der psychotherapeutischen Praxis einen substantiellen Anteil älterer Patienten zu versorgen. Allein schon aufgrund der de-

mographischen Entwicklung, aber auch wegen des Einstellungswandels in der Gesellschaft ist es wahrscheinlich, dass die Anzahl von älteren Psychotherapiepatienten steigt.

Die Forschung und Weiterbildung auf dem Gebiet der Alterspsychotherapie sind im raschen Wachstum begriffen. Bestehende psychotherapeutische Methoden werden mit zunehmendem Kenntnisstand weiter für diese Altersgruppe modifiziert werden müssen. Einige Modifikationen haben wir beschrieben, wie die altersangepasste Liste angenehmer Aktivitäten, die Berücksichtigung der „normalen“ Verkleinerung des sozialen Netzwerkes, oder häufigere Reizexpositionen in reduzierter Intensität. Gerade die Multimorbidität im Alter ist eine Herausforderung, die veränderte Behandlungsstrategien erfordert. Einige für ältere Patienten gänzlich neu entwickelte Interventionen werden das Methodenrepertoire ergänzen. Die Selbständigkeitsintervention haben wir erwähnt, die Lebensrückblicksintervention ist ebenfalls ein solches spezifisch für die Alterspsychotherapie entwickeltes Verfahren (Forstmeier & Maercker, 2007b).

Ein Alterspsychotherapeut wird sich auch vermehrt mit anderen Störungen und Problemen auseinandersetzen, die in jüngeren Altersgruppen nicht vorhanden sind, z. B. Fallangst und Demenz. Bei älteren Patienten treten auch häufiger subsyndromale Krankheitsbilder auf, die durch bestehende Diagnosekategorien nicht abgebildet werden. Es ist damit zu rechnen, dass vermehrt altersspezifische Diagnosen erforscht werden, zu denen z. B. die rezidivierende kurze depressive Störung und die komplizierte Trauerstörung gehören (Maercker, 2002).

Diese Entwicklungen legen es nahe, dass sich Psychotherapeuten in altersspezifischen Interventionen weiterbilden sollten, entweder selbständig durch Literaturstudium oder formalisiert in entsprechenden Weiterbildungen. Vielleicht wird es auch mit zunehmendem Wissen über Alterspsychotherapie und andere psychologische Interventionen bei Älteren irgendwann zu einer eigenständigen Subspezialisierung

für Psychotherapeuten auf diesem Gebiet kommen.

Literatur

- Baltes, M. M. & Carstensen, L. L. (1996). Gutes Leben im Alter: Überlegungen zu einem prozessorientierten Metamodell erfolgreichen Alterns. *Psychologische Rundschau*, 47, 199-215.
- Bäurle, P., Radebold, H. & Hirsch, R. D. (2000). *Klinische Psychotherapie mit älteren Menschen. Grundlagen und Praxis*. Bern: Huber.
- Ehlert, U. (Hrsg.). (2003). *Verhaltensmedizin*. Berlin: Springer.
- Ehrhardt, T. & Plattner, A. (1999). *Verhaltenstherapie bei Morbus Alzheimer*. Göttingen: Hogrefe.
- Forstmeier, S. & Maercker, A. (2007a). Motivational reserve: A new concept complementing cognitive reserve. *Alzheimer's and Dementia*, 3 (Suppl 2), 149-S150.
- Forstmeier, S. & Maercker, A. (2007b). *Probleme des Alterns*. Band in der Reihe "Fortschritte der Psychotherapie". Göttingen: Hogrefe.
- Forstmeier, S. & Maercker, A. (angenommen). Verhaltenstherapie bei Depression, Angst und Traumafolgen im Alter. *Psychotherapie im Dialog*.
- Forstmeier, S., Uhlendorff, H. & Maercker, A. (2005). Diagnostik von Ressourcen im Alter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 18, 227-257.
- Füsgen, I. (2000). *Der ältere Patient: Problemorientierte Diagnostik und Therapie* (3 ed.). München: Urban & Fischer.
- Hautzinger, M. (2000). *Depression im Alter*. Weinheim: Beltz/PVU.
- Hayes, S. C., Strohsal, K. D. & Wilson, K. G. (2004). *Akzeptanz und Commitment Therapie: Ein erlebnisorientierter Ansatz zur Verhaltensänderung*. München: CIP-Medien.
- Heuft, G., Kruse, A. & Radebold, H. (2006). *Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie* (2 ed.). Stuttgart: UTB.
- Lawton, M. P. & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9, 179-186.
- Lübke, N., Grassl, A., Kundy, M., Meier-Baumgartner, H. P. & Wilk, J. (2001).



Für Kinder und ihre Eltern:

Keine Angst – jetzt kommt Mio Mio Mausebär!

Gemeinsam stark gegen Kinderängste

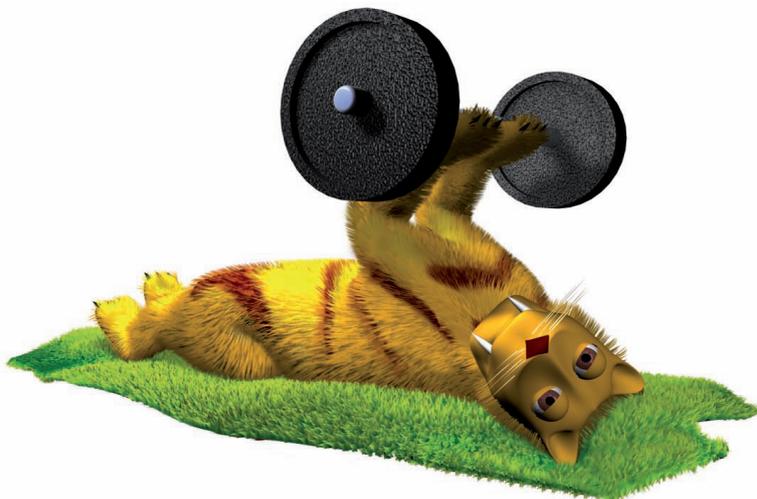
Auch kleine Kinder können große Ängste haben – größer und öfter als man glaubt. Erwachsenen fällt es oft schwer, diese Ängste zu erkennen.

Dr. Christian Lüdke kennt diese Problematik aus seiner täglichen Praxis und hat ein einzigartiges Konzept entwickelt, das Kinder und Eltern gleichermaßen wirkungsvoll unterstützt: Die Kombination aus kindgerechtem Vorlesebuch und wissenschaftlich fundiertem, therapeutisch kompetentem und praxisorientiertem Elternratgeber.

Geschichten gegen die Angst:

Das Vorlesebuch für Kinder von 3 bis 8 Jahren

Das umfangreich illustrierte Vorlesebuch enthält 11 Geschichten, die sich auf konkrete Kinderängste beziehen und phantasievoll und spielerisch Lösungswege aufzeigen. Durch das gemeinsame Lesen dieser Geschichten treten Eltern und Kinder in einen für beide Seiten wichtigen Dialog zur Angstbewältigung.



Vorlesebuch und Elternratgeber in 2 Bänden.
Von Dr. Christian Lüdke und Andreas Becker.
Zusammen 167 Seiten. € 29,-
ISBN 978-3-938909-24-9

Rat und Hilfe konkret: Der Elternratgeber

Fundierte Hintergrundinformationen über die Ursachen für Kinderangst, Lösungsmöglichkeiten und wertvolle Tipps:

- Wie erkennen Eltern die Ängste und Sorgen ihrer Kinder?
- Was können Eltern tun, um gemeinsam mit ihren Kindern die Angst zu besiegen?
- Wann ist Hilfe vom Kinderarzt oder Psychotherapeuten notwendig?



Mehr Handlungsspielraum bei der Praxisabgabe!

Abgabe, Kauf und Bewertung psychotherapeutischer Praxen

Herausgegeben von Dr. Uta Rüping und Ekkehard Mittelstaedt.

Ca. 330 Seiten. Gebunden. € 49,-

ISBN 978-3-938909-23-2

Neu im Dezember 2007

Der Prozess der Praxisübergabe der vertragspsychotherapeutischen Praxis ist ein komplexes Unterfangen: Das gilt für die Veräußerung genauso wie für den Kauf.

Wie sollte der Übergabeprozess gestaltet werden? Welche Handlungsalternativen gibt es bei der Veräußerung, welche gibt es beim Kauf? Wie lässt sich der Wert einer Praxis feststellen?

Das Werk wird den Besonderheiten psychotherapeutischer Praxen gerecht, zeigt Gestaltungsvarianten, rechtliche und wirtschaftliche Rahmenbedingungen auf und umfasst die Themenkomplexe:

- Vertragsarztrechtliche Bedingungen und Verfahren der Praxisnachfolge
- Vertragsgestaltung
- Praxiswertberechnung
- Bewertung der Investition „Praxiskauf“ (aus Käufersicht)

Das Buch wendet sich nicht nur an Verkäufer und Käufer psychotherapeutischer Praxen. Praxisinhaber erfahren was sich wertsteigernd auswirkt und verschaffen sich durch frühzeitiges Herangehen an das Thema mehr Chancen und Handlungsspielraum beim Verkauf. Berater, Steuerberater und Juristen finden ebenso Antworten wie Kasernenärztliche Vereinigungen und Ärztekammern.

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

**Psychotherapeuten
Verlag**

- Hamburger Einstufungsmanual zum Barthel-Index. *Geriatric Journal*, 1-2, 41-46.
- Maercker, A. (2003). Alterspsychotherapie: Aktuelle Konzepte und Therapieaspekte. *Psychotherapeut*, 48, 132-149.
- Maercker, A. (Ed.). (2002). *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie*. Berlin: Springer.
- Ritchie, K. (2004). Mild cognitive impairment: an epidemiological perspective. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 6, 401-408.
- Sharoff, K. (2004). *Coping Skills Therapy for managing chronic and terminal illness*. New York: Springer.
- Steinhagen-Thiessen, E. & Borchelt, M. (1996). Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In H. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (S. 151-183). Berlin: Akademie-Verlag.
- von Schlippe, A. & Schweitzer, J. (2003). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung* (9 ed.). Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Wallesch, C.-W. & Förstl, H. (Eds.). (2005). *Demenzen*. Stuttgart: Thieme.
- Wernicke, T. F., Linden, M., Gilberg, R. & Helmchen, H. (2000). Ranges of psychiatric morbidity in the old and the very old – results from the Berlin Aging Study (BASE). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 250, 111-119.
- Wisocki, P. A. (2002). Angststörungen. In A. Maercker (Hrsg.), *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie* (S. 167-194). Berlin: Springer.
- Zank, S. (2002). Selbständigkeitsinterventionen. In A. Maercker (Hrsg.), *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie* (S. 319-339). Berlin: Springer.
- Zijlstra, G. A. R., van Haastregt, J. C. M., van Rossum, E., van Eijk, J. T. M., Yardley, L. & Kempen, G. I. (2007). Interventions to reduce fear of falling in community-living older people: a systematic review. *Journal of the American Geriatric Society*, 55, 603-615.

Simon Forstmeier

Universität Zürich
Psychologisches Institut
Psychopathologie und Klinische Intervention
Binzmühlestr. 14/17
CH – 8050 Zürich
s.forstmeier@psychologie.uzh.ch



Andreas Maercker

Universität Zürich
Psychologisches Institut
Psychopathologie und Klinische Intervention
Binzmühlestr. 14/17
CH – 8050 Zürich
maercker@psychologie.uzh.ch



Brauchen Migrantinnen und Migranten eine andere Psychotherapie?

Maria Gavranidou, Barbara Abdallah-Steinkopff

Zusammenfassung: In der Bundesrepublik leben ca. 15,3 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund. Migranten sind eine heterogene Gruppe mit unterschiedlichen kulturellen, migrationsbedingten und schichtspezifischen Hintergründen. Angenommen wird bei Migranten eine bis dato empirisch noch nicht ausreichend belegte Vulnerabilität, insbesondere für Depression und psychosomatische Erkrankungen. Bezüglich ihrer Gesundheitsversorgung wird eine Fehl-, Unter- und Überversorgung konstatiert vor allem für den psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich. Eine systematische Auseinandersetzung über die psychotherapeutische Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen hat in der BRD noch nicht stattgefunden. In der vorliegenden Arbeit wird der Versuch unternommen auf dem Hintergrund der wenigen vorhandenen Arbeiten und der eigenen Arbeit mit Menschen mit Migrations- und Fluchterfahrungen, eine Antwort auf die Frage zu geben, ob wir eine andere, eine kultursensitive Psychotherapie bei Migranten brauchen.

Einleitung

Ende der fünfziger und Anfang der sechziger Jahre beginnt in der BRD eine neue Migrations- und Zuwanderungswelle. Die Geschichte dieser vorerst letzten Migrationsbewegung in die BRD ist gekennzeichnet von Verleugnung und Verdrängung. Es wurde gesamtgesellschaftlich verleugnet, dass eine Zuwanderung stattfindet. Stattdessen wurden Begriffe erfunden wie „Fremd- und Gastarbeiter“, die nichts anderes implizierten als, dass keine Zuwanderung nach Deutschland stattfindet. Die ausländischen Arbeiter sollten für höchstens ein paar Jahre kommen und dann wieder in Ihre Heimatländer zurückkehren. Die damaligen Gastarbeiter sind jedoch geblieben, sie haben ihre Familien, ihre Verwandten und manchmal auch ihr ganzes Dorf nachgeholt und begannen langsam aber endgültig sich hier in der BRD niederzulassen (Ulrich, 1999). Am 1. Januar 2005 nach über 50jähriger Migrationsgeschichte und mittlerweile ca. 19% Menschen mit Migrationshintergrund in der BRD (Statistisches Bundesamt, 2005) ist das neue Zuwanderungsgesetzes in Kraft getreten. Ein wichtiger Schritt bei der Be-

arbeitung der allgemein-gesellschaftlichen Verdrängung und Verleugnung.

Migration und Migranten wurden mit großer Verzögerung Gegenstand der wissenschaftlichen Psychologie und psychologischen Psychotherapie. Der Diskussionsprozess befindet sich hier – im Gegensatz zur Psychiatrie – noch in der Anfangsphase. Erst seit kurzem erscheinen Psychotherapie-Lehrbücher, die Beiträge zur kultursensitiven Psychotherapie und der psychotherapeutischen Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund beinhalten (z.B. Friese, 1999; Rosner & Gavranidou, 2007).

Linguistisch hat sich eine neue Nomenklatur für das Fremde etabliert, die politische Korrektheit und Abwesenheit von Diskriminierung garantieren soll: Es wird in Wissenschaft und Praxis nicht mehr vom Fremdarbeiter und Gastarbeiter oder Ausländer gesprochen sondern vom Migranten und Migration. In Anlehnung an die moderne Migrationsforschung wird Migration folgendermaßen definiert: „Migration steht für die räumliche Bewegung zur Veränderung des Lebensmittelpunktes von Individuen oder Gruppen über eine bedeutsame Entfernung.

Die Verlagerung des Lebensmittelpunktes über die Grenzen eines Nationalstaates ist dabei kennzeichnend für internationale Migration.“ (Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen, 1999, S. 5). Der Begriff Migrant schließt demnach eine größere Anzahl von Individuen als der Begriff Ausländer ein (ca. 19% vs. ca. 9% der Bevölkerung, Statistisches Bundesamt, 2005; in Großstädten wie z.B. München beträgt der Anteil der Ausländer 23%, der Anteil der Migranten wird auf über 30% geschätzt, vgl. Diefenbach und Weiß, 2006). Die Tatsache, dass der Begriff Migrant so heterogen ist, erschwert generelle Aussagen über psychische Störungen von und die psychotherapeutische Arbeit mit Migranten (Butler et al., 2007).

Psychische Erkrankungen bei Migranten

Der Gedanke, dass Migranten physisch und psychisch anfälliger als die einheimische Population sein könnten, wird erst gegen Ende der sechziger Jahre öffentlich diskutiert. Das „Mama-Mia-Syndrom“ wurde schon relativ früh als quasi diagnostische Kategorie bei nicht näher zu benennenden und psychosomatischen Krankheitssymptomen angewandt. Dieses wurde durch „Krankheitsbezeichnungen“ abgelöst, wie z.B. Nostalgie, Heimwehkrankheit, das Entwurzelungssyndrom oder das Ganz-Körper-Schmerz-Syndrom (Leyer, 1991). Diese vermeintlich diagnostischen Kategorien fanden ohne eine wissenschaftliche Prüfung auf ihre Gültigkeit, Phänomenologie, Ätiologie etc. Anwendung in Wissenschaft und Praxis. In den achtziger Jahren folgten empirische Studien zum Zusammenhang von „migrations-spezifischem“ Stress und Gesundheit, Schulleistung, Wertewandel usw. Historisch gesehen verlief die For-

schung über den Zusammenhang von Migration und Gesundheit über anfängliches Desinteresse und Vernachlässigung zu einer Überbetonung der psycho-pathogenetischen Wirkungsweise der Migration (der Migrant als Opfer). Bei Menschen mit Migrationshintergrund wird eine erhöhte Vulnerabilität erwartet, da sie zum einen mehrheitlich in benachteiligenden sozialen Lagen leben und zum anderen weil sie bestimmten migrations-spezifischen Stressoren ausgesetzt sind, wie z.B. Sprachproblemen, Anpassungsforderungen an mehrere Kulturen (multipler Akkulturationsstress), Fremdenfeindlichkeit und Diskriminierungserfahrungen (Leyer, 1991). Da nicht alle Migrantinnen und Migranten in einer im o.g. Sinne schlechten sozialen Lage leben, ist davon auszugehen, dass diese Ergebnisse nur bedingt für diese Population gelten. Die Beziehung zwischen Migration und Gesundheit ist nicht eindeutig negativ. D.h. Migration ist nicht automatisch von einer stärkeren und häufiger anzutreffenden Anfälligkeit bzw. Morbidität begleitet. Aus den vereinzelt Untersuchungen dazu zeigt sich, dass Migration vor allem dann mit psychischen und körperlichen Erkrankungen assoziiert ist, wenn sie gleichzeitig mit Benachteiligung in den unterschiedlichen Lebensbereichen verbunden ist (Razum, Geiger, Zeeb & Ronellenfitsch, 2004). Eine differenzierte Auseinandersetzung mit der Individuum-Migration-Interaktion und ihren psychologischen (krankmachenden, entwicklungshemmenden und entwicklungsförderlichen) Wirkungen hat in Deutschland erst begonnen. Die Frage ob Migranten besonders anfällig für psychische Erkrankungen sind, kann derzeit nicht zufriedenstellend beantwortet werden.

Inanspruchnahmestatistiken und kleine Untersuchungen liefern die wenigen Daten, die wir derzeit zur Prävalenz psychischer Störungen bei ausgewählten Migrantengruppen haben (z.B. Kleinemeier, Yagdiran, Cenci & Haasen, 2004). Den wenigen epidemiologischen Studien ist zu entnehmen, dass bei Migranten häufiger Somatoforme Störungen, Depressionen und Persönlichkeitsstörungen vorkommen (z.B. Ross, Malanin & Pfäfflin, 2004). Migrantenkinder und -jugendliche werden häufiger als aggressiv beschrieben (z.B. Pfeiffer & Wetzels, 2000), delinquentes

Verhalten, Sucht (Boos-Nünig & Siefen, 2004) und Depressionen (Siefen, 2005) scheinen bei einigen Migrantengruppen häufiger vorzukommen. Die Ergebnisse einer Münchner Studie an 50 Flüchtlingskindern und -jugendlichen weist auf eine hohe Belastung bei den Flüchtlingskindern mit entsprechend vielen psychischen Problemen (ca. ein Viertel klinisch auffällig). Etwa die Hälfte war z.B. persönlich an Kriegshandlungen beteiligt und bei ca. einem Drittel war in der erweiterten Familie Tod durch den Krieg zu berichten (Niemic, Magg, Gavranidou & Rosner, 2006). Diese Kinder beanspruchen weniger die Hilfe ihrer Eltern als deutsche Kinder und geben auch an, sozialen Rückhalt häufiger bei Freunden als bei Eltern zu suchen (Magg, Niemic, Gavranidou & Rosner, 2006). Zur psychischen Gesundheit von Menschen ohne Aufenthaltsstatus (s.g. sans papier oder „illegalen“) ist kaum etwas bekannt.

Versorgung

In den siebziger Jahre wurden erstmals systematisch Beratungsangebote für Migranten in Deutschland eingerichtet, deren Hauptaufgabe soziale Beratung war. Gegen Ende der siebziger Jahre und Anfang der achtziger Jahre wurden einige dieser Dienste erweitert und es entstanden psychologische Dienste für Migranten (z.B. der Caritas oder der Arbeiterwohlfahrt). Es existieren wenig Versorgungsstudien für den Bereich der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. Die existierenden Versorgungsstudien deuten jedoch auf eine Fehlversorgung von Migranten mit psychischen und psychiatrischen Erkrankungen hin. Koch (2005) stellt aus eigenen und aus einer Übersicht von Versorgungsstudien fest: „Zahlreiche Hinweise bestätigen, dass es bei der Klientel zu einer Überversorgung bezüglich ambulanter Arztbesuche und Facharztkontakte wie auch apparativer Diagnostik und medikamentöser Behandlung kommt. Gleichzeitig sind psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungsangebote unterdurchschnittlich genutzt und Überweisungen aus dem Bereich der somatischen Medizin in die Psychiatrie oder psychosoziale Versorgung erfolgen – wenn überhaupt – zu

spät bei bereits bestehender Chronifizierung (ebd. S. 183).

In einer Münchner Befragung von Psychiatern sowie Psychotherapeuten, die im Arztverzeichnis der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns als mehrsprachig aufgeführt sind, weigerten sich über die Hälfte der fremdsprachigen Psychotherapeuten, auf einer Liste von fremd- und muttersprachlichen Psychotherapeuten aufgenommen zu werden, weil sie „bereits von Migranten überflutet sind“, „diese Klientel als ‚zu schwierig‘ bewertet wird, oder ‚ihre Fremdsprachenkenntnisse zur Behandlung nicht ausreichen“ (Referat für Gesundheit und Umwelt, 2007). Der Psychologische Dienst für türkischsprachige Klienten, der AWO in München berichtet z.B. auch, dass sie über 800 Anfragen pro Jahr haben bei einer Belegung von 2,5 Stellen und zuständig sind für die größte Migrantengruppe in München (persönliche Mitteilung).

Behandlungszentren für Flüchtlinge heben immer wieder den hohen Bedarf an angemessenen Angeboten für Flüchtlinge hervor. Denn extrem traumatische Erfahrungen durch Krieg, Vertreibung und Folter bei Flüchtlingen erfordern spezielle diagnostische und therapeutische Kenntnisse bei der Behandlung der körperlichen, psychischen und sozialen Folgen. Zur psychotherapeutischen Versorgung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus liegen kaum empirische Daten vor.

Forderungen nach migranten- und kulturspezifischen psychotherapeutischen Angeboten sowie nach muttersprachlichen Psychotherapeuten für die großen Migrantengruppen in der BRD werden vom Gesundheitssystem derzeit nicht entsprochen. Die Beherrschung einer Fremdsprache kann keinen Sonderbedarf für die Zulassung als Psychotherapeut begründen (z.B. Gerlach, 2004). Zulassungsanträge von muttersprachlichen Psychotherapeuten für große Gruppen (z.B. türkisch- oder griechischsprachige) sind in der Vergangenheit immer wieder abgelehnt worden. Weiterhin kann der Dolmetschereinsatz in die Psychotherapie derzeit kaum verwirklicht werden, da dessen Finanzierung bisher von den Krankenkassen nicht vorgesehen ist. So bleibt die Kooperation zwischen Therapeuten

und Dolmetschern nur auf wenige psychiatrische Einrichtungen oder Flüchtlingseinrichtungen in Deutschland beschränkt.

Forschung zur Psychotherapie mit Migranten

Während Psychotherapie mit Migranten bzw. mit ethnischen Minderheiten in den angelsächsischen Ländern bereits seit mehreren Jahrzehnten systematisch und programmatisch im Focus von Forschung und Praxis steht (Sue & Sue, 1999; Sue, 1998), ist dieses Forschungsfeld in Deutschland relativ neu (Rosner & Gavranidou, 2007). Dies kann einerseits mit der eingangs angenommenen Verleugnung und Verdrängung der Migration in Deutschland zusammenhängen. Möglicherweise liegen die Gründe aber auch in der bis in die achtziger Jahre kaum stattgefundenen Begegnung von Psychotherapie und Migranten. Psychotherapie war und ist immer noch für Migranten aus bildungsfernen Schichten ein nicht leicht nachzuvollziehendes zuweilen beängstigendes Heilverfahren – wie im Übrigen auch für die Deutschen mit geringer Bildung und hoher Benachteiligung.

Seit Anfang der neunziger Jahre wenden sich in Deutschland Wissenschaftler und Praktiker in medizinischen, psychotherapeutischen und psychiatrischen Berufen jedoch verstärkt den besonderen Belangen von Migranten zu (z.B. Erim & Senf, 2002; Gün, 2007; Kürsat-Ahlers, 1995). Entsprechend der in Deutschland am häufigsten vertretenen Migrantengruppe, den türkeistämmigen Einwanderern, wird in der deutschsprachigen Literatur zum Thema „Psychotherapie mit Migranten“ hauptsächlich auf türkischsprachige Patienten Bezug genommen (Gün, 2007; Erim & Senf, 2002; Erim-Frodermann, 2000). Weiterhin treten in der Literatur Artikel mit Berichten zu Patienten aus europäischen, orientalischen und asiatischen Kulturen (s. Überblick in Heise & Schule, 1998, 2002).

Einzelfallstudien und Fallberichte sowie Überblicksarbeiten und theoretische Abhandlungen deuten auf die hohe Komplexität des Untersuchungsgegenstands „psychotherapeutische Arbeit mit Migranten“ hin. Klini-

sche Effektivitätsstudien mit Einbeziehung bestimmter Migrantengruppen bei spezifischen Erkrankungen sind selten (Hall, 2001). Thematisiert werden selten die Wirksamkeit und die Wirksamkeitswege bestimmter Verfahren bei Migranten. Häufiger werden die fehlende Compliance, die kulturellen Faktoren bei der therapeutischen Arbeit (Erim & Senf, 2002), die geringen Sprachkenntnisse und der Einsatz von Dolmetschern (Abdallah-Steinkopff, 2006) diskutiert. In neueren meist qualitativen Untersuchungen werden Beziehungsgestaltung und Kommunikation in der psychotherapeutischen Arbeit angesprochen (Emmerling, 2006; Gün, 2007; Kahraman, 2007).

Psychotherapeutische Arbeit mit Migrantinnen und Migranten

Wir gehen davon aus, dass Kultursensitivität unbedingte Voraussetzung für die psychotherapeutische Arbeit mit Migrantinnen und Migranten darstellt. Im folgenden wollen wir den Nachweis dafür liefern, dass gute Psychotherapeuten u.E. kultursensitiv sind, und dass Kultursensitivität keine übermenschliche Qualität – und somit nur bei besonderen Psychotherapeuten anzutreffen sei – sondern lediglich einen Zustand der erhöhten Reflexionsbereitschaft und kritischen Haltung gegenüber der eigenen Arbeit und Unvoreingenommenheit und Offenheit gegenüber den Anliegen unserer Patienten beschreibt.

Unsere Überlegungen zu dem Begriff einer kultursensitiven Psychotherapie sind einerseits aus der Erfahrung entstanden, dass kulturelle Themen in der Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund immer wieder im Vordergrund stehen, und zwar sowohl in Bezug auf Diagnostik, als auch hinsichtlich ihrer Krankheits-, Ätiologie- und Heilungskonzepte (Draguns & Tanaka-Matsumi, 2003). Migrationsspezifische Themen und kulturell geprägte Werte und Normen beeinflussen und bestimmen Heilungs- und somit Therapieziele (Tseng, 1999). Auf der anderen Seite sind, insbesondere in der Diskussion mit KollegInnen immer wieder Fragen aufgekommen, wie z.B.: Kann und muss die Behandlung von Migranten ausschließlich nur von Mutter-

Workshop

Behandlung schwerer Persönlichkeitsstörungen

Prof. Lorna Smith Benjamin

**Freitag, 22. Februar 2008
– Sonntag, 24. Februar 2008**

**Hörsaal Glaspavillon
Klinikum rechts der Isar,
TU München
Ismaningerstraße 22,
81675 München**

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

Veranstalter:

Förderverein für Psychosomatische Medizin e. V. i. V. mit der Klinik für Psychosomatische Medizin am Klinikum rechts der Isar der TU München

Kosten:

bis zum 4. Dezember 2007 240,00 EUR
nach dem 4. Dezember 2007 280,00 EUR

Bankverbindung:

Zahlungsempfänger:

Förderverein für Psychosomatische Medizin e. V.

Deutsche Bank Düsseldorf

BLZ 300 700 24

Kto. Nr. 639 01 08

Stichwort: LSB-Workshop, Berlin

Anmeldung:

bis zum 12. Februar,
möglichst per E-Mail, ansonsten per Fax an:
Frau Petra Grabowski

Sekretariat Prof. Dr. Dr. Wolfgang Tress

Klinisches Institut und Klinik für

Psychosomatische Medizin und

Psychotherapie der Heinrich-

Heine-Universität

Bergische Landstraße 2,

40629 Düsseldorf

Tel. 0211 922-4701

Fax 0211 922-4707

E-Mail petra.grabowski@ivr.de

Sprache:

Englisch/Deutsch

Von beiden Kammern

zertifiziert (ca. 20 Fortbildungspunkte)



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



TECHNISCHE
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN



sprachlern durchgeführt werden? Besteht die Notwendigkeit Heilungsinterventionen aus anderen Kulturen zu übernehmen? Müssen Psychotherapeuten über exaktes kulturspezifisches Wissen hinsichtlich des Herkunftslandes ihres Patienten verfügen?

Die Beantwortung der o.g. Fragen muss zwangsläufig in Form von ungeprüften Annahmen erfolgen und soll u.a. auch als Anregung für zukünftige – in diesem Bereich dringend erforderliche – Forschungsarbeiten dienen.

Sprache und Kommunikation sind die zentralen Medien in der psychotherapeutischen Arbeit. Die Beherrschung der Muttersprache erleichtert zwar die therapeutische Arbeit, setzt jedoch keine interkulturelle Kompetenz voraus. Wie o.g. können Migranten, selbst wenn sie aus dem gleichen Land kommen, in Hinblick auf viele identitätstiftende und Werte vermittelnde Merkmale variieren. Muttersprachigkeit garantiert deshalb u.E. keineswegs einen interkulturell kompetenten Umgang mit Patienten. Gleichwohl gehen wir davon aus, dass sie sich bei der Beziehungsgestaltung positiv auswirkt (Emmerling, 2006) und die Wahrscheinlichkeit von Fehlkommunikationen vermindert (Kahraman, 2007). Bilinguales und bikulturelles Fachpersonal scheint darüber hinaus einerseits die Akzeptanz von Beratungsangeboten durch die Migranten zu erhöhen (Schouler-Ocak, 2000) und andererseits als Kulturmittler für Aufklärung und Unterstützung des Teams in Regeleinrichtungen zu dienen (Erim & Senf, 2002).

Die Übernahme von Heilungsinterventionen aus anderen Kulturen ohne die Kenntnis des gesamten kulturellen philosophisch-religiösen Konzeptes ist kritisch zu betrachten (Tseng, 1999). Noch bedenklicher kann die Implementierung einer kulturspezifischen Intervention als einzelnes Segment in das westlich geprägte Konzept der Psychotherapie sein. Das Beispiel des Therapiemanuals von Linehan, die östliche Elemente aus der buddhistischen Lehre in ihr verhaltenstherapeutisches Vorgehen integriert hat, hingegen weist auf sinnvolle Möglichkeiten eines solchen Versuchs hin. Eine Forderung an Psychotherapeuten jedoch mal ein bisschen Hodscha und ein

bisschen Schamane zu sein, ist berufsethisch und berufspolitisch absolut inakzeptabel.

Allgemeingültige Aussagen über generelle kulturspezifische Verhaltensweisen, seien es religiöse, ethnische oder nationale Aspekte, sind verfälschende Vereinfachungen und erschweren die Kommunikation mit Migranten (Hegemann, 2001). Die Forderung nach s.g. Kulturwegweisern wird in der Literatur kontrovers diskutiert. Wissen über die kulturellen und religiösen Hintergründe der Klientel kann u.U. behilflich sein, bestimmte Prozesse beschleunigen und vereinfachen (Erim & Senf, 2002). Es kann jedoch auch zu verheerenden Missverständnissen und Kunstfehlern führen, weil derartige Kenntnisse eine unvoreingenommene Wahrnehmung meines Gegenübers im Wege stehen. Selbst der Erwerb kulturspezifischen Wissens, i.S. von ethnologischen Kenntnissen, birgt u.U. die Gefahr einer Stereotypisierung. In der Zusammenarbeit mit Dolmetschern und Dolmetscherinnen sind diese eine wichtige Quelle zum besseren Verständnis kulturspezifischer Aspekte (Abdallah-Steinkopff, 2006). Findet die Beratung oder Therapie zwar in Muttersprache, z.B. auf englisch mit einem nigerianischen Patienten, aber ohne spezifische Kenntnisse der Herkunftskultur statt, kann nur im Rahmen der therapeutischen Beziehung zwischen Therapeutin und Patientin ein Austausch über kulturelle Unterschiede stattfinden.

Interkulturelle Kompetenz

Hilfreicher für effektives Arbeiten im interkulturellen therapeutischen Setting ist *interkulturelle Kompetenz* und eine *kultursensitive Haltung*. Interkulturelle Kompetenz setzt voraus, die Kenntnis über eigene Wertvorstellungen und die Anerkennung der eigenen Kultur als Lebensform abhängig von bestimmten Lebensbedingungen und daher als nicht universell gültig. Die Bereitschaft, sich mit seinen eigenen Stereotypen und Vorurteilen auseinander zu setzen, die Fähigkeit, sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede zwischen den Kulturen wahrzunehmen, die Bereitschaft, Gemeinsamkeiten für die Therapie zu nutzen und die Einsicht in die Notwen-

digkeit, über bestehende Unterschiede ausreichend zu kommunizieren, sowie die Einsicht in die Notwendigkeit, das Wissen anderer zu erfragen und zu nutzen, wenn kulturspezifische Unsicherheiten bestehen, sind weitere Voraussetzungen interkulturell kompetenten Handelns in der psychotherapeutischen Arbeit.

Der Begriff der „Anteil nehmenden und wohlwollenden Neugier“ von Cecchin (1988) verdeutlicht eine hilfreiche Haltung für Kultursensitivität (zit. nach Hegemann, 2001). Zentrale Aspekte dieser Haltung sind, dass Fremdheit nicht Angst und Bewertung, sondern Neugier wecken soll, mit dem Ziel herauszufinden, welche Gründe und Lebensumstände aus der anderen Kultur zum speziellen Verhalten führten. Die Relativität von Werten und die Haltung der Neutralität zu unterschiedlichen kulturell bedingten Einstellungen und Verhaltensweisen wird als Grundvoraussetzung transkultureller Kommunikation gesehen. Da ein vorübergehender Verlust der anteilnehmenden Haltung unvermeidbar ist, wird empfohlen, Kenntnisse und Methoden zu erwerben, um zu einer anteilnehmenden Haltung (zurück)finden zu können. Bewährt haben sich das Ansprechen wahrgenommener kultureller Unterschiede und die Einladung an den Klienten, sich mehr über Wertsysteme, Traditionen und Emotionen auszutauschen und diese zu reflektieren.

Migrationsspezifische Aspekte

Bei der Erfassung von Problemen ist es unter dem Gesichtspunkt der Mehrfachbelastung der Migranten und Flüchtlinge sinnvoll, mit Hilfe relevanter Ebenen Probleme inhaltspezifisch zu ordnen, um ein besseres Verständnis für die Ursachen ihrer Problemen zu ermöglichen. Nach Gavranidou (2006) sind in den Biographien von Migranten sowohl migrationsbedingte und -spezifische Krisen (z.B. Sprachprobleme, fehlendes Wissen über Versorgung, Schutz und Recht) als auch migrationsunspezifische Krisen (z.B. Scheidung, Arbeitslosigkeit) sowie kulturspezifische Krisen (z.B. Konflikte in Erziehungsvorstellungen zwischen Herkunfts- und Aufnahmekultur) und traumatische Erlebnisse vorzufinden. Letzte-

res ist besonders wichtig bei Flüchtlingen und Asylbewerbern, da eine beträchtliche Anzahl dieser Migrantengruppe traumatische Erfahrungen in der Heimat, auf der Flucht und im Aufnahmeland gemacht haben (Gäbel, Ruf, Schauer, Odenwald & Neuner, 2006). Migration beinhaltet jedoch auch Chancen für die Individuen und Familien (z.B. Zweisprachigkeit, Bildung, steigender Lebensstandard; Erim & Senf, 2002). Für Flüchtlinge hat Abdallah-Steinkopff (2007) in Anlehnung an das von Alberstötter, Demmer-Gaite, Fryszer und Gesbers formulierte Modell, eine Problemerkennung auf der politisch-historischen, der migrationsbezogenen, der kulturellen und der psychologischen Ebene vorgeschlagen.

Zum besseren Verständnis migrations-spezifischer Aspekte wird kurz auf zwei Modelle zu Migration eingegangen. Das bekannteste Phasenmodell zu Migration ist das von Sluzki 1979 (2001) formulierte Phasenmodell, das folgende Stadien beim Migrationsprozess beschreibt:

Vorbereitung der Migration: In der Vorbereitungsphase ist eine Person und ihre Familie damit beschäftigt, Informationen zu holen, die die Entscheidung auszuwandern unterstützen bzw. in Frage stellen. Die meisten Aus-/Zuwanderer bewältigen diese Phase relativ gut. Bei vielen Migranten (z.B. Heiratsmigrantinnen sowie Kinder und Jugendliche) und v.a. Flüchtlingen ist wenig Planung und oft keine gemeinsame familiäre Entscheidung auszumachen. *Migrationsakt:* Dieser folgt der Vorbereitungsphase und kann unterschiedlich lang sein, in seiner Form variieren und je nach Ablauf mehr oder weniger Risiken in sich bergen und Krisen hervorrufen. Bei Flüchtlingen kann er besonders stressvoll verlaufen.

Überkompensierungsphase: Als erste Anpassungsleistung nach dem Migrationsakt ist die Phase der Überkompensierung zu sehen. Migranten sind darauf bedacht, das Leben zum Laufen zu bringen, Alltagsleben zu installieren. Um das zu leisten, müssen sie Unstimmigkeiten und Widersprüche verleugnen, Dissonanzen vermeiden und vielleicht „schönreden“ (honeymoon-Phase). Eine solche Haltung kann jedoch nicht lange aufrechterhalten werden.

Konflikt		Lohnt es sich, eigene kulturelle Identität und Charakteristika aufrechtzuerhalten?	
		Ja	Nein
Lohnt es sich, Elemente der Aufnahmegesellschaft zu übernehmen?	Ja	Integration bzw. Identitätssuche zwischen beiden Kulturen	Assimilation
	Nein	Segregation	Marginalisation

Tabelle 1: Bewältigungsstile nach Berry (1990)

Phase der Dekompensation: Nach der Honeymoon-Phase der Migration folgt das große Erwachen, die Phase der Dekompensation. Es ist eine Zeit der Zweifel und des Leids, der nicht mehr abzuwehrenden Widersprüche, der offensichtlich gewordenen persönlichen Defizite und falschen Bewältigungsstrategien. Es ist die Phase, in der Krisen am häufigsten auftreten, psychische und körperliche Probleme und Symptome beklagt werden und Konflikte den Alltag bestimmen. Es ist die Phase, in der nach dem *Akkulturationsmodell* abgewogen wird, was von der Herkunftsgesellschaft beibehalten und was von der Aufnahmegesellschaft übernommen werden soll. Hier kommt es darauf an, wie die aufnehmende Gesellschaft und das zugewanderte Individuum mit den Unterschieden der „konkurrierenden“ Gesellschaften umgehen, welches Gewicht diesen Unterschieden beigemessen wird und in welchem Ausmaß die Bereitschaft existiert (bei Gesellschaft und Individuum), Anderssein und gesellschaftliche Vielfalt zu tolerieren (s.u. *Unterschiedsmodell*).

Phase der generationsübergreifenden Anpassungsprozesse und Integration: Sluzki geht davon aus, dass hier die in der Familie noch offenen Migrationskonflikte und nicht erreichten Anpassungsleistungen auftauchen. Hat die erste Zuwanderergeneration es versäumt, sich mit der Aufnahmegesellschaft auseinander zu setzen, so muss die zweite oder gar dritte Generation diese Leistung erbringen.

Jede dieser Phasen zeichnet sich durch ihre besonderen Belastungen und individuellen und familiären Bewältigungsmuster aus. Das Modell von Sluzki ist deshalb besonders interessant für Praktiker, weil es einen theoretischen Rahmen für das Prozesshafte der Migration liefert und Hinweise auf mögliche Störungen, aber auch

Reifungsschritte für jedes Stadium des Migrationsverlaufs anbietet.

Berry beschreibt hingegen in seinem *Akkulturationsmodell* unterschiedliche Copingstile, die bei der Bewältigung der Akkulturationskrise (der aus interkulturelle Begegnungen resultierende Stress), die während des Akkulturationsprozesses im Aufnahmeland gezeigt werden. Beim Kontakt mit der neuen Kultur müssen Migranten (meist unbewusst) entscheiden, ob sie ihre alte Kultur (bzw. wichtige kulturelle Bestandteile) aufgeben sollen oder nicht. Vorgesehen werden vier Möglichkeiten der Lösung dieses (Migrations-)Konflikts (Tab. 1): Gemäß dieser Vorstellung bergen drei der vier Entscheidungen das Potential einer Krise in sich, nämlich Assimilation (überangepasste oder einseitig an die Aufnahmegesellschaft orientierte Migranten), Segregation (unterangepasste oder einseitig an die Herkunftsgesellschaft orientierte Migranten) und Marginalisation (vereinsamte und orientierungslose Migranten).

Für das Behandlungssetting sind beide Modelle relevant. Orientiert am Phasenmodell wurde ein Leitfaden für Fragen zu systematischeren Analyse migrations-spezifischer Probleme bei Klienten entwickelt. Die Beschreibung der Copingstile verdeutlicht, dass Migration in der Biographie von Migranten einen lebenslangen Prozess darstellt. So kann ein Mensch innerhalb seines Akkulturationsprozesses je nach Lebensthematik (z.B. Alleinstehendsein und Familiengründung) unterschiedliche Stile zeigen.

Nach den Unterschiedsmodelle ist die kulturelle Distanz zwischen Aufnahme- und Herkunftsgesellschaft als Quelle von Migrationsstress zu betrachten (vgl. Herwartz-Emden & Rieken, 2001). Hierbei wird angenommen, dass je größer dieser Unterschied ist (je größer die kulturelle Dis-

Kollektivistisch	Individualistisch
Die Menschen werden in Großfamilien oder andere Wir-Gruppen hineingeboren, die sie weiterhin schützen und im Gegenzug Loyalität erhalten.	Jeder Mensch wächst heran, um ausschließlich für sich selbst und seine direkte (Kern)Familie zu sorgen.
Die Identität ist im sozialen Netzwerk begründet, dem man angehört.	Die Identität ist im Individuum begründet.
Kinder lernen in „Wir“ Begriffen zu denken.	Kinder lernen in „Ich“ Begriffen zu denken.
Man sollte immer Harmonie bewahren und direkte Auseinandersetzungen vermeiden.	Seine Meinung zu äußern ist Kennzeichen eines aufrichtigen Menschen.
High context Kommunikation.	Low context Kommunikation.
Übertretungen führen zu Beschämung und Gesichtsverlust für einen selbst und die Gruppe.	Übertretungen führen zu Schuldgefühl und Verlust an Selbstachtung.
Ziel der Erziehung: Wie macht man etwas?	Ziel der Erziehung: Wie lernt man etwas?
Diplome schaffen Zugang zu Gruppen mit höherem Status.	Diplome steigern den wirtschaftlichen Wert und/oder die Selbstachtung.
Beziehung Arbeitgeber/Arbeitnehmer wird an moralischen Maßstäben gemessen, ähnlich einer familiären Bindung.	Beziehung Arbeitgeber / Arbeitnehmer ist ein Vertrag, der sich auf gegenseitigen Nutzen gründen soll.
Einstellungs- und Beförderungsentscheidungen berücksichtigen die Wir-Gruppe des Mitarbeiters.	Einstellungs- und Beförderungsentscheidungen sollen ausschließlich auf Fertigkeiten und Regelungen beruhen.
Management bedeutet Management von Gruppen.	Management bedeutet Management von Individuen.
Beziehung hat Vorrang vor Aufgabe.	Aufgabe hat Vorrang vor Beziehung.

Tabelle 2: Kollektivistische und individualistische Haltungen und Wertvorstellungen in Anlehnung an Hofstede (2004)

tanz) desto stärker ist der Stress und desto wahrscheinlicher sind Krisen bei Migranten (Kulturschock). Migranten, insbesondere Flüchtlinge, kommen in der Mehrzahl aus Kulturen mit einer kollektivistischen Werteorientierung. Zentral für das Überleben des Einzelnen in diesen Kulturen ist die Gemeinschaft, besonders die Familie. Die Versorgung des Einzelnen wird in den kollektivistischen Kulturen aus Mangel an staatlicher Unterstützung von der Gemeinschaft übernommen (Hofstede, 2004). In Industriestaaten mit eher individualistischer Kultur übernimmt der Staat in Form von sogenannten familien-ersetzenden Institutionen den Großteil der Versorgung seiner Bürger, wie z.B. die Versorgung durch Renten- und Krankenversicherung. Die Abhängigkeit vom Kollektiv prägt die Werte der Menschen in anderer Art und Weise als bei Menschen aus individualistischen Kulturen (Draguns & Tanaka-Matsumi, 2003). Tabelle 2 veranschaulicht unterschiedliche Haltungen und Wertvorstellungen in individualistischen und kollektivistischen Kulturen. Diagnostik, Beziehungsgestaltung, Ätiologie- und Heilungsvorstellungen

sowie die Klient-Therapeut-Interaktionen im Therapieprozess und insbesondere die Therapieziele fallen je nach Zugehörigkeit zu einer kollektivistischen oder individualistischen Gesellschaft anders aus.

Überlegungen zu Unterschieden und Gemeinsamkeiten zwischen Naturheilverfahren und psychologischer Psychotherapie

Das Erkennen und Nutzen von kulturübergreifenden Gemeinsamkeiten und die Wahrnehmung kultureller Unterschiede sind wesentliche Fähigkeiten für eine kultursensitive Psychotherapie. Bezogen auf therapierelevante Begriffe wie Ätiologievorstellungen und Heilungsmodelle werden Überlegungen über kulturelle Gemeinsamkeiten und Unterschiede zur Diskussion gestellt.

Kulturübergreifende Gemeinsamkeiten

Es sind Gemeinsamkeiten bei Heilungsvorstellungen, Behandlungsziel, Diagno-

stellung und Behandlungselemente bei der psychotherapeutischen Arbeit mit Menschen mit einem anderen kulturellen Hintergrund zu sehen: So steht hinter allen Heilungsmodellen Homöostase als Gesundheitsbegriff (Homöostasemodell). Es geht immer um ein Verhältnis zwischen Individuum und Kräften in dessen Umwelt. Bei Naturvölkern sind es die Götter oder Ahnen (z.B. bei den Yoruba), in der klassischen Psychoanalyse ist es ein zwischen Es und Über-Ich vermittelndes Ich (Freud), im Diathese-Stressmodell wird durch angemessene Bewältigungsstrategien und Ressourcen vermittelt. Daraus ergibt sich als Behandlungsziel das Wiedererlangen des psychischen Gleichgewichts zwischen den Persönlichkeitsanteilen und/oder zwischen Anlagen der Persönlichkeit und Umweltbelastungen und/oder zwischen Individuum und Umwelt/Kosmos und damit die Wiederherstellung der Handlungs- und Erlebensfähigkeit. Diagnosestellung wird in allen Kulturen von eigens dafür ausgebildeten Experten (Schamanen, Heilpraktiker, Ärzte oder Psychotherapeuten), die über Expertenwissen verfügen und mit Hilfe von speziellen Diagnoseinstrumenten (Hühnerknochen, Trancetänzen, Laborwerten oder Diagnostikmanuale) zu ihren Befunden gelangen.

Eine weitere Universalität besteht in der Vermittlung eines Erklärungsmodells der festgestellten psychischen Erkrankung. Wesentlicher Unterschied hierbei ist die Internalisierung vs. Externalisierung von Ursachen und Ressourcen. Psychologische Verfahren suchen nach intrapsychischen Ursachen (Introjekte, Konfliktlehre, dysfunktionale Überzeugungen). Nicht psychologische Kulturen suchen nach Einwirkungen von außen (z.B. böser Blick, Hexerei).

Trotz dieses wesentlichen Unterschieds in der Vermittlung des Erklärungsmodells sind ähnliche Behandlungselemente in psychologischen wie nicht-psychologischen Kulturen festzustellen. Die Grundfeiler der Psychologischen Psychotherapie sind nach Grawe (1994) Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, Problembewältigung, Klärung. Reinigen, die Selbstschutzkräfte stärken, die Reifung und Stärkung der Person sowie die Vermittlung von Orientierungshilfen für ein besseres Leben werden

auch in Naturheilverfahren angestrebt und stellen somit gemeinsame Elemente von Natur- und psychologisch-psychotherapeutischen Heilverfahren.

Trotz aller Ähnlichkeiten sind auch inhaltliche kulturspezifische Unterschiede zwischen psychologischen und nicht-psychologischen Kulturen feststellbar. Während indirekte Vorgehensweisen und Heilung durch Selbstreflexion in psychologischen Verfahren vorherrschen, sind direkte Zugänge bei Naturheilverfahren zu finden. Migranten aus bestimmten Kulturen reagieren mit Unverständnis und Unglauben, wenn Fachleute sie nach ihrem Problem fragen. Fragen wie „Was kann ich für Sie tun?“ oder „Welches Problem führt Sie zu mir“ kann u.U. dazu führen, dass die Klienten nie wieder kommen, weil diese Art der Frage die Inkompetenz des Therapeuten widerspiegelt. Außerdem kann die Frustrierung des Patientenwunsches nach externalen Erklärungen und nach vom Experten verschriebenen Verordnungen von Heilung versprechenden Aktionen und Mitteln zum Abbruch von Therapien bzw. dazu, dass solche erst gar nicht begonnen werden, führen.

Insgesamt lassen sich folgende Unterschiede zwischen psychologischen und anderen Behandlungsansätzen feststellen: Bei psychologischen Ansätzen werden detaillierte Problembeschreibungen durch den Klienten geliefert, innerpsychischen Prozessen wird eine große Bedeutung beigemessen, Vermittlung von Einsicht steht im Vordergrund und der therapeutische Prozess erfordert einen gewissen zeitli-

chen Aufwand (z.B. 30 oder 60 Sitzungen über mehrere Monate und sogar Jahre). Bei nicht-psychologischen Ansätzen wird das Problem vom Behandler benannt, der auch vor- und verschreibt wie und womit behandelt wird. Individuum-Umwelt Prozesse haben eine besondere pathogenetische und heilende Wirkung, sind extern definiert und mit spezifischen althergebrachten Interventionen verknüpft.

Bewährtes Vorgehen in der Praxis

Im Folgenden werden Maßnahmen vorgestellt, die sich als hilfreich für das gegenseitige Verstehen im psychotherapeutischen Setting, ob mit oder ohne Mitwirkung von Dolmetschern, bewährt haben. Sie sollen dazu dienen, Missverständnisse zwischen Patienten und Therapeuten zu vermeiden.

Rahmenbedingungen erklären zu Therapiebeginn

- Psychotherapie ist weder als Begriff noch als berufliche Tätigkeit Menschen aus anderen Kulturen bekannt. Daher besteht der erste wesentliche Schritt zu Beginn jeder Therapie zu prüfen, ob der Begriff bekannt ist und wenn nicht, diesen zu erklären.
- Hierzu gehört auch anschaulich die Rollen von Patient, Therapeut (und evtl. auch Dolmetscher) zu erklären.
- Beschreibung des Gesprächsablaufs (Wichtigstes am Anfang erwähnen).
- Über Bedeutung und Art von Therapeuten-Fragen im therapeutischen Setting aufklären.

Eine w.o. dargestellte Aufklärung über psychotherapeutisches Tun erleichtert den Zugang von Patienten und Therapeuten zueinander. Therapeuten legen ihre Expertise offen und Patienten können einen ersten Eindruck über auf sie zukommende Forderungen erhalten.

Während des therapeutischen Prozesses

Die Art der sprachlichen Vermittlung – auch über Dolmetscher – ist eine Herausforderung an den Therapeuten. Hilfreich ist es, Substantive zu vermeiden und anhand vieler Beispiele zu erklären, relevante Begriffe in der Muttersprache übersetzen zu lassen (z.B. Dolmetscher oder Patienten zu fragen: Wie heißen Menschen, die bei Ihrem Problem berufsmäßig Hilfe geben? Z.B. werden in Sierra Leone Psychologen Advicegiver genannt) sowie Redewendungen zu aktuellen Themen zu erfragen.

Die Klienten haben sowohl eigene Krankheits- als auch Heilungsvorstellungen. Diese zu erfragen und sie in Bezug zu hiesigen Krankheits- und Heilungsmodellen zu setzen, schafft gegenseitige Transparenz und stellt die Basis für gemeinsames „therapeutisches Handeln“ her.

Kenntnisse über biographische Ereignisse vor und nach der Migration sowie kulturelle Skripte und Imperative sind hilfreich bei der Definition von Zielen als auch bei dem Einsatz von Heilverfahren. Detaillierte Informationen über den Bezugsrahmen (Werte/Personen) und seine Bedeutung für Entscheidungen sind unbedingt erforderlich, insbesondere bei Klienten aus

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

Nachqualifikation Verhaltenstherapie: z. KV-Abrechnung; ca. 100 Std. in 6 Blöcken v. 12.04.08 - 14.12.08

Sexualtherapie / Sexualmedizin: 100 Std. Theorie – 6 Blöcke in der Zeit vom 26.04.08 – 07.12.08

Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen: Ergänzungsqualifikation für die fachl. Befähigung z. Abrechnung v. VT bei Kind. u. Jgdl., ca. 200 Std. in 12 Blöcken, voraussichtlicher Beginn Oktober 2008

Promotionsstudium in Kooperation mit UMIT – Univ. f. Gesundheitswissenschaften, med. Informatik u. Technik, Lehrstuhl Verhaltensmedizin, in Hall / Österreich, - weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage

INFOS: Psychotherapeutische Ambulanz d. IVS, Nürnberger Str. 22, 90762 Fürth, Tel: 0911-78 72 72 7, Fax: 0911 -78 72 72 9

Leitungsgremium des IVS: Dr. phil. Wolfram Dormann • Dr. med. Johannes Kemper
PD Dr. med. Thomas Möslers • Dipl.-Psych. Dr. phil. Andreas Rose

	Psychologischer Ansatz	Andere Ansätze
Katharsis	Entlastung durch Reden über seine Gefühle, Ansprechen und lösen von Konflikten	Entlastung durch vorgeschriebene Rituale
Schutz	Selbstfürsorge: Eigene Bedürfnisse beachten, Grenzen setzen	Amulette, Verschreibung von Ritualen und Gebeten
Stärkung	Selbstsicherheitstraining, Durcharbeiten von Erfahrungen, Exposition	Ermutigung, Trost, Begleitung
Orientierung	Psychoedukation, Skilltraining, Durchführung von Hausaufgaben	Einhaltung von Regeln, Wiedergutmachung, Schulausgleich

Tabelle 3: Inhaltliche kulturspezifische Unterschiede bei psychologischen und nicht-psychologischen Kulturen

kollektivistischen Gesellschaften. Ebenso werden den Wertvorstellungen angepasste Formulierungen eher akzeptiert und angenommen.

Die Ermöglichung von heilsamen Erfahrungen durch Handlungen zu Therapiebeginn (Verschreibung bestimmter Verhaltensweisen, die von Patienten stärkend erlebt werden) kann die Bereitschaft, sich auf das Abenteuer-Psychotherapie einzulassen, erhöhen.

Fazit

Die im Titel gestellte Frage: Brauchen Migrantinnen und Migranten eine andere Psychotherapie ist u.E. zu verneinen. Migrantinnen und Migranten brauchen kultursensitive Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Die gelernten Methoden können und sollten angewandt werden, allerdings kultursensitiv. Bei der Auswahl und Durchführung von Techniken sowie insbesondere bei der Formulierung von Therapiezielen ist der individuelle, migrationspezifische und kulturelle Kontext zu berücksichtigen. Ablehnung einzelner Techniken und scheinbar (un)bewusstes Boykottieren von Hausaufgaben und Übungen durch Patienten mit Migrationshintergrund sind möglicherweise auf ungenügender Berücksichtigung von kulturellen Faktoren und migrationsbedingten Lebensbedingungen zurückzuführen.

Therapeuten müssen sich aufgrund der erschwerten Lebensbedingungen, die bei Migranten, insbesondere bei Flüchtlingen bestehen, mit dem realen Lebensumfeld

ihrer Patienten stärker auseinandersetzen. Aufenthaltsrechtliche Aspekte, z.B. über Jahre vergebene zeitlich begrenzte Duldung, stellen gravierende Belastungen dar, die während des Therapieverlaufs immer wieder Krisen verursachen. Die Kooperation und Kommunikation mit anderen Berufsgruppen seitens der Therapeuten ist erforderlich, um den Belangen der Migranten und Flüchtlinge gerecht zu werden. Bei der Arbeit mit Migranten muss man sich oft nicht nur als Therapeut sondern auch als Wegbegleiter verstehen. Interkulturelle Supervisionen und Intervisionsgruppen mit bikulturellen Kollegen können Kultursensitivität fördern und dem Gefühl, sich „kulturell“ ganz auf die Anderen umstellen zu müssen entgegenwirken.

Schließlich ist zu fordern, dass Aus- und Fortbildungsinstitute verstärkt Module zu Kultursensitivität und interkulturell kompetenter Psychotherapie und psychologischer Beratung in ihre Curricula aufnehmen.

Literatur

Abdallah-Steinkopff, B. (2006). Die Rolle des Dritten – Dolmetscher in der Einzel und Gruppentherapie mit Flüchtlingen. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 4 (42), 280-302.

Abdallah-Steinkopff, B. (2007). Kultursensitive Arbeit mit Flüchtlingen in Refugio. In Referat für Gesundheit und Umwelt (Hrsg.), *Dokumentation des Fachtags Gesundheits- und Krankheitskonzepte im interkulturellen Kontext – Anregungen für eine kultursensitive psychotherapeutische Arbeit mit Migrantinnen und Migranten* (S. 30-37). LH-München: Stadtkanzlei.

Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (1999). *Migrationsbericht. Zu- und Abwanderung nach und aus Deutschland*. Berlin.

Berry, J. W. (1990). Psychology of acculturation. Understanding individuals moving between cultures. In R.W. Brislin (Hrsg.), *Applied cross-cultural psychology* (S. 232-253). London: Sage Publications.

Boos-Nünning, U. & Siefen, R.G. (2004). Suchtprobleme bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund. In H. J. Assion (Hrsg.), *Migration und seelische Gesundheit* (S. 85-94). Berlin: Springer.

Butler, J., Albrecht, N.-J., Ellsäßer, G., Gavranidou, M., Habermann, M., Lindert, J. & Weilandt, C. (2007). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 10, 1232-1239.

Diefenbach, H. & Weiß, A. (2006) *Menschen mit Migrationshintergrund. Datenerfassung in der Integrationsberichterstattung. Gutachten im Auftrag der Stelle für Interkulturelle Arbeit und des Statistischen Amtes der Landeshauptstadt München*. München: Stelle für Interkulturelle Arbeit/Sozialreferat. www.muenchen.de/interkult.

Draguns, J. G. & Tanaka-Matsumi, J. (2003). Assessment of psychopathology across and within cultures: issues and findings. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 755-776.

Emmerling, C. (2006). *Muttersprachliche Psychotherapie mit Migranten in Deutschland*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. München: LMU, Department Psychologie.

Erim, Y. & Senf, W. (2002). Psychotherapie mit Migranten – Interkulturelle Aspekte in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 47, 336-346.

Erim-Frodermann, Y. (2000). Psychotherapie mit Migranten – Aspekte der interkulturellen Psychotherapie. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie* (S. 634-638). Stuttgart: Thieme.

Friese, P. (1999). Interkulturelle Kompetenz in der Kinderpsychotherapie. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band I: Grundlagen* (S. 423-445). Tübingen: DGVT Verlag.

Gavranidou, M. (2006). Migration in der Krise? Psychologische Krisenmodelle

- des Migrationsprozesses. *Suizidprophylaxe*, 33, 154-158.
- Gerlach, H. (2004). Recht: Aktuell. Praxistipps – Hinweise – Informationen. *Psychotherapeutenjournal*, 3 (2), 134-137.
- Gün, A. (2007). *Interkulturelle Missverständnisse in der Psychotherapie*. Freiburg: Lambertus-Verlag.
- Hall, G.C.N. (2001). Psychotherapy research with ethnic minorities: Empirical, ethical, and conceptual issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (3), 502-510.
- Hegemann, T. (2001). Interkulturelles Lernen. Ein multidimensionaler Ansatz zum Erwerb interkultureller Kompetenzen. In T. Hegemann & R. Salmann (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie* (S. 191-205). Bonn: Psychiatrieverlag.
- Heise, T. & Schuler, J. (Hrsg.). (1998). *Transkulturelle Psychotherapie*. Reihe: Das Transkulturelle Psychoforum, Bd. 4. Berlin: WVB.
- Heise, T. & Schuler, J. (Hrsg.). (2002). *Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland*, Reihe: Das transkulturelle Psychoforum, Bd. 5. Berlin: WVB.
- Herwartz-Emden, L. & Riecken, A. (2001). Frauen in der Migration. In A. Franke & A. Kämmerer (Hrsg.), *Klinische Psychologie der Frau* (S 577-607). Göttingen: Hogrefe.
- Hofstede, G. (2004). *Culture's Consequences*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Kahraman, B. (2007). Aspekte der Therapiebeziehung bei Kulturverschiedenheit. In Referat für Gesundheit und Umwelt (Hrsg.), *Dokumentation des Fachtags Gesundheits- und Krankheitskonzepte im interkulturellen Kontext – Anregungen für eine kultursensitive psychotherapeutische Arbeit mit Migrantinnen und Migranten* (S. 23-29). LH-München: Stadtkanzlei.
- Kleinemeier, E., Yagdiran, O., Censi, B. & Haasen, C. (2004). Psychische Störungen bei Türkischen Migranten. Inanspruchnahme einer Spezialambulanz. *Psychoneuro*, 30 (11), 628-632.
- Koch, E. (2005). Institutionelle Versorgung von psychisch kranken Migranten. In H.-J. Assion (Hrsg.), *Migration und seelische Gesundheit* (S. 167-186). Heidelberg: Springer.
- Kürsat-Ahlers, E. (1995). Migration als psychischer Prozess. In I. Attia (Hrsg.), *Multikulturelle Gesellschaft – Monokulturelle Psychologie? Antisemitismus und Rassismus in der psychosozialen Arbeit* (S. 157-171). Tübingen: DGVT.
- Leyer, E. M. (1991). *Migration, Kulturkonflikt und Krankheit: Zur Praxis der transkulturellen Psychiatrie*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Magg, B., Niemiec, B., Gavranidou, M. & Rosner, R. (2006). *Psychische Gesundheit und soziale Ressourcen von jugendlichen Flüchtlingen*. Vortrag gehalten auf der 8. Jahrestagung der DeGPT, 11.-14. Mai in Hannover. www.degpt.de/daten/Preisträger2006.pdf.
- Niemiec, B, Magg, B., Gavranidou, M. & Rosner, R. (2006). *Extremer Stress und psychische Gesundheit von jugendlichen Flüchtlingen*. Vortrag gehalten auf der 8. Jahrestagung der DeGPT, 11.-14. Mai in Hannover. www.degpt.de/daten/Preisträger2006.pdf.
- Pfeiffer, C. & Wetzels, P. (2000). *Junge Türken als Täter und Opfer von Gewalt*. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen. Forschungsbericht Nr. 81.
- Razum, O., Geiger, I., Zeeb, H. & Ronellenfitsch, U. (2004). Gesundheitsversorgung von Migranten. *Deutsches Ärzteblatt*, 101, 43, 2326-2330.
- Referat für Gesundheit und Umwelt (2007). *Interkulturelle Öffnung von Psychiatrischen Einrichtungen II. Dokumentation des Fachtags vom 11. November 2006 in München*. Landeshauptstadt München: Stadtkanzlei.
- Ross, T., Malanin, A. & Pfäfflin, F. (2004). Stressbelastung, Persönlichkeitsstörungen und Migration. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 25 (3), 345-363.
- Rosner, R. & Gavranidou, M. (2007). Kultursensitive Psychotherapie. In B. Strauß, F. Hohagen & F. Casper (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie* (S. 785-811). Göttingen: Hogrefe.
- Schouler-Ocak, M. (2000). Regelversorgungseinrichtung – Patientinnen türkischer Herkunft in der Institutsambulanz des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Hildesheim. In T. Heise & J. Shuler (Hrsg.), *Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland* (S. 81-89). Berlin: Wissenschaft und Bildung.
- Siefen, R. G. (2005). Psychische Entwicklungsrisiken bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund. In T. Borde & M. David (Hrsg.), *Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund* (S. 107-119). Frankfurt/a.M.: Mabuse-Verlag.
- Sluzki, C. E. (2001). Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In Th. Hegemann & R. Salmann (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie* (S. 101-115). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Sue, S. (1998). In search of cultural competence in psychotherapy and counseling. *American Psychologist*, 54, 1070-1077.
- Sue, D. W. & Sue, D. (1999). *Counseling the culturally different: Theory and practice* (3rd ed.). New York: Wiley.
- Statistisches Bundesamt (2005). *Leben in Deutschland. Haushalte, Familien und Gesundheit – Ergebnisse des Mikrozensus, 2005*. http://www.destatis.de/presse/deutsch/pk/2006/mikrozensus_2005i.pdf
- Tseng, W-S. (1999). Culture and Psychotherapy: Review and Practical Guidelines. *Transcultural Psychiatry*, 36 (2), 131-179.
- Ulrich, R.E. (1999). Grau oder bunt? Zuwanderungen und Deutschlands Bevölkerung im Jahre 2030. In M. David, T. Borde & H. Kantenich (Hrsg.), *Migration und Gesundheit* (S 17-32). Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag.

Dr. Maria Gavranidou

Dipl.-Psych., PP
Dachauer Str. 173
80636 München
Maria.Gavranidou@web.de

Barbara Abdallah-Steinkopff

Dipl.-Psych., PP
REFUGIO München
Mariahilfplatz 10
81541 München
Barbara.Abdallah-Steinkopff@refugio-muenchen.de

Behandlung von Cannabisstörungen – Eine Aufgabe für Psychotherapeuten in Deutschland

Eva Hoch, René Noack, Heike Rohrbacher, Jana Henker, Anja Pixa, Katrin Dittmer, Gerhard Bühringer, Hans-Ulrich Wittchen

Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Technische Universität Dresden

Zusammenfassung: Cannabis ist die am häufigsten konsumierte illegale Droge in Deutschland. Ihr Gebrauch hat während der letzten 15 Jahre zugenommen. Gut belegt ist ebenfalls ein starker Anstieg des Behandlungsbedarfs aufgrund von Cannabisstörungen (Cannabismissbrauch und -abhängigkeit) sowie assoziierten psychischen, physischen und sozialen Problemen. In den USA und in Australien wurden bereits Mitte der 90er Jahre erste Konzepte zur Behandlung von Cannabisstörungen entwickelt und evaluiert. Bei Erwachsenen haben sich Kurzinterventionen mit Motivationsförderung, kognitiv-behavioraler Therapie, psychosozialem Problemlösetraining und Kontingenzmanagement als wirksam erwiesen, bei Jugendlichen multidimensionale Familientherapie. In Europa besteht bis heute ein Mangel an vergleichbaren Therapien. Ein kognitiv-behaviorales Entwöhnungsprogramm wird aktuell an der Technischen Universität Dresden erprobt. Die Ergebnisse der „CANDIS“-Therapie sind viel versprechend und legen auch für die psychotherapeutische Praxis interessante Behandlungsoptionen nahe.

1. Cannabisstörungen in Deutschland: gesundheitspolitischer Stellenwert

Cannabis ist die in der westlichen Welt am häufigsten konsumierte illegale Droge. Die Zahlen der Europäischen Drogenbeobachtungsstelle belegen sehr eindrucksvoll, dass während der letzten 15 Jahre der Gebrauch von Haschisch und Marihuana in allen europäischen Ländern deutlich zugenommen hat (EMCDDA, 2006). In Deutschland haben ca. 12,5 Millionen Menschen Erfahrung mit Cannabis (Simon, David-Spickermann & Bartsch, 2005). Das ist jeder vierte Erwachsene bzw. jeder siebte Jugendliche. Aktuelle Befragungen liefern Hinweise darauf, dass der Probier- und Gelegenheitskonsum von Cannabis bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen nach einem Höchststand in den letzten Jahren wieder leicht zurückgehen könnte, die Zahl der regelmäßigen Konsumenten scheint jedoch weitgehend konstant zu bleiben (BZgA, 2007).

Die Frage, ob sich aus Cannabiskonsum ein Abhängigkeitssyndrom entwickeln kann, war unter Klinikern lange Zeit umstritten. Insbesondere körperliche Abhängigkeitssymptome, wie Toleranz und Entzugserscheinungen, wurden kontrovers diskutiert. Epidemiologische Studien zeigen, dass in Deutschland ca. 5% aller Cannabiskonsumenten und 29% aller starker Konsumenten ein klinisch relevantes Abhängigkeitssyndrom nach DSM-IV entwickeln (Wittchen et al., 2003). Mehr als 240.000 erwachsene Cannabiskonsumenten gelten nach diesen Kriterien als cannabisabhängig, 140.000 erfüllen die Kriterien für Cannabismissbrauch (Kraus & Augustin, 2001). Dies entspricht ca. 1% der deutschen Gesamtbevölkerung. Unter den jungen Erwachsenen (Alter: 18 bis 28 Jahre) liegt die Lebenszeitprävalenz der Cannabisabhängigkeit bei 2,2% (Perkonig et al., 2004). Insbesondere ein früher Konsumbeginn scheint die Wahrscheinlichkeit einer schnellen Abhängigkeitsentwicklung deutlich zu erhöhen (Chen et al., 2005). Empirisch ebenfalls gut belegt ist,

dass auch die körperlichen Leitsymptome einer Abhängigkeit, nämlich Toleranzentwicklung und Entzugssymptome, keineswegs selten ausgebildet sind (Nocon et al., 2006). Bemerkenswert ist, dass nicht nur Patienten mit Cannabismissbrauch oder -abhängigkeit, sondern auch Konsumenten ohne voll ausgeprägtes Diagnosebild unter klinisch relevanten Problemen leiden, die mit Cannabiskonsum assoziiert sind. Anhand der Daten der longitudinalen Bevölkerungsstudie EDSP konnte gezeigt werden, dass 14% (n=354) der regelmäßigen Cannabiskonsumenten mindestens ein Missbrauchs- oder Abhängigkeitskriterium erfüllten, inklusive physischer, mentaler, sozialer oder justizieller Probleme (Perkonig et al., 2004). Daraus lässt sich schlussfolgern, dass cannabisbedingte Probleme stärker verbreitet sind, als sich dies aus den reinen Abhängigkeitsraten schließen lässt.

2. Die Behandlungsnachfrage wegen Cannabisstörungen steigt

In den letzten 10 Jahren hat eine wachsende Zahl wissenschaftlicher Studien neurokognitive, psychische und soziale Auswirkungen für Jugendliche und junge Erwachsene durch regelmäßigen Cannabiskonsum untersucht. Eine aktuelle Expertise von Petersen und Thomasius (2007) fasst die Ergebnislage zusammen. Die Autoren belegen, dass Cannabiskonsum nicht nur zu Beeinträchtigungen im Bereich der Aufmerksamkeit, des Lernens und Gedächtnisses führen kann. Einbußen in schulischen Leistungen sind empirisch ebenso gut belegt, wie vorzeitige Schulab-

brüche. Insbesondere der Erstkonsum vor dem 15. Lebensjahr birgt viele spätere Gesundheitsrisiken (Fergusson et al., 2003). Eingebunden in den sozialen Kontext und die Familiendynamik der allgemeinen Suchtentwicklung ist neurobiologisch bedeutsam, dass körpereigene Cannabinoide (Endocannabinoide), deren Balance durch längeren Cannabiskonsum nachhaltig beeinträchtigt wird, offenbar eine wichtige Funktion bei der Hirnreifung besitzen (Bonnet & Scherbaum, 2005). Darüber hinaus zeigt sich, dass Cannabisstörungen mit einem erhöhten Risiko für Psychosen assoziiert sind, ebenso wie mit einer erhöhten Rate an Angststörungen, affektiven Störungen und somatoformen Störungen (Perkonig et al., 1999; Kandel, 1984; Dennis, Godley & Titus, 1999; Arendt & Munk-Jorgensen, 2004). Dass Cannabis auch zu Selbstheilungszwecken konsumiert wird und damit nicht nur Ursache, sondern auch Folge von psychischen Störungen sein kann („Selbstmedikationshypothese“), wird ebenfalls von Praktikern beobachtet und in klinischen Studien untersucht (Spencer, 2004). Insgesamt wird deutlich, dass es sich bei Cannabisstörungen nicht um ein einheitliches Beschwerdebild, sondern um eine heterogene Klientel mit einem vielfältigen psychischen und sozialen Symptomprofil handelt.

Nicht nur der problematische Cannabiskonsum, sondern auch dessen Behandlungsbedarf hat in den letzten 15 Jahren in allen europäischen Ländern deutlich zugenommen (EMCDDA, 2006, Simon & Sonntag, 2004). In Deutschland war im Zeitraum von 1994 bis 2005 eine Verzehnfachung

der Behandlungszahlen in der ambulanten Suchtkrankenhilfe wegen Cannabisproblemen zu verzeichnen (Strobl et al., 2006a). Die aktuellsten Daten zeigen, dass 30% aller ambulant betreuten Patienten die Kriterien für eine Cannabismissbrauchs- oder Abhängigkeitsdiagnose erfüllen. Auch im stationären Setting sind Cannabisprobleme, nach Alkohol-, Opiat- und polytoxem Substanzkonsum, die wichtigsten Anlässe für eine Behandlung (Strobl et al., 2006b). Obwohl die Behandlungsnachfrage bei Cannabisstörungen sichtbar angestiegen ist, scheint die deutsche Suchtkrankenhilfe nicht optimal auf die Versorgung von Cannabisstörungen vorbereitet zu sein. In einer Studie von Simon und Sonntag (2004) fühlten sich drei von vier befragten Mitarbeitern nicht ausreichend erfahren und kompetent, um Cannabisstörungen optimal zu behandeln. Leider existieren derzeit keine bundesweiten, repräsentativen Informationen über die Verbreitung und Behandlungszahlen von Cannabisstörungen außerhalb der Suchtkrankenhilfe. Naheliegender ist, dass aufgrund der hohen Komorbidität und des breiten Problemspektrums auch die Behandlungsnachfrage nach psychotherapeutischer Versorgung deutlich angestiegen ist. In der longitudinalen Bevölkerungsstudie EDSP in der N=3021 Jugendliche und junge Erwachsene u.a. zu ihrem Drogenkonsum befragt wurden, gaben 20% aller Probanden mit einer Cannabisabhängigkeit an, bereits einmal in therapeutischer Behandlung gewesen zu sein. Aber nur 11% derjenigen, die in entsprechenden Behandlungseinrichtungen waren, wurden auch wegen ihrer Cannabisabhängigkeit behandelt (Perkonig et

al., 2005). Aus dieser Untersuchung lässt sich die Frage ableiten, inwiefern die Cannabisproblematik von Psychotherapeuten überhaupt als solche erkannt und diagnostiziert wird. Schließlich wurde Cannabis, im Vergleich zu anderen illegalen Drogen, lange Zeit als harmlos eingestuft. In vielen Ländern gab es zudem (auch unter Therapeuten) die politische Bestrebung, Cannabiskonsum zu entkriminalisieren und zu legalisieren. Des Weiteren wird die Thematik der Substanzstörungen, insbesondere der Cannabisstörungen, noch heute in der Aus- und Weiterbildung der Kinder-, Jugend- und Erwachsenenpsychotherapeuten vernachlässigt. Dies könnte zu einer gewissen „Abneigung“ gegen die Behandlung dieser Klientel oder aber auch zu einer einseitigen Fokussierung auf die Behandlung der koexistenten psychischen Störung(en) beitragen. Obwohl die meisten Präventions-, Motivations-, Behandlungs- und Rückfallkonzepte von Psychologen entwickelt wurden, bleibt die Behandlung von Substanzstörungen ein von Psychotherapeuten wenig beachtetes und durchgeführtes Arbeitsfeld. Dieses wird hauptsächlich durch somatisch oder soziotherapeutisch arbeitende Kollegen bestritten.

3. Gibt es psychotherapeutische Behandlungsansätze bei Cannabisstörungen?

Während für Alkohol-, Nikotin- oder Opiatabhängige in den letzten 30 Jahren zahlreiche pharmakologische und psychothe-



psyprasoftware
Software für Psychologen

Psydea & Psydea IE Die Fragebogensoftware.

Schnell und einfach per PC:

- Diagnostik und Evaluation in Klinik und Praxis
- Datenerfassung in der sozialwissenschaftlichen Forschung

Alles in einem:

- Fragebogenerstellung
- Datenerhebung
- Datenauswertung
- Datendokumentation

Info & Demoversion: www.psyprasoftware.de – E-Mail: support@psyprasoftware.de

Steinerstr. 3-5 – D-53225 Bonn – Tel.: 0228 9612922 – Fax: 0228 9612921

therapeutische Interventionen entwickelt und sorgfältig in aufwendigen Evaluationsstudien auf ihre Effektivität überprüft wurden, besteht ein Mangel an entsprechenden Behandlungsansätzen für Cannabisstörungen. Die Literatur zur klinischen Therapiefor schung bei Cannabisstörungen ist noch jung. Anfang der 90er Jahre wurde damit begonnen, erste spezifische Therapiekonzepte für problematische Cannabiskonsumen ten zu entwickeln und entsprechende Wirksamkeitsstudien durchzuführen. Vor 1994 lag keine einzige veröffentlichte kontrollierte Studie zur Behandlung von Cannabisstörungen vor. Zwei wichtige Gründe für dieses Forschungsdefizit sind einerseits die sich erst Mitte der 90er Jahre abzeichnende Cannabisproblematik, andererseits die wissenschaftliche Kontroverse bezüglich des Cannabisabhängigkeitssyndroms, das lange Zeit als klinische Voraussetzung für Behandlungsbedürftigkeit gesehen wurde. Bisher wurden nur sehr wenige Psychotherapiestudien für erwachsene Patienten mit Cannabisstörungen durchgeführt (Budney et al., 2000; Copeland et al., 2001; 2003; Stephens et al., 1994; 2000; 2002; McRae, Budney & Brady, 2003). In diesen Studien wurden Kombinationen aus Motivationsförderung (MET), kognitiv-behavioraler Therapie (CBT), psychosozialem Problemlösen (PSP) sowie Kontingenzmanagement (CM) eingesetzt, die sich im Vergleich zu Wartekontrollgruppen als effektiv erwiesen. In sechs Studien wurde eine randomisierte Zuordnung von erwachsenen Patienten zu verschiedenen Behandlungsbedingungen vorgenommen und eine sorgfältige Effekt-determination mit Prä- und Postmessungen durchgeführt. In den USA wurde nachgewiesen, dass die multidimensionale Familientherapie für Kinder und Jugendliche mit Cannabisstörungen ein effektives Behandlungskonzept darstellt (Dennis et al., 2002). Einen Überblick über entsprechende Therapiestudien für Erwachsene, Kinder und Jugendliche geben Zimmermann und Kollegen (2004). Weitere überprüfte Ansätze sind präventive und Selbsthilfeprogramme sowie pharmakologische Interventionen. Alle bislang durchgeführten Studien beziehen sich allerdings ausschließlich auf amerikanische oder australische Behandlungspopulationen und -settings, ihre Ergebnisse lassen sich nicht ohne weiteres auf Deutschland übertragen.

4. „CANDIS“ – ein modulares Therapieprogramm für Cannabisstörungen

In Deutschland wurde erst in jüngster Zeit mit der Konzeption und empirischen Erprobung von Interventionen für problematische Cannabiskonsumen ten begonnen. Eines der ersten Programme wurde am Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der TU Dresden entwickelt und evaluiert¹: die modulare, kognitiv-behaviorale Therapie CANDIS. Sie besteht aus 10 Behandlungseinheiten und richtet sich gezielt auf das motivationale, psychische und soziale Problemprofil von älteren Jugendlichen (≥ 16 Jahre) und Erwachsenen mit Cannabismissbrauch und -abhängigkeit. Die Wirksamkeitsprüfung des Behandlungsprogramms CANDIS erfolgte im Rahmen eines randomisiert-kontrollierten Studiendesigns. Es wurden zwei parallele Versionen entwickelt: eine voll standardisierte Therapie (Standardized Treatment, ST) und eine gezielte standardisierte Therapie (Targeted Standardized Treatment, TST). Die standardisierte Behandlung integriert motivationssteigernde, kognitiv-verhaltenstherapeutische Komponenten sowie psychosoziales Problemlösen. Die gezielte, standardisierte Behandlung setzt sich inhaltlich aus denselben drei Modulen wie das ST-Programm zusammen, ist jedoch in der therapeutischen Vorgehensweise individuell auf das spezifische Problemprofil (Veränderungsmotivation, psychosoziale Probleme und Komorbidität) eines Patienten ausgerichtet. Die Effektivität beider Behandlungsprogramme sollte gegenüber einer Wartekontrollgruppe (Delayed Treatment Control, DTC; Wartezeit: 8 Wochen) belegt werden. Darüber hinaus sollte die Effektivität der standardisierten Therapie gegenüber der gezielten, standardisierten Therapie getestet werden, wobei eine Überlegenheit der TST-Gruppe erwartet wurde.

Das CANDIS-Therapieprogramm basiert auf verhaltenstheoretischen und neurobiologischen Grundlagen der Entwicklung und Aufrechterhaltung von Cannabisstörungen. In der ersten Therapiesitzung werden zunächst die diagnostischen Ergebnisse hinsichtlich einer Cannabisabhängigkeit ausführlich zurückgemeldet. Es werden die Wirkweise von Cannabis im Gehirn

erklärt und individuelle Mechanismen des Weges in die Abhängigkeit identifiziert. Zur Entwicklung bzw. Stärkung von Therapie- und Veränderungsmotivation werden in Sitzung zwei und drei die Vorteile des Konsums gegen die Vorteile einer Veränderung abgewogen und Ambivalenzen identifiziert bzw. disputiert. Außerdem erfolgt eine gezielte Selbstbeobachtung derzeitiger Konsummuster. In den Sitzungen vier, fünf und sechs soll eine Verhaltensänderung geplant und durchgeführt werden. Dazu werden Fertigkeiten eingeübt, die helfen sollen, den Cannabiskonsum zu beenden. Darunter fallen z.B. Strategien für den Umgang mit Situationen, die eine Rückfallgefahr bergen und Bewältigungstechniken, wenn das Verlangen zu konsumieren besonders stark ist. Weitere Inhalte sind der Aufbau von Alternativverhalten und das Einholen von sozialer Unterstützung. Im Rahmen eines Problemlösetrainings lernen Patienten schließlich, Probleme aus unterschiedlichen Lebensbereichen zu bewältigen. In den letzten beiden Therapiesitzungen werden komorbide Störungen und soziale Kompetenzen thematisiert. Vorliegende psychische Störungen werden zurückgemeldet, die Funktionalität des Cannabiskonsums in diesem Zusammenhang analysiert und Lösungs- bzw. weiterführende Behandlungsansätze aufgezeigt. In einem kurzen Training zum Aufbau sozialer Kompetenzen werden mittels Rollenspiel Strategien zum Ablehnen von Cannabisangeboten eingeübt. Charakteristisch für die CANDIS-Therapie sind zum einen die spezifischen Therapieinhalte, zum anderen die klar strukturierte Anleitung zur Veränderung und Behandlung der Cannabisproblematik. Die Therapie wurde im Rahmen der Evaluationsstudie von speziell trainierten Psychologen durchgeführt.

Von Januar bis Dezember 2006 wurden $n=159$ Interessenten aus dem Großraum Dresden für eine Teilnahme gescreent. Insgesamt 122 waren schließlich zu einer Behandlung bereit und wurden per Zufallsauslosung einer der drei Studienbedingungen zugeordnet (ST: $n=51$; TST: $n=39$; DTC: $n=32$). Vor Studienbeginn wurden die Teilnehmer in einem ca. 30minütigen

¹ Förderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF).

Box 1: Fallbeispiel

Mike ist 25 Jahre alt und studiert seit fünf Jahren Maschinenbau. Seit seinem 15. Lebensjahr konsumiert er täglich Cannabis. Anfangs rauchte er nur mit Freunden auf Partys gelegentlich einen Joint. Mit der Zeit wurde sein Konsum dann regelmäßiger. Insbesondere bei der Vorbereitung der Abiturprüfungen half ihm abends „das Tütchen“, sich von der anstrengenden Lernerei zu erholen, zu entspannen und einzuschlafen. Mike berichtet, dass er in dieser Zeit viel Ärger mit seinen Eltern hatte, die seinen Hanfanbau im Garten entdeckten. Nach Abitur und Zivildienst begann er sein Studium in der nahe gelegenen Universitätsstadt und gründete mit einem guten Kiffer-Freund eine Wohngemeinschaft. Dort wurden jeden Tag bis spät in die Nacht Computerspiele gespielt, Musik gehört, Videos angeschaut – und Bong (Wasserpfeife) geraucht. Ab und zu schaffte es Mike am nächsten Morgen seine Vorlesungen zu besuchen, meist kam er aber nicht aus dem Bett. Dann verbrachte er den Tag zu Hause und rauchte alleine vier bis fünf „Köpfe“ mit seiner Bong und meist noch ein bis zwei Joints. Sein Leben sei durch das Gras „entspannt“ und „voller Wohlgefühl“ gewesen, alle anderen Aktivitäten (auch Frauen!) waren unwichtig geworden. Leider habe er im Studium zunehmend Probleme bekommen. Es sei ihm schwer gefallen, sich zu konzentrieren und sich den Stoff zu merken. Da er das Lernen meist vor sich her geschoben habe, sei er nicht ausreichend vorbereitet gewesen und mittlerweile durch wirklich wichtige Prüfungen gefallen. Er stehe nun kurz vor der Exmatrikulation. Auch sei ihm vor kurzem wegen THC die Fahrerlaubnis entzogen worden. Wenn er versuche, seinen Cannabiskonsum einzuschränken, bemerke er nach ein bis zwei Wochen, dass er wieder genau so viel rauche, wie zuvor. Nach kurzer Zeit der Abstinenz sei er unruhig und habe enormes Verlangen nach Cannabis. Mike meldete sich bei der CANDIS-Studie an, um seinen Cannabiskonsum einmal grundsätzlich zu überdenken und um professionelle Hilfe bei dessen Veränderung zu erhalten.

Infogespräch über die Inhalte und Ziele der Studie aufgeklärt und um ihr Einverständnis zu einer Teilnahme gebeten. Anschließend erfolgte eine ausführliche Diagnostiksituation, in der die Patienten in einem standardisierten, computerisierten Interview (M-CIDI) zu einer Vielzahl von Merkmalen befragt wurden (soziobiographische Charakteristika, Konsum bzw. Abhängigkeit von Cannabis und anderen Substanzen, cannabisbedingte Probleme, Veränderungsmotivation, komorbide psychische Störungen etc.). Auch der Therapieverlauf wurde ausführlich sowohl durch Patienten, als auch durch Therapeuten dokumentiert (u.a. therapeutische Beziehung, Umsetzung der Therapieinhalte, Einschätzung der Veränderungsmotivation). Die wichtigsten primären Ergebnisvariablen waren: Abstinenzrate (Selbstaussagen, Urinscreenings), Häufigkeit des Cannabiskonsums, Abfall in den ASI-Werten (Addiction Severity Index, ASI) und die Haltequote. Der ASI diente zusätzlich zur Bildung des Allokationsalgorithmus in der TST-Gruppe. Sekundäre Ergebnisvariablen waren u.a.: Anzahl von „Ausrutschern“, Rückfallrate, Häufigkeit

des Konsums von legalen und anderen illegalen Drogen (Selbstaussagen, Urinscreenings), Abnahme in Anzahl und Schwere von psychischen Syndromen (CIDI). Um die Stabilität der Behandlungseffekte zu überprüfen, wurden die Teilnehmer drei und sechs Monate nach Therapieende zu einem Nachgespräch eingeladen und hinsichtlich der wichtigsten Ergebnisvariablen befragt.

Erste Studienergebnisse belegen eine hohe Akzeptanz der Therapie bei den überwiegend männlichen Teilnehmern, aber auch bei den behandelnden Therapeuten. Im Vergleich zu ähnlichen Studien aus anderen Ländern zeigte sich in der CANDIS-Studie eine gute Haltequote von knapp 70%. Etwa die Hälfte der Patienten war zum Abschluss der Therapie abstinent, weitere 30% reduzierten ihren Cannabiskonsum deutlich. Diese Effekte blieben auch in der 3-Monats-Katamnese stabil. Beide aktiven Therapiebedingungen zeigten sich hinsichtlich der Abstinenzraten gegenüber der Wartekontrollgruppe als überlegen. Eine statistisch signifikante Überlegenheit der

individualisierten Behandlungsbedingung gegenüber der standardisierten Therapie konnte nicht nachgewiesen werden.

5. Einige Anregungen für den Praktiker

1. Fragen Sie in der Anamnese nicht nur routinemäßig nach dem Konsum von Alkohol, Medikamenten und Tabak, sondern auch nach Cannabis.

2. Berichtet Ihr Patient über einen regelmäßigen oder sogar täglichen Gebrauch von Haschisch oder Marihuana, dann empfiehlt es sich, die diagnostischen Kriterien einer Cannabisstörung nach ICD-10 (F 12) zu überprüfen: Wenn innerhalb eines Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig erfüllt sind, gilt ein Konsument nach ICD-10 als abhängig (F 12.2):

- Craving (starker Wunsch/Zwang zu konsumieren),
- verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Konsums,
- Konsum mit dem Ziel Entzugssymptome zu mildern,
- Toleranz,
- Vernachlässigung anderer Interessen oder Aktivitäten,
- anhaltender Konsum trotz schädlicher Folgen,
- eingegengtes Verhaltensmuster im Umgang mit der Substanz,
- körperliches Entzugssyndrom.

3. Wenn der Konsum zu einer Gesundheitsschädigung führt (körperliche oder psychische Störung, z.B. eine depressive Episode), besteht ein schädlicher Gebrauch (F 12.1). Das typische Cannabisentzugssyndrom (F12.3) besteht aus: Craving, Appetitminderung, Schlafstörungen, Affektlabilität, Angst, Hyperalgesie, Schwitzen (vor allem nachts), allgemeiner Irritabilität und Reizbarkeit, bisweilen Aggressivität, innerer Unruhe und merkwürdigen Träumen.

4. Cannabisabhängigkeit kann ambulant im Rahmen einer Kurzzeittherapie behandelt werden. Als therapeutische Intervention empfiehlt sich eine Kombination aus Motivationsförderung, kognitiver Verhaltenstherapie und psychosozialem Problemlösen.

5. Eine qualifizierte stationäre Behandlung ist indiziert bei einem schweren Entzugssyndrom, einer schweren komorbiden psychischen Störung, Rückfallgefährdung oder Therapieresistenz sowie schweren Folgeschäden.

6. Wenn Sie die bestehende Cannabisstörung nicht selbst behandeln wollen oder können, nutzen Sie die Angebote des bestehenden Suchthilfesystems, der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und der medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung).

6. Anmerkung

Dieser Artikel wurde im Rahmen des Projektes „CANDIS – gezielte Therapie für Cannabisstörungen“ (Förderkennzeichen: 01 EB 0140) erstellt. Mitarbeiter der CANDIS-Studie waren oder sind: Prof. Dr. Gerhard Bühringer, Dipl. Psych. Katrin Dittmer, Dipl. Psych. Jana Henker, Dipl. Psych. Dr. Eva Hoch, Dipl. Stat. Dr. Michael Höfler, cand. Psych. Elisa Mendth, Dipl. Psych. René Nock, Dipl. Psych. Anja Pixa, Dipl. Math. Jens Siegert, cand. Psych. Judith Kohls, Dipl. Psych. Martin Rammrath, Dipl. Psych. Heike Rohrbacher, cand. Psych. Annett Poppitz, Dipl. Psych. Eleni Tzinzira, Dipl. Psych. Bettina Weigel, Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen, Dr. Petra Zimmermann. Die Studie ist Teil des Suchtforschungsverbundes ASAT (Allocating Substance Abuse Treatments to Patient Heterogeneity) (www.asat-verbund.de). Der Forschungsverbund wird im Rahmen des Programms „Forschungsverbünde für Suchtforschung“ vom Bundesministerium für Bildung und Forschung finanziell gefördert (01 EB 0140 – 0142).

Literatur

Arendt, M. & Munk-Jorgensen, P. (2004). Heavy cannabis users seeking treatment. Prevalence of psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 97-105.

Bonnet, U. & Scherbaum, N. (2005). Evidenzbasierte Behandlung der Cannabisabhängigkeit. *Deutsches Ärzteblatt*, 102, A 3334-3341.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). (2007). *Cannabiskon-*

sum der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland – Kurzbericht. www.bzga.de.

Budney, A.J., Higgins, S.T., Radonovich, K.J. & Novy, P.L. (2000). Adding voucher-based incentives to coping skills and motivational enhancement improves outcomes during treatment for marijuana dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (6), 1051-1061.

Chen, C.Y., O'Brien, M.S. & Freed, W., J. (2005). Who becomes cannabis dependent soon after onset of use? Epidemiological evidence from the United States: 2000-2001. *Drug and Alcohol Dependence*, 79, 11-22.

Copeland, J., Swift, W., Roffman, R. & Stephens, R. (2001). A randomised controlled trial of brief cognitive-behavioral interventions for cannabis use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21, 55-64.

Dennis, M., Titus, J. C., Diamond, G., Donaldson, J., Godley, S. H., Tims, F. M., Webb, C., Kaminer, Y., Babor, T., Roebuck, M. C., Godley, M. D., Hamilton, N., Little, H., Scott, C. K. & The C. Y. T. Steering Committee. (2002). The cannabis youth treatment (CYT) experiment: rationale, study design and analysis plans. *Addiction*, 97 (Suppl. 1), 16-34.

Dennis, M.L., Godley, S.H. & Titus, J. (1999). Co-occurring psychological distress and behavior problems among adolescents: Variations by age, gender, and level of care. *TIE Communique*, Fall, 5-8, 16.

Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.). (2007). *Drogen- und Suchtbericht: Mai 2007*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (2006). *Annual Report 2005. The State of the drugs problem in Europe*. Lisbon: EMCDDA.

European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (2005). *Annual Report 2004. The State of the drugs problem in Europe*. Lisbon: EMCDDA.

Fergusson, D.M., Horwood, L.J., Lynskey, M.T. & Madden, P.A. (2003). Early reactions to cannabis predict later dependence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 1033-9.

Kandel, D.B. (1984). Marijuana users in young adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 41 (2), 200-209.

McRae, A.L., Budney, A.J. & Brady, K.T. (2003). Treatment of marijuana dependence: a review of the literature. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24, 369-376.

Nocon, A., Wittchen, H.-U., Pfister, H., Zimmermann, P. & Lieb, R. (2006). Dependence symptoms in young cannabis users? A prospective epidemiological study. *Journal of Psychiatric Research*, 40 (5), 394-403.

Perkonig, A., Lieb, R., Höfler, M., Schuster, P., Sonntag, H. & Wittchen, H.-U. (1999). Patterns of cannabis use, abuse and dependence over time: Incidence, progression and stability in a sample of 1228 adolescents. *Addiction*, 94 (11), 1663-1678.

Perkonig, A., Pfister, H., Lieb, R., Bühringer, G. & Wittchen, H.-U. (2004). Problematischer Konsum illegaler Substanzen, Hilfesuchverhalten und Versorgungsangebote in einer Region. *Suchtmedizin*, 6 (1), 22-31.

Perkonig, A., Zimmermann, P., Fröhlich, C., Lieb, R. & Wittchen, H.-U. (2005). Course of cannabis use, abuse, and dependence and service use patterns: Results from a prospective community study. *Poster presented at the College on Problems of Drug Dependence, June 18-23, 2005*.

Petersen, K.U. & Thomasius, R. (2007). *Auswirkungen von Cannabiskonsum und -missbrauch – Eine Expertise zu gesundheitlichen und psychosozialen Folgen. Ein systematisches Review der international publizierten Studien von 1996 – 2006*. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Simon, R., David-Spickermann, M. & Bartsch, G. (2006). *Bericht des nationalen REITOX-Knotenpunktes an die EBDD*. München: IFT-Institut für Therapieforschung.

Simon, R. & Sonntag, D. (2004). *Cannabisbezogene Störungen: Umfang, Behandlungsbedarf und Behandlungsangebot in Deutschland*. München: IFT-Institut für Therapieforschung.

Sonntag, D., Bauer, C. & Hellwich, A.K. (2006). Deutsche Suchthilfestatistik

- 2005 für ambulante Einrichtungen. *Sucht*, 52, Sonderheft 1, 7-43.
- Spencer, C. (2004). Motives that maintain cannabis use among individuals with psychotic disorders. In: D. Castle & R. Murray (Eds.). *Marijuana and Madness*. Cambridge: University Press.
- Stephens, R.S., Babor, T.F., Kadden, R., Miller, M. & The Marijuana Treatment Project Research Group. (2002). The marijuana treatment project: rationale, design and participant characteristics. *Addiction*, 97 (Suppl.1), 109-124.
- Stephens, R.S., Roffman, R.A. & Curtin, L. (2000). Comparison of Extended versus brief treatments for marijuana use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 898-908.
- Stephens, R.S., Roffman, R.A. & Simpson E.E. (1994). Treating adult marijuana dependence: A Test of the relapse prevention model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62 (1), 92-99.
- Strobl, M., Klapper, J., Pelzel, K.-H., Bader, Zahn, H. & Lange, N. (2006a). *Suchthilfestatistik 2005 für Deutschland*. Tabellenband für die ambulante Suchtkrankenhilfe. www.suchthilfestatistik.de
- Strobl, M., Klapper, J., Pelzel, K.-H., Bader, Zahn, H. & Lange, N. (2006b). *Suchthilfestatistik 2005 für Deutschland*. Tabellenband für die stationäre Suchtkrankenhilfe. www.suchthilfestatistik.de
- Wittchen, H.-U., Sydow, K. von, Lieb, R., Zimmermann, P. & die Mitarbeiter der

- ANEPSA-Gruppe (2003). *Sonderbericht über den Projektverbund »Analytical Epidemiology of Substance Abuse« (ANEPSA)*. München: Max-Planck-Institut für Psychiatrie.
- Zimmermann, P., Mühlig, St., Sonntag, D., Bühringer, G. & Wittchen, H.-U. (2004). Review on psychotherapeutic interventions for cannabis disorders. *Sucht*, 50 (5), 334-342.

Dr. rer. nat. Eva Hoch

Leiterin der Projektgruppe CANDIS
Technische Universität Dresden
Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie
Chemnitzer Str. 46
01187 Dresden
hoch@psychologie.tu-dresden.de
www.candis-projekt.de



SIE SUCHEN

**qualifizierte Psychologische Psychotherapeuten,
haben einen KV-Sitz abzugeben oder
möchten eine Praxis übernehmen?**

Dann sind Sie im Psychotherapeutenjournal genau richtig! Mit einer Auflage von **34.500 Exemplaren** ist das Psychotherapeutenjournal die führende Zeitschrift für Psychologische Psychotherapeuten in Deutschland.

Für nähere Informationen wenden Sie sich direkt an Ihre Mediaberatung oder unter **www.ptv-anzeigen.de**

Claudia Kampmann-Schröder

Tel.: 0 62 21 / 43 70 72

Mail: anzeigen@psychotherapeutenjournal.de

Psychotherapeutenverlag, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH
Im Weiher 10, 69121 Heidelberg, Tel: 0 62 21/4 89-0

Das psychotherapeutische Gespräch



2008. 148 S.,
2 Abb. Kt
€ 19.95 /
CHF 33.90
ISBN 978-3-
456-84497-8

**Peter Müller / Herta Wetzig-Würth
Psychotherapeutische
Gespräche führen
Wege zu psychodynamisch
wirksamen Dialogen**

Psychotherapeutische Gesprächsführung kann man lernen. Aber wie finde ich Wege zur psychodynamischen Wirksamkeit? Dieses Buch gibt eine konkrete Anleitung zur Gesprächsführung bei psychogenen bzw. psychosomatischen Erkrankungen.



Mit einem
Vorwort von
Marvin R.
Goldfried.
3., vollst. überarb. Aufl. 2007.
278 S., 39 Abb.
Kt € 26.95 /
CHF 44.90
ISBN 978-3-
456-84187-8

**Franz Caspar
Beziehungen und
Probleme verstehen
Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse**

Wie lassen sich die vielen Details, die der Therapeut über seinen Patienten erfährt, zu einem sinnvollen Gesamtbild zusammenfügen? Die Plananalyse ist ein bewährter, therapieschulungsabhängiger Ansatz zum Erarbeiten individueller Fallkonzeptionen in der Psychotherapie.

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

HUBER



Das Spannungsverhältnis zwischen Dokumentationspflicht des Psychotherapeuten und Akteneinsichtsrecht des Patienten

Bernd Rasehorn

Rechtsanwalt und Justiziar der Psychotherapeutenkammer Bremen

Zusammenfassung: Das Bundesverfassungsgericht hat mit seiner Entscheidung vom 09.01.2006 ein Akteneinsichtsrecht in die persönlichen Aufzeichnungen des Psychotherapeuten¹ ermöglicht. Die durchaus detaillierte Begründung für die Einschränkung des Persönlichkeitsrechtes des Therapeuten an seinen persönlichen Aufzeichnungen erfordert eine Auseinandersetzung mit der Dokumentationspflicht des Therapeuten einerseits und dem Einsichtsrecht des Patienten andererseits. Der Beitrag stellt zunächst Bedeutung, Inhalt und Grenzen der Dokumentationspflicht und des Akteneinsichtsrechts dar und wertet hierfür die einschlägigen rechtlichen Regelungswerke aus. Eine knappe Analyse der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts erläutert deren mögliche zukünftige Bedeutung und Auswirkung auf die Berufstätigkeit der psychotherapeutischen Berufsträger.

I. Dokumentationspflicht

1. Bedeutung der Dokumentationspflicht des Therapeuten

Die Dokumentationspflicht ist eine Berufspflicht und echte vertragliche Nebenpflicht des Therapeuten aus dem Behandlungsvertrag. Sie stellt eine Grundlage für die Sicherheit des Patienten in der Behandlung dar. Sie dient der Therapiesicherung für den Patienten für die Behandlung auch durch Dritte, der Rechenschaftslegung für die spätere Nachvollziehbarkeit der therapeutischen Maßnahmen und der Beweissicherung in Haftungsfällen, berufsrechtlichen Verfahren oder Strafverfahren.

2. Welche Inhalte aus dem Behandlungsverhältnis sind zu dokumentieren?

Der Regelungsgehalt der Dokumentationspflicht lässt sich beispielhaft aus der Musterberufsordnung für Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, der Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Bremen oder dem Management-Handbuch für die psychotherapeutische Praxis wie folgt entnehmen:

a)

§ 9 Abs. 1 der Musterberufsordnung bestimmt, dass die psychotherapeutische Behandlung und Beratung zu dokumentieren ist, mindestens Datum, anamnestische Daten, Diagnosen, Fallkonzeptualisierungen, psychotherapeutische Maßnahmen und ggf. psychometrische Erhebungen.

b)

Die Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Bremen bestimmt in § 6 Abs. 1, dass die psychotherapeutische Tätigkeit angemessen zu dokumentieren ist. Eine Konkretisierung der zu dokumentierenden psychotherapeutischen Tätigkeit lässt sich aus dem in § 10 Abs. 2 bis 5 BO-PKHB normierten Sorgfaltspflichten für die psychotherapeutische Tätigkeit entnehmen wie folgt:

Abs. 2: Diagnostische Abklärung, anamnestische Erhebungen, Befundberichte Dritter, Indikationsstellung, Gesamtbehandlungsplan, Behandlungsziele, Information der Patienten, Honorarregelung, Sitzungsdauer und -frequenz, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, Ablauf und Dauer der Behandlung, Behandlungsrisiken.

Abs. 3: Aufklärung

Abs. 4: Ablehnung/Weiterleitung eines Auftrages, Beendigung der Therapie gegenüber Patienten verständlich machen.

Abs. 5: Besonders sorgfältige Prüfung der Übernahme einer parallelen oder nachfolgenden Behandlung einer Angehörigen oder eng privat und beruflich verbundenen Person.

c)

Im Management-Handbuch, Kapitel 640, Nr. 1, wird vertreten, dass alle therapie relevanten und therapiebezogenen Informationen wie Anamnese, Diagnose, sonstige erhebliche Befunde, therapeutische Anordnungen bzw. Hinweise im Rahmen der therapeutischen Aufklärung, unerwartete Zwischenfälle, Verweigerungen und Beschwerden des Patienten, therapeutische Maßnahmen mit deren wesentlichem Verlauf und Ergebnis zu dokumentieren sind.

d)

Die Bedeutung und das Gewicht der Dokumentationspflicht wird unterstrichen dadurch, dass auch die Heilberufsgesetze der Bundesländer in Konkretisierung der Pflicht zur gewissenhaften Berufsausübung die Dokumentationspflicht des Heilberufsträgers ausdrücklich normieren (vgl. §§ 27, 28 Bremisches Heilberufsgesetz) und auch § 57 Bundesmantelvertrag-Ärzte für Vertragsärzte und -psychotherapeuten eine gesonderte Regelung enthält.

¹ Der besseren Lesbarkeit wegen wird die männliche Form für Therapeut/in, Behandler/in und Patient/in benutzt.

Im Rahmen einer gewissenhaften Berufsausübung ist somit jeder Psychotherapeut gehalten, seine Behandlungstätigkeit entsprechend den Vorgaben der Berufsordnung seiner Landespsychotherapeutenkammer zu dokumentieren. Auf Grund der Bedeutung der Dokumentation für die Therapiesicherung, Rechenschaftslegung und Beweissicherung vertrete ich die Auffassung, dass eine vollständige und gewissenhafte Dokumentation sich beispielhaft an den in der Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Bremen normierten Sorgfaltspflichten orientieren sollte. Insbesondere dient dies auch der Qualitätssicherung der psychotherapeutischen Behandlung.

3. Art und Weise der Dokumentation

Mit Boemke/Gründel, den Autoren des entsprechenden Abschnitts im Management-Handbuch für die psychotherapeutische Praxis vertrete ich die Auffassung, dass eine duale Dokumentation angelegt werden sollte in Form einer objektivierten Verlaufsdokumentation und davon getrennter subjektiver persönlicher Aufzeichnungen des Therapeuten.

a)

Eine objektivierte Verlaufsdokumentation kann mittels Formularbögen für eine ökonomische Verlaufsdokumentation erfolgen, die von entsprechenden Fachverlagen bezogen werden können und beispielhaft wie folgt angelegt sind:

Auf dem Deckblatt werden die unmittelbaren Patientendaten und Behandlungsdaten notiert. Im Verlaufsbogen werden die fortlaufend nummerierten Therapiestunden durch Kurzbezeichnung des Inhaltes der Behandlungsstunde (ggf. mit Kürzeln zum Ankreuzen) und durch konzentrierte wichtige Verlaufsnotizen notiert. In einem Anamnesebogen werden die Anamnese und sonstige Erkenntnisse zur Biografie erfasst.

b)

Die gesonderten schriftlichen persönlichen Aufzeichnungen des Therapeuten erfolgen auf Beiblättern oder in einem gesonderten Heft oder Ordner zu persönlichen Gedanken, Vermutungen, Hypothesen, Selbstanalysen,

Gefühlen, Übertragungen, Gegenübertragungen, etc. des Therapeuten, die dessen informationellem Selbstbestimmungsrecht und Persönlichkeitsrecht unterliegen.

c)

Die Kommunikation mit Dritten, insbesondere Berichte an den Gutachter und deren Stellungnahmen, Befundberichte und Bescheinigungen an/von Drittbeteiligten, sonstige Korrespondenz mit den Patienten oder Dritten, Abrechnungskorrespondenz mit Kostenträgern, etc. ist als dritter Teil der Dokumentation bedeutsam und stellt einen weiteren Teil der objektivierten dokumentierten Daten der Behandlung dar.

d)

Soweit Psychotherapeuten ihre Dokumentationspflicht im wesentlichen durch die Erstellung persönlicher Aufzeichnungen erfüllen, könnte fraglich sein, ob das Fehlen einer objektivierten Verlaufsdokumentation einen Qualitätsmangel bei der gewissenhaften Berufsausübung darstellt. Zum einen kann darin ein Verstoß gegen die Berufsordnung gesehen werden, zum zweiten entstehen aber insbesondere Probleme, wenn Patienten Akteneinsicht in die Behandlungsunterlagen geltend machen und eine objektivierte Verlaufsdokumentation nicht vorgelegt werden kann. Dann besteht die Möglichkeit, allein die Berichte an den Gutachter als Dokumentation der Behandlung vorzulegen, was für eine vollständige und lückenlose Dokumentation der Behandlung nicht ausreichen dürfte. Oder es müssen die persönlichen Aufzeichnungen des Therapeuten herausgegeben bzw. in die Form zur Herausgabe an den Patienten gebracht werden. Konfliktfälle zwischen dem informationellen Selbstbestimmungsrecht und Persönlichkeitsrecht des Patienten und dem des Therapeuten werden damit vorprogrammiert.

4. Rechtsfolgen fehlerhafter Dokumentation

Zunächst ist zu betonen, dass eine fehlerhafte oder unterlassene Dokumentation zu Behandlungsfehlern in der Therapie führen kann, etwa wenn der Therapeut Behandlungsinhalte, -ziele oder -ergebnisse nicht ausreichend erinnert bzw. verfolgt und die Behandlung määndriert. Für den Therapeuten besteht bei Behandlungsfeh-

lern auf Grund fehlerhafter unterlassener Dokumentation eine erhebliche Haftungsgefahr. Die fehlerhafte oder unterlassene Dokumentation führt nämlich im Haftungsprozess regelmäßig zu Beweiserleichterungen oder zur Beweislastumkehr für den Patienten. Kann der Therapeut nämlich den behaupteten Verlauf und die therapeutischen Maßnahmen nicht ordnungsgemäß auf Grund der Dokumentation nachweisen, so hat der Therapeut gegenüber der Geltendmachung von Behandlungsfehlern nunmehr umgekehrt nachträglich eine fehlerfreie Behandlung zu beweisen, was bei „Aussage gegen Aussage“ schwierig werden kann. Nur die vollständige und gewissenhafte Dokumentation erlaubt dem Therapeuten den Nachweis, dass ein Behandlungsfehler nicht vorlag, so dass der Patient hierfür beweisbelastet bleibt und seinerseits bei „Aussage gegen Aussage“ die Beweislast trägt.

Sexualtherapeutische Fort- und Weiterbildung 2008 der Deutschen Gesellschaft für Sexuallforschung (Curriculum II) in Hamburg

4 Wochenendseminare zur Diagnostik, Beratung und Psychotherapie bei sexuellen Störungen
(mit themenzentrierter Selbsterfahrung)

Perversion/ Paraphilie
(14. 03. – 16.03. 2008)

Sexuelle Traumatisierung
(16. 05. – 18. 05. 2008)

Trans / Intersexualität und Geschlechtsidentitätsstörungen
(19.09.-21. 09.2008) und **Sexualberatung**
(05. 12. – 07. 12. 2008)

jeweils Freitag 15.00 – 18.30 Uhr,
Sa. 9.00 -18.00 und Sonntag
9.00 -13:00 Uhr Akkreditierung: Mindestens 44 Fortbildungseinheiten.
Anmeldeschluss: 01. 02. 2008
Weitere Informationen und Anmeldeformulare unter www.dgfs.info
(Aktuelle Fortbildungsangebote).

Schließlich kann eine fehlerhafte oder unterlassene Dokumentation einen Berufsrechtsverstoß gegen die Berufsordnung der jeweiligen Landespsychotherapeutenkammer darstellen und zu berufsrechtlichen Sanktionen führen; etwa wenn ein Patient im Rahmen eines behaupteten Behandlungsfehlers Akteneinsicht in die Behandlungsunterlagen begehrt und sodann bei der zuständigen Berufskammer Beschwerde wegen Dokumentationsmängeln erhebt. Zuletzt soll auch darauf hingewiesen werden, dass beispielsweise auch bei behaupteten Abstinenzverstößen gegen Therapeuten ggf. eine vollständige und gewissenhafte Dokumentation in strafrechtlichen Ermittlungsverfahren nach § 174c StGB (Sexueller Missbrauch unter Ausnutzung eines Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses) hilft, einen Entlastungsbeweis gegen Behauptungen des Patienten zu führen.

II. Akteneinsicht

1. Bedeutung des Einsichtsrechts des Patienten

Das Akteneinsichtsrecht gewährleistet das Selbstbestimmungsrecht und Persönlichkeitsrecht des Patienten, über die ihn betreffenden Daten informiert zu sein und die therapeutische Behandlung nachzuvollziehen (vgl. hierzu und zum Folgenden Stellpflug/Berns, Musterberufsordnung 1. Aufl. 2006, § 11 dort Rdnr.250ff. sowie Behnen u.a., Management-Handbuch für die psychotherapeutische Praxis, Kapitel 640 Ziff.2).

2. Welche Regelungen gelten für das Akteneinsichtsrecht des Patienten?

Das Akteneinsichtsrecht ist in den einschlägigen rechtlichen Regelungswerken sinngemäß gleichlautend wie folgt geregelt.

Das Einsichtsrecht besteht in die Behandlungsunterlagen und -aufzeichnungen der objektiven Verlaufsdokumentation. Die Akteneinsicht kann verweigert werden, wenn dieses den Patienten gesundheitlich gefährden würde. Eine Akteneinsicht in die subjektiven persönlichen Aufzeichnungen des Therapeuten kann verweigert

werden, wenn dieses dem Patienten, dem Therapeuten oder Dritten schaden würde. Einsichtsverweigerungen sind gegenüber dem Patienten zu begründen (vgl. § 11 Musterberufsordnung, § 8 Berufsordnung PKHB, siehe auch Management-Handbuch Kapitel 640 Ziff. 2).

3. Einschränkungen des Akteneinsichtsrechtes des Patienten

a) Einschränkung zum Schutz des Patienten

Eine Einsichtsverweigerung in die objektive Verlaufsdokumentation ist nur bei konkreter erheblicher gesundheitlicher Gefahr oder drohender selbstschädigender Handlungen auf Grund Wahrnehmung des Akteneinsichtsrechtes und Kenntnisnahme der Inhalte der Behandlungsunterlagen und -aufzeichnungen zulässig. Die Einsichtsverweigerung kann nicht pauschal verweigert werden, sondern ist substantiiert zu begründen. Unter Umständen ist die Akteneinsicht über dritte Therapeuten/Ärzte anzubieten. Auch das Begehren und die Wahrnehmung der Akteneinsicht oder der Konflikt darum sind vom Therapeuten angemessen zu dokumentieren. Man wird davon ausgehen müssen, dass in aller Regel dem Akteneinsichtsanspruch nachzugeben ist, weil nur schwer zu begründen sein dürfte, warum eine Einsicht konkrete erhebliche gesundheitliche Gefahren bewirkt, zumal wenn die Einsicht über dritte Therapeuten oder Ärzte anzubieten ist. Im Zweifel bzw. im Konfliktfall dürfte deshalb das Selbstbestimmungsrecht des Patienten die Akteneinsicht erzwingen mit der damit einhergehenden Eigenverantwortung für die Verarbeitung des Inhaltes. § 810 BGB gewährt ein entsprechendes einklagbares Akteneinsichtsrecht des Patienten.

b) Einschränkung zum Schutz Dritter

Von Dritten stammende Daten bzw. Angaben zu dem Behandlungsverhältnis des Patienten, etwa von Angehörigen, von Mitgliedern einer Gruppentherapie oder von sonstigen relevanten Drittbeteiligten, können zum Schutz der Drittbeteiligten vom Einsichtsrecht ausgenommen werden. Dies gilt insbesondere, wenn diese Daten der Schweigepflicht gegenüber Dritten unterliegen, etwa bei der Mitbehandlung von Angehörigen, bei Gruppentherapie etc. Dies gilt aber nicht für Stellungnahmen von Gutachtern, Befundberichten anderer Ärzte, Korrespondenz mit Sozialleistungsträgern, etc., weil deren Rechte in der Regel nicht betroffen sind und diesbezügliche Informationen regelmäßig zur objektiven Verlaufsdokumentation zählen; es sei denn für diese Informationen gilt auch die Einsichtsverweigerung zum Schutz des Patienten, wie vorstehend beschrieben. Soweit von Dritten stammende Daten bzw. Angaben in der Verlaufsdokumentation enthalten sind und deren Daten bzw. Angaben nicht mitgeteilt werden sollen, sind diese Daten auszusondern, abzudecken oder zu schwärzen.

hörigen, bei Gruppentherapie etc. Dies gilt aber nicht für Stellungnahmen von Gutachtern, Befundberichten anderer Ärzte, Korrespondenz mit Sozialleistungsträgern, etc., weil deren Rechte in der Regel nicht betroffen sind und diesbezügliche Informationen regelmäßig zur objektiven Verlaufsdokumentation zählen; es sei denn für diese Informationen gilt auch die Einsichtsverweigerung zum Schutz des Patienten, wie vorstehend beschrieben. Soweit von Dritten stammende Daten bzw. Angaben in der Verlaufsdokumentation enthalten sind und deren Daten bzw. Angaben nicht mitgeteilt werden sollen, sind diese Daten auszusondern, abzudecken oder zu schwärzen.

c) Einschränkung zum Schutz des Therapeuten

Die subjektiven persönlichen Aufzeichnungen des Therapeuten enthalten regelmäßig aus der Interaktion mit dem Patienten stammende Daten betreffend das eigene informationelle Selbstbestimmungsrecht und Persönlichkeitsrecht des Therapeuten. Dies rechtfertigt die Einschränkung des Einsichtsrechtes des Patienten in die Daten des Therapeuten. Soweit der Therapeut keine Bedenken in die Einsicht in seine persönlichen Aufzeichnungen hat, können diese auch zugänglich gemacht werden. Hat der Therapeut keine objektive Verlaufsdokumentation durchgeführt, sondern allein in die persönlichen Aufzeichnungen entsprechende objektive Daten mehr oder weniger gewissenhaft integriert, bestehen erhebliche Bedenken, wenn der Therapeut sich auf eine Einsichtsverweigerung zu seinem Schutze beruft. Hier dürfte der Therapeut etwa verpflichtet sein, eine Rekonstruktion einer objektiven Verlaufsdokumentation aus seinen persönlichen Aufzeichnungen oder die persönlichen Aufzeichnungen ggf. unter Aussonderung/Abdeckung/Schwärzung geheimhaltungsberechtigter Daten vorzulegen.

4. Art und Weise der Akteneinsicht

Der Patient kann die Akteneinsicht in den Praxisräumen des Therapeuten nehmen oder Kopien der Behandlungsunterlagen und -aufzeichnungen auf eigene Kosten erbitten. Einsichtsberechtigt ist der Patient selbst oder ein bevollmächtigter Dritter (z.B.

Familienangehörige oder Rechtsanwalt) mit Vorlage einer schriftlichen Vollmacht. Nach dem Tod des Patienten können Erben trotz fortgeltender Schweigepflicht des Therapeuten nur bei schutzwürdigem rechtlichen Interesse und bei unterstellter mutmaßlicher Entbindung des Therapeuten von der Schweigepflicht durch den Verstorbenen ein Akteneinsichtsrecht bezogen auf konkrete Vermögensinteressen geltend machen – z.B. zur Prüfung der Testierfähigkeit bzw. Geschäftsfähigkeit des Verstorbenen – vgl. BGH NJW 1984, 2893 und Palandt, BGB-Kommentar, § 2358 Rdnr. 5.

III. Bundesverfassungsgericht ermöglicht Akteneinsichtsrecht in die persönlichen Aufzeichnungen des Therapeuten

1. Die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 9. Januar 2006, AZ. 2 BvR 443/02, abgedruckt in NJW 2006, 1116

Das Bundesverfassungsgericht hatte über das Akteneinsichtsverlangen eines im Maßregelvollzug untergebrachten Straffälligen zu entscheiden, der durch Einsichtnahme in die ihn betreffenden Behandlungsunterlagen und -aufzeichnungen, insbesondere auch die persönlichen Aufzeichnungen des Therapeuten, sein Selbstbestimmungsrecht und Persönlichkeitsrecht wahrnehmen wollte, insbesondere weil sich aus der Krankenakte Rückschlüsse auf die Bewertung seines Verhaltens für Vollzugs- und Vollstreckungsentscheidungen und damit für seine Freiheit ergäben. Auf Grund folgender Erwägungen hält das Bundesverfassungsgericht ein Akteneinsichtsrecht des Betroffenen auch in die persönlichen Aufzeichnungen des Therapeuten für möglich.

a)

Das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung gewährleistet die Befugnis des Patienten, über die Preisgabe und Verwendung seiner persönlichen Daten selbst zu bestimmen. Der Patient hat Anspruch auf eine begründete und nachvollziehbare Abwägung zwischen seinem

grundsätzlichen Einsichtsrecht und dessen Einschränkung unter Berücksichtigung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes. Bei der Abwägung kommt dem Informationsinteresse des Patienten erhebliches Gewicht zu, da ärztliche Krankenunterlagen mit Angaben über Anamnese, Diagnose und Therapie den Patienten unmittelbar in seiner Privatsphäre betreffen.

b)

Die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes zur Einschränkung des Einsichtsrechtes auf objektive Befunde und zum therapeutischen Vorbehalt gegen ein Einsichtsrecht bietet keine ausreichend verfassungsrechtlich tragfähige Grundlage mehr und bedarf der Weiterentwicklung zur (stärkeren) Gewichtung der Persönlichkeitsrechte des Patienten.

c)

Während bei privatrechtlichen Behandlungsverhältnissen für den Patienten freie Arztwahl besteht und der Patient durch Beendigung des Behandlungsverhältnisses sein Selbstbestimmungsrecht ausüben kann, besteht bei dem entschiedenen Fall ein vollzugsrechtliches Behandlungsverhältnis ohne Selbstbestimmungsrecht des Patienten über die Therapeutenwahl und das Behandlungsverhältnis selbst. Dies rechtfertigt, das Persönlichkeitsrecht des Patienten stärker zu gewichten.

d)

Im Maßregelvollzug sind Akteneinträge in den Krankenakten wesentlicher Teil der Tatsachengrundlage für Vollzugs- und Vollstreckungsentscheidungen und damit für die Freiheit des Untergebrachten. Es besteht daher ein erhebliches verfassungsrechtliches Gewicht des Akteneinsichtsrechtes des im Vollzug Untergebrachten, das das Selbstbestimmungsrecht und das Persönlichkeitsrecht des Therapeuten zum Schutz seiner persönlichen Aufzeichnungen überwiegen kann.

2. Geringerer Schutz der persönlichen Aufzeichnungen des Therapeuten?

Das Bundesverfassungsgericht begründet durchaus recht detailliert, warum persön-

igw

Anerkannter Fortbildungsveranstalter

Weiterbildung in Gestalttherapie

Fortbildung in Gestalttherapie (2 Jahre)
Anerkannt von PTK-Bayern

Ausbildung in Gestalttherapie (3/4 Jahre)
Schwerpunkt Gestaltorientierte Beratung
Ausbildung in Gestalttherapie (4/5 Jahre)
Schwerpunkt Klinische Gestaltpsychotherapie

Neue Ausbildungsgruppen in München, Nürnberg, Freiburg, Zürich, Frankfurt/M, Wien, Zagreb

GestaltAkademie

Fortbildungen und klinische Seminare.

- Systemisches GestaltCoaching
- Gestalt Kinder- und Jugendlichentherapie
- Beziehungen in der Schule G E S T A L T en
- Gestalttherapie in der Arbeit mit Suchtkranken
- Einführung in das systemische Denken
- Umgang mit Trennung und Abschied

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

BerlinerFortbildungsAkademie für Psychotherapie

Fachkundenachweis VT für approbierte PsychotherapeutInnen

Ziel:

- Eintragung ins Arztregister
- Zugang zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung (Kassenzulassung)

Format:

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

Mit dem Nachweis der Approbation entfällt das 'psychiatrische Jahr'.

Gebühr:

Euro 9.800,- zuzüglich Supervision. Die Refinanzierung kann z.T. über die Vergütung der Behandlungsstunden innerhalb der Ambulanz der BFA erfolgen.

Start: 19. Januar 2008

Telefon / Fax: 030 797 03 982/84
email: b-f-a@t-online.de, www.b-f-a.de

Die Berliner FortbildungsAkademie ist eine staatlich anerkannte Ausbildungsstätte für Psychotherapie.

liche Aufzeichnungen des Therapeuten einen geringeren Schutz genießen könnten wie folgt.

- Die persönlichen Aufzeichnungen des Therapeuten sind nicht notwendigerweise durchweg von der Art, dass sie Einblick in die Persönlichkeit des Therapeuten geben und ihre Offenlegung daher dessen Persönlichkeitsrecht berühren könnte.
- Die Dokumentationen in der Krankenakte, auch im psychiatrischen Bereich und erst recht im Maßregelvollzug, gehören nicht zum absolut geschützten Privatbereich des Behandlers, sondern sie richten sich ihrer Funktion nach von vornherein auch an Dritte, da sie jedenfalls auch zur Nutzung durch mit- oder nachbehandelnde Therapeuten bestimmt sind.
- Selbst bei persönlichen Aufzeichnungen ausschließlich für den Therapeuten können Persönlichkeitsrechte des Therapeuten dadurch geschützt werden, dass dieser die Dokumentation in den Akten so beschränkt, dass eine Beeinträchtigung eigener oder fremder Belange nicht eintritt.
- Eine günstige Rückwirkung vollständigen Informationszuganges des Patienten auf das Dokumentationsverhalten des Therapeuten kann darin liegen, dass eine sorgfältigere Erfüllung der Dokumentationspflichten erfolgt, dass diejenigen Pflichten, deren Erfüllung zu dokumentieren ist, sorgfältiger beachtet werden, und dass auf die Dokumentation besonders subjektiv und emotional geprägter Beurteilungen des Patientenverhaltens verzichtet wird.
- Soweit auf Grund des Persönlichkeitsrechtes des Therapeuten die Zurückhaltung bestimmter Informationen unabdingbar ist, besteht die Möglichkeit der Aussonderung, Abdeckung oder Schwärzung dieser Informationen bei Akteneinsicht in die persönlichen Aufzeichnungen des Therapeuten.

3. Würdigung der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts

Noch mit einer Entscheidung vom 16.09.1998, abgedruckt in NJW 1999, 1777 hatte das Bundesverfassungsgericht die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes zur Beschränkung des Akteneinsichtsrechtes auf die objektiven Daten bzw. aufgrund therapeutischen Vorbehalts als verfassungsrechtlich unbedenklich gestützt. Mit der jetzt vorliegenden Entscheidung liegt dagegen eine Weiterentwicklung der Rechtsprechung zum Akteneinsichtsrecht des Patienten ggf. auch in die persönlichen Aufzeichnungen des Therapeuten vor. Zwar ist die Entscheidung zunächst beschränkt ergangen bezogen auf ein vollzugsrechtliches Behandlungsverhältnis, aber das Bundesverfassungsgericht spricht in seiner Entscheidung auch Parallelen zu Behandlungsverhältnissen in der Psychiatrie an. Auch können die vorbezeichneten Gründe für eine geringere Gewichtung des Schutzes der persönlichen Aufzeichnungen des Therapeuten gegenüber dem Einsichtsrecht des Patienten auch auf privatrechtliche Behandlungsverhältnisse in der Psychiatrie wie auch in der Krankenversorgung durch niedergelassene Psychotherapeuten Anwendung finden. Allerdings wird man – wenn schon ggf. nicht mehr durchgreifend bei der objektiven Verlaufsdokumentation – insbesondere bei den persönlichen Aufzeichnungen des Therapeuten prüfen müssen, ob therapeutische Vorbehalte bestehen und Vorrang haben.

Es bleibt abzuwarten, welche Auswirkungen sich aus der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts auf die Rechtsprechung der Fachgerichte, die Diskussion der Fachöffentlichkeit und das Berufsverständnis und -recht der psychotherapeutischen Berufe ergeben. Hierzu noch zwei Anmerkungen: Seit 2005/2006 ist als eine anerkannte Spezialisierung für Rechtsanwälte der Fachanwalt für Medizinrecht etabliert worden, der die

professionelle und spezialisierte Vertretung von Patienteninteressen weiter voranbringen und zuspitzen dürfte auch gegenüber ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Behandlern bei geltend gemachten Behandlungsfehlern. Zudem erweist sich die Rechtsprechung in der BRD durchaus zunehmend als verbraucherfreundlich (vgl. Kontrolle von Vertragsstörungen und -ungleichgewichten z.B. im Wohnungsmietrecht oder Energieversorgungsrecht), wovon auch Patienten als Verbraucher von Gesundheitsdienstleistungen zukünftig profitieren könnten.

Psychotherapeutische Berufsträger sollten sich hiernach bewusst machen, wie sie die Erfüllung ihrer Pflichten aus dem Behandlungsverhältnis gewissenhaft dokumentieren, eine vorzeigbare objektive Verlaufsdokumentation schaffen und ihre persönlichen Aufzeichnungen angepasst gestalten.

Bernd Rasehorn

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



Zur Diskussion

Entwicklungsdynamik psychotherapeutischer Kompetenzen

Michael B. Buchholz

Zusammenfassung: Wissenschaftstheoretische Positionen von Michael Polanyi machen eine Rehabilitierung des Impliziten Wissens für die Erörterung therapeutischer Kompetenz möglich. Die philosophischen Positionen von Hans Blumenberg gestatten, das Unbewusste als unbegriffliche Basis der therapeutischen Kompetenz auszuweisen. In die gleiche Richtung weisen Entwicklungen der cognitive science. Therapeutische Kompetenz muss demnach in Stufenmodellen konzeptualisiert werden. Dafür wird auf mehrere empirische Arbeiten, insbesondere auf die von Orlinsky und Ronnestad verwiesen.¹

Kleiner Einstieg

Wir wissen immer mehr, als wir zu sagen wissen. Dafür gibt es Beispiele nicht nur aus der Supervisionspraxis. Der Wissenschaftstheoretiker Alan Musgrave schilderte 1993 in seinem Buch „Alltagswissen, Wissenschaft und Skeptizismus“ ein drolliges Beispiel. Hühnerzüchter wollen um des Eierlegens willen nur Hennen aufziehen. Küken müssen deshalb im Alter von einem Tag entsprechend sortiert werden, aber die Untersuchung durch einen Tierarzt wäre nicht nur teuer, sondern v.a. zeitaufwendig. Es hat sich nun herausgestellt, dass es bestimmte Leute gibt, die auf Anhieb sagen können, ob es sich um ein männliches oder um ein weibliches Küken handelt. Meist sind das Frauen, aber nicht nur. Alle möglichen Untersuchungen haben bislang nicht heraus gebracht, wie sie das machen und auch sie selbst können es nicht sagen. Aber es klappt.

Gleich noch ein ganz anderes Beispiel. Georgios Dontas ist Präsident der Archäologischen Gesellschaft in Athen. Er erhielt im Juni 2005 vom Getty-Museum in Los Angeles eine Statuette mit der Mitteilung, die monatelangen High-Tech-Untersuchungen, u.a. mit dem Elektronenmikroskop, hätten ergeben, dass diese Marmor-Statuette als echt und als einige tausend Jahre alt zu qualifizieren sei. Aber als er die Statuette

beim ersten Mal erblickte, habe er ein Gefühl gehabt, als sei „eine Glasscheibe zwischen mir und dem Werk“. Andere hinzugezogene Kunstexperten fühlten nur, dass etwas „faul“ sei, ohne ihr Unbehagen begründen zu können. Erneute Untersuchungen der Statuette, für die ein Kunsthändler 10 Millionen Dollar verlangt hatte, erwiesen sie schließlich als Fälschung. Innerhalb von wenigen Sekunden war der Kenner zu einem richtigen Urteil gelangt (Klappacher, 2006, S. 50f.).

Beispiele dieser Art werden gerne erzählt, um den Wert der geheimnisvollen Intuition spektakulär zu unterstreichen². Damit stellt man die Intuition *neben* andere Wissenszugänge und verrätstelt sie zugleich. Und wir wollen nicht übersehen, dass die Intuition sich ja nur deshalb als wahr heraus gestellt hat, weil sie überprüft werden konnte. Aber es gibt Beispiele, die mehr illustrieren, etwas, was der verstorbene Chemiker und Philosoph Michael Polanyi als „Personal Knowledge“ (1958/62) bezeichnete. Die Entdeckung der Relativitätstheorie wird in Lehrbüchern der Physik so dargestellt, dass Einstein 1905 von den Michelson-Morley-Experimenten und deren negativem Ausgang erfahren und die entsprechenden Schlüsse gezogen habe. Diese Experimente basierten auf der Idee, dass die Lichtgeschwindigkeit für einen

terrestrischen Beobachter immer die gleiche sein müsse, egal in welche Richtung das Licht versandt würde. Das war deshalb überraschend, weil man ja annehmen musste, dass es doch immerhin kleine Differenzen gäbe in jener Richtung, in die die Erde sich dreht. Hier hätte sich ein Beobachter ja mitbewegt und folglich hätte die Lichtgeschwindigkeit langsamer sein müssen. Die Ergebnisse des Experiments widersprachen jedoch diesen Erwartungen. Die Geschichte wird so erzählt, dass Einstein vom Scheitern dieses Experiments gelesen habe und daraufhin seine neue Konzeption von Zeit und Raum mit der Lichtgeschwindigkeit als einer Konstanten konzipiert hätte. „But the historical facts are different“, schreibt Polanyi (S. 10) mit Genugtuung. Denn Einstein hatte, wie man seiner Autobiographie sowie weiteren Zeugenberichten entnehmen kann, über diese Frage bereits als 16jähriger gegrübelt. Intuitiv, schreibt er dort, sei ihm klar gewesen, dass die Dinge so verlaufen müssten, wie es erst viele Jahre später das Experiment gezeigt habe. Anders als bei der Intuition, die sich *in actu* und *in Echtzeit* gegenüber einem Problem vollziehen muss, hatte er

1 Überarbeitete Fassung eines Vortrags beim dritten Berliner Psychotherapeutentag am 1. September 2007.

2 Das interessante Buch von Gigerenzer (2007), Direktor des Berliner Max-Planck-Institutes für Bildungsforschung in Berlin, enthält eine Fülle von Beispielen. Seine Rehabilitation des Unbewussten in der Kognitiven Psychologie freut mich als Mit-Herausgeber (neben Günter Götter) eines dreibändigen Werkes über „Das Unbewusste“ besonders auch deshalb, weil er mit Begriffen wie „Der unbewusste Schluss“ (S. 105) dem Unbewussten damit kognitive Fähigkeiten zuspricht, wie Freud das in der „Traumdeutung“ begann, als er davon sprach, dass das Träumen eine Form des Denkens sei. Vgl. Buchholz (2005 a und b).

„personal knowledge“ über einen erst sehr viel später experimentell geprüften Sachverhalt.

Es gibt ein Wissen außerhalb des wissenschaftlich Geprüften. Polanyi hält es für einen ausgemachten Irrtum zu meinen, dass Wissenschaft v.a. in der Prüfung von Aussagen besteht. Für ihn ist der weit wichtigere Schritt die Entdeckung eines interessanten Problems, die sich immer aus persönlichem Wissen ergibt. So sieht es auch der Chemiker Theodore L. Brown (2003). Auch Freud hatte schon seinen Abitursaufsatz über das Drama des Ödipus geschrieben. Von vielen weiteren Geistesgrößen wissen wir, dass sie ihr Lebenswerk darauf ausrichteten, Beweise für frühe Intuitionen zu finden. „Personal knowledge“ motiviert die Arbeit der Wissenschaft mehr, als in Poppers Falsifikationismus Platz hat³.

Der Zugang zur Welt, der hier anvisiert ist, liegt vor dem Experiment. Er ist primär in dem Sinne, dass einer ihn haben muss, bevor er überhaupt Experimente sich ausdenken kann. Das hatte Freud in einem Brief aus dem Jahre 1911 hellsichtig formuliert, als er meinte, „dass ich gar nicht für den induktiven Forscher organisiert bin, bin ganz aufs Intuitive angelegt, und dass ich mir eine außerordentliche Zucht angetan habe, als ich mich an die Feststellung der rein empirisch auffindbaren Psychoanalyse machte“ (Freud an Jung, 17.12.1911). Die Beschränkung des Wissbaren auf das Sichtbare oder sichtbar zu Machende habe unser Denken verwüstet. Polanyi rückt den Popper'schen Falsifikationismus zu recht, wenn er darauf hinweist, dass Wissenschaftler nicht etwa danach *streben*, ihre Theorien zu falsifizieren; sie streben vielmehr danach, sie zu belegen und sind bereit, wenn redlich, Widerlegungen zu *riskieren*. Wissenschaftler haben metaphysische Überzeugungen, sie *glauben* bestimmte Dinge auch dann, wenn sie nicht oder noch nicht bewiesen sind.

Solche Weltzugänge zeichnete der 1996 verstorbene Philosoph Hans Blumenberg als *unbegrifflich* aus. Sie sind *Grundlage* des wissenschaftlich-begrifflichen Wissens, nicht also etwa dessen Steigerung. Es gibt demnach eine Reihenfolge der Entwicklungsdynamik von der Unbegrifflichkeit

zum Begriff. Hier, bei der Unbegrifflichkeit, wären psychotherapeutische Kompetenzen wohl in allererster Linie zu verorten. Dazu will ich einleitend einige Bemerkungen machen, die auf Blumenberg und Michael Polanyi beruhen; dann will ich eine empirische Studie referieren, die, obwohl philosophisch ohne Ehrgeiz, solche Ideen für die Entwicklung psychotherapeutischer Kompetenzen empirisch bestens belegt hat und schließlich Überlegungen einstreuen, was das alles für die Ausbildung von Psychotherapeuten bedeuten könnte.

Unbegrifflichkeit und implizites Wissen

Der 1891 in Berlin geborene Michael Polanyi⁴, 1933 als Folge der Bedrohung durch die Nazis nach England geflohen, dort Professor der Chemie in Manchester, wechselt, nachdem er mehr als 200 naturwissenschaftliche Arbeiten in der Nähe des Nobelpreises veröffentlichte, in seiner zweiten Lebenshälfte auf den für ihn eingerichteten Lehrstuhl für „social studies“, ebenfalls in Manchester, wo er, freigestellt von allen Lehrverpflichtungen, seine Arbeiten über die Rolle des impliziten Wissens systematisch weiter zu entfalten beginnt. Leser des Säuglingsforschers Daniel Stern (2004) können sofort Verbindungen erkennen. Stern spricht vom „impliziten Beziehungswissen“ als einer empfindlichen Dimension menschlicher Bezogenheit, etwa zwischen Mutter und Säugling. Polanyi hatte das implizite Wissen vor Stern beschrieben und nicht auf menschliche Beziehungen beschränkt, wohl aber das Implizite dort auch gesehen.

Polanyi ist ein für unsere Thematik interessanter Autor, weil er von der harten Naturwissenschaft über erkenntnistheoretische Themen bei Grundfragen einer philosophischen Anthropologie und Psychologie ankommt. Für ihn ist Wissenschaft etwas, das nicht durch Regeln (des logischen Schließens oder der Falsifikation etwa) zu verstehen ist, sondern durch einen letztlich nur metaphysisch verstehbaren Glauben an die Existenz einer Wahrheit; Polanyi ist überzeugter Realist und könnte es als ein durch die harte Schule des naturwissenschaftlichen Labors gegangener Wissenschaftler gar nicht anders sein. Aber

reiner Empirismus, bloße Ansammlung von Daten scheint ihm selbst im Labor sinnlos, wenn nicht ein Forscher dabei ist, der Muster oder Gestalten zu erkennen in der Lage wäre. Ohne das, was Kant Urteilskraft genannt hatte, könnten Daten nicht in Ordnungen gebracht, Gestalten nicht wahrgenommen und Muster nicht mit anderen Mustern verglichen werden. Wissenschaftstheorie ist für ihn deshalb v.a. als Wissenschaftspsychologie zu betreiben. Interessanterweise erläutert Polanyi das am berühmten Menon-Paradox aus dem Gespräch des Sokrates mit jenem Menon. Sokrates erläutert dem verblüfften Schüler, wie der Mensch denn etwas entdecke? Wenn er es schon weiß, dann sucht er es nicht, denn er kennt es ja schon. Wenn er aber gar nichts davon weiß, dann weiß er auch nicht, worauf er seine Suche richten soll und entdeckt es auch nicht, selbst wenn er es vor der Nase hätte. Und Polanyi fügt hier an:

„Aber wie kann man ein Problem erkennen, ein beliebiges Problem, ganz zu schweigen von einem guten und originellen? Denn ein Problem sehen heißt: etwas Verborgenes sehen. Es bedeutet, die Ahnung eines Zusammenhangs bislang unbegriffener Einzelheiten zu haben“ (Polanyi, 1985, S. 28).

Und diese Ahnung bezeichnet Polanyi als implizites Wissen. Man muss – eben wie Einstein oder Freud oder der Archäologe oder die Hühnerzüchter – etwas schon

3 „Objectivism has totally falsified our conception of truth, by exalting what we can know and prove, while covering up with ambiguous utterances all that we know and cannot prove, even though the latter knowledge underlies, and must ultimately set it seals to, all that we can prove. In trying to restrict our minds to the few things that are demonstrable, and therefore explicitly dubitable, it has overlooked the a-critical choices which determine the whole being of our minds and has rendered us incapable of acknowledging these vital choices“ (Polanyi, 1958/62, S. 286).

4 Über dessen Biographie und Philosophie informieren Scott und Moleski (2005) sowie M. T. Mitchell (2006).

wissen, damit man es auch „sehen“ kann⁵. Das macht verständlich, wie wir neuen Situationen begegnen und sie *als* neu erkennen, obwohl wir sie auf der Grundlage eines alten, schon verfügbaren Wissens bewältigen.

Nichts anderes beschreibt das Konzept der *Übertragung*⁶. Der neue Gesprächspartner, eine Therapeutin oder ein Therapeut, wird als fremd und neu erlebt, aber auf der Grundlage schon verfügbaren Wissens und Erlebens wird das bewältigt. Deutlich wird die therapeutische Situation beschrieben: eine Entdeckung machen, von der ein uns aufsuchender Mensch noch nicht einmal eine Ahnung hat. Wegen der genau er aber kommt – obwohl er das nicht *sagen* könnte! Eine Entdeckung, die ein Therapeut aber auch noch nicht wissen, sondern allenfalls ahnen kann und die wir verhindern, wenn wir mit *zuviel* Theorie oder mit *zuviel* Kompetenzüberlegenheit die Erfahrung indoktrinieren oder wenn wir reduktionistisch die „Störung“ „erklären“ würden – wir würden *epistemisches* Wissen anbringen und das macht, das kann ich jetzt metaphorisch sagen, in der Behandlungssituation nicht satt. Bemerkenswerterweise heißt Polanyis Buch im Englischen „The Tacit Dimension“ – als hätte er den Wert des therapeutischen Schweigens schon würdigen können. Freud hatte für das *Zuviel* an Reden den schönen Vergleich, dass wir in Zeiten der Hungersnot nur Speisekarten ausgeben würden. Implizites Wissen, das von Polanyi auch als „stilles“ handwerkliches Können etwa im Labor angesprochen wird, wäre jene Dimension therapeutischer Kompetenz, die wir als paradoxe Form der Teilhabe ansprechen: nur dort, wo ein Therapeut auch Patient in dem Sinne sein kann, dass er etwas in sich entdeckt (Polanyi spricht von „indwelling“), das dem Leiden seines Patienten nahe kommt, das er näherungsweise aus eigener Erfahrung kennt, kann er in hilfreichen Kontakt treten; implizites Wissen ist unverzichtbare Basis therapeutischer Kompetenz.

Auch der Philosoph Hans Blumenberg (2007) könnte dafür in Anspruch genommen werden, die Unbegrifflichkeit als Basis des Begreifens auszuweisen. Blumenberg weiß, dass Begriffe mehr sind

als bloß Bezeichnungen für Sachen, dass sie oft genug Gegenstände erst schaffen und das gilt namentlich für Gegenstände der Mathematik. Es geht also nicht nur um psychotherapeutische, es geht um wissenschaftliche Operationen schlechthin! Und dabei kommt der Begriff des Unbewussten auf eine beachtliche Weise ins philosophische Spiel.

„Ich meine noch einen anderen Sachverhalt, der sich dadurch von dem der Erzeugung mathematischer Begriffe unterscheidet, dass er einen Zugang in die Empirie eröffnet. So etwas ist der *Begriff des Unbewussten*. Wenn man darüber nachdenkt, wie der Begriff zu Stande gekommen ist und wie er sich geschichtlich transformiert hat, kommt man aus dem Staunen darüber nicht heraus, wie zeugungskräftig eine solche begriffliche Prägung sein kann. Es sieht wirklich so aus, als läge hier zunächst nur ein Wort vor, welches überhaupt keine Hilfe anbietet, einen Gegenstand, einen Sachverhalt, einen Prozess zu erfassen... Das Unbewusste wird in vergleichbarer Weise erschlossen, wie Kant es für die Freiheit behauptet hatte.“ (Blumenberg, 2007, S. 40 f).

Aus der philosophischen Perspektive Blumenbergs erhält die Idee des Unbewussten, als einer relevanten Wissensdimension, Auftrieb. Wissenschaftler verarbeiten nicht nur Informationen, was die immer noch gängige Annahme in weiten Teilen der cognitive science ist, sondern sie „sehen“ – wenn man auf den genauen metaphorischen Klang dieses Wortes hier hört – ganzheitliche Zusammenhänge.

Die überlegene Intelligenz des Gelehrten Säuglings

Sowohl Polanyi als auch Blumenberg haben Recht mit der Idee, dass dem wissenschaftlich-begrifflichen Denken etwas als dessen Basis vorausgeht. Francisco J. Varela ist wohlbekannter Biologe und Kybernetiker, der 1990 ein Buch über „Kognitionswissenschaft – Kognitionstechnik. Eine Skizze aktueller Perspektiven“ publizierte. Darin fasste er aktuelle Trends zusammen und suchte nach Lösungen für bestehende Schwierigkeiten in diesem Feld. Er zeichnet nach, wie Kognitionswissenschaftler

die Fähigkeit von Neuronengruppen zur Selbstorganisation nachzubilden versuchten; dies aber weniger technisch, sondern vor allem mathematisch. Dabei stößt er auf die Schwächen des Computermodells, die er genau beschreibt:

„Das Ergebnis der Erfahrungen in den ersten beiden Dekaden der Herrschaft des Kognitivismus lässt sich am besten in der folgenden Überzeugung formulieren, die schrittweise in der Forschungsgemeinschaft entstanden ist: Es ist notwendig, die Position des Experten mit der des Kindes zu vertauschen, was die Rangfolge der Leistungen angeht. Die ersten Versuche richteten sich auf die Lösung der allgemeinsten Probleme, etwa der Übersetzung natürlicher Sprachen oder der Konstruktion eines allgemeinen Problemlösers. Alle diese Versuche zielten auf die Objektivierung der Intelligenz eines Menschen, der ein hochausgebildeter Experte ist, also auf die Lösung der interessanten, ‚harten‘ Probleme. In dem Maße, in dem diese Versuche bescheidener und begrenzter wurden, wurde klar, dass die weitaus komplexere und grundlegendere Art der Intelligenz die des Kleinkindes ist, das Sprache aus fragmentarischen alltäglichen Äußerungen aufbauen und dort bedeutsame Gegenstände konstruieren kann, wo es nichts als eine Lichterflut zu geben scheint.“ (Varela, 1990, S. 56 f.)

5 Davon liefert ein sehr schönes Beispiel der Schriftsteller Martin Mosebach in seinem Roman „Das Beben“ (2005, S. 158). Der Ich-Erzähler kommt nach Indien ins kleine Königreich Sanchor, wo ihm das Staatsarchiv gezeigt werden soll; der Brahmane fragt ihn „Was wünschen Sie zu sehen?“ und dann schreibt Mosebach: „Seine Frage allein war ein Tadel. Er sprach damit zugleich aus, dass ich ehrlicherweise hätte zugeben müssen, nicht zu wissen, was hier sehenswert sein könne. Was wusste ich über Sanchor? War ich Staatsökonom oder Historiker? Was ging mich die Rechnungslegung des Finanzministeriums von Sanchor an? Mein Schweigen erkannte er hoffentlich als Zeichen gebotener Bescheidenheit.“

6 Übertragung und Widerstand werden neuerdings auch von Verhaltenstherapeuten als behandlungsrelevant reklamiert: „As in other therapies, the behaviour therapist may be faced with phenomena such as resistance or transference.“ (Emmelkamp et al., 2007, S. 65) Allerdings informiert man sich über diese beiden Konzepte doch besser an der Quelle. Erfreulich, dass diese Dimensionen des Therapeutischen anerkannt werden.

Das ist das, was Wilfried Bion 1961 die „embryology of the mind“ nannte und es ist die genaue Analogie zu Blumenbergs „Unbegrifflichkeit“: Wer mit „hochausgebildeten Expertentum“ auf dem Level des *Begriffs* beginnt, ignoriert, was schon Kleinkinder können: unbegrifflich denken und unbegrifflich sein (nicht aber: unbegrifflich!). Und er macht den Denkfehler, den Wittgenstein in den „Philosophischen Untersuchungen“ am Beispiel des Spracherwerbs untersuchte. Kinder lernen Sprache nicht, indem man auf Dinge zeigt und ihnen dann die bezeichnenden Worte vorspricht. So lernt man allenfalls zweite Sprachen, Fremdsprachen. Erste Sprachen werden als Mitglied einer Lebensform gelernt – und dann ganz „nebenbei“. (Vgl. dazu Tomasello, 2001 und 2003)

Teilhabe an der Lebensform aber ist basaler als das Begriffliche, es ist vor allem „embodied“ und es ist an Situationen gebunden. Daraus erst das Begriffliche erwachsen zu lassen ist das, was die „grundlegendere Art

der Intelligenz“ von Kleinkindern vermag. Just das hatte Ferenczi gemeint, als er (1923) in seinem berühmten Aufsatz vom „gelehrten Säugling“ sprach. Wir können ermessen, welche verheerenden Folgen es hätte, wenn wir die Psychotherapie von dieser Dimension des impliziten Wissens entsorgen würden.

Knowledge und Knowing

Weil diese Frage so elementar ist, will ich mich noch etwas bei Polanyi aufhalten, mit dem Ziel, verschiedene Wissensformen genauer fassen zu können. Polanyi, wenn er absoluter Realist ist, dann ist er auch, in den Worten von Douglas Hofstadter, „holist par excellence“. (Vgl. dazu Klappacher, 2006) Was Wissenschaftlern einleuchtet, ist nicht einzelnes Faktum oder ein aufgestellter Satz, sondern ein System von Sätzen. Was wir im Deutschen als „Wissen“ übersetzen müssen, wird bei Polanyi unterschieden in „knowledge“ und „knowing“. Ersteres meint jenes sagbare, formulierbare und mitteilbare Wissen, das in die Lehrbücher eingeht; letzteres den Prozess der Generierung von Wissen, der dem Lehrbuchwissen weit vorgelagert ist. Knowing ist keine Begrifflichkeit der Repräsentation; implizites Wissen besteht für Polanyi nicht aus mental repräsentierten Regeln, die – etwa in Manualen – formuliert werden könnten, um von anderen dann mit gleichen Ergebnissen angewandt werden zu können. Er stellt sich das eher vor wie das Erlernen des Fahrradfahrens. Nur ein zerstreuter Professor würde es versuchen, indem er Gesetze der schiefen Ebene und des freien Falls anwendet. Für Polanyi ist knowing immer ein *embodied knowing*. Ohne das handwerkliche Geschick des versierten Labortechnikers, ohne das Feingefühl fürs Material könnte sich jener Sinn für Situationen nicht entfalten, den ein guter Wissenschaftler braucht. Knowing – das ist eigentlich ein *Können*⁷, das wir zwar im Nachhinein (!) als „Wissen“ in manchen Fällen zu rekonstruieren vermögen, das aber nicht von vorneherein als Wissen auch im Kopf desjenigen vorhanden ist, dem wir Können zusprechen. Können ist, wie Donald Schön (1983) immer wieder beschrieben hat, dynamisch; knowledge ist statisch. Wer etwa über die Fähigkeit, unabhängig zu denken, verfügt,

könnte hergehen und die Eigenschaften des unabhängigen Denkens beschreiben, anhand von Vorbildern wie Montaigne, Lessing, Friedrich Schlegel oder anderen (Bohrer, 2007). Aber keiner könnte aus diesen Eigenschaften das zusammensetzen, was unabhängiges Denken meint. Und selbst wenn man das könnte, wäre es genau das nicht, sondern nur die Kopie von unabhängigem Denken. Das also ist das, was mit *dynamisch* gemeint ist.

Psychotherapeutische Kompetenz sich als *Wissensanwendung* vorzustellen, entspringt somit (Klappacher, 2006, S. 24) einem Kategorienfehler. Wer sich gekonnt verhält, tut das nicht deshalb, weil er ein set von Regeln schon im Kopf hätte, sondern weil er sich so verhält, als ob er diese Regeln im Kopf hätte. Eben deswegen tun sich Profis wie der Athener Archäologe, so schwer damit, ihre Wissensbasis zu explizieren. Sie haben einfach „ein Gefühl“ (so sieht es auch Gigerenzer, 2007) und wollen ansonsten in Ruhe gelassen werden. Können, so dürfen wir festhalten, ist verkörpert, es ist dynamisch und es ist situiert. Damit kann es auch als flüchtig bezeichnet werden.

Genau das macht die Situation des professionellen Psychotherapeuten aus. In seiner Arbeit verhält er sich, als ob er Regeln folge und „knowledge“ anwende, während er wahrscheinlich vielmehr von dem, was Polanyi als „knowing“ bezeichnet, betreibt. Er ist körperlich präsent und folgt den Signalen seines Körpers, er handelt in Situationen und er kann das nur, soweit er im Fluss der Ereignisse mitschwimmt, also soweit er sich dynamisch einstellt. Aus der hier entwickelten Sicht wäre somit der Versuch, Psychotherapie zu manualisieren, ein schwerer Fehler, weil damit das Können des Psychotherapeuten einem fremden Regime, dem statischen Knowledge, unterworfen würde.

Das statische *knowledge* wird auch als epistemisches Wissen bezeichnet. Zwi-

⁷ Ich habe in meinem Buch „Psychotherapie als Profession“ das Können als die zentrale Dimension psychotherapeutischer Kompetenz in einigen Dimensionen detailliert beschrieben.

Psychotherapie Fortbildung 2008

Universität Tübingen

• aktuelle Themen / Methoden

Trauma, Schmerz, Raucherentwöhn.,
Depression, Tests, Kurzzeittherapie, Angst,
Paartherapie, Rechtsfragen

• Psychotherapeut. Zusatzausbildungen

Hypnose, Autogenes Tr., Verhaltenstherapie
Tiefenpsychologie, Psychodynamische PT

• Therapie f. Kinder und Jugendliche

Hör- / Sprachentwicklung, LRS, ADHS,
Kinderhypnose, Verhaltensstörungen
Angste, Elternarbeit

• Supervisions-Ausbildung (DGsv)

• Weiterbildung Psychotherapie

Facharzt Ausbildung / Zusatzbezeichnung:
Verhaltensth., Tiefenpsych., Psychodyn. PT
Psychosomatische Grundkompetenz



Wilhelmstraße 5, D-72074 Tübingen
07071 / 29-76439, -76872 FAX: 29-5101
wit@uni-tuebingen.de, <http://www.wit.uni-tuebingen.de>

schen epistemischem Wissen und Können lässt sich noch das Alltagswissen verorten (Huppertz, 2006). Epistemisches und Alltagswissen sind hochgradig symbolisch, etwa in Wissenschafts- und Alltagssprache, das Können hingegen weit weniger. Alle drei weisen unterschiedliche Grade der Systematisierung auf, aber auch unterschiedliche Kontextabhängigkeiten. Epistemisches Wissen ist hochsystematisiert und kontext-unabhängig, Können hingegen ist immer gering systematisiert, situativ variabel und damit kontextabhängig. Epistemisches Wissen besteht lange in der Zeit und wird regelgeleitet verändert, während Alltagswissen sich schleichend verändert und Können selbst flüchtig, an Situationen gebunden ist. Therapeutisches Können ist abhängig davon, dass man einem wirklichen Patienten gegenüber sitzt, dass ein echtes Anliegen zur Sprache kommen kann etc., deshalb ist therapeutisches Können schwer in epistemisches Wissen zu übersetzen. Und schließlich erfordern alle drei Bereiche unterschiedliche Weisen des *Lehrens*: epistemisches Wissen kann explizit im Abgleich von Empirie und Theorie vermittelt werden und hier können Formen des Massen-Unterrichts angewandt werden, etwa in Vorträgen, Seminaren oder mittels Medien. Wissen kann gelehrt werden, Erfahrungen muss man machen. Alltagswissen hingegen braucht partiell die persönliche Anleitung durch eine Art Vorbild (Kochen lernen, oder wie man Fremden höflich begegnet), aber auch Ausbildung eines Sinns für Situationen, etwa wann man einen Witz erzählen kann oder wann man das besser lässt, mit wem man klatscht oder wie man flirtet. Epistemisches Wissen, das auf Vereindeutigung drängt, wäre in solchen Alltagssituationen ganz falsch; wer fragt, was ein zugeworfener Blick bedeutet, zerstört die Situation.

Aus diesem Grund scheitern alle Ratgeber, „wie man eine Frau anspricht“ – die dort formulierten Regeln artikulieren ein epistemisches oder Alltagswissen, das in solchen Situationen gerade nicht gebraucht wird, weil es auf *embodied knowledge* ankommt.

Stufen des Könnens – Verzicht auf Regeln

Können erwirbt man nur durch eigene Praxis, durch Versuch und Irrtum, durch Herausfinden der Regeln und deren Ansammlung zu einem Erfahrungsschatz. Solcherart erworbene Regeln können nur im Nachhinein reflektiert werden. Dabei kann man sich täuschen, wenn man meint, man habe Regeln „angewendet“. Hier gilt, dass Können immer nur so *a u s s i e h t*, *als ob* es von Regeln geleitet sei, die dann nachträglich rekonstruiert wurden. Aber wenn man Können allein von Regeln her aufbauen wollte, würde man scheitern. Das gilt sowohl für das gekonnte Öffnen einer Weinflasche, für das Binden von Schnürsenkeln, das Lernen eines Musikinstruments oder für das gekonnte Beginnen eines schwierigen Gesprächs. Wer das *nur* (!) aus Regeln – also ohne Veranschaulichung in einem Lehrer-Schüler-Verhältnis – lernen wollte, würde scheitern. Es braucht das Embodiment, das körperliche Gefühl für Zugnotwendigkeit, Kraftaufwand und Widerstand am Korken, für den Eigensinn des Schnürsenkels, für die Handstellung beim Musikinstrument, für die Präsenz des Anderen. Kompetenzerwerb braucht manchmal Stützen, doch das sind nur Etappen auf dem Weg zum Können.

Können, also implizites Wissen, also Kompetenz, baut sich auf in Stufenprozessen. Dafür hat man sich in der Pädagogik sensibilisiert. Dort interessieren Fragen, die für

psychotherapeutische Weiterbildung etwa so gestellt werden könnten: Wenn ein Supervisand Fortschritte in einer Supervision macht – wie kann man das verstehen? Ist es so, dass er am Ende der Supervision jenes Wissen in seinem Kopf hat, das vorher im Kopf des Supervisors war? Kann man sich das so vorstellen? Der Sinn einer solchen Frage liegt natürlich darin, sie zu verneinen, aber wie dann? Selbst wenn der Supervisand gleiche Begriffe benutzen würde wie der Supervisor – wäre das vielleicht Indiz für gleiches Wissen (*knowledge*), aber müssten wir nicht auf „*knowing*“ hinaus? Das Konzept eines impliziten Wissens trägt hier weiter – gute Supervision muss nicht nur *knowledge* vermitteln, sondern implizites Wissen fördern.

Georg Hans Neuweg (2004) verweist auf Bereiche der Pädagogik, die uns belehren können, etwa durch Experten-Novizen-Vergleiche. Es gibt sog. „nicht-saliente“ Lernaufgaben, die sich nicht durch Verfügung über Information auszeichnen, sondern in der Bewältigung einer Handlungsaufforderung. Übersetzungsaufgaben gehören dazu, aber auch der Vergleich zweier Bilder, die Fähigkeit, ein Interview zu führen oder ein Stück nach Noten vom Blatt zu spielen. Wer prüfen will, ob einer das kann, wird sich nicht Regeln erklären lassen, sondern den Probanden in eine entsprechende Situation führen. Hier gilt Wittgensteins *Maxime*: „Denk nicht, schau!“

Die Tatsachen und Faktoren sind in solchen Situationen unvollständig, sogar mehrere Muster können gesehen, verschiedene Ziele angesteuert werden; auch ist nicht ganz klar, welche Informationen relevant sind und welche vernachlässigt werden können. Können besteht sogar zu einem Teil darin, Information zu ignorieren! (Und

PSYCHOHOLIC®
Psychologie & Neue Medien

EDV in der psychotherapeutischen Praxis schenkt Ihnen viel Zeit für das Wesentliche

DiagnoPro - Das Computerprogramm für die schnelle und einfache Erstellung individueller Berichte

- entwickelt von Experten für Experten
- einfach zu bedienen und übersichtlich aufgebaut
- komplette Kassenanträge innerhalb kürzester Zeit

alle Informationen
und weitere Programme auf
www.psychoholic.de

Platanenallee 113 - 42897 Remscheid - Tel.: 02191-4627495 - info@psychoholic.de - www.psychoholic.de

natürlich gekonnt zu wissen, welche). Das ist der Fall etwa beim Treffen von Kaufentscheidungen, beim Schachspiel (das Freud als Vergleich für die Psychoanalyse diente) oder beim Autofahren. In all diesen Situationen gibt es zwar ein bestimmtes Set von Regeln wie in der Erhebung einer Anamnese oder in den Anfangssituationen einer psychotherapeutischen Behandlung – aber der Weg vom Novizen zum Köhner besteht gerade darin, diese Regeln irgendwann hinter sich zu lassen. Überall gilt, dass Köhner Regelwissen hinter sich lassen, freilich erst, wenn sie lang genug mit verschiedenen Fällen zu tun hatten.

„Die bewusste Verarbeitung isolierter Elemente und Regeln, die die ersten Lernstadien kennzeichnet und die sich in Computerprogrammen objektivieren lässt, wird allmählich durch ein nur durch den Menschen aneignbares holistisches Wahrnehmen ganzer Situationen, durch ‚situitives Verstehen‘ ersetzt, wobei schließlich in der Situation die adäquate Verhaltensweise gleichsam schon mitgesehen wird. Diese Fähigkeit kann nur in einem Prozess ausgedehnter Erfahrung erworben werden.“ (Neuweg, S. 298)

Die Stufen dieses Prozesses gibt Neuweg unter Verweis auf verschiedenste Lernlehr-Bereichen so an:

In einem ersten *Novizenstadium* wird der Lernende mit gleichsam ‚schriftlichen‘ Instruktionen ausgestattet. In einem Prozess *bottom-up* lernt der Novize jene abstrakten Merkmale kennen, die eine Aufgabe bestimmen. Diese Merkmale sind *nicht-situational*; sie erfordern gerade nicht, dass der Lernende sich auf die Situation einlässt. Solange er die Merkmale nur einzeln wahrnimmt, erschließt sich dem Lernenden die Gesamtstruktur der Situation gerade nicht und ebenso wenig, dass die Bedeutung der einzelnen Merkmale sich erst aus der Wahrnehmung der Gesamtgestalt ergibt. Der Lernende, etwa ein Fahrschüler, lernt kontextunabhängige Regeln. Charakteristischerweise müssen Leute, die dieses Stadium längst hinter sich gelassen haben, sich angestrengt daran erinnern, welchen Regeln sie eigentlich folgen – so haben etwa Krankenschwestern, bei denen jeder Handgriff längst „sitzt“, Mühe, diese Schritte zu lehren.

Im Stadium des *fortgeschrittenen Anfängers* begreift der Lernende die Wiederkehr einzelner bedeutungsvoller Elemente, die nicht über präzise Definitionsregeln erfassbar sind, sich deshalb auch nicht eindeutig lehren lassen, sondern voraussetzen, dass der Lernende sich im Problemfeld schon länger aufhält. Dazu gehören etwa die Fähigkeiten von Hundehaltern, verschiedene Arten des Bellens zu unterscheiden oder das, woran wir erkennen, dass ein anderes Auto, das auf eine Kreuzung zufährt, halten wird. Solche Momente werden als *physiognomische Elemente* bezeichnet, weil sie das „Gesicht“ einer Situationsgestalt erfassen. Hier müssen Lernende auf präzise Definitionen situationaler Aspekte geradezu verzichten, man muss an Beispielen lernen. Der Lernende bleibt aber gleichsam „Pedant“ (Neuweg, S. 306), weil er sich noch arg an Regeln hält selbst dann, wenn die Gesamtsituation eigentlich den Regelverstoß verlangt.

Deshalb ist die zentrale Errungenschaft der dritten Stufe das *Kompetenzstadium*. Hier begreift der Lernende, dass er mit einer Perspektive an die Situation herantreten muss, die gestattet, die einzelnen Aspekte und physiognomischen Elemente nicht mehr absolut zu nehmen, sondern zu gewichten – aus der perspektivischen Betrachtung der Gesamtgestalt heraus. Autofahrer wollen an einem Ziel ankommen und erwägen verschiedene Wege, beschleunigen kurz vor dem Rotwerden der Ampel noch rasch etc. Aber der Lernende benutzt immer noch ein Kalkül, auch wenn sein emotionales Involvement schon weit höher ist und als solches bemerkt wird. Denn er fühlt sich verantwortlich, auf ihm lasten Folgen von Entscheidungen.

Im *Stadium des gewandten Könnens* erkennt der Lernende Situationen als Ganzes, erwirbt mit der Fähigkeit zum Handeln aus einer gewählten Perspektive entschieden Urteilskraft; er durchdenkt Situationen nicht mehr sequentiell step-by-step, sondern handelt auf der Basis holistischen Erkennens von situativen Ähnlichkeiten so wie wir Gesichter erkennen, nämlich ohne die Merkmale im Einzelnen zusammen zu fügen. Der Lernende hat eine Vorstellung über den erwartbaren, „normalen“ Ablauf der Dinge, wo kein Eingreifen erforderlich ist und gestaltet damit

intuitiv Erwartungen (Neuweg, S. 309) weiter aus. Er folgt weniger präzisen Regeln als offenen Maximen. Ein guter Lehrer erkennt sofort, wenn die Arbeit einer Schülerprojektgruppe nicht „läuft“, muss aber auf diesem Niveau noch überlegen, wie er eingreift.

Wer zu dieser Stufe gelangen will, kann nicht mehr durch Begrifflichkeit, Analyse und Verbalisierung, unterrichtet werden; er muss vielmehr an prototypischen Situationen lernen. Im Fall der psychotherapeutischen Weiterbildung käme hier die Konfrontation mit Fallbeispielen ins Spiel, die in Vieldeutigkeit und Detailliertheit alltäglichen Situationen real vergleichbar sind. Hier auf kontextfreies Regelwissen oder auf Anwendung *allgemeiner* Theorien zu rekurrieren würde Lernende, die diese Stufe erreicht haben, nur frustrieren.

Im fünften Stadium des Könnens *Intuitives Handeln* wird die Antwort nun gleichsam automatisch ausgelöst. Nicht mehr auf Elemente wird regelgeleitet reagiert, sondern Elemente haben sich zu komplexen Situationen und Klassen von Situationen gruppiert, für die Handlungsalternativen und Antworten zur Verfügung stehen, die bildhaft und nicht begrifflich (Neuweg, S. 311) im Gedächtnis aufbewahrt sind.

Auf dieser Stufe entfällt strategisches Planen, weil es Antipode zum Intuitiven Handeln wäre, dem jetzt viel mehr zugetraut wird. Das physiognomische Erkennen von Situationen, das verkörperte Wissen, die situative Teilhabe ermöglichen intuitiv richtiges Reagieren unter Verzicht auf sämtliche relevanten Informationen; die Situation als Ganzes wird erkannt. Aber Köhner analysieren Situationen natürlich dennoch, nämlich genau dann, wenn sie bemerken, dass sie für bestimmte Situationen keine Köhner sind. Sie oszillieren dann zu den Modalitäten früherer Stufen zurück, weil sie ihre Kompetenzgrenzen erkennen und sich in jedem Fall wieder auf das höchste Niveau bringen wollen. Sie iterieren den Prozess der Köhnerschaft immer erneut und immer gekonnter. Köhner wissen um etwas, das Polanyi so ausgedrückt hat:

„We alone can catch the knack of it; no teacher can do this for us“ (Knowing and Being, 1969, S. 126).

Nicht Planung für die Zukunft, sondern das Erkennen der Rolle der Gegenwart ist hier einer der entscheidenden Lernschritte. Diese „Zielorientierung des Handelns ohne bewusste Zielsetzung“, wie Neuweg (S. 312) das paradoxe Moment genau beschreibt, kommt dem psychotherapeutischen Kompetenzerwerb sehr nahe, was aufregend deshalb ist, weil in diesem Modell ganz andere Lernentwicklungen zu Könnerschaften beschrieben werden. Dies Modell ist für nicht-psychotherapeutische Situationen entwickelt und gilt dennoch für den psychotherapeutischen Kompetenzerwerb genau.

„Der Handelnde steht nicht über, sondern in der Situation, distanziert sich nicht von, sondern verschmilzt mit ihr. Sein Sinn für Abweichungen von der befriedigenden Gestalt wirkt unmittelbar handlungsauffordernd, ohne dass Sollgestalten als Ziele oder Pläne als Transformationsprozesse dazwischengeschaltet wären“ (Neuweg, S. 312).

Wir erkennen einen möglichen Fehler mancher psychotherapeutischer Ausbildungs-ideale: Es könnte falsch sein, wenn wir Weiterbildungsteilnehmern das Ideal, *über* den Situationen zu stehen, beibringen; richtiger wäre zu würdigen, wie sehr sie *in* den Situationen stehen. Und dass gerade darin ihre Chance zu intuitiver Kompetenz und angemessenen Antworten liegt! *In* der Situation sein und aus ihr angemessen handeln, würde „moments of meeting“ (Stern, 2004) mit Patienten ermöglichen, die ihren Therapeuten vergeblich suchen, wenn er *über* der Situation schwebt.

Beziehung und Technik

In meinem Buch „Psychotherapie als Profession“ (1999) habe ich beschrieben, wie „Beziehung“ und „Technik“ Umwelten für einander bilden. Ich hatte einmal Gelegenheit, solche Themen mit einer systemischen Kollegin zu diskutieren. Sie meinte, die systemische Fragerichtung helfe ihr da immer gut weiter. Man könne etwa depressive Patienten fragen, wann sie denn *nicht* depressiv seien. Ich kannte die Kunstfertigkeit systemischen Fragens, aber ich wandte aus meiner klinischen Erfahrung ein, meine depressiven Patienten würden, zumindest in den anfänglichen

Stadien, eine solche Frage eher als Kritik auffassen, würden sich verprellt fühlen o. dergl. Dem stimmte die systemische Kollegin zu und wir klärten, dass solche Fragen dennoch Sinn machen, wenn sie eingebettet sind in ein konversationelles „soft environment“. Solche Fragen kommen an, wenn sie „weich“ gestellt werden; der Therapeut zeigt gerade in seinem einleitenden Gestotter und Gestammel, an der Art, wie er die Technik platziert, an welcher Stelle des Gesprächs er sie ein- und anbringt, wie viele Anläufe und Reformulierungen er macht, genauen intuitiven Sinn für die Beziehungsgestaltungsbedürfnisse seiner Patienten. Leider ist diese wechselseitige Einbettung von Behandlungstechnik und Beziehungsgestaltung, dieses psychotherapeutische Pendant zu epistemischem Wissen und professionellem Können, mikroanalytisch bisher wenig studiert worden. Und hier liegt der Ursprung von Kategorienfehlern einer empirischen Forschung, die nur personunabhängige Technik evaluieren will.

Es gibt ein System der Behandlungstechnik, das man beschreiben und sogar evaluieren kann und es gibt ein beschreibbares Beziehungssystem. Das System der Technik findet man am ehesten in Lehrbüchern, das System der Beziehungen kann man beispielsweise entdecken, indem man auf die Gesichtsmimik von Therapeuten und Patienten schaut. Ich denke nicht nur an die Untersuchungen von Rainer Krause. Ich denke an die Arbeiten von Schwartz und Wiggins (1987) über die Fähigkeit von Therapeuten, das Suizidrisiko bei Patienten einzuschätzen, die gerade wegen eines misslungenen Suizidversuchs stationär aufgenommen worden waren. Befragt man die Therapeuten mit Fragebögen nach einem Interview mit solchen Patienten, dann ist ihre verbal-epistemische Kompetenz, einen zweiten Suizidversuch vorherzusagen, nicht besonders gut. Videografiert man aber die Gesichtsmimik der Therapeuten während des Interviews, dann werden die Trefferquoten sehr gut. Auf ihrem Gesicht zeigt sich nämlich, dass sie bei den wirklich Gefährdeten sehr viel mehr Besorgnis erkennen lassen als bei geringer suizidalen Patienten. Das ist eine unbegriffliche Beziehungskomponente, nicht *Anwendung* von Theorie, sondern

implizites Wissen. *Nachträglich* kann man eine Theorie aufstellen, aber sie kann unmittelbar nicht *angewendet* werden, weil es gerade auf die unbewussten Fähigkeiten von Therapeuten ankommt, sich für solche Dinge zu sensibilisieren. Es gibt Vergleichbares auf der Ebene des Sprachlichen, etwa bei gemeinsamen Fehlleistungen oder wenn Therapeuten absichtslos Worte verwenden, die fulminante Wirkung haben. Die Theorie kommt erst hinterher.

Dies alles läuft (vgl. Buchholz, 2006) auf einer *prozessualen* Ebene ab. Der Prozess, das ist alles, was im Behandlungszimmer geschieht. Die prozessuale Ebene ist unterlegt von einer *basalen* Ebene, von kleinen alltäglichen Voraussetzungen, die wir zum Prozess mitbringen müssen. Etwa, dass wir nicht übermüdet sind, aufmerksam und einigermaßen ausgeglichen. Auf der prozessualen Ebene muss etwas entscheidend deutlich werden. Die einzelnen kommunikativen Operationen nämlich müssen so aneinander anschließen, dass deutlich wird, hier findet Therapie statt und nicht etwa „Flirt“ oder „Kaffeeklatsch“ oder einfach Gequatsche. In der Medizin gibt es grundsätzlich das gleiche Problem, aber Kontextmarkierungen wie der weiße Kittel machen sichtbar, dass hier *medizinische Untersuchung* stattfinden soll – und nichts anderes. In der Psychotherapie müssen Kontextmarkierungen anders gesetzt werden. Aus empirischen Untersuchungen (Wolff und Meier, 1995) weiß man, dass Therapeuten bei ihren Antworten etwas länger zögern, bis sie sprechen und eine solche Verzögerung würde im Alltag kaum toleriert; aber hier handelt es sich um einen anderen Kontext, der durch solche Markierungen deutlich gemacht wird. So kommt es vor, dass Therapeuten am Ende eines Erstgesprächs von ihren Patienten so etwas hören wie: „Vielen Dank!“ Die Reziprozitätserwartungen des Alltags würden erfordern, mit „Gern geschehen“, „nichts für ungut“ o. ä. zu antworten. Auswertungen haben gezeigt, dass das so gut wie nie vorkommt. Therapeuten schauen vielmehr ihre Patienten meist schweigend und bedeutungsvoll an, nicken leise mit dem Kopf und machen deutlich, dass sie auch diese Bemerkung ihrer dankbaren Patientin mit in ihre Überlegungen einbeziehen. Sie gestalten auf diese Weise mit implizitem

Wissen eine Beziehung, den allermeisten wahrscheinlich ziemlich unbegrifflich und unbewusst. Sie nutzen das nicht als Technik, sie wenden dazu keine Theorie an. Es ist Teil professioneller Habitusformation, in deren *Umwelt* dann Theorie vorkommt. Solche Kontextmarkierungen machen Therapeuten aller Schulen individuell variantenreich, aber dennoch so, dass man sagen kann, solche professionelle Habitusformation kommt in der Umwelt der Theorie vor. Theorie und Habitus bilden Umwelten für einander.

Wie solche Habitusformation ausgebildet wird, dazu gibt es die wunderbare Studie von Orlinsky und Ronnestad (2005). Diese Autoren haben an 5000 Therapeuten der ganzen Welt und ganz verschiedener Schulen gezeigt, dass es für die Entwicklung von Therapeuten Zeit braucht. Sie beobachten, dass der Entwicklung von Psychotherapeuten wenig Aufmerksamkeit gezollt wurde:

„As a rule, the study of psychotherapies has been favored over the study of psychotherapists – as if therapists, when properly trained, are more or less interchangeable“ (S. 5).

Dieses Manko soll nun beseitigt werden, aber dazu muss mit Vorurteilen („bias“) aufgeräumt werden:

„We think that one reason for this relative paucity of research on psychotherapists is an implicit bias in thinking about therapy leading to the assumption that it is basically a set of methods, techniques, or procedures that are efficacious, in and of themselves, in curing or ameliorating psychological and psychiatric disorder This bias is supported by a scientific culture of modernity that prizes and emphasizes rationality, objectivity, and mechanisms conceived as impersonal processes ... and that views the personal element or the subjective equation in human experience and relations as a source of error in research to be minimized or controlled (e.g. the placebo effect).“

Eine Bemerkung dieser Art hält fest, wie die Forschung mit ihrer Betonung von „Effektivität“ sich an der Aufrechterhal-

tung des „Vorurteils“ beteiligt habe; eines objektivistischen Vorurteils, dem Psychotherapie, als apersonales Geschehen der Anwendung von Technik und Prozeduren erscheint und worin die Bedeutung des persönlichen, impliziten Wissens geradezu eliminiert würde. Psychotherapie ist in der Sicht von Orlinsky und Ronnestad *nicht* „Anwendung“ von wissenschaftlich ermittelten „Techniken“ auf ein „Problem“. Solche *r*art erscheint Psychotherapie *nur* dem Blickwinkel derjenigen, die diese Form der Forschung betreiben. Psychotherapie als „Problemlösung“ aufzufassen verkennt, wie viel Zeit verbraucht wird, damit ein Problem von manchen überhaupt erst formuliert werden kann, dass man unterscheiden muss zwischen lösbaren Problemen und solchen, die nur ertragen werden können (etwa Krankheiten, Verluste u.a.) und dass manche Probleme sich erst lösen lassen, wenn man sich weiter entwickelt hat. Was einem kindlichen Geist ein Problem sein kann, ist es für die meisten Erwachsenen nicht mehr.

Psychotherapie ist weit mehr als „Problemlösen“, sie ist eine mehr und mehr sich verselbständigende Profession, was Robert Holt und William Henry schon 1971 vorhergesagt haben, woran Orlinsky und Ronnestad mit Nachdruck erinnern, „that a new international profession has begun to emerge“ (S. 8). Viele Therapeuten sehen ihre Profession deshalb keineswegs in Analogie zur Wissenschaft, sondern als Privileg, als kreative Kunst und andere vergleichen sie mit religiöser, generativer oder gar spiritueller Erfahrung.

Das wird zur Grundlage der empirischen Erhebung, welche die ganz antike Tradition des Orakels von Delphi („Erkenne Dich selbst“) aufgreift, auf die sich auch Freud berufen hatte:

„Therapeutic work involves therapists not only as participant-observers of their clients' personal struggles to develop but also as reflectively observing participants in their own professional growth. ... Indeed, judging from their own extensive use of personal therapy ..., therapists may well be the foremost modern practitioners of the Delphic oracle's injunction to 'Know thyself'“ (S. 16).

Wie aber wird von diesen Autoren denn nun die Entwicklung therapeutischer Kompetenz beschrieben? Ich fasse sehr knapp zusammen:

Die Entwicklung therapeutischer Kompetenz

Wir beginnen, meist in unseren eigenen Familien als *Laien-Helfer*, dem eine zweite Phase als *beginning students* folgt. Hier interessiert man sich für Theorie und ist bedürftig nach Anerkennung durch die Meister. In dieser Phase wird man süchtig nach leicht zu lernenden Techniken – wie etwa bestimmte Fragen zu stellen usw. – gegriffen, aber wenn man sich davon nicht lösen kann, stagniert die persönliche Entwicklung. In einer dritten Phase des *basic professional level* hängt man einer und nur einer Theorie an und verteidigt sie mit Zähnen und Klauen und die Befunde der Autoren zeigen deutlich: wer dieses Stadium eines „true believers“ nicht durchgemacht hat, hat eine Chance, später bei den ausgebrannten Zynikern zu landen. In seiner Jugend gleichsam muss man an etwas geglaubt haben und diesen Glauben dann auch wieder aufgeben können, weil man nur dann ein *Novize* wird – viertes Stadium –, dem es schon gar nicht mehr auf Technik ankommt, sondern der einen „sense of being on one's own“ (Ronnestad und Skovholdt, 2003, S. 17) entfaltet und daran Freude hat. Novize also wird man in dieser empirischen Stufenlehre der therapeutischen Habitusformation, wenn man seine formelle Ausbildung beendet hat. Viele Therapeuten erinnern, erst *nach* ihrer formellen Ausbildung wirkliche Entwicklungsschritte gemacht zu haben, ein empirisch gesicherter Befund, der einem zu denken geben kann.

Eine kleine Geschichte passt dazu: ich hörte einem Gastvortrag von John Klauber 1977 im Frankfurter Sigmund-Freud-Institut zu und er beschrieb, dass er 10 Jahre gebraucht habe, um sich von den während seiner Ausbildung implantierten Vorschriften wieder zu befreien. Nachdenken könnte man hier darüber, wie sich solche Dezennien verkürzen lassen.

Vergleichbares berichten die von Orlinsky und Ronnestad Befragten auch und weiter, dass die Novizen eine Art Schock er-

leiden, weil sie merken, dass die während der Ausbildung erlernten Techniken kaum halten, was ihnen versprochen wurde. Der Schock wird überwunden durch den Übergang in die Rolle des *erfahrenen Professionellen*. Der übt seine Profession aus durch Anwendung von Technik und Methode, aber keineswegs rigide oder theoriekonform, sondern die Entdeckung eines persönlichen Stils macht den erfahrenen Professionellen stolz. Dementsprechend heißt es in der Einleitung zum *Oxford Textbook of Psychotherapy* (herausgegeben von schulisch verschiedenen Autoren: Gabbard, Beck & Holmes, 2005):

„Pure forms of psychotherapy are taught and tested in randomized controlled trials in many universities throughout the world, but most practitioners of psychotherapy in busy practices end up creating their own amalgam of pure and mixed models over time, depending on context and patient need“.

Therapeuten entwickeln persönlichen Stil höchst variantenreich. Aus der Sicht einer Forschung, die Standardinterventionen definieren und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit prüfen will, folgt daraus babylonische Sprachverwirrung. Aus der Sicht der professionellen Praktiker aber ist es gerade notwendig, in vielerlei Zungen zu reden. Das professionelle Pflingsten antwortet auf das empirische Babylon.

Hier sieht man eine neue Balance von Technik und Beziehung: die schulengebundene Technik wurde ebenso gelernt wie die Theorie, aber eher im Sinne einer Durchgangspassage, einer Leiter, die man nach erfolgtem Aufstieg nicht mehr braucht. Verhaltenstherapeuten entdecken Widerstand und Übertragung. Der erfahrene Professionelle *weiß* (implizit), wie manche Patienten für Psychotherapie gewonnen, wie andere engagiert werden müssen und wie man falsche Überzeugungen angeht oder verworrene Vorstellungen klärt und auch, wie man sich manchmal *gekonnt* mit Patienten verstrickt. Erfahrene Professionelle integrieren Technik in einen weiteren Bezugsrahmen, sie verlassen das kollegiale Feld mehr und mehr, wenden sich anderen Themen wie Biographien, der Anthropologie oder der Musik zu und

sie begreifen, dass das Spirituelle nicht Spezialgebiet ist, sondern Stufe im persönlichen Entwicklungsprozess. Sie entwickeln Wissen, das nicht repräsentativ-verfügend ist, sondern partizipativ und flüchtig; es muss aktualisiert werden durch Kontakt zu den eigenen Verwundungen. Sie machen die Entdeckung, dass es meist nicht viel Neues auf dem Laufsteg der therapeutischen Moden gibt, denn sie haben öfter alt Bekanntes als *demier cri* gesehen. Wenn sie länger als Auszubildende tätig sind, erreichen sie die „senior professional phase“ und machen die Entdeckung, „too soon to old and too late smart“ (Ronnestad und Skovholt) geworden zu sein, aber sie entschädigen sich mit einem sicheren Gefühl, das eigene Idiom artikulieren zu können. Der Gefahr einer möglichen intellektuellen Apathie arbeiten sie aktiv entgegen, indem sie sich intellektuell lernfähig zu erhalten versuchen, aber ihr Interesse an Kongressen lässt nach.

Diese Entwicklung vom Laien-Helfer über den beginning student zum basic professional level und weiter zum Novizen, erfahrenen Professionellen und zum Senior spielt sich auf einer prozessualen Ebene ab, deren Voraussetzung die basale Ebene ist. Eine *reflexive Ebene* der Theoriebildung oder der theoretischen Schulenzugehörigkeit verliert im Prozess der Habitusformation mehr und mehr an Bedeutung. Als reflexiv bezeichne ich sie deshalb, weil hier entschieden wird, wie das eigene Tun *bezeichnet* wird. Das ist deshalb extrem schwierig, weil es keine allgemein verbindliche *Definition von Psychotherapie* bisher gibt, jedenfalls keine, der nicht mit guten Gründen vielfach widersprochen werden könnte; der erfahrene Professionelle weiß, dass er Psychotherapie *kann*, aber nicht, indem er erklärt, sondern *ad oculos* demonstriert. Reflexiv – das ist die Ebene der Theorie, die bestimmen können müsste, ob ein bestimmtes Tun als Psychotherapie (eventuell einer bestimmten Schule) gilt oder nicht. Und wir sehen, dass das so gut wie nicht geht, denn was erfahrene Professionelle tun ist – Reden! Das schafft eine schwierige Situation, in der wir anerkennen müssen, dass Psychotherapie *allgemein* nicht definiert werden kann, wohl aber *individuell* immer realisierbar bleibt, soweit basale und prozessuale Ebene etabliert

werden können. Therapeutische Kompetenzen liegen auf einer prozessualen Ebene des impliziten Wissens und personalen Könnens, sie entfalten sich partizipativ, embodied in Situationen und deshalb flüchtig. Theorie und Behandlungstechnik können und müssen diesen Prozess eine zeitlang begleiten, aber Psychotherapie kann so nicht vollständig definiert oder gar global gesteuert werden.

Offensichtlich liegen die Philosophie Blumenbergs, die Wissenschaftslehre Polanyis, Stufenlehren der Pädagogik und der empirischen Forschung zur therapeutischen Habitusformation nahe beieinander. Vielleicht geht es uns wie dem Archäologen: dass wir darin etwas finden, was wir immer schon gewusst haben.

Schlussbemerkung

Wozu sind diese Überlegungen gut? Kürzlich habe ich davon gehört, dass in einer deutschen Großstadt Neubauten zu einem Klinikum errichtet wurden. Die Architekten hatten die Psychotherapie mit eingeplant, dabei einer Idee wie der folgend, dass Psychotherapie zuständig würde, wenn etwa die „compliance“ eines Patienten schlecht sei. Solche Ideen sind im Prinzip nicht zu verwerfen, aber sie zeigen, dass hier auf einem Level gedacht wird, der bestenfalls den *beginning students* zugewiesen werden könnte. Diese erwarten alles von Optimierung der Technik. Wenn wir die Psychotherapie auf dieser Stufe stehen lassen, würden wir sie um das Beste bringen. Dass das so ist, kann, wie Untersuchungen wie die von Orlinsky und Ronnestad zeigen, empirisch erforscht werden. Man kann aus der empirischen Forschung lernen, wo deren eigene Begrenzungen liegen. Das befreit vom Verdacht der Wissenschaftsfeindlichkeit, nur weil man das Intuitive schätzt. Im Gegenteil, man darf bessere Wissenschaft fordern, besseres Verstehen für die Subtilität therapeutischer Prozesse und angemessenere Möglichkeiten für die Psychotherapie als nur die, sie auf dem Level von *beginning students* zu verorten.

Literatur

Blumenberg, H. (2007). *Theorie der Unbegrifflichkeit*. Frankfurt: Suhrkamp.

- Bohrer, K.-H. (2007). Was heißt unabhängig denken? Ein freier Geist muss nicht immer subversiv sein. *Merkur*, 61 (699), 563-575.
- Brown, T. L. (2003). *Making Truth – Metaphor in Science*. Chicago: University of Illinois Press.
- Buchholz, M. B. (1999). *Psychotherapie als Profession*. Giessen: Psychosozial.
- Buchholz, M. B. (2005). Vom Primat der Metapher – Kultur und Körper, Kognition und Konversation (Teil 1). In: M. B. Buchholz & G. Gödde (Hrsg.), *Das Unbewusste in aktuellen Diskursen. Anschlüsse. Band II*. Giessen: Psychosozial.
- Buchholz, M. B. (2005). Vom „Austausch in Worten“ (Freud) zur „Interaktion der Bilder“ – Kultur und Körper, Kognition und Konversation (Teil 2). In: M. B. Buchholz & G. Gödde (Hrsg.), *Das Unbewusste in aktuellen Diskursen. Anschlüsse. Band II*. Giessen: Psychosozial.
- Buchholz, M. B. (2006). Supervision – Die Entwicklung professioneller Therapeuten und die Bewältigung therapeutischer Paradoxien. In: M. B. Buchholz & G. Gödde (Hrsg.), *Das Unbewusste in der Praxis – Erfahrungen verschiedener Professionen. Das Unbewusste. Band III*. Giessen: Psychosozial.
- Ferenczi, S. (1923). Der Traum vom ‚gelehrten Säugling‘. In: S. Ferenczi (Hrsg.), *Bausteine zur Psychoanalyse. Bd. III: Arbeiten aus den Jahren 1908-1933*. Frankfurt: Ullstein.
- Gabbard, G. O.; Beck, J. S. & Holmes, J. (Eds.). (2005). *Oxford Textbook of Psychotherapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Gigerenzer, G. (2007). *Bauchentscheidungen. Die Intelligenz des Unbewussten und die Macht der Intuition*. München: Bertelsmann.
- Huppertz, M. (2006). Wissen und Können in der Psychotherapie. *Psycho-Logik – Jahrbuch für Psychotherapie, Philosophie und Kultur*, 1, 176-196.
- Klappacher, C. (2006). *Implizites Wissen und Intuition. Warum wir mehr wissen, als wir zu sagen wissen: Die Rolle des Impliziten Wissens im Erkenntnisprozess*. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.
- Mitchell, M. T. (2006). *Michael Polanyi. The Art of Knowing*. Wilmington: ISI-Books.
- Musgrave, A. (1993). *Alltagswissen, Wissenschaft und Skeptizismus: Eine historische Einführung in die Erkenntnistheorie*. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Mosebach, M. (2005). *Das Beben*. München: Hanser.
- Neuweg, G. H. (2004). *Könnerschaft und Implizites Wissen. Zur lehr-lerntheoretischen Bedeutung der Erkenntnis- und Wissenstheorie Michael Polanyis*. Münster: Waxmann-Verlag.
- Orlinsky, D. E. & Ronnestad, H. (2005). *How Psychotherapists Develop. A Study of Therapeutic Work and Professional Growth*. Washington: American Psychological Association.
- Polanyi, M. (1958/62). *Personal Knowledge. Towards a Post-Critical Philosophy*. Chicago: University of Chicago Press.
- Polanyi, M. (1985). *Implizites Wissen*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Ronnestad, M. H. & Skovholt, T. M. (2003). The Journey of the Counselor and Therapist: Research Findings and Perspectives on Professional Development. *Journal of Career Development*, 30 (1), 5-44.
- Ronnestad, M. H. & Skovholt, T. (1997). Berufliche Entwicklung und Supervision von Psychotherapeuten. *Psychotherapeut*, 42, 299-306.
- Ronnestad, M. H. & Skovholt, T. M. (2001). Learning Areas for Professional Development: Retrospective Accounts of Senior Psychotherapists. *Professional Psychology Research and Practice*, 32, 181-187.
- Schön, D. A. (1983). *The Reflective Practitioner. How Professionals think in Action*. New York: Basic Books.
- Schwartz, M. A. & Wiggins, O. P. (1987). Typifications: The first step for clinical diagnosis in psychiatry. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 65-77.
- Scott, W. T. & Moleski, M. X. (2005). *Michael Polanyi. Scientist and Philosopher*. Oxford: Oxford University Press.
- Stern, D.N. (2004). *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. New York: W.W. Norton & Company.
- Tomasello, M. (2001). Perceiving Intentions and Learning Words in the Second Year of Life. In: M. Tomasello, E. Bates (Hrsg.), *Language Development. The Essential Readings*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Tomasello, M. (2003). *Constructing a Language. A Usage-Based Theory of Language Acquisition*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Varela, F. J. (1990). *Kognitionswissenschaft – Kognitionstechnik. Eine Skizze aktueller Perspektiven*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Wolff, S. & Meier, C. (1995). Das konversationsanalytische Mikroskop: Beobachtungen zu minimalen Redeannahmen und Fokussierungen im Verlauf eines Therapiegespräches. In: M. B. Buchholz (Hrsg.), *Psychotherapeutische Interaktion – Qualitative Studien zu Konversation und Metapher, Geste und Plan*. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Prof. Dr. Michael B. Buchholz

buchholz.mbb@t-online.de



Dokumentation

Sachverständigentätigkeit als Aufgabengebiet für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Bericht der landeskammerübergreifenden Arbeitsgruppe Sachverständigentätigkeit/ Forensik.

Andreas Rose, Uta Cramer-Düncher, Marion Schwarz

In vielen, wenn auch nicht allen, Heilberufsgesetzen der Länder gibt es Regelungen für die Sachverständigentätigkeit von Psychologischen Psychotherapeuten¹ und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Dadurch werden die jeweiligen Kammern befugt, Listen für Sachverständige zu führen und den Gerichten zur Verfügung zu stellen. Entsprechend greifen die Berufsordnungen der Landespsychotherapeutenkammern bzw. die Musterberufsordnung diesen Passus auf (siehe hierzu § 27 der Musterberufsordnung für PP/KJP der BPtK, 2006), in der die Gutachtertätigkeit von Psychotherapeuten beschrieben und geregelt wird.

Um dieses Arbeitsgebiet für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eingehender zu prüfen, allgemeingültige Standards hierfür zu entwickeln und die Fortbildung in diesem komplexen Arbeitsgebiet zu formulieren, hat der Länderrat eine Arbeitsgruppe zur Sachverständigentätigkeit etabliert, in der inzwischen nahezu alle Landespsychotherapeutenkammern mit-

arbeiten (die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer OPK, die Landeskammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz).

Am 16.11.2006 fand eine erste Sitzung statt, die fünfte Sitzung am 13.09.2007.

Nachfolgend werden die wichtigsten Ergebnisse im Sinne eines Zwischenberichts dargestellt:

Die Bedeutung heilkundlichen Wissens für die gutachterliche Tätigkeit

Heilkundliches Wissen ist eine *conditio sine qua non*, die in sämtlichen für gutachterliche Tätigkeiten in Frage kommenden Rechtsgebieten eine hohe Bedeutung für die Qualitätssicherung besitzt.

Im **Strafrecht** ist die *Schuldfähigkeitsbegutachtung* eng verknüpft mit der Diagnostik nach ICD-10 F0 bis F9. Relevante Paragraphen des Strafgesetzbuches sind die §§ 20 und 21 sowie 63 und 64 StGB.

Die *Kriminalprognose* wird durch psychische Störungen erheblich beeinflusst, da eine hohe Prävalenz psychischer Störungen die Rückfälligkeit, ganz besonders bei Jugendlichen, erhöht.

Inzwischen muss sich der überwiegende Teil der Gefangenen einer JVA, einer sozialtherapeutischen Behandlung unterziehen. Die Therapieergebnisse müssen im Rahmen eines Prognosegutachtens beurteilt werden. Ohne fundiertes heilkundliches Wissen ist dies nur begrenzt möglich.

Bei Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden werden durch psychische Störungen sowie umschriebene Entwicklungsstörungen die *Verantwortlichkeit für Straftaten* (§ 3 JGG) wesentlich beeinflusst. Dies trifft ebenso zu für die *Reifebeurteilung* (§ 105 JGG) wie auch für *Erziehungsmaßregeln* (§§ 10 und 17 JGG) bis hin zur geschlossenen Unterbringung im Spannungsfeld der

¹ Der besseren Lesbarkeit wegen wird die männliche Form für Therapeut/in, Behandler/in und Patient/in benutzt.



Brigitte Vetter

Sexualität: Störungen, Abweichungen, Transsexualität

2007. 351 Seiten, 7 Abbildungen, 30 Tabellen, kart.
€ 34,95 (D) / € 36,- (A) • ISBN 978-3-7945-2463-1

Sexualität – ein sensibles und im wahrsten Sinne des Wortes bewegendes Thema. Doch was passiert, wenn die Lust zur Last wird? Welche Ursachen gibt es und was kann man tun?

Antworten auf diese und viele weitere Fragen gibt das Werk aus der Feder der renommierten psychologischen Psychotherapeutin und Sexualtherapeutin Brigitte Vetter. Erstmals werden in ihrem Werk systematisch und gut gegliedert sämtliche sexuellen Störungsbilder dargestellt. Das verständlich ge-

schriebene Buch entspricht dem aktuellen Forschungsstand und orientiert sich an den internationalen Diagnosesystemen ICD-10 und DSM-IV-TR.

Neben dem ausführlichen Grundlagenteil bietet das Werk drei klinische Teile. In diesen geht die Autorin auf Ursachen, Symptomatik, Komorbidität, Verlauf, Häufigkeit und Behandlungsmöglichkeiten der spezifischen Störungsbilder ein.

Das Buch richtet sich an Psychotherapeuten und Ärzte sowie weitere Fachleute aus dem psychologischen, medizinischen, sozialen und juristischen Bereich. Aber auch Betroffene und interessierte Laien werden es mit Gewinn lesen und als Nachschlagewerk benutzen.

 **Schattauer** Mehr WISSEN als andere.

Kinder- und Jugendpsychotherapie und Jugendhilfe.

Die *Glaubhaftigkeitsbegutachtung* bei psychisch kranken Zeugen gewinnt in den letzten Jahren zunehmend an Gewicht. Die Aussagetüchtigkeit wird durch psychische Erkrankungen sowohl bei Erwachsenen als auch in besonderem Maße bei Kindern und Jugendlichen (z.B. durch posttraumatische Störungen) manipuliert.

Wesentlich ist schließlich noch die Wirkung psychischer Erkrankungen auf die *Vernehmung-, Haft- und Verhandlungsfähigkeit*.

Im **Zivilrecht** sind heilkundliche Kenntnisse bei der Begutachtung zu *Vormundschaft und Betreuung*, der *Geschäfts-, Prozess- und Testierfähigkeit* sowie der *Deliktfähigkeit* zwingend erforderlich. Ferner wird das *Haftungs- und Schadensersatzrecht* in seiner Bewertung wesentlich durch seelische Gesundheitsstörungen beeinflusst.

Ebenfalls im **Familienrecht** (*Umgang und Sorge*) gewinnen psychische Erkrankungen immer mehr an Bedeutung. Auch die Verbreitung der unterschiedlichen Familienformen und -typen („Patchwork“) trägt zu einer Zunahme psychischer Störungen bei. Hinzu kommt, dass entsprechende Fragestellungen häufig mit Fragen des sexuellen Missbrauchs i.S. von posttraumatischen Belastungsstörungen verknüpft sind.

Im **Sozialrecht** umfassen Gutachten Fragen zur *Behandlungsbedürftigkeit* gesundheitlicher Einschränkungen, zur *Rehabilitationsbedürftigkeit* sowie zur *Beurteilung der Leistungsfähigkeit*. Im sozialen *Entschädigungsrecht* oder bei Begutachtungen für die gesetzliche *Unfallversicherung* geht es um die Bewertung der gesundheitlichen Einschränkungen und die Beurteilung der Ursächlichkeit schädigender Ereignisse.

Im *Schwerbehindertenrecht* wird der Grad der Behinderung im Wesentlichen durch den Schweregrad bzw. das Vorhandensein einer psychischen Gesundheitsstörung bewertet. Psychische Gesundheitsstörungen beeinflussen bedeutsam die Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit.

Im *Jugendhilferecht*, beispielsweise bei der Erstellung eines Gutachtens zur Eingliederungshilfe, ist zu beurteilen, inwieweit die seelische Gesundheit des Betroffenen vom für das Lebensalter typischen Zustand (Entwicklungspsychopathologie) abweicht.

Auch in der *Pflegeversicherung* werden psychische Störungen (ICD-10 F0, F1 und F2) zunehmend an Bedeutung gewinnen.

Verwaltungsrechtliche Fragestellungen sind beispielsweise im *Disziplinarrecht*, insbesondere bei Beamten, sowie bei Fragen der *Wehrtauglichkeit* eng mit dem Wissen um seelische Störungen verknüpft. Gerade im *Verkehrsrecht* spielen Diagnosen nach ICD-10 F1 eine beträchtliche Rolle.

Das *Waffengesetz* kommt in seinen pragmatischen Fragestellungen (z.B. geistige Reife) ohne heilkundliches Wissen ebenso wenig aus.

In *aufenthaltsrechtlichen* Verfahren bei Erwachsenen bei der Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen wird heilkundliches Wissen ausdrücklich gefordert.

Die Begutachtung nach dem *Transsexuellengesetz* fordert sogar explizit das Wissen um diese Erkrankung, um diese ggf. im Sinne der Fragestellung diagnostizieren zu können.

In sämtlichen oben genannten Rechtsgebieten reicht es für den Sachverständigen nicht mehr aus, lediglich zum Beispiel testpsychologisch belegte Normabweichungen zu diagnostizieren. Es ist darüberhinaus unumgänglich, dass der Gutachter Krankheiten feststellen und/oder ausschließen kann und dass er über Erfahrungen und wissenschaftlich fundierte Kenntnisse über Behandlungsansätze, Behandelbarkeit und Prognose verfügt. Heilkundliche Kompetenz ist somit unerlässlich.

Status quo und Arbeitsauftrag der Arbeitsgruppe Forensik

Einzelne Landespsychotherapeutenkammern haben bereits für einzelne Bereiche eigene Regelungen getroffen. So gibt es für den Aufgabenkreis Strafrecht bereits bewährte Sachverständigenregelungen der Bundesländer Niedersachsen und Nord-

rhein-Westfalen. Andere Landespsychotherapeutenkammern bieten inzwischen in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Landesärztekammern Fortbildungen über psychische Traumafolgen bei Flüchtlingen an und qualifizieren ihre Kammermitglieder als Gutachter psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Fragen bei Erwachsenen.

Die große berufs- und gesellschaftspolitische Bedeutung von Sachverständigentätigkeit für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten hat die Landespsychotherapeutenkammern veranlasst, gemeinsame Regelungen und Standards zu entwickeln.

Basierend auf dem heilkundlichen Wissen unserer Berufsgruppen werden diese Regelungen zum einen im Sinne einer Qualifizierung von PP und KJP als Sachverständige eine curriculare Fortbildung enthalten, sowie angemessene Übergangsregelung für seit langem gutachterlich tätige Kollegen und Kolleginnen.

Zukünftig soll es approbierten Psychotherapeuten möglich sein, einen oder mehrere Tätigkeitsschwerpunkte aus den verschiedenen Rechtsbereichen zu wählen und nach erfolgter Fortbildung und entsprechender Zertifizierung durch die Psychotherapeutenkammer dort als Sachverständige tätig zu sein. Aufbauend auf ein allen gemeinsames Grundlagenmodul sollen Spezialisierungen möglich sein, in den Gebieten Strafrecht (Schuldfähigkeit und Kriminalprognose), Aussagetüchtigkeit und Glaubhaftigkeit von Zeugen und Opferzeugen, Familien- und Sorgerecht, Verwaltungsrecht (Aufenthaltsrecht, Transsexuellengesetz, Jugendschutzgesetz, Waffengesetz) und den äußerst bedeutsamen Zweig des Sozialrechts.

Für die Fortbildung im Bereich Sachverständigentätigkeit ist ein Grundlagenmodul (70 Stunden), darauf aufbauend Module der jeweiligen Rechtsgebiete (Umfang ca. 80 Std.), sowie ein praktischer Teil unter Supervision (60 Std.) in der Diskussion.

Die durch die Fortbildung und die zu erlassenden Übergangsbestimmungen qualifizierten und zertifizierten Sachverständigen

können dann von den Kammern auf speziellen Gutachterlisten geführt werden. Die Kammern sichern somit ein umfassendes Tätigkeitsfeld für unsere Berufe und schaffen Qualitätsstandards, die durch kontinuierliche Fortbildung und gewährleistet werden soll.

Bislang werden von Gerichten meist psychiatrische oder kinder- und jugendlichenpsychiatrische Sachverständige angefragt oder beauftragt, gleichermaßen bei der Schulfähigkeitsbegutachtung sowie bei der Verantwortlichkeit für Straftaten bei Jugendlichen und Heranwachsenden, bei der Reifebeurteilung und bei Erziehungsmaßregeln bis hin zur geschlossenen Unterbringung im Spannungsfeld der Kinder- und Jugendpsychotherapie und Jugendhilfe. Bedauerlicherweise vertreten Richter oder Staatsanwälte immer noch

die Einstellung, nur ein Arzt sei befähigt, Krankheiten festzustellen oder auszuschließen, wohingegen Diplompsychologen nur testpsychologisch belegte Normabweichungen diagnostizieren könnten.

Die Veränderungen infolge des Psychotherapeutengesetzes und die Schaffung der neuen Heilberufe haben die Rechtslage zwar geändert, aber die Umsetzung in Bereichen der forensischen Sachverständigentätigkeit ist noch nicht adäquat erfolgt.

Daher ist es berufspolitisch zwingend erforderlich, dass die Psychotherapeutenkammern die Sachverständigentätigkeit angestellt oder freiberuflich tätiger psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten einheitlich und umfassend regeln.

Dr. Andreas Rose

Psychologischer Psychotherapeut
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
Mitglied der Delegiertenversammlung der PTK Bayern
Rudolf-Breitscheid-Str. 39
90762 Fürth
dr-rose@t-online.de



Uta Cramer-Düncher

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

Marion Schwarz

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin
Mitglied im Vorstand der LPPKJP Hessen
Brunnenstr. 53
65307 Bad Schwalbach
schwarzmarion@t-online.de

Wirksamkeit beweisen?



Perspektiven der evidenzbasierten Psychotherapie

Herausgegeben von **Timo Harfst, Prof. Dr. Thomas Fydrich und Dr. Babette Renneberg**. Ca. 280 Seiten. Kartoniert. Ca. € 58,-

ISBN 978-3-938909-18-8
Neu im April 2008

Mit Blick auf eine evidenzbasierte Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgungsangebote in Deutschland stellt das Buch den aktuellen Stand der Wirksamkeitsforschung zu vier psychotherapeutischen Methoden bzw. Verfahren dar, welche zur Zeit beim Gemeinsamen Bundesausschuss bzw. beim Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie geprüft werden.

Außerdem erläutert es die gesetzlichen und die Verfahrensbedingungen sowie notwendige Weichenstellungen für einen wirksamen Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse der Psychotherapieforschung in das deutsche Gesundheitssystem.

Das Buch beschreibt die Entwicklung, die Methodenkritik und die Perspektiven der evidenzbasierten Psychotherapie.

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

**Psychotherapeuten
Verlag**

Aktuelles aus der Forschung

Detlef Bunk

Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

Kinder depressiver Eltern häufiger krank

Sills, M., Shetterly, S., Xu, S., Magid, D. & Kempe, A. (2007). Association Between Parental Depression and Children's Health Care Use. Pediatrics, 119, 829-836.

Die US-amerikanische Studie vergleicht die altersabhängige Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Kinder aus Familien mit und ohne depressive Eltern. Unterschieden werden fünf Versorgungsarten: Vorsorgeuntersuchungen (well-child-care visits), ambulante Erstversorgung (sick visits to primary care), fachklinische Behandlung (specialty clinic visits), Notfallversorgung (emergency visits) und stationäre Behandlung (inpatient visits). Der Studie beruht auf Daten einer großen privaten Gesundheitsorganisation, die ein „managed care“-System anbietet. Patienten können sich hier mit ihren Krankendaten eintragen

und erhalten im Gegenzug Angebote qualitätsgeprüfter Versorgungsleistungen, die im System dokumentiert werden. Nach ICD-9-Diagnosen der Eltern wurden 24.391 Kinder bis 17 Jahre mit depressiven Elternteilen und 45.274 Kinder aus Familien ohne depressiv erkrankte Angehörige ausgewählt und fünf Altersklassen zugeordnet. Für 33 unterschiedliche Erkrankungen wurden für jede Altersgruppe Art und Häufigkeit der Inanspruchnahme bestimmter Versorgungseinrichtungen bestimmt und zwischen beiden Kindergruppen (mit vs. ohne depressive Elternteile) verglichen.

Kinder mit depressiven Eltern nehmen mit steigendem Alter weniger Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch als die Vergleichsgruppe. Gleichzeitig steigt bei ihnen die Inanspruchnahme von Spezial-

richtungen wegen spezifischer Erkrankungen. Hier stand mit knapp 24 % der Besuch einer Mental-Health-Einrichtung an erster Stelle. Sie suchten häufiger Einrichtungen der Notfallbehandlung und sonstigen ambulanten Erstversorgung auf und wurden häufiger stationär behandelt als Kinder ohne depressiv erkrankte Elternteile. Mit steigendem Alter nahmen stationäre Aufenthalte bei Kindern mit depressiven Eltern deutlich zu.

Kommentar: Geringeres Vororgeverhalten und die insgesamt höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgungsleistungen durch Kinder und Jugendliche aus Familien mit depressiven Eltern sprechen für ihr bereits mehrfach belegtes erhöhtes Morbiditätsrisiko. Wegen abnehmendem Vororgeverhalten mit fortschreitendem Kindesalter erreichen sie

präventive Angebote zunehmend weniger, was zu einer erhöhten und teuren Inanspruchnahme von ambulanten Erstversorgungseinrichtungen, Mental-Health- und anderen Spezialkliniken beiträgt.

Das US-amerikanische Vorsorgeuntersuchungs-System berücksichtigt nach Meinung der Autoren kaum das Bedürfnis nach Hilfsangeboten für Erziehungsprobleme, psychische Belastungen und psychosoziale Entwicklungsstörungen. Vergleichbares ließe sich sicherlich auch von unserem Gesundheitssystem sagen. Die Untersuchung stützt somit die Forderung, Familien mit psychisch erkrankten Eltern besondere Gesundheitsleistungen bereitzustellen, die sie in die Lage versetzen, Erkrankungsrisiken ihrer Kinder zu reduzieren und ihren Fehlentwicklungen entgegenzuwirken.

Gestufte Versorgung (stepped care) depressiver Störungen: Im Erstgespräch erwarten Patienten psychotherapeutische Kompetenz

MacDonald, W., Mead, N., Bower, P., Richards, D. & Lovell, K. (2007). A Qualitative Study of Patients' Perceptions of a 'Minimal' Psychological Therapy. International Journal of Social Psychiatry, 53 (1), 23-35.

Um der eklatanten Unterversorgung mit professionellen

psychologisch-psychotherapeutischen Therapieangeboten zu begegnen, wurden in Großbritannien für Patienten mit depressiven Störungen Projekte einer gestuften Versorgung entwickelt und evaluiert. Die erste Stufe eines solchen Versorgungskonzepts besteht aus kurzen Beratun-

gen mit Information über die Erkrankung und Hinweisen zur Selbsthilfe (guided self-help), was als „minimal intervention“ bezeichnet wird. Nach bisherigen Erfahrungen aus Projekten gestufter psychotherapeutischer Versorgung werden zwar viele Patienten erreicht, doch zeigte sich bereits nach den

ersten Kontakten eine geringe Akzeptanz mit hohen Ausfallraten bzw. Abbruchquoten, vor allem bei Patienten mit schwereren Störungen. Als Gründe dafür werden Patientenerwartungen über Form, Inhalte und Ergebnisse psychotherapeutischer Interventionen vermutet, denen mit Beratungs- und

Selbsthilfeangeboten nicht entsprochen wird.

Ziel der englischen Studie war, nach einem Erstkontakt (minimale Intervention, guided self-help) Erwartungs-, Motivations- und Erlebensmuster von Patienten mit depressiv-ängstlicher Symptomatik systematisch zu beschreiben.

Aus den Wartelisten dreier psychologisch-psychotherapeutischer Behandlungszentren wurden insgesamt 57 erwachsene Patienten (83 % weiblich) zufällig ausgewählt. Alle erfüllten die Cut-off-Werte für depressive Störungen im BDI und für Angststörungen im HADS. 50 Patienten erhielten eine Erstberatung (guided self-help) durch psychologische Psychotherapeuten. Drei Monate später wurden 24 Patienten nach Einwilligung zu ihren Erfahrungen mit der Erstberatung strukturiert interviewt. Alle Interviews wurden

transkribiert und mit einem computergestützten Inhaltsanalyzesystem qualitativ ausgewertet. Bestimmt wurden Erwartungen über Ablauf und Ergebnis der Selbsthilfesitzung, die Einschätzung der Expertise des Psychotherapeuten und der persönlichen Nutzens der Maßnahme.

Alle Patienten äußerten bedeutende Diskrepanzen zwischen dem, was sie von der Erstintervention erwarteten und tatsächlich erfuhren. Inhalt und Form der „minimal intervention“ entsprachen nicht ihren Vorstellungen über ein psychotherapeutisches Erstgespräch. Die Rolle des Psychotherapeuten als Ratgeber, Anleiter oder Behandler blieb intransparent. Schriftliches Informationsmaterial (Patientenratgeber zum Selbststudium) über Symptomatik, Krankheitsverlauf und eigene Bewältigungsmöglichkeiten wurde nicht akzeptiert. Ablehnungsgrund waren die

für Depressionen und Ängste typischen Konzentrationsprobleme beim Lesen. Erwartet wurde eine therapeutische Haltung des Gesprächspartners mit Fragen nach der Befindlichkeit und Ursachenerklärungen persönlicher Schwierigkeiten. Ältere Patienten zweifelten an der Fachkompetenz der zu meist jüngeren Therapeuten und befanden sich im Konflikt mit ihrer inferioren Rolle als Hilfesuchender. Die Dauer der 15 bis 30-minütigen Sitzungen widersprach den Vorstellungen über die Länge einer Therapie stunde, um persönliche Probleme tiefergehend zu besprechen. Dennoch empfanden 38 % der Patienten die Erstintervention (guided self-help) als hilfreich und berichteten über positive Änderungen.

Kommentar: Obwohl der Studie eine selbstselegierte Stichprobe zu Grunde lag und retrospektive Patientenbefragungen

Erinnerungsverzerrungen unterliegen, zeigen die Ergebnisse den Wert qualitativ-hermeneutischer Untersuchungsansätze für die psychotherapeutische Versorgungsforschung. Bei gestufter Versorgung psychisch Kranker darf sich Erstberatung mit symptom-fokussierter Information und Selbsthilfeanleitung nicht in schematischer Instruktion und bloßer Aushändigung von Patientenratgebern erschöpfen. „Minimal interventions“ müssen anknüpfen an eine dezidiert explorierte Motivationslage und das individuelle Erwartungsmuster des Patienten. Um den Patienten zudem fachkundig über Psychotherapiemöglichkeiten und andere Hilfen zu informieren, sollte gerade die Erstberatung von besonders qualifizierten Psychotherapeuten durchgeführt werden. Keinesfalls ersetzen „minimal interventions“ indizierte psychotherapeutische Behandlungen.

Rezidivierende Depression: Stationäre Kombinationsbehandlung wirksamer als psychiatrische Routineversorgung

Schramm, E., van Calker, D., Dykierik, P., Lieb, K., Kech, S., Zobel, I., Leonhart, R. & Berger, M. (2007). *An Intensive Treatment Program of Interpersonal Psychotherapy Plus Pharmacotherapy for Depressed Inpatients: Acute and Long-Term Results. American Journal of Psychiatry*, 164 (5), 768-777.

Bei chronisch rezidivierenden Depressionen zeigen Kombinationsbehandlungen mit Psychotherapie und Pharmakotherapie gegenüber Monotherapien bessere Behandlungsergebnisse. Die an der Heidelberger Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie durchgeführte Studie vergleicht die Wirkungen

einer stationären Kombinationstherapie mit dem Outcome der klinisch-psychiatrischen Standardbehandlung (Pharmakotherapie, ärztliche Kontaktgespräche). Aus konsekutiv für die akutpsychiatrische, stationäre Behandlung zugewiesenen DSM-IV-diagnostizierten Patienten mit rezidivierenden Depressionen (major depression) wurden 124 18–65-Jährige beiderlei Geschlechts zufällig den zwei Behandlungsbedingungen zugeteilt. Die Symptomatik wurde dem Beck-Depressionsinventar (BDI), der Hamilton-Depression-Rating-Scale (HAM-D) und der Global Assessment of Functioning Scale (GAF) erfasst. Während des

5-wöchigen stationären Aufenthalts erhielten beide Gruppen antidepressive Medikation in vergleichbaren Dosen. Die Psychotherapiegruppe erhielt fünfzehn 50-minütige einzelpsychotherapeutische Sitzungen, die Kontrollgruppe die psychiatrische Standardbehandlung mit 20-minütigen ärztlichen Gesprächen. Alle Patienten nahmen an den adjuvanten stützenden Therapiemaßnahmen des stationären Settings teil. Das Behandlungsprogramm wurde von 105 Patienten durchlaufen (53 Kombinationstherapie, 52 Standardbehandlung). Nachuntersuchungen mit demselben Instrumentarium erfolgten zu drei Zeitpunkten, nach dem sta-

tionären Aufenthalt sowie drei und zwölf Monate später.

In der Psychotherapiegruppe fand sich zu allen Katamnesezeitpunkten ein signifikant höherer Remissionsgrad. Gemessen an der GAF waren die Patienten der stationären Psychotherapiegruppe psychosozial signifikant besser integriert und zeigten geringere Wiederaufnahmeraten als Patienten der stationären psychiatrischen Routinebehandlung, selbst dann, wenn diese nach der Entlassung durch eine ambulante Psychotherapie ergänzt wurde.

Kommentar: Die methodisch sauber durchgeführte, von den

Autoren dezidiert beschriebene naturalistische Studie lässt wenig Raum für Kritik. Fragt man nach dem Wirkfaktor der Kombinationsbehandlung im Vergleich zur Routinebehandlung, so könnte

bei der Kombinationsbehandlung das zeitlich längere, professionell gestaltete intensive Beziehungsangebot ausschlaggebend gewesen sein, welches verfahrensübergreifend ein be-

kannter psychotherapeutischer Hauptwirkfaktor ist.

Die Studienergebnisse stützen die Forderung an die Psychiatrieplaner: Für nachhaltige

Behandlungseffekte ist eine leitliniengerechte psychotherapeutische Behandlung im stationären psychiatrischen Setting weiter zu verankern und auszubauen.

Somatische Erkrankungen häufig bei Angststörungen

Sareen, J., Jacobi, F., Cox, B., Belik, S.-L., Clara, I. & Stein, M. B. (2006). Disability and Poor Quality of Life associated With Comorbid Anxiety Disorders and Physical Conditions. Archives of Internal Medicine, 166, 2109-2116.

Noch wenig gesichert ist bei Angststörungen eine erhöhte Komorbidität körperlicher Erkrankungen. Die Studie beruht auf einer weiteren Auswertung der Daten aus dem „German Health Survey“ des Robert-Koch-Instituts, Berlin. Aus einer repräsentativen Bevölkerungstichprobe von 4.181 Personen liegen aus Fragebögen und klinischen Interviews DSM-IV-Diagnosen und Angaben zu 40 verschiedenen körperlichen Erkrankungen und ein gesund-

heitsbezogener Lebensqualitäts-Index vor. Der psychosoziale Beeinträchtigungsgrad wurde durch die Anzahl der krankheitsbedingten Ausfalltage innerhalb 30 Tagen vor dem Befragungszeitpunkt bestimmt. Die explorative Studie fragte nach systematischen Zusammenhängen zwischen Angsterkrankungen, spezifischen körperlichen Störungen und dem Grad krankheitsbedingter Beeinträchtigungen als Indikator der Lebensqualität.

Die Ergebnisse zeigen, dass generalisierte Ängste, Panikstörungen, verschiedene Phobien und Zwangssymptome gehäuft mit Atemwegserkrankungen, gastrointestinalen Beschwerden, Arthritis, Schilddrüsenerkrankungen, migräneartigen

Kopfschmerzen und allergischen Reaktionen einhergehen. Im Vergleich zu körperlich Erkrankten ohne Angststörungen sind der krankheitsbedingte Beeinträchtigungs-Index erhöht und die Lebensqualität signifikant erniedrigt. Eine genauere Analyse der Erkrankungszeitpunkte ergab, dass Angststörungen sehr häufig vor rein somatischen Erkrankungen auftraten.

Kommentar: Da es sich hier um eine explorativ-korrelative Studie handelt, sind Kausalschlüsse über wechselseitige Auslösebedingungen von Angststörungen und körperlichen Erkrankungen unangebracht. Sehr oft treten Angstsyndrome jedoch vor einer körperlichen Erkrankung auf.

Die psychische Alteration ist damit nicht nur ein Indikator seelisch belastender Lebensbedingungen, sondern auch ein früher Indikator umgebungsbedingter Risikofaktoren sowie individueller Vulnerabilität gegenüber körperlichen Erkrankungen. Die Psyche ist der „locus minoris resistentiae“.

Die Ergebnisse sind einmal mehr ein Hinweis, den Blick für die ganzheitliche Betrachtung des Patienten zu schärfen. Ist der Psychotherapeut gefordert, frühe Anzeichen somatischer Störungen bei der Behandlung psychischer Erkrankungen stets mit im Auge zu haben, gilt genauso für den Arzt, psychische Beschwerden des Patienten rechtzeitig und richtig zu deuten.

Behandlungsabbrüche: Kein sicherer Indikator für Therapiemisserfolg

Lang, K., Koch, U. & Schulz, H. (2006). Abbrüche stationärer Psychotherapien. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 35 (4), 267-275.

Die psychotherapeutische Versorgungsqualität wird nicht allein durch den Wirksamkeitsnachweis angewandeter Verfahren und Methoden bestimmt. Genauso bedeutsam sind Erreichbarkeit des Patienten, seine Akzeptanz sowie die Compliance mit der angebotenen psychotherapeutischen Behandlung. Die Therapieabbruchquoten bei stationären psychotherapeutischen Re-

habilitationsmaßnahmen liegen zwischen 8 % und 15 %. Anzunehmen ist eine Kombination mehrerer Ursachen. In retrospektiven Patientenbefragungen und Prädiktoranalysen wurde die Bedeutung klinischer und soziodemografischer Patientenvariablen untersucht, die aber bisher kein einheitliches Bild von der Bedeutung bestimmter Risikofaktoren ergaben.

Die vorliegende Arbeit verfolgte die Zielsetzung, Behandlungsabbrüche stationärer Psychotherapien mit Hilfe patientenseitiger, vor Behand-

lungsbeginn erhobener Variablen vorherzusagen. Dem gegenwärtigen Forschungsstand entsprechend wurde eine theoriegeleitete Auswahl motivationaler, klinischer, sozialmedizinischer und soziodemografischer Variablen auf ihren prognostischen Wert zur Vorhersage von Behandlungsabbrüchen stationärer Psychotherapien überprüft. In der prospektiven Feldstudie wurden 4.172 Patienten befragt, denen von einem Rentenversicherungsträger eine Rehabilitationsmaßnahme wegen einer psychischen / psychosomatischen Erkrankung bewilligt worden war. Vor

der Klinikaufnahme wurden Personenvariablen, Therapiemotivation, Leidensdruck und Mitarbeitersintention erfragt, ICD-10-Diagnosen bestimmt und mit Daten aus dem Entlassungsbericht über Behandlungsdauer, Entlassungsdiagnose und Entlassungsform verknüpft. Für Gruppenvergleiche wurden die Patienten in sechs Altersklassen eingeteilt, die Diagnosen den Bereichen Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen und somatoforme Störungen zugeordnet. Der Variablensatz wurde binär-logistisch auf die Abbruchhäufigkeit regediert.

Die Abbruchquote lag bei 7,5 %. Die meisten Patienten brachen die Behandlung zwischen dem 15. und 28. Tag ab. Signifikant erhöht war die Abbruchquote bei unter 39-Jährigen, wobei unter 29 Jahre alte Patienten die Therapie am häufigsten abbrachen. Signifikante Prädiktoren für eine erhöhte Abbruchwahrscheinlichkeit war eine Kombination aus jüngem Lebensalter und fehlender Berufstätigkeit. Variablen der Therapiemotivation und die Behandlungsdiagnose hatten trotz hoher statistischer Power in der umfangreichen Stichprobe kei-

nen systematischen Einfluss auf die Abbruchwahrscheinlichkeit.

Vor Behandlungsbeginn ist demnach auf Basis der untersuchten Variablen kaum eine Prognose des Therapieabbruchs möglich. Gründe für den Behandlungsabbruch sind wahrscheinlich im Therapieverlauf selbst zu suchen. Entscheidend für die Therapie-Compliance scheinen Tragfähigkeit und Qualität der therapeutischen Beziehung im Behandlungsprozess zu sein. Gehäufte Therapieabbrüche bei jüngeren Altersgruppen sind ein Spezifikum des stationären

Settings, da diese aus dem ambulanten Behandlungssetting nicht berichtet werden. Möglicherweise fühlen sich jüngere Patienten unter mehrheitlich Älteren deplaziert und suchen sich entsprechend ihrem dynamischeren Lebensumfeld andere Hilfs- und Versorgungsmöglichkeiten. Es ist daher anzuzweifeln, ob Therapieabbrüche im stationären Setting überhaupt mit psychotherapeutischen Misserfolgen gleichzusetzen sind.

Kommentar: Ursachen für Abbrüche psychotherapeutischer

Behandlungen sind komplexer, als dass sie auf singuläre Faktoren wie der Therapiemotivation oder etwa die Überweisungsdiagnose zurückgeführt werden könnten. Faktoren der individuellen psychosozialen Lage des Patienten und Eigenschaften des Therapieprozesses, die sich erst in der Interaktionsdynamik zwischen Patient und Therapeut entwickeln, sind ausschlaggebend für die Therapieakzeptanz des Patienten. Qualitätsmerkmale des psychotherapeutischen Prozessgeschehens sollten daher verstärkt Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchung sein.

Elterliches Erziehungsverhalten: Änderung erst durch Übung

Lauth, W., Grimm, K. & Otte, T. (2007). Verhaltensübungen im Elterntraining. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 36 (1), 26-35.

Soziale Anpassungsstörungen und Hyperaktivitätssyndrome mit Aufmerksamkeitsdefiziten sind im Kindes- und Jugendalter sehr häufig. Für die betroffenen Kinder selbst bergen diese Entwicklungsbeeinträchtigungen ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen und chronische psychosoziale Fehlanpassungen im späteren Lebensalter. In den betroffenen Familien besteht ein Wechselwirkungsprozess unangemessenen elterlichen Erziehungsverhaltens und kindlicher Reaktionsmuster, was in der Folge die mangelnden Anpassungsleistungen der Kinder verschärft und ungeeignetes Erziehungsverhalten stabilisiert. Trainingsprogramme können den Eltern diese interaktiven Prozesse verdeutlichen und ihnen Verhaltensalternativen zur Lösung von Erziehungskonflikten bereitstellen. Dabei ist weniger die kognitive Vermitt-

lung von Erziehungsstrategien verhaltenswirksam, sondern das Einüben übertragbarer, alltagstauglicher Erziehungsfertigkeiten.

In der Studie der Kölner Universität wurde das „Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger Kinder (KES)“ mit und ohne Verhaltensübungen und ein Alternativangebot (unspezifische Problemerkörterungen in einer Elterngruppe) hinsichtlich der differenziellen Wirksamkeit verglichen. Untersucht wurden 72 Eltern (hauptsächlich Mütter) mit sozial auffälligen (Oppositional Defiant Disorders) und/oder aufmerksamkeitsgestörten (ADHD) Kindern (5-13 Jahre) beiderlei Geschlechts. In Elterninterviews wurden demografische, psychosoziale und Verhaltensdaten der Kinder zur DSM-IV-Diagnostik erhoben. Die Eltern wurden nach Zufall den drei Versuchsbedingungen zugewiesen. Das KES-Programm wurde in zwei Gruppen über fünf Sitzungen durchgeführt. In einer Gruppe (n=21) übten die Eltern zusätzlich in Rollenspielen

häusliche Problemsituationen und bekamen Hausaufgaben. Zu drei Zeitpunkten (vor dem Training, nach dem Training, Follow up nach 4-6 Wochen) wurden als abhängige Variablen Art und Häufigkeit kindlicher Verhaltensauffälligkeiten und ein elterlicher Stressindex bestimmt.

Im Elterntraining mit Verhaltensübungen reduzierten sich die kindlichen Verhaltensauffälligkeiten mit mittleren bis großen Effektstärken und das familiäre Stressniveau mit mittlerer Effektstärke. Diese Effekte fielen für das Elterntraining ohne Verhaltensübungen geringer aus. Die geringsten Effekte zeigte die Elterngruppe mit unspezifischer Problemerkörterung. Demnach reduziert ein verhaltensorientiertes Elterntraining die kindlichen Anpassungsschwierigkeiten vor allem dann, wenn konkrete Erziehungsfertigkeiten eingeübt und im familiären Alltag umgesetzt werden.

Kommentar: Nicht systematisch erfasst wurde der Einfluss

von Vätern in den Familien, wo nur die Mütter an dem Trainingsprogramm teilnahmen. Zur Feststellung von Schweregradveränderungen bzw. eines Diagnose-Shifts wäre eine erneute Beurteilung nach DSM-IV bei den Kindern zum Katamnesezeitpunkt sinnvoll gewesen.

Dennoch sind die Studienergebnisse im Hinblick auf den Präventionsaspekt eindeutig: Bloße Information führt kaum zu nachhaltigen Verhaltensänderungen. Präventionsmaßnahmen, die aus Mitteln der Krankenversicherten finanziert werden, dürfen die Kosten für Fachleute zur Einübung alternativen Gesundheitsverhaltens nicht scheuen.

Dr. phil. Detlef Bunk, PP, KJP

Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen
Willstätterstr. 10
40549 Düsseldorf
Tel.: 0211-522 847-29
Fax: 0211-522 847-59
d.bunk@ptk-nrw.de

Buchrezension

Brücher, K. (2005). *Therapeutische Räume – Zur Theorie und Praxis psychotherapeutischer Interaktion*. München: Elsevier Spektrum Akademischer Verlag. 410 Seiten.

Jürgen Hardt

Es handelt sich um ein anspruchsvolles, anregendes und stellenweise für Psychotherapeuten ärgerliches Buch, dessen anstrengende Lektüre denen zu empfehlen ist, die sich für praxeologische Fragen interessieren. Ein praxeologischer Ansatz ist nötig, um die wissenschaftliche Explikation psychotherapeutischer Tätigkeit weiter zu treiben.

Besonders empfehlenswert ist das Buch für jene, die im institutionellen Bereich tätig sind. Denn hier besteht ein Theorie-defizit therapeutischer Praxis. Es herrscht oft eine Praxis vor, die sich vergeblich an die hoch explizierten ambulanten Strategien anlehnt, weil das aber nicht ausreicht, auf eine gehörige Portion alltagspsychologischen Könnens zurückgreifen muss. Damit soll die Lücke zwischen explizierten Verfahrensregeln und praktischen Erfordernissen geschlossen werden. Dieses Spannungsfeld zwischen Professionalität und Alltag als eine paradoxe Bedingung anzuerkennen und zugleich als konstituierende Bewältigungsaufgabe herausgearbeitet zu haben, ist der große Verdienst dieses Buches.

Der Autor ist ärztlicher Direktor eines Fachkrankenhauses für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Er hat Medizin und Philosophie studiert

und sich in seiner Laufbahn mit den Grenzgebieten zwischen Psychiatrie und den Geisteswissenschaften befasst. Ein weiterer Schwerpunkt seiner Forschung ist die qualitative Psychotherapieforschung.

Damit ist er für sein anspruchsvolles Vorhaben bestens gerüstet, was sich auch in früheren Publikationen zeigt, die zum Teil Vorarbeiten zu seiner Buchpublikation sind. Ein umfangreiches Literaturverzeichnis, das sich auch im Text darstellt, belegt, dass der Autor eine fundierte Ableitung seiner Konzeptualisierung zu leisten in der Lage ist.

Der Aufbau des Buches ist gelungen. Im ersten Kapitel gibt der Autor einen Überblick über sein Vorhaben, das um die Frage kreist, was im therapeutischen Milieu eigentlich geschieht (S. 2: „WAS GEHT HIER EIGENTLICH VOR?“). So bereitet er auf die praxeologische Lektüre seiner Untersuchungen vor, die das Spannungsverhältnis von „Therapie und Alltag“ und deren unterschiedlichen Handlungslogiken in den Mittelpunkt stellt. Das zweite Kapitel gibt einen Überblick über die Literatur zum Raum der Milieu-Therapie, die in der Psychiatriereform die Logik zwischenmenschlichen Alltags in die erstarrten Hospitäler implantieren wollte. Als nächs-

tes entwickelt Brücher den Untersuchungsgegenstand. Er konstruiert seinen Gegenstand qualitativ und lehnt sich dabei an die „strukturelle“, „objektive Hermeneutik“ von Oevermann an. Seine Methode wird von ihm als eine Sinn verstehende auf der Basis einer Konstitutionstheorie definiert (S. 73).

Im vierten Kapitel stellt er sein Fallmaterial dar. Er beschreibt die psychotherapeutische Funktionsweise dreier Übergangseinrichtungen und entwickelt daraus sein Konzept des therapeutischen Settings im Spannungsfeld zwischen Alltag und Therapie.

Um die Strukturanalyse weiter zu treiben, diskutiert er anschließend den „Rahmen“ psychotherapeutischer Aktionen und zweier strategisch bedeutsamer Konzepte: Beziehung und Deutung. Immer wieder stellt er Spannungsbeziehungen, Gegensätze und Paradoxien heraus, die konstitutiv sind und berücksichtigt werden müssen und damit unendliche Aufgaben stellen und so das therapeutische Bemühen in Gang halten. Sie laufen immer Gefahr, durch Vereinseitigung zu erstarren und zu verflachen.

Die Struktur und Funktion der Therapeut-Patient-Beziehung wird im nächsten Kapitel genauer beleuchtet und leitet

zu einer vertieften Darstellung seiner Konzeption des therapeutischen Raumes über. Hier wird der Eintritt in den therapeutischen Raum, seine Abgrenzung und die Bedeutung von Symptom und Biografie darin, sowie die therapeutische Beziehung und die therapeutische Konstruktion von Wirklichkeit dargestellt.

Die Fruchtbarkeit seines Ansatzes zeigt sich schließlich in der Diskussion verschiedener Konzepte von Klinik-Therapie und im Schlusskapitel über Psychotherapie als „institutionalisierte Form der Hilfe“, das Therapie als professionelle Leistung beschreibt.

In diesem Kapitel stellt er Beispiele für das Scheitern von Psychotherapie dar, die aus Vereinseitigung des konstituierenden Spannungsfeldes und einseitigen Auflösungen der paradoxalen Grundanforderungen resultieren. Das Buch endet mit einem Anhang und einem ausführlichen Literaturverzeichnis.

Dieses Literaturverzeichnis ist aber zugleich ein erstes Ärgernis. Vergeblich sucht man psychologische und neuere psychotherapeutisch-praxeologische Literatur, an die der Autor mühelos hätte anknüpfen können, wenn er diese diskutiert hätte. So stellt sich die

Frage, ob er tatsächlich auf der Höhe der Diskussion ist, in der er zum Teil entschieden Stellung nimmt. So bleibt z. B. die Diskussion psychoanalytischer Ansätze im Feld psychotherapeutischer Praxeologie weit hinter dem zurück, was in den letzten Jahren erarbeitet und publiziert worden ist.

Im Folgenden wird die Auseinandersetzung des Autors mit der Psychoanalyse im Mittelpunkt stehen, weil er betont, dass dort fruchtbare Konzepte für die Entwicklung seiner Konzeption zu finden sind, an die er anschließt und weil dem Rezensenten diese Literatur und Arbeitsweise am ehesten vertraut ist. Wie weit die Diskussion verhaltenstherapeutischer (S. 236ff) und konstruktivistischer Konzepte (S.246ff) gelungen ist, sollten andere beurteilen.

Der Autor hat sich in Bezug auf die Psychoanalyse, deren Anregungen er anerkennt, viel vorgenommen. Ganz nebenbei möchte er in Marxscher Attitüde die Psychoanalyse vom Kopf auf die Füße stellen (Seite 230). Er nimmt an, dass „die Psychoanalyse durchaus bewirkt, was sie will, nur ganz anders als sie denkt“ (S. 234). Allerdings müsste er sich für ein solches Vorhaben nicht an misslungenen Formen unprofessionelle Praxis und alltagspsychologischen Entgleisungen orientieren, sondern sollte elaboriert professionelle Behandlungstechnik zum Ansatz nehmen (S. 282).

Die Hauptkritik an diesem Buch richtet sich darauf, dass der Autor den Einfluss professioneller Kompetenz bei der Gestaltung psychotherapeutischer Beziehungen und Räume vernachlässigt. Obwohl er dezidiert

feststellt: „Psychotherapie auszuüben ist etwas prinzipiell anderes, als Menschen im Alltag psychologische Hilfestellung zu geben“ (S. 350) übersieht er, dass die Herstellung psychotherapeutischer Beziehung, ihr Erhalt und Handhabung, das heißt die Dimensionierung des therapeutischen Raumes, ohne zureichende Kompetenz nicht gelingen kann. (Das soll ausführlicher am Beispiel seiner Darstellungen von „Deutung und Übertragung“ gezeigt werden s.u.)

Auch wenn der Autor Kritik an der mangelnden Professionalität seiner therapeutischen Protagonisten von seinem Ansatz her schlüssig zurückweist – denn die Strukturen, die er aufzeigt, sollen in jedem therapeutischen Raum gelten und ihn konstituieren –, so ist doch fraglich, ob alltagspsychologisches Handeln einen therapeutischen Raum gestalten kann. Ohne professionelle Kompetenz werden die unsicheren Grenzen zwischen professioneller Psychotherapie und Alltagspsychotherapie völlig verwischt. So muss man mit Recht fragen, ob die professionelle Ausstattung der Frau K., die als Krankenschwester eine Übergangseinrichtung leitet, ausreicht, um professionelle Psychotherapie zu betreiben (S. 124).

Besonders ärgerlich ist das, wenn die Wirkungsweise psychoanalytischer Arbeitskonzepte in Fällen dargestellt werden soll, in denen sie unprofessionell verwendet werden; wie z.B. im Fall der Frau W., die als Diplompsychologin ohne ausgewiesene psychotherapeutische Kompetenz psychotherapeutisch eine Einrichtung leitet. Die beschriebene Sequenz (S. 98) wird als Beleg angeführt,

dass „Deutung“ „gefährlich“ für die Integrität eines Patienten sein kann, wenn die „Aktionsmodi verwischt“ (S. 98) werden. Brücher diskutiert nicht, ob es sich in der beschriebenen Sequenz um eine professionelle Intervention handelt oder eher um eine „wilde Deutung“, nämlich eine alltägliche, mehr oder weniger taktvolle, Bemerkung.

In den beschriebenen Fällen wird die Grenze zwischen professioneller Psychotherapie und alltagspsychologischem Handeln, das auf Erfahrung, Menschenkenntnis und gesundem Menschenverstand beruht, völlig aufgehoben. Die Spannungsbeziehungen zwischen Professionalität und Personalität bzw. zwischen Psychotherapie als therapeutischer Veranstaltung und Alltag wird zwar als Konstituenz für den therapeutischen Raum aufgefasst, und das ist der fruchtbare Ansatz, aber die Differenz zwischen professionell kompetenter Psychotherapie und zwischenmenschlichen Verhalten, mit mehr oder weniger gesundem Menschenverstand darf dennoch nicht eingeebnet werden. Sonst entsteht im besten Falle „wilde Psychotherapie“ oder ein alltägliches Handeln, das sich zwar als Psychotherapie ausgibt aber meist nur andere Intentionen rationalisiert.

Was für die Diskussion der Deutung zutrifft, gilt ebenfalls für das Konzept „Übertragung“. Handhabung der Übertragung wird von Brücher völlig unzureichend dargestellt. Übertragungen werden zwar als im Hier und Jetzt dramatisierte Wiederholungen verstanden, aber zugleich als Koproduktionen, was lange bekannt ist. In der neueren Literatur wird Übertragung

immer als Zusammenwirken von Übertragung und Gegenübertragung aufgefasst. D.h. der Beitrag des Therapeuten in einer künstlichen Situation, im „Raum“ der Therapie, wird nie vernachlässigt. Das wäre ein professioneller Kunstfehler.

**Universitätsabschluss
Sozialmanagement**



Masterstudiengang

Berufsbegleitend für
Führungskräfte im Sozial-
und Gesundheitswesen

Master of Arts

**in Social Services
Administration**

■ **Praxisorientiert**
■ **Interdisziplinär**

Bewerbungen bis:
31.01.2008 für das SS 2008

Unterlagen anfordern beim:
Institut für
Diakoniewissenschaft
Fliednerstraße 2
45481 Mülheim an der Ruhr

Tel.: (02 03) 72 99 50
info@ifd.fliedner.de
www.ifd.fliedner.de

Veranstaltungsort:
Fliedner Akademie
Zentrum für Führung
und Management
in Duisburg



universität**bonn**

Institut für interdisziplinäre
und angewandte
Diakoniewissenschaft
an der Universität Bonn



Übertragung ist zwar eine ubiquitäre Erscheinung, aber als professionelles Kunstprodukt, verlangt sie einen professionellen Umgang. Das Feld der Inszenierung und der Ort der Bearbeitung der Übertragung bilden eine gemeinsam gestaltete Welt mit allerdings höchst unterschiedlichen „Rollen“ aller Beteiligten, die einer unterschiedlichen Logik folgen.

Brüchers Darstellung wird durch eine enge Lesart verzerrt. Sie ist einer mangelhaften Rezeption psychoanalytischer Ansätze zu schulden. Seine Auffassung von Deutung wird dadurch einseitig und damit falsch. Schon der Rekurs auf Freud – geschweige denn die gesamte neuere behandelungstechnische Literatur – kann das erweisen. Freud betonte entschieden den „Takt“, den es bedarf, um den richtigen Zeitpunkt für eine Deutung zu wählen. Die Deutung soll nicht einfach Unbewusstes benennen, sondern an Vorbewusstes anschließen. Deswegen muss die Deutung dann gegeben werden, wenn das zu deutende Material schon an der Grenze zum Bewusstsein angelangt ist. Damit wird verhindert, dass der Patient sich überwältigt oder bevormundet oder auch belehrt fühlen könnte, sondern die ihm angebotene Deutung eröffnet eine Einsicht. So wird die sorgfältig formulierte und

zum rechten Zeitpunkt gegebene, d.h. die professionelle Deutung nicht als Überwältigung oder Entwürdigung erlebt, sondern als ein Angebot, neue Erfahrung mit sich zu machen.

Deutungen haben also nur in professionellen Beziehungen und zu einem ganz bestimmten Entwicklungsstand dieser professionellen Beziehung einen legitimen Platz. Außerhalb solcher Beziehungen, d. h. Vereinbarungen und umgrenzten Lebenswirklichkeiten, sind Deutungen „Taktlosigkeiten“, auch wenn sie inhaltlich richtig sein können. Um eine Deutung geben zu können, muss man wissen, warum man wann was tut, und man muss eine Kunstsprache beherrschen, die Sprache der professionellen Therapeutik, die man sprechen lernen muss, will man sie beherrschen. Die gefühlte alltägliche Plausibilität reicht da nicht aus. Professionell gehandhabte Deutung weist die Alternative, etwas als „Übertragung“ aufzufassen oder es „ernst zu nehmen“, zurück (Seite 321). Etwas als Übertragung aufzufassen, heißt, es professionell ernst zu nehmen.

Der Autor verwechselt eine professionelle Deutungshaltung mit alltäglicher Überheblichkeit und Entwertung, nach dem Motto: „Das ist nichts als

eine Übertragung und hat keine Geltung“. Ein solcher Deutungstyp war immer falsch und entsprach nie den Standards einer Deutungskunst, d. h. einer professionellen Praxeologie.

Das „Übertragungsinstrument“ kann eine „Waffe“ sein, wie der Autor (Seite 322) richtig feststellt. Aber tatsächlich kommt es, wie der Autor auch betont, auf den Kontext an (S. 249). Den Kontext herausgestellt zu haben, ist sein Verdienst, die Kompetenz, die den Raum mitgestaltet, vernachlässigt zu haben, mindert den Wert seiner Ausführung. Gerade seine Beispiele, die den Missbrauch der Konzepte, Deutung und Übertragung zeigen sollen, machen deutlich, dass hier „Deutung“ und „Übertragung“ nur scheinbar zur Anwendung kommen, oder dass die alltäglich laienhaft verwendeten Instrumente der Psychotherapie sich in seiner Wirkung verkehren. Sie erfüllen keinen therapeutischen Zweck mehr. Psychotherapie ist ohne zureichende psychotherapeutische Kompetenz nicht zu praktizieren, sondern verkommt zu einer misslungenen zwischenmenschlichen Interaktion.

Das anspruchsvolle und anregende Buch hat einen ärgerlichen Mangel: Es nimmt psychotherapeutischer Kom-

petenz nicht ernst und vernachlässigt, dass die Alltagspsychologie in professionelle Psychotherapie transformiert werden muss. Damit werden die Grenzen zwischen alltäglichem Umgang und professioneller Psychotherapie verwischt. Wenn der Autor diese Differenz akzeptierte, müsste er auch akzeptieren, dass zur Ausübung von Psychotherapie der Erwerb psychotherapeutischer Kompetenz gehört.

Das Buch könnte ein Anreiz sein, sich im Widerspruch zu versuchen und einen Diskurs in Gang setzen. So könnte sich eine psychotherapeutische Praxeologie entfalten, die im gesamten professionellen Raum Orientierung bietet. Eine solche Praxeologie sollte und könnte mehr sein als der untaugliche Versuch durch „Synthese“, „Integration“ von Therapieschulen oder -prinzipien „die so notwendige allgemeine Psychotherapie zustande zu bringen“, wie es sich der Autor auf der ersten Seite vornimmt.

Dipl.-Psych. Jürgen Hardt

Präsident der Landeskammer für PP&KJP Hessen
Gutenbergplatz 1
65187 Wiesbaden
jhardt@psychotherapeutenkammer-hessen.de

11. Deutscher Psychotherapeutentag in Mainz

Der 11. Deutsche Psychotherapeutentag richtete für Ausbildungsteilnehmer (PiA) eine jährliche „Bundskonferenz PiA“ ein und er passte die Musterberufsordnung (MBO) an die geänderten gesetzlichen Rahmenbedingungen an. Er verabschiedete den Haushaltsplan 2008 und bildete und besetzte die Ausschüsse und Kommissionen für die laufende Legislaturperiode.

Dr. Gerald Gaß vom rheinland-pfälzischen Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen begrüßte die Delegierten des 11. DPT im Namen seiner Ministerin Malu Dreyer. Er beschrieb die hervorragende Kooperation zwischen der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz und seiner Behörde. Psychotherapeuten leisten nicht nur bei der Versorgung psychisch kranker Menschen, sondern auch bei der angemessenen Behandlung somatisch kranker Menschen einen unverzichtbaren Beitrag, führte Gaß aus. Als Herausforderung der Zukunft bezeichnete er die Sicherstellung einer angemessenen Versorgung psychisch kranker Kinder, die Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien und die Suche nach einer Lösung für die Vergütung von PiA während ihres Psychiatriejahres.

Auch Alfred Kappauf, Präsident der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, forderte in seinen Grußworten, dass Psychotherapeuten sich nicht im Reservat der Behandlung psychischer Krankheiten

einschließen lassen. Er machte deutlich, dass bei der Behandlung somatischer Krankheiten – seien sie chronisch oder akut – der Beitrag der Psychotherapie zur Verbesserung der Versorgung bisher gravierend unterschätzt wird.



Telefonüberwachung bei Psychotherapeuten nicht akzeptabel

Im Bericht des Vorstandes ging Prof. Dr. Rainer Richter zunächst auf das neue Gesetz zur Telekommunikationsüberwachung ein, das am Vortag den Deutschen Bundestag passiert hatte. Dieses Gesetz ermöglicht es, künftig Telefongespräche zwischen Psychotherapeuten und ihren Patienten abzuhören, obwohl diese zum Kernbereich der privaten Lebensgestaltung gehören, der nach Urteilen des Bundesverfassungsgerichtes unantastbar ist.

Die BPTK hatte in Stellungnahmen und Gesprächen mit dem Bundesjustizministerium, Bundesinnenministerium, Bundesge-

sundheitsministerium und Abgeordneten des Deutschen Bundestages deutlich gemacht, dass psychisch kranke Menschen zukünftig häufiger aus Angst vor Stigmatisierung vor einer Behandlung zurückschrecken werden, wenn sie befürchten müssen, dass Telefongespräche mit ihrem

Psychotherapeuten abgehört werden. Das Bundesverfassungsgericht hatte in seinen Urteilen die Gespräche von Geistlichen aufgrund ihres höchstpersönlichen Charakters grundsätzlich vor verdeckten Ermittlungen geschützt. Ein Unterschied zwischen den Gesprächen von Geistlichen und Psychotherapeuten war für die Delegierten des 11. DPT

unter diesem Aspekt nicht erkennbar. Eine Telefonüberwachung bei Psychotherapeuten ist daher aus Sicht der Delegierten des 11. DPT verfassungswidrig. Die Delegierten forderten den BPTK-Vorstand auf, weiter für ein absolutes Verbot verdeckter Ermittlungen bei Psychotherapeuten zu streiten.

G-BA braucht psychotherapeutischen Sachverstand

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beabsichtigt, Psychotherapeuten nicht mehr direkt an seinen Entscheidungen zu beteiligen. Der G-BA – so Richter im Vorstandbericht – verzichte damit auf psychotherapeutische Kompetenz, obwohl Diagnostik und Behandlung somatoformer und chronischer Erkrankungen – die gro-

Bericht der Expertenkommission der BPTK: Analysen zu Nutzen und medizinischer Notwendigkeit der Gesprächspsychotherapie und Empfehlungen

Expertenkommission

Der Expertenkommission der BPTK gehörten folgende Mitglieder an: Prof. Dr. Bernhard Strauß, Prof. Dr. Martin Hautzinger, Prof. Dr. Harald F. Freyberger, Prof. Dr. Jochen Eckert und Prof. Dr. Rainer Richter.

Definition

Die BPTK-Expertenkommission legte bei ihrer Stellungnahme eine Definition der Gesprächspsychotherapie einschließlich ihrer Weiterentwicklungen zugrunde, die von den drei maßgeblichen Fachgesellschaften vertreten wird und sich auch in den Lehrbüchern der Gesprächspsychotherapie findet.

Studien

Die Expertenkommission prüfte insgesamt:

- die 101 Publikationen, die von der Themengruppe Gesprächspsychotherapie des G-BA in der Langauswertung berücksichtigt worden waren,
- die Studien, die vom G-BA ausgeschlossen worden waren und
- die Studien einer zusätzlichen Literaturrecherche der Expertenkommission.

Bewertungsschema

Zur Gesamtbewertung der Studienlage zu einem Anwendungsbereich der Psychotherapie nach den Psychotherapie-Richtlinien wählte die Expertenkommission ein vierstufiges Bewertungsschema. Im Gegensatz zu dem vom G-BA angewandten dichotomen Bewertungsschema (wirksam vs. nicht wirksam) ist das von der Expertenkommission gewählte Schema differenzierter und somit in der Lage, die Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie detaillierter abzubilden.

Ergebnisse

Für den Bereich der affektiven Störungen konnte der Nachweis der Wirksamkeit erbracht werden. Substanziale Hinweise auf den Nutzen der Gesprächspsychotherapie liegen auch für die Bereiche der Angst- und Zwangsstörungen, den Bereich der Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen sowie für psychische Begleit-, Folge- und/oder Residualsymptomatiken im Rahmen psychotischer Erkrankungen vor. Weiterhin gibt es Hinweise auf den Nutzen im Bereich der Persönlichkeitsstörungen, der Störungen durch psychotrope Substanzen und der seelischen Krankheiten als Folge schwerer körperlicher Erkrankungen.

Fazit

Aufgrund der klinischen Breite der Anwendungsbereiche empfiehlt die Expertenkommission die sozialrechtliche Zulassung der Gesprächspsychotherapie (Download: www.bptk.de/Stellungnahmen).

ßen Volkskrankheiten der Zukunft – ohne psychotherapeutischen Sachverstand nicht angemessen zu bewerten sind. Vor allem verlangen die Vorhaben des G-BA, die Psychotherapie-Richtlinie weiterzuentwickeln und bisher anerkannte psychotherapeutische Verfahren erneut zu überprüfen, eine unmittelbare Beteiligung der betroffenen Profession. Die Delegierten des 11. DPT

forderten die G-BA-Trägerorganisationen auf, eine angemessene Mitarbeit der Psychotherapeuten in G-BA-Gremien bei der Neuorganisation des G-BA sicherzustellen.

Die Delegierten hielten insbesondere die Arbeit des „Unterausschusses Psychotherapie“ für unverzichtbar. Anders als bei Vertragsärzten sind bei Vertragspsycho-

therapeuten die Voraussetzungen für die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im § 95c SGB V mit Bezug auf die Psychotherapie-Richtlinie definiert. Ohne einen Unterausschuss Psychotherapie fehle künftig der erforderliche Raum für eine differenzierte Anwendung der Bewertungsmethodik und eine Gesamtbewertung im Lichte des „Body of Evidence“ durch die Profession. Eine beratende Arbeitsgruppe des Unterausschusses Methodenbewertung sei keine adäquate Sicherstellung psychotherapeutischer Expertise.

Ein sachlicher Grund für die Degradierung der Psychotherapeuten sei nicht erkennbar. Die Einheitlichkeit des Bewertungsverfahrens bleibe grundsätzlich durch die Verfahrensordnung des G-BA gewährleistet und sei nicht durch einen Unterausschuss Psychotherapie gefährdet. Sie werde künftig sogar zusätzlich über die unabhängigen Vorsitzenden der Unterausschüsse sichergestellt. Die Delegierten des 11. DPT forderten die Trägerorganisationen des G-BA auf, Psychotherapeuten nicht aus der gemeinsamen Selbstverwaltung auszuschließen.

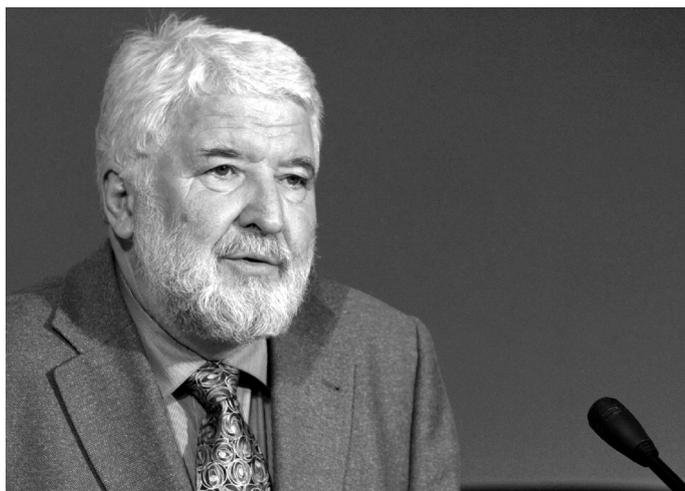
Einführung eines Schwellenkriteriums

Auf Wunsch der Delegierten beriet der 11. DPT noch einmal die Einführung des Schwellenkriteriums in die Psychotherapie-Richtlinien. BPTK-Präsident Richter erinnerte für den Vorstand an die intensive Diskussion im Frühjahr 2006. Damals hatte die Profession sich darauf verständigt, dass die Vermeidung einer indikationsbezogenen Zulassung psychotherapeutischer Verfahren die Einführung des Schwellenkriteriums rechtfertige. Eine indikationsbezogene Zulassung widerspreche dem umfassenden Ansatz der Psychotherapie. Außerdem dürfe man Patienten keine mehrstufige Suche nach einem geeigneten Therapeuten zumuten. Richter beschrieb, wie in einem dialogorientierten Verfahren der G-BA und der Wissenschaftliche Beirat seit 2006 das Schwellenkriterium bzgl. seiner Operationalisierung weiterentwickelten. Dabei seien viele Anregungen, die die BPTK 2006 in die Diskussion eingebracht hatte, berücksichtigt worden. Vor diesem Hintergrund hatte der Vorstand in seiner Stellungnah-

me am 23.10.2007 die Einführung eines Schwellenkriteriums ausdrücklich begrüßt. Die Delegierten des 11. DPT folgten dem Vorstand mit großer Mehrheit.

Gesprächspsychotherapie – Zulassung empfohlen

Der 11. DPT befasste sich auch mit dem immer noch nicht abgeschlossenen sozialrechtlichen Zulassungsverfahren der Gesprächspsychotherapie. Der G-BA hat-



Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der BPTK

te im November 2006 beschlossen, die Gesprächspsychotherapie nicht in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufzunehmen. Nach Auffassung des G-BA sind Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie für die Behandlung der wichtigsten psychischen Erkrankungen – mit Ausnahme der Depression – „wissenschaftlich nicht belegt“. Dieser Beschluss wurde im Januar 2007 vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beanstandet und trat nicht in Kraft. Das BMG bemängelte, dass der G-BA seinen HTA-Bericht der BPTK nicht zur Verfügung gestellt hatte. Die BPTK hätte „nur in Kenntnis dieser Information“ die Möglichkeit gehabt, sich mit der G-BA-Argumentation fachlich auseinanderzusetzen. Als Problem erkannte das BMG auch den Hauptkritikpunkt der BPTK an. Der G-BA war von einem unzulässig engen Begriff der „klassischen Gesprächspsychotherapie“ ausgegangen. Weiterentwicklungen der Gesprächspsychotherapie, die Grundlagen einer Anerkennung der Gesprächspsychotherapie durch den Wissenschaftli-

chen Beirat waren, fanden beim Beschluss des G-BA keine Berücksichtigung.

Die BPTK setzte eine Expertenkommission ein, der sechs wissenschaftliche Mitarbeiter zuarbeiteten, um die Studienbewertung durch den G-BA nachvollziehen und überprüfen zu können. Die Expertenkommission kam innerhalb von sechs Monaten zu einem abschließenden Bericht. Der Vorstand übernahm das Ergebnis der Expertenkommission und empfahl auf dieser Basis in seiner Stellungnahme vom 5. November 2007 dem G-BA die Zulassung der Gesprächspsychotherapie als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Dieser Schlussfolgerung und den Vorgehen stimmten die Delegierten des 11. DPT zu.

Musterberufsordnung der Psychotherapeuten weiterentwickelt

Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) flexibilisiert die Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Tätigkeit in der ambulanten Versorgung. Künftig sind neue Betriebs- und Kooperationsformen möglich. Hieraus resultierte ein Anpassungsbedarf in der Musterberufsordnung (MBO) der Psychotherapeuten. Der 10. DPT hatte die Mitglieder der Lenkungsgruppe MBO (Inge Berns, Ellen Bruckmayer, Dirk Fiedler, Bernhard Morsch, Dr. Martin Stellpflug sowie Monika Konitzer für den Vorstand der BPTK) gebeten, den Anpassungsbedarf zu beschreiben und dem 11. DPT Vorschläge für die Weiterentwicklung der Musterberufsordnung zu unterbreiten.

Der 11. DPT beschloss auf Vorschlag der Lenkungsgruppe MBO folgende Änderungen:

- Die Anpassung in § 7 MBO macht deutlich, dass die Aufklärungspflicht auch

für Psychotherapeuten gilt, die in Berufsausübungsgemeinschaften, Kooperationsgemeinschaften oder sonstigen Organisationen tätig sind.

- Da das VÄndG den Psychotherapeuten ermöglicht, an mehreren Praxissitzen auch KV-übergreifend tätig zu sein, stellt § 20 MBO klar, dass an jedem Ort der Tätigkeit der Psychotherapeut Vorkehrungen für eine ordnungsgemäße Versorgung zu treffen hat.
- Neue Möglichkeiten schaffte das VÄndG für die Anstellung von Fachkräften, z. B. Psychotherapeuten oder Ärzten in der Vertragspsychotherapeutenpraxis. Solche Beschäftigungsverhältnisse sind künftig nach § 20 MBO den Landespsychotherapeutenkammern anzuzeigen.
- Seit Inkrafttreten des VÄndG können Vertragsärzte und -psychotherapeuten örtliche und überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften bilden, auch über die Grenzen einer Kassenärztlichen Vereinigung hinaus. Die Musterberufsordnung war grundsätzlich so liberal konzipiert, dass sie diese Kooperationsformen bereits zuließ, allein der Begriff der Berufsausübungsgemeinschaft war in § 21 MBO aufzunehmen. (Download: www.bptk.de/ Rechtsquellen)

Interessenvertretung der PiA auf Bundesebene etabliert

Der 11. DPT beauftragte den BPTK-Vorstand, einmal jährlich eine „Bundeskonferenz PiA“ auszurichten. Die Bundeskonferenz ermöglicht künftig einen länderübergreifenden Austausch zwischen Ausbildungsteilnehmern. Jede Landespsychotherapeutenkammer kann bis zu zwei VertreterInnen entsprechend der in ihrem Bundesland gefundenen Regelung zur Einbindung des beruflichen Nachwuchses entsenden.

Um die Arbeit der Bundeskonferenz mit derjenigen des DPT und des Vorstandes der BPTK rückkoppeln zu können, wählt die Bundeskonferenz eine/n Sprecher/in und eine/n Stellvertreter/in. Diese sind Ansprechpartner des Vorstandes der BPTK für einschlägige Fragestellungen und nehmen auf Einladung an den Vorstandssitzungen teil. Außerdem sind die Sprecher Gäste der Deutschen Psychotherapeutentage und erhalten ein Rederecht. Mit die-

sen Regelungen folgte der 11. DPT dem Vorschlag einer Arbeitsgruppe, in der Peter Lehdorfer für den Vorstand der BPTk, Prof. Dr. Hans-Joachim Schwartz, Ferdinand von Boxberg und für die PiA Frau Kerstin Sude und Herr Frank Mutert mitarbeiteten.

Neue Versammlungsleitung gewählt

Der 11. DPT wählte satzungsgemäß eine neue Versammlungsleitung. Jürgen Hardt, Versammlungsleiter seit 2003, kandidierte nicht für eine weitere Amtsperiode. Die Delegierten dankten ihm für seinen Beitrag zur Kultur der Deutschen Psychotherapeutentage. Zu seinem Nachfolger wurde



Wolfgang Schreck, Versammlungsleiter

der bisherige stellvertretende Versammlungsleiter Wolfgang Schreck einstimmig gewählt. Die bisherige stellvertretende Versammlungsleiterin Inge Berns wurde einstimmig in ihrem Amt bestätigt. Als weiterer stellvertretender Versammlungsleiter wurde Gerd Hoehner neu und gleichfalls einstimmig gewählt.

Ausschüsse und Kommissionen nehmen Arbeit auf

Der 11. DPT bildete und besetzte Ausschüsse und Kommissionen für die laufende Amtsperiode. Dem Ausschuss für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (KJP-Ausschuss) gehören folgende Psychotherapeuten an: Kristiane Göpel, Frank

Massow, Rolf Mertens, Wolfgang Schreck, Marion Schwarz und Alfred Krieger. Der KJP-Ausschuss will sich neben den berufspolitischen Themen prioritär mit der Prävention psychischer Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen sowie insbesondere einer integrierten, sektoren- und kostenträgerübergreifenden Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher befassen.

Im Ausschuss Psychotherapie in Institutionen (PTI-Ausschuss) werden künftig Johannes Broil, Wolfgang Dube, Jürgen Golombek, Thomas Merz und Dr. Heiner Vogel zusammenarbeiten. Der PTI-Ausschuss will sich neben den berufspolitischen Fragen insbesondere mit den Bereichen Rehabilitation sowie Straf- und Maßregelvollzug befassen.

Der 11. DPT etablierte außerdem eine Kommission zur Zukunft der Krankenhausversorgung. In 2008 wird die Weiterentwicklung der Krankenhausplanung und -finanzierung gesundheitspolitisch ein zentrales Thema sein. Diese wird auch die ambulante, teilstationäre und stationäre Krankenhausversorgung psychisch kranker Menschen verändern. Die Weiterentwicklung der ambulanten Versorgungsstrukturen (Psychiatrische Institutsambulanzen, Need-adapted Treatment usw.), die Anpassung der Psychiatrie-Personalverordnung an den aktuellen Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse, die Vergütung der PiA während der praktischen Tätigkeit sowie die Suche nach pauschalisierten Vergütungssystemen für die Krankenhausversorgung psychisch kranker Menschen sind Themen, zu denen sich die BPTk in 2008 in die politische Diskussion einbringen muss. Durch die Etablierung der Kommission mit ihren Mitgliedern: Dr. Thomas Guthke, Silke von der Heyde, Bernhard Morsch, Hermann Schürmann und Dr. Roland Straub können nun der Vorstand der BPTk und die Delegiertenversammlung auf zusätzlichen Sachverstand zurückgreifen.

Die Delegierten beauftragten den Vorstand, den Stand der Umsetzung der Fort- und Weiterbildungsordnungen sowie der Berufsordnungen in den einzelnen Landespsychotherapeutenkammern fortlaufend

zu evaluieren. Bei Bedarf könne er hierfür ständige Konferenzen einrichten.

Beratung und Beschlussfassung zum Haushalt der BPTk

Die Delegierten des 11. DPT entlasteten, wie vom Finanzausschuss empfohlen, den Vorstand der BPTk für das Haushaltsjahr 2006 und genehmigten einen Nachtragshaushalt für 2007. Dieser war aufgrund der erhöhten Projektausgaben für den Nachvollzug der Studienbewertung zur Gesprächspsychotherapie notwendig geworden. Einstimmig votierten die Delegierten der Landespsychotherapeutenkammern auch für den Haushaltsentwurf für das Jahr 2008. Dieser sieht vor allem mehr Personal in der Geschäftsstelle der BPTk vor. Die für die Psychotherapeuten auf Bundesebene relevanten politischen Themen können daher künftig breiter vertreten werden, z. B. im Bereich der Psychiatrie und Rehabilitation. Auch die Koordinationsfunktion der BPTk für die Landespsychotherapeutenkammern kann stärker ausgebaut werden. Verabschiedet wurden außerdem Anpassungen der Entschädigungs- und Reisekostenordnung der BPTk. (Download: www.bptk.de/Rechtsquellen).

Perspektiven 2011

Zum Schluss des 11. DPT legte BPTk-Präsident Richter im Namen des BPTk-Vorstandes den Delegierten die „Perspektiven 2011“ ans Herz. In diesem Entwurf beschreibt der BPTk-Vorstand die vordringlichen Aufgaben, denen sich die Psychotherapeuten in den nächsten vier Jahren stellen wollen. Der Vorstand bittet die Delegierten, in ihren Landeskammern und Berufs- und Fachverbänden, diese Perspektiven intensiv zu diskutieren und möglichst bis März 2008 Rückmeldung zu geben.

Geschäftsstelle

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



Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

rasch nachdem das Psychotherapeutengesetz (PTG) verabschiedet war, wurde deutlich, dass dieses Gesetz „mit heißer Nadel gestrickt“ worden war. Ziel des Gesetzes war die Integration der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in die ambulante kassenärztliche Versorgung. Wenig bedacht wurde, dass Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ebenso wie Ärzte natürlich auch in anderen Arbeitsbereichen, z.B. Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, aber auch Beratungsstellen arbeiten. Im letzten Psychotherapeutenjournal hatten wir über unseren Landespsychotherapeutentag zum Thema der Angestelltenpsychotherapeuten berichtet, der bei einiger Kritik auch viel Anerkennung fand. Schon an dieser Stelle möchten wir auf den nächsten Landespsychothera-

apeutentag am 5. Juli 2008 mit dem Thema: „10 Jahre Psychotherapeutengesetz“ hinweisen, Sie schon jetzt einladen und bitten den Termin vorzumerken. Anlass, heute auf das PTG einzugehen ist jedoch, dass seine Umsetzung in Ländergesetze, z.B. in das Landeskrankenhausgesetz nicht vollzogen wird. Obwohl uns in einem Gespräch im Sozialministerium zugesichert worden war, dass die Belange der Psychotherapeuten bei einer Novellierung des Landeskrankenhausgesetzes Berücksichtigung finden würden, war hiervon im Entwurf nichts zu entdecken. Auch nach Intervention bei dem Ministerium und im Landtag konnten wir keine Änderung erwirken. Dies ist bedauerlich, wir werden jedoch weiterhin am Ball bleiben und alle Möglichkeiten nutzen, um in diesem und anderen Gesetzen die Anerkennung unseres Berufes zu erreichen.

Wir möchten Sie auch nochmals auf den Kammernewsletter hinweisen, mit dem wir aktuell informieren. Aus Kostengründen kann dieser nur über das Internet heruntergeladen werden. Den Newsletter können Sie über die Homepage der Kammer „abonnieren“ (rechte Spalte der Hauptseite www.lpk-bw.de auf das Bild klicken), oder diesen direkt herunterladen. Ein postalischer Versand ist leider nicht möglich.

Wir wünschen Ihnen erholsame Weihnachtstage und einen angenehmen Jahreswechsel sowie privat und beruflich alles Gute für das neue Jahr.

Mit den besten Grüßen

*Ihr Kammervorstand
Dietrich Munz, Martin Klett,
Kristiane Göpel, Renate Hannak-
Zeltner, Birgitt Lackus-Reitter*

14. Vertreterversammlung der LPK am 13.10.2007

Die Zeitspanne zwischen Redaktionsschluss und Versand des Psychotherapeutenjournals bedingt, dass wir hier nicht aktuell berichten können. Erst nach Redaktionsschluss fand die Vertreterversammlung (VV) der Kammer am 13.10.2007 statt. In dieser VV wurde über die zukünftige Beitragsgestaltung entschieden. Es wurden zwei Beitragsmodelle eingebracht: Ein Einheitsbeitrag, der für niedere Einkommen, entsprechend etwa einer Halb-

tagsanstellung und bei noch geringerem Einkommen reduziert wird. Der andere Antrag sah einen linear vom Einkommen abhängigen Kammerbeitrag vor. Bedauerlicherweise können wir Ihnen hier das Abstimmungsergebnis nicht berichten, dieses finden Sie auf der Kammerhomepage.

Auch die in dieser VV festgelegte Höhe des Kammerbeitrags für das Jahr 2008

können Sie dort schon vor Veröffentlichung im nächsten PTJ im März 2008 finden. Berichte über weitere Beschlüsse, beispielsweise zu den von der VV verabschiedeten Arbeitsprojekten der Kammer im nächsten Jahr, finden Sie ebenfalls auf der Kammerhomepage (www.lpk-bw.de) bzw. in der aktuellen Ausgabe des Kammernewsletters (Nr. 2/2007).

Bundesministerium für Gesundheit mahnt Landesgesundheitsbehörden zur Prüfung der Fortbildungszertifikate an

Im Schreiben vom 17.07.07 an alle Landesgesundheitsbehörden wird seitens

des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) darauf hingewiesen, dass die nach

§ 95d SGB V vorgeschriebene fachliche Pflicht zur Fortbildung zum Erhalt und

zur Fortentwicklung der Berufsausübung in der vertragsärztlichen Versorgung notwendig ist. Dabei müssen, so das BMG, die Fortbildungsinhalte dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse des Berufsfeldes entsprechen und frei von wirtschaftlichem Interesse sein. Das Ministerium spricht in diesem Zusammenhang von „Fortbildungszertifikaten“, meint aber offensichtlich die Akkreditierungen einzelner Fortbildungsveranstaltungen. (Das Fortbildungszertifikat ist der Nachweis der im vorgeschriebenen 5-Jahreszeitraum abgeleiteten Fortbildungen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen. In manchen Kammern wird jedoch die Akkreditierung von Fortbildungsveranstaltungen mit Zertifizierung bezeichnet. Eine einheitliche Terminologie wäre in diesem Zusammenhang wünschenswert.)

Aufgeschreckt wurde das Bundesministerium für Gesundheit durch einen Beitrag in der ARD-Sendung „Panorama“ vom 16.08.07, in der dargestellt wurde, wie Pharmafirmen trotz des gesetzlichen Verbots im § 95d SGB V ärztliche Fortbildungen sponsern und diese Veranstaltungen von einzelnen Landesärztekammern dennoch problemlos akkreditiert (bzw. zertifiziert) werden. Von den Journalisten darauf angesprochen, mussten hohe Kammerfunktionäre eine mangelnde Prüfung der Anträge zur Akkreditierung von Fortbildungsveranstaltungen seitens der Kammern einräumen. Begründet wurde dies mit Personalmangel, was aber Staatssekretär Klaus Theo Schröder als Entschuldigung so nicht akzeptieren wollte.

Auch der Psychotherapeutenkammer Baden-Württemberg wurde die Beanstandung

des Bundesministeriums für Gesundheit durch das Sozialministerium mit der Bitte um Stellungnahme zugesandt. Die Psychotherapeutenkammern werden wohl in der Regel keine Veranstaltungen akkreditieren, die von Pharmafirmen gesponsert werden. Die gesetzliche Vorgabe beschränkt sich jedoch nicht auf das Verbot von wirtschaftlichem Interesse, sondern fordert auch, dass die Fortbildungsinhalte dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis entsprechen müssen. Die Anfrage des BMG bestätigt die Entscheidung der Kammer, alle Fortbildungen vor deren Akkreditierung bezüglich des wissenschaftlichen Inhalts sowie auf wirtschaftliche Unabhängigkeit zu prüfen. In verschiedenen Verhandlungen bemühen wir uns immer wieder darum, dass die Prüfkriterien der Kammern vereinheitlicht werden. Die Anfrage bzw. Ermahnung des BMG bestätigt unser Vorgehen.

Fortbildung – Akkreditierung von Veranstaltungen – Punktekonto – Fortbildungszertifikate

Wie bekannt, sind nach § 18 Absatz 1 der Berufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Baden-Württembergs Psychotherapeuten, die ihren Beruf ausüben, zum Zwecke des Erhalts und der wissenschaftlich fundierten Weiterentwicklung ihrer beruflichen Fachkenntnisse und ihres beruflichen Könnens zu laufender Fortbildung verpflichtet. Sozialrechtlich sind darüber hinaus Fortbildungsverpflichtungen in § 95d SGB V (für Vertragspsychotherapeuten) und in § 137 SGB V (für PP und KJP in zugelassenen Krankenhäusern) zu beachten. Zum Nachweis der Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung können Mitglieder bei der Kammer ein Fortbildungszertifikat beantragen (vgl. § 4 Fortbildungsordnung). Vor dem Hintergrund dieser Bestimmungen hat die Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg in den vergangenen drei Jahren bereits über 6.000 Fortbildungsveranstaltungen im Lande akkreditiert und Hunderte von

Supervisoren, Selbsterfahrungsleitern und QZ-Moderatoren anerkannt. Anträge von Veranstaltern und Supervisoren werden vom Referat Fortbildung im Regelfall zügig und problemlos bearbeitet. Seit Februar 2007 können Kammermitglieder ein „persönliches Punktekonto“ beantragen, auch können bereits Fortbildungszertifikate beantragt werden. Bis September wurden bereits 27 Fortbildungszertifikate an Mitglieder verliehen. Alle erforderlichen Informationen, Antragsformulare und Merkblätter bezüglich Punktekonto und Fortbildungszertifikat können von der Homepage der Kammer heruntergeladen werden (www.lpk-bw.de → Mitglieder → Fortbildung → Fortbildungsunterlagen → 3. Fortbildungszertifikat und Fortbildungspunktekonto). Haben Sie bitte Verständnis dafür, dass wir nur formgerechte Anträge bearbeiten können. Sollten Sie Fragen hierzu haben, wenden Sie sich bitte an das Referat Fortbildung (Tel. 0711/674470-31 oder kosutic@lpk-bw.de). Gerne schicken wir Ihnen auch Unterlagen, wenn Sie keinen Internetanschluss haben sollten.

Beachten Sie bitte, dass die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen in Baden-Württemberg und anderen Bundesländern, die nach dem 01.01.2007 stattfanden/stattfinden nur noch dann für das Fortbildungszertifikat angerechnet werden können, wenn die Veranstaltungen zuvor von der zuständigen Psychotherapeuten- oder Ärztekammer akkreditiert bzw. anerkannt wurden. Bitte erkundigen Sie sich ggf. beim jeweiligen Veranstalter, ob eine Akkreditierung/Anerkennung vorliegt. Diese grundsätzliche (vorherige) Akkreditierungsverpflichtung von Veranstaltungen betrifft auch alle Formen der Supervision und Selbsterfahrung. Für Baden-Württemberg gilt: Klären Sie bitte ggf. mit Ihrem Supervisor oder Selbsterfahrungsleiter, ob für „Ihre“ Veranstaltung ein A9- bzw. A10-Antrag bei der Kammer gestellt wurde (die Anerkennung des Leiters bei der LPK ist zwar Voraussetzung für die Anrechnungsfähigkeit von Supervisionen und Selbsterfahrungen, genügt jedoch für sich allein seit Mai 2006 nicht mehr).

Nachtrag Landespsychotherapeutentag 2007 – Ergebnisse der Evaluation

Über die Inhalte des Landespsychotherapeutentages 2007 haben wir in der letz-

ten Ausgabe des PTJ sowie im Newsletter ausführlich berichtet. Nunmehr liegt auch

die Auswertung der Evaluation vor. Von den insgesamt 193 Teilnehmern haben

95 (49,2%) den ausgegebenen Evaluationsbogen ausgefüllt und Bewertungen zur Qualität der Veranstaltung abgegeben. Die Befragungsteilnehmer waren zu 2/3 weiblich, das Durchschnittsalter betrug 47 Jahre. Ganz überwiegend handelte es sich um PPs (81%), die meisten verhaltenstherapeutischer Ausrichtung (63%; 25% analytisch und/oder tiefenpsychologisch, 25% gesprächstherapeutisch). Erfragt wurden in einem kurzen Bewertungsbogen 5 Einzelaspekte (fachliches Niveau, Inhalt, Präsentationen, didaktische Kompetenz der Referenten, Praxisrelevanz) sowie eine Gesamtbewertung. Am besten bewertet wurde mit 2,3 (nach Schulnotensystem) das fachliche Niveau der Veranstaltung, am schlechtesten die Praxisrelevanz für die eigene Arbeit (3,1). Für die Gesamtbewertung ergab sich ein Mittelwert von

2,6, was auf Verbesserungspotentiale für zukünftige LP-Tage hinweist. Bei den offenen Antworten wurde die Atmosphäre, die Möglichkeit zur Diskussion, die Themenauswahl und Kompetenz der Referenten sowie gute Strukturierung der Veranstaltung besonders hervorgehoben. Kritisiert wurde u.a., dass es zu wenig und zu kurze Pausen gab, dass eine Gebühr erhoben wurde und Essen nicht kostenfrei zur Verfügung gestellt wurde.

Die Kritik bzw. die Verbesserungsvorschläge werden in die Vorbereitung für den „großen“ Landespsychotherapeutentag 2008 einfließen. Bezüglich der Kosten für die Kammer muss allerdings hervorgehoben werden, dass diese keinesfalls durch die Einnahmen gedeckt werden konnten. Der Beitrag war mit 30 bzw. 40,- € für

eine ganztägige Veranstaltung alles andere als hoch zu bewerten. Zu berücksichtigen ist dabei, dass solche Tagungen (die ja nur von wenigen Mitgliedern besucht werden) nicht durch den Kammerbeitrag (der von allen Mitgliedern geleistet wird) gedeckt werden können, wie dies von einigen Kollegen erwartet wurde. Ziel muss sein, dass künftige Veranstaltungen dieser Art kostendeckend sind, d.h. die Kosten allein durch den Tagungsbeitrag abgedeckt werden. Dies bedeutet letztendlich einen am Aufwand orientierten Tagungsbeitrag, wie dies ja auch bei anderen Tagungen von den Teilnehmern zu leisten ist.

Einen ausführlicheren Bericht finden Sie auf der Kammerhomepage (www.lpk-bw.de) bzw. in der aktuellen Ausgabe des Kammernewsletters (Nr. 2/2007).

Landesregierung sieht keine Notwendigkeit, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu integrieren

Durch das Psychotherapeutengesetz wurden unsere niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen weitgehend den psychotherapeutisch tätigen Ärzten gleichgestellt und als gleichwertige Partner in die Gremien der Selbstverwaltung (KV, KBV) integriert. Dies ist im Bereich der angestellt arbeitenden Psychotherapeuten, z.B. in der stationären psychotherapeutischen Versorgung, noch lange nicht realisiert. Unsere Anliegen zu dieser Gleichbehandlung in den Landesgesetzen zur Krankenhausversorgung, aber beispielsweise auch zum Strafvollzug, wurde vom Kammervorstand schon kurz nach der Kammergründung im Sozialministerium vorgetragen. Damals wurde der Kammer zugesichert, dass bei einer Novellierung des Landeskrankenhausgesetzes (LKHG) diesbezügliche Änderungen Berücksichtigung finden würden. Mitte letzten Jahres wurde bekannt, dass die Landesregierung eine Novellierung des LKHG beschlossen und das Sozialministerium mit einem Entwurf beauftragt habe. Wir haben schon damals beim Sozialministerium interveniert, an das Gespräch erinnert und die Zusicherung erhalten, dass unsere damals schriftlich vorgetragenen Änderungsvorschläge in das Gesetzgebungsverfahren einbezogen werden würden.

In dem zur Jahreswende vom Sozialministerium vorgelegten Novellierungsentwurf war hiervon nichts umgesetzt. Wie im letzten Psychotherapeutenjournal berichtet, hat die Kammer daraufhin beim Sozialministerium und den Landtagsfraktionen interveniert, erneut an die mündlichen Zusagen erinnert und verdeutlicht, an welchen Punkten wir dringenden Nachbesserungsbedarf im Entwurf des Sozialministeriums sehen. Auch die politischen Parteien haben wir informiert, dass im LKHG unser Beruf keine Erwähnung finde und so von der Landesregierung auch ein weitreichendes politisches Signal für die Zukunft gesetzt werde.

Die wichtigsten Forderungen zur Gleichstellung der Psychotherapeuten im Krankenhaus sind:

- Beteiligung der LPK im Krankenhausausschuss
- Beteiligung nicht nur der Ärzte, sondern auch der Psychotherapeuten an den Erlösen aus Privatliquidation,
- direkter Zugang der Psychotherapeuten zu Krankenakten,
- Versand von Patientenberichten direkt an niedergelassene Psychotherapeuten.

Vor allem die beiden letzten Punkte sind von besonderer Relevanz. Im Gesetz ist festgelegt, dass Patientendaten, d.h. Behandlungsberichte aus Krankenhäusern, nur an ambulant weiter behandelnde Ärzte geschickt werden dürfen. Ebenso dürfen Patientenunterlagen, die dem Krankenhaus zugehen, in der Klinik formal ausschließlich an Ärzte übermittelt werden.

Die Forderung der Kammer, im Gesetz die Psychologischen Psychotherapeuten und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als eigenständigen Heilberuf den Ärzten gleich zu stellen, wurde im Gesetzgebungsverfahren nicht aufgegriffen. Wie uns bekannt wurde, geschah dies mit der bemerkenswerten Begründung, dass eine Regelung für Psychotherapeuten die Notwendigkeit mit sich bringe, die Stellung aller Berufsgruppen im Krankenhaus – gedacht war wohl an Berufsgruppen wie Physiotherapeuten oder Ergotherapeuten – dann auch im Gesetz geregelt werden müsste. Hier zeigt sich einmal mehr die Ignoranz verantwortlicher politischer Stellen bezüglich unserer gesetzlich verankerten Stellung als eigenständiger Heilberuf. Entgegen den gesetzlichen Regelungen des Psychotherapeutengesetzes werden wir mit dieser Begründung der Gruppe der Heilhilfsberufe

zugeordnet! Die fachliche Qualifikation des Psychotherapeuten ist in Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie den Ärzten gleichgestellt, was der Gesetzgeber im Psychotherapeutengesetz und auch im Sozialgesetzbuch V (SGB V) eindeutig festgelegt

hat. Es ist ein politisches Signal der Landesregierung, dass es nicht für nötig erachtet wurde, unsere Berufsgruppe rechtlich anzuerkennen und den Ärzten gleich zu stellen. Dagegen wird die Kammer entschieden protestieren und weiter verdeutlichen, dass

unser Beruf die erforderliche öffentliche und rechtliche Anerkennung findet. Es sollten nicht nur leere Worthülsen sein, dass unsere Arbeit wertgeschätzt wird, sondern diese Wertschätzung muss auch politische Konsequenzen haben.

Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen in Baden-Württemberg – weitere Aktivitäten der LPK BW

Wie bereits in der letzten Ausgabe des PTJ sowie auch im Newsletter/auf der Homepage berichtet, hat sich der Kammervorstand und der Ausschuss für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie weiter mit der Versorgungslage für psychisch kranke Kinder und Jugendliche beschäftigt. Ausgehend von der kammerseitig initiierten und durchgeführten Versorgungsstudie (Arbeitsgruppe Nübling, Raymann & Reisch; vgl. PTJ 3/2006 und 2/2007) wurden Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung diskutiert. Zum einen wurde in einer Expertenanhörung des Stuttgarter Landtags – entgegen den Aussagen der ärztlichen Vertreter sowie der meisten Versicherungsträger – ausdrücklich auf die bestehende Unterversorgung, insbesondere im ländlichen Raum, hingewiesen (vgl. PTJ 3/2007 und Newsletter 1/2007). Wie gezeigt wurde, besteht trotz optimistischer Modellrechnung nur für ca. 40% der landesweit behandlungsbedürftigen Kinder in Baden-Württemberg ein Therapieangebot (einschließlich ambulantem und stationärem medizinischem Sektor sowie Kinder- und Jugendhilfe). Gravierend und besorgniserregend ist an dieser Stelle, dass bevölkerungsschwache und ländliche Landkreise mit dem Versorgungsangebot unter dem Durchschnitt liegen (z.T. unter 20%) und besondere Aktivitäten entwickeln müssten, um die Niederlassung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu fördern und im Jugendhilfebereich die Beratungs- und Präventionsangebote auf- und weiter auszubauen. Epidemiologisch nicht begründbar ist der Ansatz, dass für den ländlichen Raum von einem etwa um den Faktor 10 geringeren Bedarf als im städtischen Umfeld ausgegangen wird. Die Bedarfsplanung muss sich deshalb künftig am realen, epidemiologisch nachgewiesenen Bedarf orientieren.

In einer Mitte Juni seitens des Kammervorstands einberufenen Konferenz, an der neben den Vorstandsmitgliedern und den Autoren der Studie M. Willhauck-Fojkar für den KJP-Ausschuss sowie Jürgen Doebert für den Ausschuss Ambulante Psychotherapeutische Versorgung teilnahmen, wurden mögliche Konsequenzen und Handlungsspielräume ausgelotet. Die Chancen auf eine Beeinflussung der KVn und/oder der Kostenträger (Krankenkassen) wurden als eher gering und konfliktreich angesehen. Eine Möglichkeit, die dagegen breiten Konsens in der Runde fand, besteht darin, konkret in einen Kreis mit niedriger Versorgungsdichte zu gehen, dort die Akteure (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Beratungsstellen, Kinderärzte, Kinderkliniken etc.) an einen Tisch zu bringen und mit diesen gemeinsam vor Ort auf den jeweiligen Kreis zugeschnittene Lösungen zu erarbeiten und umzusetzen. Dazu sollten entsprechende Kontakte aufgenommen und die Möglichkeiten sowie das Interesse für ein entsprechendes konzertiertes Vorgehen geprüft werden.

Ein erstes Treffen hierzu fand Mitte September mit dem Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (KVJS) statt, an dem kammerseitig Michael Reisch, Trudi Raymann und Rüdiger Nübling teilnahmen. Ziel war, mit der für die Sozial- und Jugendplanung zuständigen Behörde Schnittstellen zu bestimmen sowie ggf. bezüglich einer unterversorgten Region konkrete gemeinsamen Maßnahmen zu vereinbaren. Die Vertreter der KVJS sahen allerdings aus politischen Gründen derzeit keine Möglichkeit, an der diskutierten Initiative bzgl. der Auswahl eines Modellkreises und der Begleitung von Gesprächen vor Ort aktiv mitzuwirken, wenn gleich die Kammervorteilnehmer zumindest die

Zusage erhielten, dass die KVJS bereit sei, einen bereits initiierten Prozess mittelfristig zu begleiten.

Als weitere Schritte werden u.a. folgende Punkte diskutiert:

- Abstimmung des weiteren Vorgehens mit der KV,
- Herstellung von Kontakten zu Schlüsselpersonlichkeiten aus dem politischen Bereich (MDL, Landrat, Sozialdezernent), um Persönlichkeiten für eine Initiative vor Ort gewinnen zu können,
- Abklärung, wer in der Kammer und/oder den Verbänden über entsprechende Kontakte verfügt und diese vermitteln kann,
- ggf. Initiative auch in den Fraktionen des Landtages, um entsprechende Personen zu finden.

Die Kammer bittet sowohl niedergelassene als auch in Institutionen (v.a. Beratungsstellen, Kliniken, Heimen) arbeitende Kollegen um Hinweise, in welchen Kreisen schon eine entsprechende Vernetzung aufgebaut ist bzw. sich im Aufbau befindet und wo die Kammer unterstützend tätig werden könnte. Rückmeldungen hierzu senden Sie bitte an nuebling@lpk-bw.de.

Korrektur Termine VVen 2008

Nächste VVen: 8. März (nicht wie in der letzten Ausgabe irrtümlich angegeben April) sowie 18. Oktober 2007.

Geschäftsstelle

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

11. Delegiertenversammlung am 23.10.2007 in München

Eine umfangreiche Tagesordnung lag auch bei dieser DV vor. Neben dem Bericht des Vorstands und dem Haushaltsplan wurden unter der Leitung der Versammlung durch Klemens Funk und seine Stellvertreterin, Ellen Bruckmayer, auch die Novellierungen der Berufsordnung sowie der Fortbildungsrichtlinie, die Wahlen zu weiteren drei Ausschüssen und zu den 2. Stellvertretern der bayerischen Bundesdelegierten erledigt und es wurde die Kammermitgliedschaft der Psychotherapeut/inn/en in Ausbildung behandelt.

Den Bericht des Vorstands stellte Präsident Dr. Nikolaus Melcop unter das Motto: „Chancen durch Qualifikation und Verantwortung – in Bayern, Deutschland und Europa.“ Er stellte dar, wie der Vorstand im ersten halben Jahr seiner Amtszeit intensiv an einer Vielzahl von Projekten, Maßnahmen und Strukturen gearbeitet hat mit dem Ziel, dass Psychotherapeut/inn/en in dieser „nebulösen Veränderungslandschaft Chancen erhalten, Chancen sehen und Chancen nutzen.“

Er gab dazu einen Einblick in die umfangreiche Lobbyarbeit auf den unterschiedlichen Ebenen, für die die PTK Bayern hierzu Kontakte in Bayern, Deutschland und auf europäischer Ebene (s. Bericht unten) nutzen kann. An unterschiedlichen Stellen gibt es eindeutige Signale und Weichenstellungen, dass Politik und Verantwortliche des Gesundheitswesens sowohl der Stellung der Psychotherapeut/inn/en als auch deren Vergütung einen angemessenen Stellenwert geben wollen, so z.B. mit dem Forschungsgutachten zur Novellierung des Psychotherapeutengesetzes als

auch bei Umsetzungsschritten zur jüngsten Gesundheitsreform.

Wichtige Themenfelder, die dabei insbesondere im letzten halben Jahr von der PTK Bayern bearbeitet wurden, sind u.a. Prävention und Früherkennung, Sucht, Psychotherapie für ältere Menschen, Palliativversorgung und die Notfallnachsorge. Dabei folgt die Kammerarbeit der Systematik: neben der Information der Kammermitglieder und der Fachöffentlichkeit, gegebenenfalls auch durch Fortbildungsveranstaltungen, werden begleitend immer strukturelle Maßnahmen angegangen und auf der politischen Seite wird an den notwendigen Bedingungen und Voraussetzungen für zukunftsrelevante Tätigkeitsfelder und einer Verbesserung der Vergütung gearbeitet.

Beispiel hierfür ist auch die Regelung der Gutachtertätigkeit (Schwerpunkte Forensik und Sozialrecht), bei der durch eine Änderung des Heilberufekammergesetzes zukünftig die Kammern, also die Selbstverwaltung, den Gerichten offizielle Listen von Gutachtern nennen werden. Begleitend wird es dazu eine von einer länderübergreifenden AG erstellte Curriculumsempfehlung geben, an der Bayern federführend mitgearbeitet hat. Vergleichbar wurde zunächst auf struktureller Seite abgeklärt, dass PP und KJP Legasthenie-Gutachten erstellen können. Nun wird geprüft, ob Interesse an einer entsprechenden Fortbildung besteht.

In Bezug auf mögliche neue Projekte für die Integration von Psychotherapeut/inn/en in innovative Versorgungskonzepte be-

richtete Dr. Melcop von Kontakten mit Vertretern verschiedener Einrichtungen und Krankenkassen. Weiterhin stellte er die Arbeiten der Kammer in den Bereichen Berufsaufsicht und Berufsordnung, Mitgliederkommunikation, Veranstaltungen, Versorgungswerk, Fortbildungsorganisation und Fortbildungsrichtlinie, Stellungnahmen und die nunmehr erfolgte gesetzliche Verankerung der Mitgliedschaft der PTK Bayern im Landesgesundheitsrat dar (s. auch Berichte unten). Ein weiteres wichtiges Arbeitsfeld ist die Mitwirkung in bundesweiten Strukturen, der Vorsitz im Länderrat und die Mitwirkung in Gremien der Bundespsychotherapeutenkammer.

Den Abschluss des Vorstandsberichts stellte der Ausblick auf die bevorstehenden zusätzlichen Aufgaben der Kammer dar. Hierzu zählt u.a. die Einführung des Heilberufausweises, die von der Kammer intensiv vorbereitet werden muss, aber auch die Zunahme des Beratungsbedarfs von Mitgliedern durch Geschäftsstelle und Vorstand. Zu den zukünftigen Aufgaben und Schwerpunkten gehören darüber hinaus auch eine weitere Professionalisierung der Öffentlichkeitsarbeit und eine Intensivierung der Anstrengungen bezüglich der Gesundheitsreform und der Interessensvertretung auf europäischer Ebene.

Es ist Aufgabe des Vorstands, die Grundlagen für alle anstehenden Arbeiten und Aufgaben der PTK Bayern zu planen und zu schaffen. Bei all den neuen Aufgaben ist deutlich, dass in Zukunft trotz diverser Rationalisierungen und Verschlinkungen der Arbeitsabläufe die derzeitigen Ressourcen nicht ausreichen.



Angesichts verstärkter Bestrebungen durch weniger qualifizierte andere Berufsgruppen, das Feld „Psychotherapie“ für sich zu vereinnahmen, werden wir „Wege finden müssen, diese anderen Professionen einzubinden, ohne selbst Kompetenzen abzugeben. Die Definitionen über das, was psychotherapeutische Versorgung sein muss, sein sollte und sein darf – das ist wesentlich auch unsere Aufgabe im gesundheitspolitischen und öffentlichen Kontext.“

Finanzplanung

Vizepräsident Peter Lehdorfer stellte die Finanzplanung für 2008 vor, die von der Delegiertenversammlung gründlich diskutiert und abgewogen wurde. Vor allem wurde vor dem Hintergrund der zu bewältigenden Aufgaben intensiv über eine notwendige Beitragserhöhung diskutiert, die einigen Delegierten eher noch zu knapp kalkuliert erschien. Auch wurde eine Kosten- und Inflationsanpassung der Entschädigungsordnung beraten. Die abschließenden Abstimmungen über den Haushaltsplan 2008, die Entschädigungs- und Reisekostenordnung und die Beitragsordnung erbrachten dann jeweils bei wenigen Gegenstimmen und Enthaltungen sehr große Mehrheiten für die vom Vorstand eingebrachten Entwürfe (s. Änderung der Beitragsordnung als Beilage in diesem PTJ).

Fortbildungsrichtlinie: Änderung

Vizepräsident Dr. Bruno Waldvogel berichtete über die in den letzten Jahren mit der Umsetzung der Fortbildungsrichtlinie gesammelten Erfahrungen. Es hat sich gezeigt, dass eine Reihe von Präzisierungen

gen notwendig sind, um größere Klarheit für die Kammermitglieder zu schaffen. Die entsprechend vom Ausschuss Aus-, Fort- und Weiterbildung und vom Vorstand erarbeiteten Änderungsvorschläge wurden von den Delegierten mit breiter Mehrheit beschlossen (s. geänderte Fortbildungsrichtlinie als Beilage in diesem PTJ).

Berufsordnung: Änderung

Dr. Waldvogel führte auch in die durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz notwendig gewordene Änderung der Berufsordnung ein. Der Berufsordnungsausschuss und der Vorstand haben sich in ihrer Überarbeitung der Berufsordnung von den Zielen leiten lassen, einerseits unsere Mitglieder bei der Nutzung der neuen Liberalisierungen des Sozialrechts vor Kollisionen mit unserer Berufsordnung zu bewahren, andererseits die Wesensmerkmale einer freiberuflichen Ausübung der Heilkunde zu sichern. Der dann in Abstimmung mit dem Ministerium vorgelegte Änderungsentwurf wurde in der Delegiertenversammlung – nach einer kritischen Diskussion und Bewertung der mit dem VÄndG verbundenen politischen Implikationen für unsere Berufsgruppe – mit großer Mehrheit angenommen.

Bundesdelegierte

Als 2. Stellvertreter für die Bundesdelegiertenversammlung (Vertreter und Stellvertreter waren bereits auf der DV im April gewählt worden, s. Kammerhomepage) wurden gewählt: Franz Rudolf Merod, Prof. Dr. Klaus Heinerth, Dr. Angela von Randow, Lenelies Jeron, Dr. Herbert Ühlein, Dr. Wolfgang Schmidbauer, Dr. Franz Dumbs, Thomas Flohrschütz, Michaela Schweiger,

Dr. Sabine Zaudig, Wilhelm Strobl, Dieter Meier und Maximilian Kriegisch.

Ausschüsse

Die Ausschüsse für Aus-, Fort- und Weiterbildung (AFW), Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und Psychotherapie in Institutionen wurden gebildet und besetzt. Für den **AFW-Ausschuss** wurden gewählt: Klemens Funk, Wilhelm Gerl, Prof. Dr. Siegfried Höfling, Rainer Knappe, Dr. Andreas Rose, Albrecht Stadler und Thomas Stadler. Alle Gewählten außer einem neuen Mitglied haben auch schon bisher im AFW-Ausschuss mitgearbeitet. In den **Ausschuss Psychotherapie in Institutionen** wurden gewählt: Dr. Peter Dillig, Prof. Dr. Georg Jungnitsch, Gisa Lieweris-Amsbeck, Stefan Postpischil und Corina Weixler. In den **Ausschuss für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen** wurden gewählt: Silke von der Heyde, Martina Kindsmüller, Gabriele Melcop, Angelika Rothkegel, Thomas Stadler und Wilhelm Strobl.

Kammermitgliedschaft von PiA

Dr. Melcop berichtete einleitend von dem zurückliegenden Einsatz der Kammer für die Psychotherapeut/inn/en in Ausbildung (PiA) in unterschiedlichen Zusammenhängen und von der Ablehnung des Aufsichtsministeriums, einer möglichen Mitgliedschaft von PiA derzeit zuzustimmen. Im Anschluss berichtete der gewählte Vertreter der PiA in der Kammer, Stefan Mutert, aus seiner Arbeit als PiA-Vertreter und betonte die Vorteile einer Kammermitgliedschaft für PiA, die sich sowohl für Ausbildungsteilnehmer als auch für die Kammer ergeben würden. Als Gast in

der Versammlung erläuterte Ministerialrat Plesse (Bay. Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz) schließlich die rechtssystematischen Grün-

de für die derzeit ablehnende Haltung des Aufsichtsministeriums und betonte jedoch die Bereitschaft, zu der Thematik im Dialog bleiben zu wollen.

Mit einem Meinungsbild befürwortete schließlich die Delegiertenversammlung einstimmig eine weiterhin anzustrebende Mitgliedschaft der PiA in der PTK Bayern.

Brüssel-Reise: Interessensvertretung mit Zukunftswert

Die Zukunft der psychotherapeutischen Berufe wird wesentlich auch von den politischen Entwicklungen auf europäischer Ebene abhängen. Insbesondere Bayern hat mit einer eigenen Ständigen Vertretung in Brüssel gute Möglichkeiten, auf die dort stattfindenden Entscheidungsprozesse einzuwirken. Vor diesem Hintergrund nahmen Präsidium und Geschäftsführer der Kammer zum zweiten Mal die Möglichkeit wahr, zusammen mit anderen bayerischen Heilberufekammervertretern in Brüssel selbst die Interessen des Berufsstandes zu vertreten.

Dort konnten Gespräche geführt werden mit Vertretern der Generaldirektionen Binnenmarkt, Gesundheit, Unternehmen und Forschung, mit Mitgliedern des Europaparlaments, der Ständigen Vertretungen Bayerns und Deutschlands. Weiterhin gab es einen intensiven Austausch mit Frau Staatsministerin Stewens (zwischenzeitl. auch stv. Ministerpräsidentin). Wir thematisierten neben den allgemeinen gesundheitspolitischen Inhalten für unseren Bereich insb. die Berufsqualifikation von Psychotherapeut/inn/en und die Notwendigkeit einer qualifizierten Behandlung psy-

chisch kranker Menschen. Weitere Inhalte waren die Berufsankennungsrichtlinie, die Dienstleistungsrichtlinie im Bereich Gesundheit, Gesundheitsstrategie der EU, Prävention und Arzneimittel.

Bekanntlich sind gerade Regelungen zum Beruf des Psychotherapeuten innerhalb Europas sehr unterschiedlich und in vielen Ländern gar nicht vorhanden. Die Politik der EU strebt vorrangig auch wirtschaftlichen Erfolg auf der Grundlage eines freien Binnenmarktes mit freiem Waren- und Dienstleistungsaustausch ohne Schranken und Hindernisse an. Unterschiede z.B. bei Berufsabschlüssen werden dabei als Hindernis für die Mobilität und grenzübergreifende wirtschaftliche Aktivitäten angesehen. Eine Harmonisierung unseres Berufsabschlusses auf irgendein europäisches Mittelmaß ist jedoch weder in unserem Sinne noch wird damit die Patientenversorgung ausreichend gewährleistet. Ein wichtiger Erfolg für unsere Berufsgruppe ist es deshalb, dass in der Berufsankennungsrichtlinie entgegen ursprünglichen Entwürfen festgeschrieben wurde, dass das Niveau des Berufsabschlusses

des Landes gilt, in das innerhalb der EU umgezogen wird.

Darüber hinaus werden aber auch auf europäischer Ebene Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung entwickelt, wie z.B. im Nichtraucherschutz. Auch zukünftig wird deshalb die Interessensvertretung auf EU-Ebene durch die Landeskammern und die Bundespsychotherapeutenkammer ein wichtiger Arbeitsbereich bleiben.



B. Waldvogel, N. Melcop und P. Lehdorfer

Besserer Schutz für Kinder vor Gewalt und Missbrauch

Die PTK Bayern hat zum Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetz und zum Gesetz über Erziehungs- und Unterrichtswesen Stellung genommen. Beide Entwürfe beziehen sich vorrangig auf die Verbesserung des Schutzes von Kindern vor Kindesmissbrauch, -misshandlung und -vernachlässigung, der über eine verbesserte Früherkennung erreicht werden soll. Die PTK Bayern regt an, zusätzlich zu den Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 zu Beginn des Kindergartenalters (3. Lj.) ein Screening analog der Schuleingangsuntersuchung durch den öffent-

lichen Gesundheitsdienst einzuführen. Bei den Früherkennungsuntersuchungen sollte zudem auch eine Merkmalserhebung der psychosozialen und kognitiven Entwicklung eingeführt werden. Entsprechende Vorschläge unterbreitete die BPTK dem Gemeinsamen Bundesausschuss, der gerade die Richtlinien zu den Früherkennungsuntersuchungen novelliert. Darüber hinaus muss bedacht werden, dass allein eine Verbesserung der Frühwarnsysteme nicht ausreicht, sondern dann auch entsprechende Möglichkeiten der Intervention sicher gestellt sein müssen. Gerade

im Bereich der Erziehungsberatung gab es aber in den letzten Jahren massive Einsparungen durch die Länder. Hier müssen dringend die Grundlagen geschaffen werden.

Mit der geplanten Meldepflicht von sexuellem Missbrauch durch ÄrztInnen bzw. Hebammen geht eine stärkere Vernetzung der verschiedenen Beteiligten und eine höhere Verbindlichkeit des Informationsaustausches einher. Wie gut sich dies umsetzen lässt, muss die Praxis zeigen. Die PTK Bayern spricht

sich dafür aus, auch niedergelassene PP und KJP in die Netzwerke mit einzu-beziehen. Hierfür braucht es zusätzliche

finanzielle und personelle Ressourcen in der Jugendhilfe, im ÖGD und im Ge-sundheitssystem.

Keinesfalls dürfen lediglich Risikofamilien und Betroffene identifiziert werden, ohne dass die Grundlagen für eine psychosoziale Betreuung sichergestellt werden.

Kurznachrichten

PTK Bayern fordert Nichtraucherschutz auch in Bierzelten

Das inzwischen von allen Landtagsfraktionen vorgesehene vollständige Rauchverbot in Lokalen und auch in Bierzelten entspricht der Forderung der PTK Bayern in ihrer Stellungnahme zum geplanten baye-rischen Nichtraucherschutzgesetz.

Suchtforum

Am 10.10.2007 fand die Wiederholung des 6. Suchtforums statt. Die Gemeinschafts-veranstaltung von PTK Bayern, Bayerischer Landesärztekammer, Bayerischer Landes-apothekerkammer und Bayerischer Akade-mie für Suchtfragen zum Thema Substanz-missbrauch in der Leistungsgesellschaft stieß auf ein breites Interesse unserer Mit-glieder, der Apotheker und der ärztlichen Kolleg/inn/en. Die PTK Bayern wurde von Vorstandsmitglied Heiner Vogel bei der Po-diumsdiskussion vertreten.

Neuapprobiertenveranstaltung

Am 18.10.2007 bot die PTK erstmalig eine Informationsveranstaltung für Neuap-probierte und zugezogene Mitglieder an. Nikolaus Melcop (Präsident) stellte die Geschichte, die Struktur und die vielfältigen Aufgaben der PTK Bayern auf regio-naler und überregionaler Ebene vor. Peter Lehndorfer (Vizepräsident und Vorstands-mitglied BPTK) berichtete über Geschichte, Aufbau und Arbeitsfelder der Bundespsy-chotherapeutenkammer.

Besonderes Interesse zeigten die Zuhö-rer an Nikolaus Melcops Darstellung der aktuellen berufspolitischen Entwicklungen in den verschiedenen psychotherapeutischen Tätigkeitsfeldern. Bruno Waldvogel (Vizepräsident) erläuterte die Fortbildungs-

ordnung und das (freiwillige) Fortbildungs-zertifikat. Zum Abschluss der Veranstaltung gab Alexander Hillers (Geschäftsführer) einen Einblick in die Berufsordnung.

Psychotherapeutische Notfallnachsorge

Am Samstag, den 20. Oktober, führte die PTK Bayern in Nürnberg gemeinsam mit der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns eine einführende Informations- und Fort-bildungsveranstaltung zu Psychotherapeu-tischer Notfallversorgung und Traumabe-handlung durch. Bruno Waldvogel stellte die diesbezüglichen Aktivitäten und Posi-tionen der PTK Bayern vor und moderierte die Veranstaltung. In einer anschließenden Pressemitteilung wurde über die Veran-staltung und ihre Ergebnisse berichtet.

PiA-Treffen in der Kammer

Am 11. Oktober 2007 fand in der Ge-schäftsstelle der PTK Bayern das dritte Treffen der Sprecher der Ausbildungsteil-nehmer zu den psychotherapeutischen Berufen in Bayern statt. Bei diesem Treffen informierten die anwesenden Vorstands-mitglieder über aktuelle Themen aus der Gesundheitspolitik, Reformpläne und ge-plante Aktivitäten der PTK Bayern. Des Weiteren erhielten die Ausbildungsteilnehmer Gelegenheit, sich über ihre Situation in der praktischen Ausbildung auszutau-schen. Das nächste Treffen ist für Frühjahr 2008 geplant.

PTK Bayern in der Presse

Für die *Apothekenumschau* wurde N. Mel-cop zur Winterdepression interviewt. Für die *Deutsche Presseagentur* erläuterte P. Lehndorfer in einem Interview, woran El-

tern beim eigenen Kind merken können, dass es professionelle Hilfe durch einen KJP braucht, wie man Kinder dazu moti-vieren kann und wie man schließlich „den richtigen Therapeuten“ findet. Für die *TZ* erläuterten N. Melcop und P. Lehndorfer in einem Interview zu „Alkohol und Jugendli-che“, Hintergründe und mögliche Maßnah-men zum zunehmenden Alkoholkonsum unter Jugendlichen.

Fortbildung „Angestellte und Berufsrecht“ – noch Plätze frei

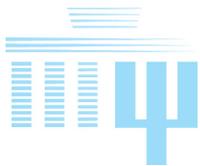
Wir möchten Sie daran erinnern, dass in Nürnberg am 19.02. eine Fortbildung zu „Angestelltenverhältnis und Berufsrecht“ und am 15.03. ein Symposium zur Pallia-tivversorgung stattfinden wird. Die Fortbil-dung zum Berufsrecht wird am 02.04 in Regensburg wiederholt. Anmeldebögen finden Sie im Mitgliederrundschreiben 09/2007 oder auf unserer Homepage. Bei Redaktionsschluss waren noch Plätze frei! Bitte melden Sie sich bis spätestens 1 Wo-che vor der Veranstaltung an.

Vorstand der Kammer:

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

Geschäftsstelle

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



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Berlin

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

„Psychotherapeutische Kompetenz“

– so lautete der Titel des 3. Landestherapeutentages am 1. September 2007, der in Kooperation mit der Humboldt-Uni stattfand. Einzelvorträge finden Sie unter www.psychotherapeutenkammer-berlin.de.

Welche Kompetenzen psychologischer Psychotherapeuten sind künftig notwendig, um den Herausforderungen psychotherapeutischen Handelns bei einer sich verändernden und globalisierenden Gesellschaft gerecht zu werden? Müssen psychotherapeutische Angebote in bestimmten Bereichen erweitert, reduziert oder gegebenenfalls neu entwickelt werden? Tragen die aktuellen Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung (z.B. stärkere Vernetzung von Gesundheitsinstitutionen, Einführung von evidenzbasierten Leitlinien zur Behandlung bestimmter psychischer Erkrankungen, Einführung von Qualitätsmanagementsystemen in Psychotherapiepraxen oder bei öffentlichen Psychotherapie-Trägern) zu einer Verbesserung der Versorgung bei?



Die **Berliner Senatorin** für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, **Katrin Lompscher**, sah das Leitthema „Psychotherapeutische Kompetenz“ im Rahmen der allgemeinen Debatte um Qualität in der gesundheitlichen Versorgung und angesichts zunehmender psychischer Probleme innerhalb der Bevölkerung als einen wichtigen und notwendigen Beitrag.

Kammerpräsident Michael Krenz konkretisierte in seinem Eröffnungsvortrag (hier in der Mitte, zusammen mit Herrn Prof. Dr. Richter und Herrn Dr. Wittmann), dass das Thema „Psychotherapeutische Kom-



petenz“ eigentlich schon so alt ist wie die Profession der Psychotherapeuten selbst. Viele Schriften Sigmund Freunds lassen sich als Dokumente zur Kompetenzentwicklung lesen. Im Rahmen der heutigen Kammertätigkeit taucht das Thema „psychotherapeutische Kompetenz“ bei Fragen zum „Berufsrecht“ und zur „Berufsaufsicht“ auf.

Psychoanalytiker und Sozialwissenschaftler **Prof. Dr. Michael Buchholz** von der Uni Göttingen referierte über die Entwicklungsdynamik psychotherapeutischer Kompetenz. „Epistemisch-wissenschaftliches Wissen“ und „personal knowledge“ (auch implizites Wissen) sind die entscheidenden Voraussetzungen und Wirkfaktoren psychotherapeutischen Handelns. Buchholz stützt sich dabei auf die Theorie von Michael Polanyi (1896–1976). Personal knowledge wachse mit zunehmender Berufserfahrung. Psychotherapie lasse sich deshalb nur schwer definieren und manualisieren – so Buchholz. Psychotherapie kann aber dann erfolgreich realisiert werden, soweit die „basale und prozessuale Ebene“ (partizipativ, embodied, situativ) etabliert werden kann.

Gesellschaftliche und gesetzliche Veränderungen stellen Psychotherapeut/-innen vor neue Herausforderungen. Trotz sinkenden Krankenstandes steigen die Fälle gemeldeter Arbeitsunfähigkeiten wegen psychischer Störungen (insbesondere Depressionen und Angsterkrankungen) – so die epidemiologischen Studien und die jährlichen Gesundheitsberichte der gesetzlichen Krankenkassen. Aber auch die Krankheitsfälle wegen psychischer Probleme bei der nicht berufstätigen Bevölkerung, z.B. bei Kindern und Jugendlichen, nehmen stark zu. Ziel muss es daher sein, das Angebot psychotherapeutischer Leistungen am Bedarf zu entwickeln.

Psychotherapeuten als Forscher!?

Hinsichtlich neuer Versorgungsangebote ist ein Ausbau an Versorgungsforschung unabdingbar – so **Prof. Dr. Thomas Fydrich** vom Fachbereich Psychologie der Humboldt-Uni. Wichtig sei, dass sich Psychotherapeuten aktiv an Studien (z.B. an der geplanten Studie zu Depressionen; siehe unter www.psychotherapeutenkammer-berlin.de) beteiligen. Benötigt werden Langzeitstudien und aufgrund komplexer Krankheitsbilder auch mehrdimensional angelegte Forschungsdesigns (Patientenselbsteinschätzungen, Einschätzungen durch Therapeuten, objektive Parameter, Untersuchung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen etc.). Ergebnisse erster Versorgungsstudien in Berlin wurden von **Dr. Wolfram Keller, Dipl.-Psych. Reiner Dilg** und **Dr. Christian Stiglmayr** vorgestellt.

Psychotherapeutische Kompetenz heißt vernetzt denken und handeln

Dr. Heiner Vogel, Uni Würzburg, berichtet über die Zunahme (komorbider) psychischer Störungen und Belastungen, die

oft einhergehen mit somatischer Morbidität oder Mortalität, Verlängerung der Krankenhausbauer, Chronifizierung, ungünstiger Beeinflussung der Compliance und Lebensqualität oder erhöhten Krankheitskosten. Das erfordert nicht nur neue Versorgungskonzepte in der stationären Rehabilitation (z.B. Patientenschulungen), sondern auch ein verstärktes stations- und institutionsübergreifendes Denken und Handeln.

Ebenso für ein verstärktes vernetztes Handeln spricht sich **Dr. Wolfgang Albert** aus, Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums des Dt. Herzzentrums Berlin. Er zitierte wissenschaftliche Studien, wonach z.B. eine Absenkung des Herzinfarktrisikos durch Modifikation der Risikofaktoren bis zu 80% möglich ist. Psychosozial-psychotherapeutische Ansätze sollten seiner Ansicht nach integraler Bestandteil eines interdisziplinären Handlungskonzeptes sein. Im Rahmen neuer Versorgungsmodelle kooperieren bereits Ärzte des Deutschen Herzzentrums und der „Charité Benjamin Franklin“ sehr eng mit Psychologischen Psychotherapeuten.

Psychotherapeutische Kompetenz heißt neue Versorgungsformen am Bedarf entwickeln

Psychotherapie lässt sich nicht auf den Bereich der Richtlinien-Psychotherapie reduzieren. **Prof. Dr. Gerhard Nothacker** vom Fachbereich Sozialwesen der Potsdamer Fachhochschule stellte zahlreiche Beispiele aus der Sozialgesetzgebung vor, wie berufliche Rehabilitation und Eingliederung „seelischer Belastungsminderung“ von Angehörigen von Pflegebedürftigen, der Primärprävention oder der Erziehungshilfe.

Angelika Wolff stellte die Ergebnisse einer von der Deutschen Forschungsgesellschaft geförderten Studie vor, bei der es um die

Problematik nicht beschulbarer Jugendlicher und deren schier endlose und eskalierende Konflikte ging. In die Studie einbezogen wurde das System „Schule“, die Macht-Ohnmachts-Spiralen, die sich bei Lehrkräften abspielen können. Therapeutisches Handeln erfordert Konzepte, die auf beide Dynamiken Bezug nehmen.

Hinsichtlich sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen ist ein Ausbau an präventiven Angeboten notwendig. Gesundheitsbelastungen müssen gesenkt und gesundheitsdienliche Ressourcen gestärkt werden. **Prof. Dr. Rolf Rosenbrock** sieht die Primärprävention und Gesundheitsförderung auch als ein Handlungsfeld für Psychotherapeuten. Das setzt allerdings voraus, dass Therapeut/-innen aktiv Präventiv-Angebote entwickeln und dass Prävention finanzierbar wird, z.B. im Rahmen eines Präventionsgesetzes, das im kommenden Jahr wieder diskutiert und im Bundestag und -rat neu abgestimmt werden soll.

Viele der psychischen Erkrankungen im Erwachsenenalter sind auf Probleme der frühen Eltern-Kind-Beziehung zurückzuführen. Um Fehlentwicklungen vorzubeugen, ist ein Ausbau an Psychotherapieangeboten bereits im Säuglings- und Kleinstkindalter und Jugendalter notwendig – so **Prof. Dr. Christiane Ludwig-Körner** von der Fachhochschule Potsdam.

Karl Wahlen und **André Jacob** diskutierten mit den Teilnehmer/-innen über die Einsatzmöglichkeiten des Multiaxialen Diagnosesystems in der Jugendhilfe. Das Manual gibt viele Tipps für Antragsbegründungen weitergehender Hilfsmaßnahmen.

Bei der Versorgung von z.B. psychisch schwer gestörten Patienten ist das klinische Case-Management ein möglicher Managementansatz zur strukturierten und

umfassenden Versorgung. Der „Case Manager“ greift für den Patienten aktiv in sein Lebensumfeld ein und befähigt ihn durch psychotherapeutische Gespräche, sein Leben wieder selbstständig zu bewältigen. Ansätze hierzu stellte **PD Dr. Michael Kusch** vom Institut für Gesundheitsförderung und Versorgungsforschung gGmbH vor.

Dr. Bernd Behrendt vom Universitätsklinikum des Saarlandes stellte die „Psychoedukation“ als eine psychotherapeutische Kompetenz in der Rezidivprophylaxe von Psychosen vor. Nach einem kurzen Überblick über die aktuellen psychoedukativen Ansätze wurden die Einsatzmöglichkeiten in unterschiedlichen Settings diskutiert. Der Begriff „Psychoedukation“ setzt sich zusammen aus den Elementen „Psychotherapie“ und „Eduktion“ – letzteres ist eher im Sinne von „Bildung“ statt „Erziehung“ gemeint. Dr. Bernd Behrendt hat ein „Warnsignalmuster“ erstellt, das sich verändernde Verhaltens- und Erlebnisweisen und deren Bewältigungsstrategien abbildet und eine sicherere Diagnostizierung von Rezidiven erlaubt. (Literatur: Behrendt, B. 2001: Meine persönlichen Warnsignale. Ein psychoedukatives Therapieprogramm zur Rezidivprophylaxe bei schizophrener und schizoaffectiver Erkrankung. Therapeutenmanual. Tübingen: DGVT-Verlag).

Fazit: In den nächsten Jahren gibt es noch viel zu tun, um ein flächendeckend bedarfsgerechtes Angebot psychotherapeutischer Leistungen auf hohem Qualitätsniveau zu garantieren. Es setzt voraus, dass alle Akteure im Gesundheitswesen gemeinsam an einem Strang ziehen.

Der 4. Landespsychotherapeutentag findet am 8. Februar 2008 mit dem Titel „Besonderheiten psychotherapeutischer Kompetenz im institutionellen Rahmen“ im Haus der Kirche, Berlin-Charlottenburg statt.

Was sind Kernkompetenzen von Psychotherapeut/-innen und wie werden sie entwickelt?

Ausschnitte einer Podiumsdiskussion anlässlich des 3. Landespsychotherapeutentags in Berlin

Moderator **Wolfgang van den Bergh**, stellvertretender Chefredakteur der Ärzte-

zeitung: Zentral ist die Frage: Wie lassen sich unterschiedliche Methoden integrieren, ohne die Konturen zu verwischen? Wie kann eine qualitativ hochwertige

ren, ohne die Konturen zu verwischen? Wie kann eine qualitativ hochwertige

Versorgung gewährleistet werden? Tragen Leitlinien, die im Rahmen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes diskutiert werden, zu einer besseren Versorgung bei? Klar ist, dass die „Sparkommissare“ längst das Sagen übernommen haben.

Dipl.-Psych. Anne A. Springer (Psychoanalytikerin), Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT): Ausgehend von Victoria Hamilton, Psychoanalytikerin in den USA, führt sie aus, dass die Psychoanalytiker im Beruf unzufrieden waren, obwohl die Ausbildung als wichtig erachtet wurde. Die Loslösung von der Ausbildungssituation war nicht ausreichend erfolgt. Gleichzeitig wurden stabile Kontakte zu Kollegengruppen gesucht. Die Ausbildung kann eine so genannte „Postidentifizierung“ nicht leisten. Dazu braucht es den Diskurs mit den Kolleg/-innen und auch der Politik.



Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer und Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Tiefenpsychologie (DFT): Unterschieden werden müssen die persönliche Kompetenz, die Beziehungskompetenz und die fachlich-konzeptionelle Kompetenz nach Karl-Popp (2002). Im Dialog von Psychotherapeut und Patient geht es darum, die Situation so zu gestalten, dass der Patient seine Lebensbewältigung entwickeln kann.

Zur *persönlichen Kompetenz* des Therapeuten gehört die selbstreflexive Selbstwahrnehmung, Empathie, Selbstwirkung,

Selbstindikation und Selbststeuerung. Bei der Selbstreflexion handelt es sich um Reflexivität und Intentionalität. d.h. um die Unterscheidung zwischen inneren Repräsentanten (Phantasien) und äußerer Realität.

Zur *Beziehungskompetenz* gehört die Kommunikation und Bindungsfähigkeit ebenso wie die Fähigkeit zur Objektwahrnehmung und zur Objektdifferenzierung.

Die *fachlich-konzeptionelle Kompetenz* erfordert die Kenntnis über wissenschaftlich begründete Modelle bezüglich psychogenetischer Aspekte (Ätiologie), d.h., es geht um die Knowledge-Ebene, um Fähigkeit und Fertigkeit in der Anwendung wissenschaftlich begründeter Behandlungsverfahren und Methoden, um die Fähigkeit zu Reflexion und Verknüpfung von individuellen, personalen Kompetenzen und dem Behandlungskonzept. Letzteres ist in der Supervision besonders intensiv verfolgbar, dort geht es um die notwendige Begleitung durch Selbstreflexion.

Dipl.-Psych. Hans Jochen Weidhaas (Verhaltenstherapeut), Bundesvorsitzender der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung: Der Erwerb von Theorie und Praxis macht die fachliche Kompetenz aus. Die Entwicklung der Persönlichkeit des Psychotherapeuten ist entscheidend, ob Schnittstellen zu anderen psychotherapeutischen Verfahren gesucht werden. Diese Entwicklung gehört nicht mit zur Ausbildung. Die Stufenleiter, die Prof. Dr. Michael Buchholz darlegt, ist eine interessante lebenslange Fortsetzung dieses Prozesses, in dem der kollegiale Austausch und die Supervision einen zentralen Stellenwert einnehmen. Diese seien schlecht „normierbar“. Das genau beinhaltet das Grundsatzdilemma von Psychotherapie. In der konkreten Umsetzung bei der Patientenversorgung ist dieser Sachverhalt schwer verständlich, weil Gesetzgeber und Kassen die Kompetenzen der Psychotherapeuten beschneiden. Andererseits müssen patientenbezogene Normierungen vorgenommen werden. Fachliche Notwendigkeiten können nur verzögert in die Patientenversorgung implementiert werden. Das bedeutet einen Grundkonflikt. Die Akzeptanz der Psychotherapie neben der somatischen Medizin

ist noch nicht erfolgt. Die Psychotherapie wird oft noch als „Assistenzmethode“ der Medizin angesehen. Aber seit dem Psychotherapeutengesetz gibt es Fortschritte in die richtige Richtung.

Prof. Dr. Anna Auckenthaler (Gesprächspsychotherapeutin), FU Berlin, Arbeitsbereich Klinische Psychologie und Psychotherapie: In der Gesprächspsychotherapie wird vor allem die personale Kompetenz betont und zwar sowohl die intrapersonale Kompetenz als auch die Beziehungskompetenz. Dass daneben auch fachlich-methodischen Kompetenzen ein hoher Stellenwert zugeschrieben wird, ergibt sich u.a. aus dem Empathieverständnis der Gesprächspsychotherapie: Die Abstimmung des konkreten Vorgehens auf das Erleben des Klienten verlangt ein maximal individualisiertes Vorgehen. Dabei werden dem Therapeuten theoretisches und empirisches Wissen helfen, er darf sich aber von Theorien und empirischen Befunden nicht zu sehr beeindruckt lassen, sondern muss sie konsequent *heuristisch* nutzen, braucht also ein hohes Maß an „heuristischer Kompetenz“. Die Verpflichtung der Gesprächspsychotherapeuten zu „lebenslanger“ berufsbegleitender Supervision ist Ausdruck dieser besonderen Betonung der personalen und der heuristischen Kompetenz.

Dr. Dipl.-Psych. Manfred Thielen, Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Körperpsychotherapie: Ausgangspunkt ist das Interesse des Patienten an einer guten Behandlung und die Art der Umsetzung der therapeutischen Kompetenzen seitens des Psychotherapeuten. Therapeuten haben oft viele Methoden gelernt und erprobt, so dass die wissenschaftlich begründeten Verfahren plus die Intuition das Können des Psychotherapeuten ausmachen. Die Indikation der Verfahren ist dabei zentral. Herr Prof. Kriz sprach vor einem Jahr auf dem 2. Landespsychotherapeutentag von „Passenkompetenz“ zwischen Psychotherapeut und Patient als einer wesentlichen Variable für die Wirksamkeit von Psychotherapie. Den Wahrheitsgehalt jeder Methode zu erkennen und zu integrieren ist dabei der wichtige Focus. Jede Methode wirkt und hat eine spezifische Besonderheit, wie sie wirkt. Eine besondere Bedeutung

kommt dabei der nonverbalen Interaktion zu, die sich nicht in Richtlinienverfahren abbilden lässt. Daraus ist zu schließen, dass die Richtlinienverfahren erweitert werden müssen und es zu einer methodischen Integration – wie in den 70-90er Jahren im Rahmen des Techniker-Krankenkassenmodells praktiziert – kommen muss.

Dipl.-Soziologin **Karin Stötzner, Patientenbeauftragte für Berlin**, Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz: Als langjährige Leiterin der Selbsthilfe-Koordination bei SEKIS konnte Karin Stötzner Erfahrungen mit den Betroffenen sammeln. Alle Patient/-innen äußerten das Gleiche: Wie schwer es sei, den richtigen Therapeuten/die richtige Therapeutin zu finden. Die Patient/-innen erwarten in erster Linie: Sicherheit; Verständnis; Aufklärung; als Individuum anerkannt werden und in seinen Besonderheiten angenommen werden. Die Erwartungen sind hierbei besonders hoch. Die Wünsche der Patienten werden häufig enttäuscht. Die Suche nach einem Psychotherapeuten gestaltet sich äußerst schwierig, der Vergleich der Methoden ist schwer durchschaubar. „Wer ist besonders geeignet für mein Problem?“ scheint nicht beantwortbar zu sein. Es gibt zu wenig Transparenz. Und es gibt ein monatelanges Warten auf Hilfe. Laut Karin Stötzner haben die Psychotherapeut/-innen eine kollektive Verantwortung für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung. Deshalb muss gefragt werden: Wie trägt die Profession dazu bei, schwer erreichbare Zielgruppen doch zu erreichen? Das sind z.B. ältere Menschen, Migranten, Kinder und Jugendliche. Es geht darum, individuelle Anforderungen zu erkennen, Versorgungsstrukturen im Hilfesystem deutlich zu machen. Außerdem geht es um verbesserte Übergänge zwischen verschiedenen Versorgungsstrukturen im stationären und ambulanten Bereich.

Anne Springer: Es gibt tatsächlich Probleme für Patienten einen Psychotherapeuten zu finden. Es gibt unterschiedliche Ausbildungen, die für die Patienten nicht transparent sind. Hilfreich wäre eine adäquate Honorierung der probatorischen Sitzungen, in denen mit den Patienten geklärt

werden kann, welches Therapieverfahren am besten geeignet ist. Das setzt natürlich eine Kenntnis anderer Methoden voraus, wenngleich es keine Methodenintegration geben sollte. Gegebenenfalls ist an einen Kollegen zu überweisen.

Prof. Dr. Anna Auckenthaler: Die von Frau Stötzner erwähnten Wünsche der Patienten machen deutlich, dass wir unser Verständnis von Psychotherapie und Professionalität dringend überdenken müssen: Der beste Prädiktor für den Therapieerfolg ist die Qualität der therapeutischen Beziehung, wahrgenommen aus der Perspektive des Klienten. Umso unverständlicher ist es, warum den Patienten ausgerechnet ein Ansatz vorenthalten werden sollte, der so konsequent auf die personale Kompetenz des Therapeuten setzt wie die Gesprächspsychotherapie.

Dr. Manfred Thielen: Es gibt einen Lobbyismus um die verschiedenen Verfahren. Die Ergebnisse der Säuglingsforschung und der Neurobiologie verweisen auf die Notwendigkeit der Methodenintegration. Die Wissenschaft muss mehr in Richtung Integration forschen und offene Modelle entwickeln. Und gelernte Verfahren müssen integrierbar in den psychotherapeutischen Behandlungsprozess einsetzbar sein.

Karin Stötzner: Im G-BA geht es um die Anerkennung der Gesprächspsychotherapie. Methoden können nur dann anerkannt werden, wenn sie evidenzbasiert sind. Aus der Perspektive der Patientenvertretung muss die kollektive Versorgungsverantwortung ein Teil der diskutierten Kompetenz sein. Es muss in anderer Weise sichtbar gemacht werden, dass es Mängel in der Versorgung gibt. Und es muss Druck auf die politischen Gremien ausgeübt werden, dass Psychotherapie besser lanciert wird im System.

Christiane Angermann-Küster, Vorstand der Berliner Psychotherapeutenkammer, weist auf die Angebote der Kammer für Patienten hin, insbesondere auf das Servicetelefon und auf „Psych-Info“. Beides erleichtert die Suche nach einem Psycho-

therapeuten. Sie weist außerdem noch auf den institutionellen Bereich hin, der sich konstituiert aus öffentlichen und freien Trägern im Gesundheitswesen, in der Kinder- und Jugendhilfe im Rehabilitationsbereich. Hier geht es tatsächlich um Methodenintegration und um patientennahe Versorgung. Dies ist ein wichtiger Bereich, in dem die diskutierte Kompetenz vorhanden ist und die Kooperation mit anderen Berufsgruppen bereits erfolgreich praktiziert wird. Auch Kooperation ist ein Bestandteil psychotherapeutischer Kompetenz!



Wolfgang van den Bergh fasst zusammen: Es geht nicht nur darum, die Compliance des Patienten durch Psychotherapie sicherzustellen. Die psychotherapeutische Kompetenz ist definiert als wissenschaftliche und persönliche Kompetenz. Sie befindet sich in einem Austauschprozess, den es ständig zu erneuern gilt. Allen diesen Bestrebungen zum Trotz gibt es den Versuch, Standardisierungen einzuführen. Wichtig ist es, im Diskurs mit Ärzten, Krankenkassen, Politikern die eigene Leistung qualitätsgesichert zu profilieren.

Redaktionsteam

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

„Ist die elektronische Gesundheitskarte noch zu verhindern?“

war die Frage an Wolfgang Linder bei der Vorstandssitzung am 12. September. Er war von 1988 bis 2004 stellvertretender Landesbeauftragter für den Datenschutz in Bremen. Seine Antwort lautet: „Ja“. Und er begründet seine Überzeugung damit, dass immer mehr Beteiligte, vor allem Ärzte, diese elektronische Gesundheitskarte ablehnen.

Auch der 10. Deutsche Psychotherapeutentag am 12. Mai 2007 in Berlin formulierte große Zweifel und Sorge. Die Einführung dieser Karte wurde als „waghalsiges Experiment“ bezeichnet. Zentrales Argument für die Delegierten war: „Eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Patient und Psychotherapeut ist eine notwendige Bedingung für eine erfolgreiche Behandlung. Sie wird durch Misstrauen aufgrund tatsächlicher oder vermuteter Zweifel in den Datenschutz erheblich gestört.“ Dieses psychologische Argument ist für den langjährigen Datenschützer, der sich heute als Pensionär im „Komitee für Grundrechte und Demokratie“ engagiert, nicht das wichtigste.

Überzeugend legt er dar, dass die elektronische Gesundheitskarte beschlossen wurde, um im Rahmen der Gesundheitsreform „Geld einzusparen“. Und genau da liegt für ihn das große Gefahrenpotential. Die bisherige Konzeption, dass es nur wenige Pflichtanwendungen und mehrere fakultative Anwendungen gibt, ist seiner Meinung nach ein Erfolg der Datenschutzdiskussion. Doch wer kann schon garantieren, dass diese Beschlüsse nicht morgen „Schnee von gestern“ sind.

Noch einmal zur Information: Pflichtanwendungen sind der fälschungssichere EU-Ausweis und das elektronische Rezept.

Freiwillig und jederzeit widerrufbar sind die Anwendungen: Notfallausweis, elektronischer Arztbrief, Arzneimitteldokumentation und die elektronische Patientenakte, abgelegt auf zentralen Servern.

Alles ganz gut und schön, sagt der Datenschützer. Doch was ist, wenn die Kosten für die Einführung dieser elektronischen Gesundheitskarte viel höher sind als erwartet und wenn die Einsparungen mit diesen vielen freiwilligen Anwendungen nicht hereinkommen? Der Datenschützer denkt deshalb hier weniger an technische Unzulänglichkeiten, als vielmehr an den Spardruck der Politiker, denen er zutraut, für vermeintlich ökonomische Zwänge bereitwillig den Datenschutz zu opfern. Denn jederzeit sind solche Gesetzesänderungen möglich.

Und gern möchte man denken: „Da hört mal einer wieder das Gras wachsen.“ Doch dann lesen wir im neuesten „Deutschen Ärzteblatt für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ (September 2007) unter der Überschrift „Ministerium drückt aufs Tempo“, dass es momentan viele Vorbehalte gegen die elektronische Gesundheitskarte gibt und dass das Ministerium nicht bereit ist, diese Vorbehalte aus dem Weg zu räumen, sondern im Gegenteil: „Wenn die Karte erst einmal im Feld ist, wird sich das Blatt auch kommunikativ wieder wenden“ sagt der Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, Dr. Klaus Theo Schröder.

Geplant waren verschiedene off- und online Erprobungen. Doch für die Onlineerprobungen mit der elektronischen Patientenakte, sind die technischen Voraussetzungen noch gar nicht gegeben.

Auftaktveranstaltung

des Bremer Bündnisses gegen
Depression

„Depression hat viele Gesichter“

Freitag, 18. Januar 2008, 16.00 Uhr

Obere Rathauhalle, Rathaus,
Marktplatz

Schirmherrin:

Ingelore Rosenkötter, Senatorin f. Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales

Vorträge mit anschließender Diskussion:

Sabine Bütow, Netzwerk Selbsthilfe

Prof. Dr. med. Helmut Haselbeck, Klinikum Bremen-Ost

Dipl.-Psych. Dr. phil. Gabriele Junkers, Psychologische Psychotherapeutin

Dr. med. Hans Michael Mühlenfeld, Facharzt f. Allgemeinmedizin, Hausarzt

Dr. med. Barbara Preiß-Leger, Fachärztin für Kinder- u. Jugendlichenpsychiatrie

Erich Schlemminger, Facharzt für Psychiatrie u. Neurologie

Kulturprogramm – Büffet – Getränke

Initiatoren des Bündnisses:

Ameos-Klinik Dr. Heines; IPP (Institut f. Public Health und Pflegeforschung), Uni Bremen; Klinikum Bremen-Ost; Psychotherapeutenkammer Bremen in Verbindung mit zahlreichen weiteren Kooperationspartnern in Bremen

Trotzdem soll es im nächsten Jahr auf Biegen und Brechen losgehen.

Dieser, den gesetzlichen Beschlüssen widersprechende, Einführungsprozess lässt dann die Befürchtung des Datenschützers sofort in einem anderen Licht erscheinen.

Bedenken haben neben dem Psychotherapeutentag auch der Ärztetag 2007 in Münster, der Marburger Bund und der Hartmannbund der Ärzte. Wenn wir in einer solchen Situation nicht bereit sind, uns politisch zu artikulieren und unseren Widerstand anzukündigen, werden wir un-

serer Verantwortung gegenüber unseren KlientInnen/PatientInnen, aber auch unserer Verantwortung der Gesellschaft gegenüber nicht gerecht. Der Vorstand hat daher beschlossen, dieses Thema erneut in der Mitgliedschaft zu diskutieren.

Weitere Informationen:

Komitee für Grundrechte und Demokratie: „Das große Gesundheitsversprechen und seine große Täuschung“, Mai 2006:

www.grundrechtskomitee.de/publikationen/biomedizin/bioethik

Dr. Oliver Decker: „Alles auf eine Karte setzen: Elektronisches Regieren und die Gesundheitskarte“:

www.psychotherapeutenjournal.de/Archiv/4/2005

Dr. Thilo Weichert: „Vertraulichkeit durch IT-Sicherheit bei der elektronischen Gesundheitskarte“:

www.datenschutzzentrum.de/Vorträge/Mai

10. September – Tag der Suizid-Prophylaxe:

Gemeinsame Aufklärungsaktion von Klinik, Nervenärzten und Psychotherapeuten

Auf Initiative von Dr. Klaus Brücher, Chefarzt der Ameos-Klinik Dr. Heines, wurde der Welt-Suizid-Präventionstag genutzt, um in Bremen verstärkt Informationen an die Öffentlichkeit zu tragen. Klinik, der Berufsverband der Nervenärzte und die Psychotherapeutenkammer luden gemeinsam zu einem Informationsabend an diesem Tag ein. Im Vorfeld konnte in einem Pressegespräch auf die hohen Todesziffern durch Suizid und auf den engen Zusammenhang zwischen depressiven Erkrankungen und Selbsttötungsversuchen hingewiesen werden. Die regional führende Tageszeitung „Weserkurier“ berichtete im Vorfeld

ausführlich über diese Thematik. Helga Friehe-Rüdebusch, Vorstandsbeauftragte der Bremer Psychotherapeutenkammer für Prävention und Bündnis gegen Depression, wurde in diesem Beitrag ausführlich zitiert, u.a. über die beginnenden Aktivitäten des Bremer Bündnisses gegen Depression.

Auf der gut besuchten Informationsveranstaltung im Grünen Salon der Heines-Klinik stellte einleitend Klaus Brücher die Suizid-Problematik in einem anthropologischen, historischen und gesellschaftlichen Kontext dar. Mit seinem tiefgründigen Beitrag regte

er viele Wortmeldungen aus dem Publikum an. Auch die nachfolgenden Beiträge von Dr. Ulrich Dölle zur psychiatrischen Krisenintervention und von Karl Heinz Schrömgens, der Überlegungen zum psychotherapeutischen Umgang mit Suizidalität vorstellte, fanden regen Widerhall bei den Zuhörern. Herr Schrömgens legte in seinem Beitrag den Schwerpunkt auf die besonderen Belange älterer Menschen und setzte sich mit den höheren Suizidraten in dieser Altersgruppe auseinander. Er zeigte an Fallbeispielen auf, wie sehr ältere Menschen von psychotherapeutischen Interventionen profitieren können.

Berufsrecht im Spannungsfeld zwischen Patientenschutz und Behandlerschutz

Lebendiger Austausch zu berufsrechtlichen Fragen im PKHB-Forum Berufsrecht

Im Rahmen ihrer Forumsreihe hatte die Psychotherapeutenkammer am 20. September zum Thema Berufsrecht ins Fortbildungszentrum der Ärztekammer im Klinikum-Mitte geladen. Frau Schröder, Vorstandsmitglied und verantwortlich für das Beschwerdemanagement, die den Abend moderierte, zeigte sich überrascht und erfreut über die hohe Beteiligung. Mehr als 80 Kolleginnen und Kollegen, einige auch aus dem Umland, verfolgten interessiert die Ausführungen der Referenten.

Anke Herold, die dem Ausschuss Berufsrecht und Berufsordnung vorsteht und maßgeblich an der Erarbeitung der Bremer Berufsordnung mitgewirkt hat, informierte sachkundig und detailliert zu den gesetzlichen Grundlagen der Schweigepflicht und des Datenschutzes. Sie betonte: „Der Patient muss sicher sein, dass alles, was er erzählt, im Therapieraum bleibt.“ Die Vertraulichkeit gelte es auch gegenüber anderen Berufsangehörigen oder kooperierenden Berufsgruppen zu wahren. Sie empfahl, ei-

nen schriftlichen Therapievertrag aufzusetzen, der der rechtlichen Absicherung, aber auch der Aufklärung des Patienten diene. Die vielen Nachfragen aus dem Publikum zeigten, dass die Referentin das Interesse der Zuhörer geweckt hatte. Im Mittelpunkt stand dabei die Frage, wann der Therapeut verpflichtet sei, zum Schutze anderer Personen oder der Allgemeinheit die Vertraulichkeit abzuwägen. Dem Wunsch nach klaren Vorgaben konnte nicht entsprochen werden, hier ist die verantwortliche Ent-

scheidung des Behandlers gefragt. Für Frau Herold war klar, „bei solchen Abwägungen kommt der Aufrechterhaltung des Therapieprozesses im Interesse des Patienten stets eine vorrangige Bedeutung zu“.

Im zweiten Schwerpunkt legte der Justitiar der Kammer, Rechtsanwalt Bernd Rasehorn, die berufsgesetzlichen Grundlagen zum Recht auf Akteneinsicht und zur Notwendigkeit einer guten Behandlungsdokumentation dar. (Siehe auch Beitrag von Herrn Rasehorn auf Seite 372 dieser PTJ-Ausgabe.) Insbesondere im Hinblick auf mögliche Klagen von Patienten, die Behandlungsfehler zum Inhalt haben, diene eine nachvollziehbare Dokumentation vor allem dem Schutz des Behandlers. Was nicht dokumentiert sei, könne nicht zur Entlastung verwertet werden. Des Weiteren bezog er ein neueres Urteil des Bundesverfassungsgerichtes ein, in dem einem Patienten weitgehende Einsichtsrechte in die

Dokumentation eingeräumt worden waren. Zur Veranschaulichung diene u.a. eine Beschwerde über die Entstehung einer Abhängigkeitsbeziehung. Dies löste eine rege Diskussion darüber aus, dass als Besonderheit der psychotherapeutischen Arbeit Abhängigkeiten zwangsläufig entstehen und – verfahrensabhängig – damit gezielt gearbeitet wird. Ebenfalls wurde gefragt, wie bei der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen das Verhältnis von Vertraulichkeit gegenüber dem Patienten und dem Elternrecht auf Information aussehe. Der Verweis auf den Kommentar zur Musterberufsordnung von Stellpflug/Berns, der für den Abschluss eines Behandlungsvertrages und der Einhaltung der Schweigepflicht als Kriterium die „natürliche Einsichtsfähigkeit“ des Kindes/Jugendlichen ansetzt, konnte anfängliche Irritationen verringern.

Als drittes Thema waren Fragen der Honorierung angesetzt. Klaus Sievers, Vorsitzen-

der des Beschwerde- und Schlichtungsausschusses referierte zunächst ausführlich zur Frage, was eine Dienstleistung ist und welche Besonderheiten für die psychotherapeutische Dienstleistung gelten, bevor er sich in kurzen Worten Fragen der Honorierung zuwandte. In der Diskussion zum Umgang mit Ausfallhonoraren verwies Karl Heinz Schrömgens auf die im Konsens mit der Ärztekammer erarbeiteten Empfehlungen der Kammer zu Ausfallhonoraren, die auf der Internetseite der Kammer veröffentlicht sind.

Nach zwei Stunden bedankte sich Hilke Schröder für die Beiträge der Referenten und die engagierte Diskussion und resümierte, dass die Beteiligung der Kollegen auf ein großes Interesse und hohe Bedeutung berufsrechtlicher Themen verweise. Es ist daran gedacht, Nachfolgeveranstaltungen in geeigneter Form anzubieten.

Neuer Kammervorstand nimmt Fahrt auf

Aufgabenverteilung im neuen Vorstand

In einer zusätzlichen Vorstandssitzung wurden die verschiedenen Aufgabenfelder unter den „neuen“ und „alten“ Vorstandsmitgliedern aufgeteilt. Wir stellen hier diese Verteilung vor, damit Kammermitglieder sich bei bestimmten Anliegen direkt an die zuständige Kollegin, bzw. den zuständigen Kollegen wenden können.

Der Präsident **Karl Heinz Schrömgens** ist zuständig für die Geschäftsstelle und das Personal der Kammer, einschließlich der Mitgliederverwaltung und -betreuung. Er bearbeitet die Themen Berufsrecht und Berufsordnung und betreut den gleichnamigen Ausschuss. In seinen Bereich fallen auch die Kooperation mit der Bundespsychotherapeutenkammer, die Vertretung der Bremer Kammer im Länderrat und die Zusammenarbeit unter den Nordkammern.

Außerdem ist er zuständig für die Kooperation zu den senatorischen Dienststellen und für Kontakte und Kooperationen mit Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Die stellvertretende Präsidentin **Isabel Battaller** beschäftigt sich mit den Aufgabenfeldern Fortbildung und Weiterbildung und betreut den Fort- und Weiterbildungsausschuss. Alle Fragen der Ausbildung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten fallen in ihren Arbeitsbereich, so auch die Fragen der „PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA)“.

Sie knüpft Kontakte und entwickelt soweit möglich Kooperationen der Psychotherapeutenkammer zur Universität und zu den Hochschulen Bremens. Dabei wird der Fachbereich 11 der Universität mit dem Studiengang Psychologie den Schwerpunkt der Bemühungen darstellen. Zusätzlich wird das Thema „neue Versorgungsformen“ von ihr bearbeitet.

Die Aufgaben unter den Beisitzer/innen verteilen sich folgendermaßen: **Christine Block** wird sich intensiv mit der Öffentlichkeitsarbeit beschäftigen. Hier sieht der

Vorstand noch große Lücken in der bisherigen Arbeit und hofft durch eine dezidierte Schwerpunktsetzung, hier eine neue Qualität der Öffentlichkeitsarbeit erreichen zu können.

Darüber hinaus hat Frau Block den Aufgabenbereich Kooperation der Kammer, bzw. des Vorstandes, mit den psychotherapeutischen Berufs- und Fachverbänden zu entwickeln.

Frank Bodenstein wird seine Arbeit im Psychotherapeutenversorgungswerk fortsetzen. Sein inhaltlicher Schwerpunkt werden darüber hinaus Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement sein. Dementsprechend wird er auch den Ausschuss Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement betreuen.

Außerdem wird er seine verhaltenstherapeutische Qualifikation in den Arbeitskreisen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie einbringen.

Axel Janzen ist verantwortlich für Fragen der Angestellten und Beamten. Darüber hinaus ist sein Aufgabengebiet die Notfallpsychotherapie und der dazu gegründete Arbeitskreis der Bremer Kammer. Er arbeitet ebenfalls in der entsprechenden Arbeitsgruppe der Landespsychotherapeutenkammern mit. Axel Janzen wirkt außerdem im länderübergreifenden Arbeitskreis Forensik mit. In diesem Zusammenhang ist er zuständig für die Erarbeitung von Gutachter- und Sachverständigenlisten.

Er vertritt die Kammer im Psychiatrieausschuss und hält den Kontakt zum Senator für Justiz.

Hans Schindler übernimmt die Aufgabe, sich um die Finanzen der Bremer Kammer zu kümmern, und vertritt als stellvertretendes Mitglied die Bremer Kammer im Finanzausschuss der Bundespsychotherapeutenkammer.

Darüber hinaus arbeitet er im Redaktionsbeirat des Psychotherapeutenjournals mit und übernimmt die Redaktionsarbeit für die Bremer Kammerseiten.

Hilke Schröder ist verantwortlich für Fragen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und betreut den Arbeitskreis Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Auch für die ZAG KJP-Psychiatrie ist sie zuständig.

Darüber hinaus ist sie für Beschwerdemanagement verantwortlich und betreut den Ausschuss für Beschwerde und Schlichtung. Sie hält den Kontakt zum Verein „Unabhängige Patientenberatung“ in Bremen, in dem die Psychotherapeutenkammer Mitglied ist.

PKHB – Kurz notiert

Achtung!

2-jährige Planungsfrist für Qualitätsmanagement (QM) läuft zum Jahresende aus

Nach den gesetzlichen Vorgaben (Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 1.1.2004 und die Qualitätsmanagementrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 1.1.2006) sollen Psychotherapiepraxen die Planung eines internen Qualitätsmanagements bis Ende 2007 abgeschlossen haben (Ausnahme: Psychotherapeuten, die erst ab 1.1.2006 zugelassen sind). Die KV-HB führte in den vergangenen Monaten bei einer kleinen Stichprobe eine Umfrage zum derzeitigen Planungsstand durch.

In der sogenannten Umsetzungsphase der Jahre 2008 und 2009 ist dann zwei Jahre Zeit, die geplanten QM-Maßnahmen durchzuführen. Ab 2010 können dann Überprüfungen seitens der KV erfolgen, die gegebenenfalls zu Auflagen führen können. Werden diese Auflagen dann nicht umgesetzt, kann dies unangenehme Konsequenzen bis hin

zu finanziellen Einbußen nach sich ziehen. Kollegen, die das Thema QM noch immer vermeiden, sollten also dringend mit dieser Aufgabe beginnen.

In Bremen gibt es bereits einige Kollegen, die sich – ähnlich der kollegialen Supervision – zu Qualitätszirkeln zusammgefunden haben. Nach Anmeldung bei der Kammer können über die Arbeit in den Qualitätszirkeln auch Fortbildungspunkte erworben werden.

Wie Kollegen aus Qualitätszirkeln berichten, kann so die gesetzliche Vorgabe erfüllt werden und – statt der befürchteten Bürokratisierung – können Praxisabläufe optimiert werden, so dass sogar Zeit- und Kosteneinsparungen erreicht werden.

Auch wenn QM zunächst einmal zusätzliche (unbezahlte) Arbeit bedeutet, können

insbesondere die in einer Kollegengruppe entwickelten praktischen QM-Maßnahmen die psychotherapeutische Arbeit verbessern und damit auch zu einer größeren Arbeitszufriedenheit führen.

Klima-Wandel in der Kammer

Die Diskussionen um den Klima-Schutz gehen auch an der Psychotherapeutenkammer nicht vorüber. So hat sich der Vorstand im Sommer entschieden, vom örtlichen Stromanbieter swb zu einem Anbieter zu wechseln, der ausschließlich Energie aus regenerierbaren Energiequellen verwendet. Der Kammer lagen die Unterlagen verschiedener Anbieter vor (www.lichtblick.de; www.greenpeace-energy.de; www.ews-schoenau.de) Sie entschied sich, ihren Strom zukünftig von „Lichtblick“, einem Hamburger Anbieter, zu beziehen.

Redaktion Bremer Kammerseiten

An diesen Seiten arbeiteten mit: Frank Bodenstein, Helga Friehe-Rüdebusch, Ursula Kappelhoff, Hans Schindler, Karl Heinz Schrömgens, Hilke Schröder.

Geschäftsstelle:

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

Beschwerdeausschuss eingerichtet

Das Verhältnis zwischen Patient/in und Psychotherapeut/in ist von einem ganz besonderen Vertrauensverhältnis bestimmt und in der weit überwiegenden Zahl der Behandlungsfälle gelingt es, dieses besondere Verhältnis zu schaffen und über die Behandlungszeit aufrechtzuerhalten.

Gleichwohl kommt es in einem, wenn auch sehr geringem Maße, im Verhältnis Patient/Psychotherapeut zu Problemen. Viele dieser Probleme, die oft auf Missverständnissen beruhen, konnten in der Vergangenheit durch die Arbeit des Schlichtungsausschusses gelöst werden. Dabei hat sich aber auch gezeigt, dass Psychotherapeuten/innen im Einzelfall die Grenzen des berufsrechtlich Zulässigen überschreiten oder gar in Bereiche „abdriften“, die strafrechtliche Relevanz haben. Diese schweren Fälle, wie zum Beispiel sexuelle Übergriffe, wurden in den vergangenen Jahren unmittelbar vom Kammervorstand unter Hinzuziehung von Juristen bearbeitet und einer Entscheidung zugeführt. Hierbei hat sich gezeigt, dass das notwendige und vom Heilberufsgesetz vorgeschriebene Vorermittlungsverfahren kompliziert und zeitaufwendig ist. Es ist nicht nur der Beschwerdetatbestand aufzuklären, sondern gleichzeitig eine (Vor-)Entscheidung darüber zu treffen, ob der Beschwerdevorwurf innerhalb des vom Hamburgischen Kammergesetz für die Heilberufe als durch die Kammer zu ahndende Beschwerde zu bearbeiten ist, oder ob der Vorwurf so schwerwiegend ist, dass Anklage beim Heilberufsgericht erhoben bzw. die Staatsanwaltschaft eingeschaltet werden muss.

Der Vorstand hat daher der Delegiertenversammlung am 5. September vorgeschla-

gen, einen Beschwerdeausschuss einzusetzen, der in seiner Besetzung ebenfalls vom Vorstand vorgeschlagen wurde und der zukünftig für den Kammervorstand die Vorermittlungsarbeiten übernehmen soll. Auf Vorschlag des Vorstandes hat die Delegiertenversammlung Frau Rupp (Vorsitzende), Frau Nock (Beisitzerin), Frau Rasch (Beisitzerin), Frau Vogler (Beisitzerin) und Herrn Koch (Beisitzer) für diese Aufgabe bestätigt. Als fachkundiger Jurist mit beratender Stimme ist Herr Gramm dem Beschwerdeausschuss beigeordnet worden. Herr Gramm war bis zu seiner Pensionierung im Oktober 2006 der stv. Vorsitzende des Verwaltungsgerichts Hamburg und zugleich Vorsitzender des Hamburgischen Heilberufsgeschäftsgerichts.

Der Ausschuss wird zukünftig Ansprechpartner für alle Beschwerden sein, die in der Kammergeschäftsstelle auflaufen. Hierzu wird jeweils ein/e Besitzer/in für jeweils einen Monat als Ansprechpartner und als erster Kontakt für Beschwerdeführer zur Verfügung stehen. Ablauftechnisch wird die Geschäftsstelle alle Beschwerden mit Namen, Telefon und Kurzbeschreibung des Beschwerdeinhaltes erfassen und an das zuständige Ausschussmitglied weiterleiten, das dann den Kontakt zu dem/der Beschwerdeführer/in aufnimmt und eine erste Vorklärung vornimmt. Dabei wird auch die Frage geklärt, ob der Patient/in ein Schlichtungsverfahren wünscht und eine Schlichtung möglich ist.

Wenn sich aber der begründete Verdacht eines berufsrechtlichen Verstoßes ergeben sollte, wird das Vorermittlungsverfahren durch den Ausschuss eröffnet. Hierzu werden schriftliche Stellungnahmen der betroffenen Parteien eingeholt und bei Bedarf Anhörungen vorgenommen. Im Ergebnis erstellt der Beschwerdeausschuss

einen Ermittlungsbericht für den Vorstand, der auch eine Empfehlung für den Abschluss des Verfahrens, also zum Beispiel Einstellung des Verfahrens oder Erteilung einer Rüge oder Anklageerhebung mit allen weiteren Konsequenzen, beinhaltet. Die endgültige Entscheidung obliegt dem Kammervorstand, der auch jederzeit im Laufe des Verfahrens in das kammerinterne Verfahren eingreifen kann, wenn dies geboten erscheint. Die Kommunikation mit dem Vorstand, aber auch mit dem Schlichtungsausschuss, wird durch Frau Rupp als Vorsitzende und zugleich Vizepräsidentin und Vorstandsbeauftragte im Schlichtungsausschuss sichergestellt.

Es ist vorgesehen, die Delegierten einmal jährlich über die Arbeit des Beschwerdeausschusses im Rahmen eines Rechenschaftsberichtes, sowohl über die Anzahl der Fälle als auch über die Häufigkeit bestimmter Beschwerdevorwürfe zu informieren.

Dokumentation und Datensicherheit – notwendig und doch unbeliebt

Die Dokumentationspflicht ist nicht nur eine Berufspflicht, die sich aus der Berufsordnung (§ 12 BO-HH; § 9 Muster-BO) ergibt, sondern es handelt sich nach Auffassung des Bundesgerichtshofes um eine sich aus dem Behandlungsvertrag begründete Pflicht. Eine Verletzung der Dokumentationspflicht kann laut einem Urteil des LG München eine sog. positive Vertragsverletzung darstellen, die den Patienten von der Honorarszahlungspflicht befreit. Dies müsste analog auch dann gelten, wenn nicht der Patient, sondern ein Kostenträger das Behandlungshonorar trägt.

Insofern fällt der Dokumentation des Behandlungsfalles eine entscheidende Bedeutung zu. Sowohl die Muster-Berufsordnung als auch die gängige Rechtsprechung haben Mindestinhalte der psychotherapeutischen Dokumentation definiert. Ziel ist dabei die Therapiesicherung, Beweissicherung und Rechenschaftslegung.

Damit erlangt die Dokumentation eine zentrale Bedeutung in Berufsordnungsverfahren und bei der Überprüfung der Rechnungslegung.

Daraus ergibt sich zwangsläufig, dass Art und Umfang der Dokumentation nicht völlig wahlfrei sind, sondern dass die Dokumentation mindestens enthalten sollte: Behandlungsdatum, anamnestische Daten, Diagnosen, Fallkonzeptualisierungen, Ergebnisse psychometrischer Erhebungen und Tests sowie die durchgeführten psychotherapeutischen Maßnahmen. Es genügt dabei nicht dem Grundsatz der Beweissicherung, diese Inhalte nur in großen Zeitabständen zu dokumentieren, sondern nach unserer Auffassung ist jede Behandlungsstunde zu dokumentieren.

Dokumentationen, die entweder gar nicht oder nur unvollständig vorhanden sind, stellen den Psychotherapeuten nicht nur im Streitfall vor erhebliche Probleme, sondern stellen für sich genommen einen Verstoß gegen die Berufsordnung dar.

Unmittelbar verbunden mit der Dokumentation ist die Datensicherheit. Die Dokumentation ist für die Dauer von 10 Jahren aufzubewahren und umfassend sicher gegenüber Zugriffen unbefugter Dritter zu verwahren. Dies gilt nicht nur für papiergebundene Dokumentationen sondern auch für elektronisch gespeicherte Daten und Aufzeichnungen.

Gerade elektronisch gespeicherte Daten und Aufzeichnungen sind unter zwei Aspekten besonders zu beachten. Erfahrungen und Tests zeigen, dass elektronische Aufzeichnungen „verschleiß“ und nach einer gewissen Zeit nicht mehr lesbar sind. Dies ist abhängig vom verwendeten Datenträger. Es kann also passieren, dass der Psychotherapeut im guten Glauben an seine auf CD/DVD gespeicherten Daten

im Streitfall nach vielen Jahren feststellen muss, dass die Daten unlesbar sind.

Ein weiteres Problem stellt die ungenügende Sicherung der Daten dar. Ein Computer, der in der Praxis steht und nur ungenügend oder gar nicht vor dem Zugriff Dritter geschützt ist, ist nicht anders zu bewerten, als wenn die Patientenakten offen liegen.

Immer häufiger werden für die Dokumentation auch Notebooks eingesetzt, die zwischen Praxis und Wohnung transportiert werden, oder die Daten werden auf Memorysticks aufbewahrt. Wenn ein solches Notebook oder ein Memorystick verloren gehen oder gestohlen werden und die Daten nicht sicher gespeichert wurden, ist dies ein Verstoß gegen diverse berufs-, zivil- und strafrechtliche Vorschriften (Schweigepflichtverletzung) mit erheblichen Folgen für den Psychotherapeuten.

Insofern ist dringend anzuraten, elektronische Daten und Aufzeichnungen mit sicheren Verfahren auf dem Notebook oder dem Datenträger zu verschlüsseln. Hierzu stehen eine Reihe von Programmen und Techniken zur Verfügung.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die Kammergeschäftsstelle.

Elektronische Gesundheitskarte und Heilberufsausweis

Das Bundesgesundheitsministerium hat im August durch einen Brief des Staatssekretärs Theo Schröder an die Spitzenverbände der Krankenkassen in die ursprünglich geplanten Zeitabläufe zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und damit indirekt in die Ausgabeprozesse für den Heilberufsausweis (HBA) eingegriffen. Tenor des Briefes war die Aufforderung, die eGK bereits ab dem 1. Quartal 2008 an die Versicherten auszugeben und den sogenannten „100.000er-Test“ nicht mehr abzuwarten. Aus Kreisen der Hamburger Krankenkassenverbände war daraufhin zu hören, dass dieser vorgezogene „Roll-Out“ begrüßt wird und die Krankenkassen die neue Gesundheitskarte ab Januar an die Versicherten ausgeben werden. Bis Ende

des 2. Quartals sollen alle Versicherten die neue eGK in Händen halten.

Da der Zugriff auf die Daten der eGK aber zwingend den Heilberufsausweis und geeignete Lesegeräten voraussetzt, müssen die Planungen auch in diesen Bereich geändert werden. BPTK und Landeskammern arbeiten derzeit an einem Verfahren, über das die Kammermitglieder den Heilberufsausweis über die Kammer bei einem zugelassenen Zertifizierer bestellen können. Da hierfür die sichere Übermittlung und Verifizierung von Daten erforderlich ist, sind Ergänzungen an der EDV-Infrastruktur der Kammergeschäftsstelle nötig. Sobald der Ausgabeprozess für den HBA endgültig feststeht und die zugelassenen Zertifizierer bekannt sind, werden wir Sie mit einem separaten Rundschreiben informieren.

Mitgliedsfragebogen 2008

Alle Kammermitglieder haben Ende November/Anfang Dezember den Mitgliederfragebogen für das Jahr 2008 erhalten. Dieser besteht aus dem Beitragsfragebogen für die Berechnung des Kammerbeitrages im Jahr 2008 und einem Ausdruck der uns bisher von Ihnen vorliegenden Daten aus unserer Mitgliederdatenbank.

Bitte tragen Sie in den Beitragsfragebogen ihr Einkommen aus psychotherapeutischer Tätigkeit aus dem Jahr 2005 ein und senden diesen bitte unbedingt bis zu dem angegeben Datum an uns zurück. Fügen Sie dem Fragebogen bitte den Steuerbescheid des Jahres 2005 oder eine entsprechende Erklärung Ihres Steuerberaters über die Höhe des Einkommens aus psychotherapeutischer Tätigkeit bei.

Aufgrund von teilweise berechtigten Einwendungen einzelner Kammermitglieder können wir ohne Beifügung des Steuerbescheides/Erklärung Steuerberaters keine individuelle Beitragsfestsetzung vornehmen. Haben Sie bitte Verständnis dafür, dass wir aus Gründen der Gerechtigkeit und Gleichbehandlung aller Kammermitglieder in diesen Fällen den Höchstbeitrag festsetzen müssen. Nachträgliche Korrekturen nach Erstellung des Beitragsbescheides in den Fällen, in denen keine Nachweise

eingereicht worden sind, können wir aufgrund des damit verbundenen immensen Arbeitsaufwandes nicht mehr vornehmen.

Überprüfen Sie dann bitte genauestens die Daten auf dem Mitgliederdatenbankausdruck, den wir mitgesandt haben und senden uns diesen bitte bei Änderungen zurück. Diese Daten benötigen wir u.a. im Zusammenhang mit der Ausgabe des Heiberufsausweises, für die Gesundheitsberichterstattung gegenüber dem Stat. Bundesamt und für die Meldung an die Hamburger Gesundheitsämter. Zudem sind diese Daten Grundlage für das Hamburger Ärztehandbuch und den Therapieführer.

Fehlerhafte oder unvollständig bei uns vorliegende Daten können den Ausgabeprozess für den Heiberufsausweis blockieren und doppelte Kosten verursachen, wenn der Ausweis oder das gespeicherte Zertifikat erneut beantragt werden muss.

Vereinbarung zur Interdisziplinären Frühförderung

Der Gesetzgeber hat bereits im Jahr 2003 die Frühförderung von behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindern als Aufgabe der Länder und der Landesverbände der Krankenkassen geregelt. Diese Regelung wird derzeit in Hamburg in Form eines Vertrages zwischen Landesregierung, Krankenkassenverbänden und Reha-Trägern umgesetzt, bzw. deren Umsetzung vorbereitet. Das Leistungsangebot richtet sich an behinderte oder von einer Behinderung bedrohte Kinder ab Geburt bis zum Schuleintritt. Die drohende Behinderung kann auch von Entwicklungsstörungen, -gefährdungen und -beeinträchtigungen (einschließlich Verhaltens- und seelischen Störungen) ausgehen.

Der Leistungsumfang umfasst dabei: a.) ärztliche Leistungen; b.) medizinisch-therapeutische Leistungen; c.) psychologische Leistungen und d.) heilpädagogische Leistungen. Nach den ersten Vertragsentwürfen wurde unter „psychologische Leistungen“ die „psychologische Behandlung und Diagnostik“ durch Diplom-Psychologen definiert.

Die PTK-Hamburg hat sich unmittelbar nach Bekanntwerden des Vertragsent-

wurfs an die BSG (federführend ist das Integrationsamt) gewandt und die Ansicht vertreten, dass der vorliegende Entwurf zum einen die Existenz von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten völlig negiert und zum anderen nicht mit den Regelungen des PsychThG vereinbar ist, das die Diagnostik und Behandlung von psychischen Störungen als Heilbehandlung durch approbierte PP/KJP definiert.

In einem Gespräch mit den zuständigen Vertretern der BSG, der Hamburger Krankenkassenverbände und der Reha-Träger, an dem seitens der Kammer Frau Rupp und Dr. Michael Wunder teilgenommen haben, konnte eine Änderung erreicht werden, wonach zukünftig psychotherapeutische Leistungen mit abgedeckt sind und die Erbringung sowohl der Diagnostik als auch der psychotherapeutischen Behandlung durch approbierte PP/KJP erfolgen muss.

Palliativversorgung

Die Behandlung von unheilbar kranken Patienten ist mit besonders schwierigen Anforderungen verbunden. Die Bundesregierung hat daher die Behandlung und Versorgung dieser Patienten und ihrer Angehörigen als Leistung im Gesundheitssystem hervorgehoben verankert. Die Entwicklung und Umsetzung von Palliativversorgungskonzepten steckt jedoch noch in den Anfängen. In einigen Bundesländern bestehen bereits Konzepte, in Hamburg nach unserem Wissen noch nicht.

Die Kammer hat daher eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die sich mit der Entwicklung eines Versorgungskonzeptes und der Einbindung psychotherapeutischer Leistungen im Kontext der Zusammenarbeit mit Ärzten und Pflegekräften befasst. Ziel ist die Entwicklung eines integrierten Versorgungskonzeptes, wobei wir uns derzeit an dem Vertragsmodell der Frühförderrichtlinie als Muster orientieren wollen. Aufbauend darauf ist die Entwicklung einer curricularen Fortbildung „Palliativversorgung“ geplant.

Alle Kammermitglieder, die Interesse an dieser Thematik und der Mitarbeit in der Arbeitsgruppe haben, sind herzlich eingeladen sich zu beteiligen.

Umzug der Geschäftsstelle

Nach nunmehr vier Jahren in der Curtschmannstraße Nr. 9 sind die bisherigen Räume zu klein geworden. Nicht nur, dass immer mehr Aufgaben auf die Geschäftsstelle zukommen, auch der Platz für die heute fünf MitarbeiterInnen auf 93 qm ist doch sehr beengt. Auch für die Ausschusssitzungen reichten die Räumlichkeiten oftmals nicht aus. Zudem sind keinerlei Archivräume vorhanden, um der 10jährigen Aufbewahrungspflicht Genüge tun zu können.

Mit viel Glück konnten wir zum 1. November neue Geschäftsstellenräume in der Hallerstraße 61 anmieten, die von der Größe, aber auch von der Anzahl der Räume unsere Probleme lösen und unser Budget



nicht zu sehr belasten. Zudem stehen jetzt in der Einfahrt Kurzzeitparkmöglichkeiten für Besucher zur Verfügung und die ÖPNV-Anbindung erfolgt in unmittelbarer Nähe über die U-Bahnstation „Hallerstraße“.

Sie erreichen die Kammergeschäftsstelle daher seit dem 1. November in der Hallerstraße 61. Telefon Fax und alles anderes sind unverändert. In Kürze können Sie die MitarbeiterInnen auch direkt über Durchwahltelefonnummern erreichen.

Geschäftsstelle

Hallerstraße 61
20146 Hamburg
Tel. 040/42101234
Fax. 040/41285124
Internet: www.ptk-hh.de
E-Mail: info@ptk-hh.de

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

„Hauptsache Arbeit“ haben wir den 4. Hessischen Psychotherapeutentag überschrieben. Ist das überhaupt ein Thema, das Psychotherapeuten angeht? Was hat Arbeit und Arbeitslosigkeit mit Psychotherapie zu tun? Wenn wir akzeptieren, dass Psychotherapeuten nicht nur Krankenbehandlung in vorgegebenen gesellschaftlichen Situationen betreiben, sondern diese Situation selbst als pathogene oder pathoplastische begreifen, dann müssen wir die Berechtigung einer solchen Thematik anerkennen. Das heißt: die gesellschaftliche Verantwortung der Psychotherapie ernst nehmen.



Jürgen Hardt

In der öffentlichen Vermittlung der psychotherapeutischen Sicht von Arbeit und Arbeitslosigkeit tauchte die Frage auf, wie Psychotherapeuten mit Arbeitslosigkeit umgehen; wie wir, konkret gesprochen, Arbeitslose behandeln. Als Psychotherapeuten sehen wir zuerst das individuelle und persönliche Problem, das durch den Verlust des Arbeitsplatzes mehr oder weniger mitbewirkt wurde. Wir behandeln das Versagen, den Wertverlust und die Identitätsprobleme, die damit verbunden sind – das Leiden am Scheitern.

Als Psychotherapeuten könnten wir uns zum Ziel setzen, die Arbeitslosigkeit von der Schmach eines persönlichen Versagens zu befreien und die Sicht auf ein gesellschaftliches Problem zu eröffnen. Damit treten wir aber dem gesellschaftlichen/politischen Diskurs entgegen, der Arbeitslosigkeit oft mit persönlichem Versagen und Faulheit verbindet. Dann gin-

ge es darum, dem öffentlichen Etikett als Versager oder Faulenzer entgegenzutreten und die unverschuldete Untätigkeit auszuhalten, ohne krank zu werden.

Wenn wir über die Grenzen der „Gesundheitswirtschaft“ hinausschauen, zeigt sich auch in anderen Gesellschaftsbereichen eine zunehmende Kommerzialisierung, die alle Unterschiede einebnet. Dort werden alle zu Kunden – und das sind dann nicht Klienten (clients), wie man Patienten nennt, um sie von der Bevormundung zu befreien. Solche clients sind purchaser, die einer Ware nachjagen, um möglichst günstige Schnäppchen zu ergattern.

Die umfassende Kommerzialisierung der Welt bedroht nicht nur die Lebenswelt, wie es Jürgen Habermas schon vor 25 Jahren voraussagte, sie höhlt sie aus und zerstört ihren sinnvollen Gehalt. Darüber hinaus gefährdet sie auch den größten Gewinn der modernen Gesellschaft, die Differenzierung in relativ autonome Bereiche. Die ganze Welt wird zu einem umfassenden Markt, auf dem alles und jedes frei gehandelt werden soll; auch die persönlichsten Güter wie Bildung, Gesundheit und Arbeit.

Das hat eine besondere Bedeutung für die organisierte Krankenbehandlung, die sich traditionellerweise, über Hippokrates vermittelt, dem Gott Asklepios verpflichtet fühlte. In der Gesundheitswirtschaft wird es Hermes sein, der Schutzpatron und Ideal sein soll: Hermes, der Gott des Marktes und des Handels – aber auch der der Diebe und Betrüger.

Für den Vorstand

Jürgen Hardt
Präsident

Geld und Politik – Zum Kammerbeitrag in Hessen



Hans Bauer

Wenn die Kammermitglieder in Hessen im vergangenen Frühjahr ihren Beitrag zur Psychotherapeutenkammer entsprechend ihrem Einkommen zwischen 40 € und 680 € einstuften, dann ist das besonders für

Kolleginnen und Kollegen, die in der Nähe des Höchstbetrages eingestuft werden, ein nicht unerheblicher Ausgabeposten! Und doch liegt der durchschnittliche Beitrag mit 380 € pro Mitglied in Hessen im Bundesvergleich im Mittelfeld.

Die Frage, Einheitsbeitrag oder einkommensabhängig gestaffelter Beitrag wurde in der ersten Delegiertenversammlung der Kammer ausführlich diskutiert. Die Delegierten hielten nach gründlicher Abwägung die Staffelung nach Einkommen für die gerechteste Lösung. Dabei sahen sie auch den höheren Verwaltungsaufwand für gerechtfertigt, da bei einem Einheitsbeitrag aus juristischen Gründen komplizierte Härtefallregelungen zu schaffen wären, deren Bearbeitung einen ähnlich hohen Verwaltungsaufwand erfordern würde, wie die Handhabung des gestaffelten Beitrages.

Wie die Tabelle (s. nächste Seite) zeigt, ist die durchschnittliche Höhe der Kammerbeiträge bis 2006 gesunken und in diesem Jahr wieder angestiegen. Diesen Anstieg führen wir auf die Einkommensauswirkungen der KV-Nachzahlungen zurück. Wir erwarten im Jahr 2008 wieder eine Reduktion der Beiträge.

Der Gesamthaushalt, der sich aus den gesamten Beitragseinnahmen pro Jahr ergibt,

Jahr	Zahlende Mitglieder	Beitrag pro Mitglied in EUR (Durchschnitt)	Beitragseinnahmen in EUR
2003	2601	410	1.065.952,33
2004	2667	370	988.422,00
2005	2778	357	992.022,67
2006	2849	348	993.535,00
2007	2765	380	1.049.375,00

umfasst somit jährlich rund eine Mio. Euro, was der LPPKJP-Hessen im Vergleich zu den anderen Landespsychotherapeutenkammern einen mittleren Platz beschert. Mit diesem Budget muss die Kammer ihre Aktivitäten finanzieren und sieben Beschäftigte auf fünf Stellen bezahlen. Fast zwanzigmal so groß ist im Vergleich der Haushalt der Hessischen Ärztekammer, die natürlich für weitaus mehr Mitglieder und eine sehr viel heterogenere Mitgliedschaft zuständig ist und rund 190 Mitarbeiter beschäftigt. Ihr Etat betrug im vergangenen Jahr rund 19 Mio. Euro. Dabei sind die Aufgaben der Psychotherapeutenkammer in vielen Bereichen nicht weniger komplex als die der Ärztekammer: Wenn es etwa darum geht, zu gesetzlichen Regelungen auf Landes- oder Bundesebene Stellung zu nehmen, wenn mit dem hessischen

Sozialministerium in Fragen der Berufsausübung zu verhandeln ist oder bei standespolitischen Aktivitäten – der Aufwand ist jeweils unabhängig davon, ob eine Kammer für 3.000 oder für 30.000 Mitglieder arbeitet.

Allerdings macht die Kammer mehr, als sie von ihren gesetzlichen Pflichtaufgaben her muss. Würden wir uns auf das Minimum beschränken und dabei auch die Mitgliedschaft in der Bundespsychotherapeutenkammer aufkündigen, könnten wir den Beitrag vielleicht um 30-40% reduzieren. Doch: Eine solche Beitragssenkung würden wir teuer bezahlen! Etwa bei den Verhandlungen zur letzten Gesundheitsreform war es nur den konzertierten Anstrengungen der Bundespsychotherapeutenkammer und einiger Landeskammern, unter

anderem der aus Hessen, zu verdanken, dass die gesetzliche Verpflichtung zur angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen im SGB V erhalten blieb. Wäre das nicht geschehen, gibt es keinen Zweifel, dass die Honorare längst ins Bodenlose gefallen wären!

Doch auch wenn sich die Effekte der Arbeit, die wir in den Psychotherapeutenkammern leisten, nicht immer so unmittelbar nachweisen lassen, dürfte doch klar sein, dass wir als kleine Gruppe innerhalb des Gesundheitssystems unter starken, selbstbewusst auftretenden und mächtigen Interessengruppen ganz besonders wachsam, aktiv und kreativ sein müssen, um unseren Positionen Gehör zu verschaffen. Nur so können wir die Voraussetzungen schaffen, die spätere Erfolge beim Durchsetzen eigener Anliegen bedingen. Und das ist dann in unser aller Interesse!

Abschließend möchte ich darauf verweisen, dass alle bisherigen Haushalte der Kammer unter www.ptk-hessen.de im Mitgliederbereich einsehbar sind.

*Hans Bauer
Vizepräsident*

„Hauptsache Arbeit“ – 4. Hessischer Psychotherapeutentag 14. – 15.9.2007 in Fulda

„Hauptsache: Arbeit“: Ist das überhaupt ein Thema, das Psychotherapeuten angeht? Was hat Arbeit und Arbeitslosigkeit mit Psychotherapie zu tun? Diese Fragen stellte **Präsident Jürgen Hardt** zu Beginn des 4. Hessischen Psychotherapeutentages, der am 14. und 15. September in Fulda stattfand. Zur Antwort rief Jürgen Hardt das „Geisenheimer Manifest“ in Erinnerung, das die Delegiertenversammlung der Hessischen Psychotherapeutenkammer im Juni 2005 als Grundlage ihrer Arbeit formuliert hat. Darin heißt es: „Die Delegiertenversammlung betont die Notwendigkeit, sich insbesondere mit gesundheitspolitischen und gesellschaftlichen Fragestellungen aus der Sicht psychotherapeutischer Tätigkeit und Erfahrung auseinanderzusetzen und zu diesen Stellung zu beziehen. Dabei geht es darum, auf gesellschaftliche Entwicklungen aufmerksam zu

machen, die psychische Entwicklung behindern, psychisches Leid mit hervorbringen und psychische Krankheit befördern. Darüber hinaus gilt es, geeignete Initiativen zur Prävention von psychischem Leid zu unterstützen und zu initiieren.“ (den vollständigen Text finden Sie unter www.ptk-hessen.de/ptj). In einer weitgehend deregulierten Arbeitswirtschaft, in der Arbeit zu einer Ware geworden ist, die verwaltet und gehandelt werden soll, treten Psychotherapeuten, so Jürgen Hardt, für die lebensweltlichen Belange ein, die keine Lobby im politischen Geschäft zu haben scheinen. Arbeit hat immer einen Sinn, Arbeit macht Sinn für das Individuum und die Gemeinschaft. Jürgen Hardt betonte, dass es die Aufgabe der Kammer als Mitspielerin im so genannten Gesundheitsmarkt sei, an der Bruchstelle kultureller Verwerfungen zu versuchen, deren psychosoziale Impli-

kationen deutlich hervorzuheben und das kulturell bedeutsame Ethos des Heilens gegen die herrschenden Marktgesetze zu bewahren.

Er schlug damit eine Brücke zu **Friedhelm Hengsbach**, emeritierter Professor und Jesuit aus Frankfurt, der den Eröffnungsvortrag am Freitagabend in der Aula der Alten Universität hielt. Unter dem Motto „Menschen sollen arbeiten, wie Vögel fliegen“ kritisierte er als Sozialethiker, wie die Aushöhlung des Tarifrechts, die Erosion des Sozialstaats und die monetäre Revolution zunehmend eine Kommerzialisierung von Arbeit bewirke. „Hauptsache Arbeit?“ griff Hengsbach das Tagungsmotto auf: Es komme doch sehr darauf an, welche Art von Arbeit das sei. Hengsbach zitierte Martin Luther: „Von Arbeit stirbt kein Mensch. Aber durch Müßiggehen kommen die Leu-

te um Leib und Leben. Denn der Mensch ist zur Arbeit geboren wie der Vogel zum Fliegen.“ Pabst Johannes Paul II schrieb: „Die Arbeit ist eine grundlegende Dimension der Existenz des Menschen auf Erden.“



Prof. Friedhelm Hengsbach

Das Versprechen der kapitalistischen Arbeitsgesellschaft bestehe darin, dass jedem Gesellschaftsmitglied, das erwerbstätig sein kann und will, eine Arbeitsgelegenheit angeboten wird, die ihm den Lebensunterhalt sichert. Die Akteure, die dieses Versprechen einlösen, sind Staat, Wirtschaftsverbände, Arbeitgeber und Gewerkschaften. Schon der industrielle Kapitalismus habe durch die ungleichen gesellschaftlichen Machtverhältnisse dieses Versprechen nicht einlösen können. Durch die monetäre Revolution jedoch, habe sich der Geldkreislauf vom Güterkreislauf abgekoppelt, und an dessen Stelle sei als Hauptkriterium für den Erfolg (=Profit) eines Unternehmens der Shareholder Value – der Börsenkurs, also der in der Zukunft vermutete Gewinn, getreten. Man könne ebenso sagen, ein Geflecht gegenseitiger virtueller Erwartungen. Daraus folge konsequenterweise ein Desinteresse der Unternehmen an Arbeitskräften und Kundenwünschen.

Gute Arbeit, im Sinne von abwechslungsreicher und sinnvoller Tätigkeit, die ein festes verlässliches Einkommen sowie einen sicheren unbefristeten Arbeitsplatz biete, könne so nicht entstehen. Wir hätten es heute eher mit schlechter Arbeit zu tun: Flexibilisierung der Arbeitszeit bedeute

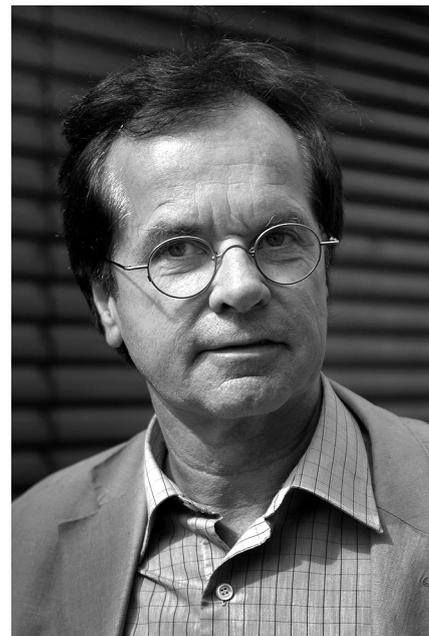
in Wahrheit Verlängerung, Personalabbau führe zu mehr Arbeitsdichte und Arbeitstempo, gleiche Arbeit werde ungleich entlohnt, besonders, wenn man die Entlohnung von Männern und Frauen vergleiche, Tarifverträge würden nicht beachtet, Arbeitsverhältnisse zeitlich befristet. Arbeit mache krank und arm.

Ist das Ende der (Erwerbs-)Arbeit gekommen? Nein sagt Hengsbach. Gesellschaftliche Inklusion (Integration) der Menschen durch Erwerbstätigkeit sei möglich, wenn Arbeit nicht nur als Kostenfaktor in den Bilanzen von Unternehmen verbucht werde. Dem entgegen stellte er seine Vision einer menschenwürdigen Arbeitswelt, in der Menschen in Geschlechterdemokratie leben und sich paritätisch Erwerbsarbeit, die vor allem im ökologischen und sozialen Bereich stattfände, Privatarbeit und ziviles Engagement teilen würden.

Der Abend wurde mit einem Austausch im Museumskeller sowie mit der Vorführung des Charlie Chaplin Stummfilmklassikers „Moderne Zeiten“ abgeschlossen, der immer wieder erschreckend aktuelle Bilder zeigt.

Der Samstagvormittag begann mit einem Referat des Arbeitspsychologen Prof. **Thomas Kieselbach**. Er berichtete über die psychosozialen Folgen von beruflichen Umbrüchen und Arbeitslosigkeit. Er fächerte auf, dass es für eine zunehmende Zahl von Menschen zu einer normalen Erfahrung geworden ist, zeitweise oder auch auf Dauer von einer adäquat bezahlten Beschäftigung ausgeschlossen zu sein. Andererseits würden die Folgen von Arbeitsplatzverlust oder -bedrohung die Bewältigungsmöglichkeiten der Menschen übersteigen. Kieselbach forderte, dass Umstrukturierungsprozesse, die zu Arbeitsplatzverlusten und Bedrohungen auch der im Unternehmen verbliebenen Arbeitnehmer führen, sozial begleitet und abgefedert werden müssten.

Arbeit und vor allem Berufstätigkeit beinhaltet neben der Funktion des Gelderwerbs wichtige psychologische Funktionen für den Einzelnen: zielgerichtete Aktivität, soziale Kontakte und Anerkennung, Kontrolle über Lebensbedingungen. Diese



Prof. Thomas Kieselbach

psychischen Funktionen sind in einer um Berufstätigkeit zentrierten Gesellschaft nur sehr schwer durch andere gesellschaftliche Angebote zu ersetzen. „33 Jahre glücklich in meiner Siemensfamilie. Verstoßen wie Abfall mit 49?“ So ein Plakat bei einer Demonstration im Jahr 2003.

Hinzu kämen im Falle von Arbeitslosigkeit zunehmende Alltagsorgen, Stigmatisierung und soziale Ausgrenzung. Kieselbach spricht von einer Viktimisierung auf drei Ebenen, der psychologischen, der der Alltagsprobleme und der der Reaktionen der Gesellschaft auf Arbeitslosigkeit.

Kieselbach plädierte für einen nachhaltigen und sozialverantwortlichen Umgang mit den in seinen Augen unvermeidlichen Umstrukturierungen der Wirtschaft und den diese begleitenden Umbrüchen in der Arbeitswelt. Gelingen von beruflichen Umbrüchen dürfe nicht individualisiert werden, sondern sei eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Entstigmatisierung von Kündigungen und Arbeitslosigkeit, frühzeitige Hilfe für die Betroffenen durch gezielte Beratungsangebote, Übernahme von sozialer Verantwortung durch die Wirtschaft.

Die Psychotherapeutenkammern als gesellschaftliche Institutionen hätten auf die Risiken und die Gesamtverantwortung der Gesellschaft aus dem spezifisch psychotherapeutischen Blickwinkel auf diese Um-

brüche hinzuweisen. Psychologische und psychotherapeutische Kompetenz sei unverzichtbar bei den sich aus dem Gedanken des sozialen Geleitschutzes ergebenden präventiven aber auch kurativen Aufgaben, die aus diesen beruflichen Umbrüchen erwachsen.



Prof. Elmar Brähler

In einem weiteren Hauptvortrag referierte der Leipziger Professor für Medizinische Psychologie und Soziologie **Elmar Brähler** über die psychosozialen Korrelate von Arbeitslosigkeit und Arbeitsplatzbedrohung, vor allem aus einer im psychotherapeutischen Diskurs manchmal vernachlässigten ostdeutschen Perspektive. Auf dieser Basis beschrieb er, welche Risiken, den Arbeitsplatz zu verlieren oder dauerhaft arbeitslos zu sein, bestehen und wie die seelischen Folgen sind. Je länger die Arbeitslosigkeit andauert, desto schlechter ist der Gesundheitszustand gemessen an der Dauer der Krankenhausaufenthalte, und Arbeitslose sterben eher als Nichtarbeitslose. Psychische und Verhaltensstörungen sind bei Langzeitarbeitslosen die häufigste Krankheitsursache. Brähler untersuchte während der vergangenen Jahre die Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit sowie der Sorge um den Arbeitsplatzverlust und der Lebensqualität sowie der Häufigkeit seelischer Störungen in Ost- und Westdeutschland. Dabei zeigte sich, dass bei Arbeitslosen oder von Arbeitslosigkeit bedrohten Personen die Lebenszufriedenheit geringer und die Häufigkeit seelischer Störungen höher waren als bei Menschen, deren Arbeit sicher war. Insbesondere in Ostdeutschland sind dabei die Auswirkungen von Arbeitsplatzverlust und

Arbeitsplatzbedrohung auf die psychische Gesundheit stärker als in Westdeutschland.

Sein Fazit: Nicht nur Arbeitslosigkeit sondern auch die wahrgenommenen Bedrohung des Arbeitsplatzes führt zu gesundheitlichen Einschränkungen. Bei Menschen Anfang 30 beeinflusst die erfahrene Arbeitslosigkeit deutlich die Familiengründung und den Kinderwunsch. Auch schon in dieser Altersgruppe zeigen Personen mit häufiger Arbeitslosigkeit starke gesundheitliche Einschränkungen. (UCD/MO)

Der Samstagnachmittag war vier parallel angebotenen Foren vorbehalten:

Professor **Martin Kronauer** von der Fachhochschule für Wirtschaft Berlin ging der Frage nach, wie die vom Arbeitsmarkt geforderte Flexibilität und Mobilität psychosozial sowie sozial- und berufspolitisch abgedeckt werden könnte. Das Konzept „Flexicurity“, welches seit ca. 8 Jahren in der europäischen Debatte sei, verspreche hier eine neuartige Verbindung von Flexibilitätsanforderungen und Bedürfnissen nach sozialer Sicherheit. Richtig funktionieren könne es aber nur in einem Land, in dem die soziale Ungleichheit gering gehalten würde und die Interessensunterschiede von „share-holdern“ und „stake-holdern“ ausgeglichen würden durch gesetzliche und tarifliche Maßnahmen. Eine der Fragen, auf die Flexicurity zu Antworten versucht, ist: „Wie kann man Übergänge am Arbeitsmarkt für den Einzelnen glätten und stabilisieren?“ Das Konzept der „employment security“, einer Weiterbeschäftigung trotz Arbeitsplatzverlust, sei so eine Antwort. Folgend thematisierte Prof. Kronauer die psychischen Folgen auf die „marktgetriebenen“ Flexibilitätsanforderungen und bezog sich dabei u.a. auf Senetts „corrosion of character“ und Alain Ehrenbergs „Das erschöpfte Selbst.“ In der Diskussion wurde deutlich, dass inzwischen auch in der psychotherapeutischen Praxis diese Thematik einen immer größeren Raum einnimmt. (TM)

Matthias Ochs referierte die Ergebnisse von Studien des erkrankten Prof. **Manfred Zielke** zur Bedeutung der Arbeitswelt für die Krankheitsentwicklung bei psychischen Erkrankungen. Professor Zielke ging über die materielle Bedeutung von Erwerbsar-

beit auf die psychologischen Bedeutungen wie das Stiften von Beziehungen, Sinngebung und emotionale Stabilisierung durch Bestätigung der eigenen Leistungsfähigkeit ein. Unter der Überschrift „Angst macht krank- und Angst macht gesund“ wurde folgend erläutert, dass in den Krankenstatistiken die kurzzeitigen „Banalerkrankungen“ zurückgehen, während langfristige Krankenschreibungen aufgrund psychischer Verursachung zunehmen. Aus Zielkes Sicht hängt das zusammen: Durch Übergehen von Bagatellkrankheiten würde langfristig das Entstehen schwerwiegenderer psychischer Erkrankungen begünstigt. Im Laufe der letzten Jahre hätten im Arbeitsleben insgesamt Verbindlichkeit und Verantwortlichkeit für Beschäftigte stark abgenommen. Abschließend wurde der psychodiagnostische Fragebogen AVEM (Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster) mit dessen postulierten zwei Risikomustern diskutiert: das Burn-Out-Syndrom-Risikomuster und das Typ-A-Verhaltens-Risikomuster. (HB)

In einem weiteren Forum ging der Fuldaer Psychoanalytiker **Wolfgang Schwerd** der Frage nach, inwieweit Liebe und Arbeit miteinander verknüpft sind und wie sich diese Verknüpfung denken und beschreiben lässt. Ausgehend von verschiedenen Begriffsbestimmungen der Arbeit zeichnete er mit Paula Heimann die verschiedenen Arbeitsbegriffe der frühen psychoanalytischen Theoriebildung nach, deren zentrales Merkmal die dem Psychischen aufgegebenen permanente unbewusste psychische Arbeit in Umwandlungs- und Transformationsprozessen sei.

Psychische Arbeit fasste Schwerd als „die Gesamtheit an bewussten und unbewussten Neu- und Umorganisationen der Beziehungen zwischen den psychischen Instanzen, innerhalb der Objektbeziehungen und der Beziehung zu sich selbst“. Im Unterschied dazu sei psychoanalytische Arbeit die Arbeit des therapeutischen Paares in Richtung auf eine gesündere Integration der Triebkonflikte in die umgebende Realität.

Während Anna Freud das Spiel als Vorläufer der Arbeit ansehe, wonach sich aus der anfänglichen autoerotischen Betätigung durch wachsende Impulskontrolle

und Frustrationstoleranz allmählich die sublimierten Formen des Spiels und der Arbeit entwickelten, präferierte Schwerden den Ansatz der Arbeitsgruppe um Kramer/Furmann, die Spielen und Arbeiten als von Anfang an unterschiedliche Entwicklungslinien beschrieben: schon im Babyalter sei Arbeit all das, womit ein Kind seine reale Lebensumwelt zu verändern suche, während die Fähigkeit zu spielen immer symbolische Prozesse zur Voraussetzung habe und seien sie noch so rudimentär. Die frühen Objektbeziehungen, die Internalisierung der „mütterlichen Hand“ (Lauer/Lauer) seien für die Entwicklung der Arbeitsfähigkeit von entscheidender Bedeutung. Die Begleitung frühester Aktivitäten der Selbstfürsorge in einer empathischen, nicht intrusiven Mutter-Kind-Interaktion seien für die gesunde Entwicklung und ihre verschiedenen Störungsmöglichkeiten entscheidend. Arbeit und Spiel seien unterschiedliche Möglichkeiten, den Verlust des primären Objekts zu bewältigen oder auf der symbolischen Ebene darzustellen. Beide ermöglichen auf unterschiedlicher Ebene einen Zugewinn an Lust, Freiheit und Beweglichkeit.

Schwerd benutzte Greensons Überlegungen zum Arbeitsbündnis, die unter dem Einfluss der Objektbeziehungstheorie in Vergessenheit gerieten und unterstrich deren Relevanz für die klinische Situation. In einer Fallvignette wurde deutlich, wie sich in der Eingangsszene eines Erstinterviews zunächst die Arbeitsstörung des Patienten, parallel dazu aber auch seine eigene Arbeitsstörung manifestierten. Die durch die unbewussten Botschaften des Patienten ausgelösten inneren Arbeitsschwierigkeiten des Analytikers führten zu einer lebhaften Diskussion des Publikums. (SWP)

Im letzten Forum referierte **Sybille Steuber** vom Sigmund-Freud-Institut Frankfurt zur kindlichen Entwicklung vor dem Hintergrund des Arbeitslebens der Eltern. Hierbei rekurrierte sie vor allem auf Studien zur psychoanalytischen Behandlung von hyperaktiven Kindern. Außerdem trug Prof. **Marianne Leuzinger-Bohleber** Ausschnitte aus ihrer mehrjährigen Präventionsforschungsstudie mit Kindern in Frankfurt vor. Leuzinger-Bohleber stellte in ihren Ausführungen den Zusammenhang

heraus zwischen neuronalen Entwicklungen der kindlichen Hirntätigkeit vor dem Hintergrund seiner Erfahrungen mit Eltern und sozialer Umwelt. Die Forschungsstudie stellt eindrucksvoll dar, wie Erfahrungen in der frühen Entwicklung bei Kindern die Entwicklung spezifischer Hirnfunktionen behindern und nachhaltig zu einem Fehlen wesentlicher Steuerungsfunktionen des Trieblebens führen können. Dass hierbei die Triangulierung des Kindes eine bedeutsame Funktion übernimmt, gewann vor dem Hintergrund des Tagungsthemas eine besondere Relevanz: Langfristig kann aufgrund der Abwesenheit eines zweiten Elternteils die Entwicklung eines Kindes erheblich beeinträchtigt werden, da der durch die Triangulierung ermöglichte „Spielraum“



4. Hessischer Psychotherapeutentag in Fulda – Konzentrierte Zuhörer in barockem Ambiente

zur Entwicklung eigener Erfahrungswelten nicht gebildet werden kann. Die dauerhafte Fixierung des Kindes auf eine einzige Person – häufig durch soziale Umstände bedingt – kann zu einer Störung seiner Entwicklung führen. In der Diskussion wurde die Frage nach den entwicklungsfördernden, wie auch den entwicklungs-hemmenden Aspekten der Betreuung von Kindern in Horteinrichtungen und Tagesstätten kontrovers debattiert. Die TeilnehmerInnen waren sich einig, dass diesem komplexen und diffizilen Thema in seinen verschiedenen Facetten nur unzureichend in den tagespolitischen Stellungnahmen Rechnung getragen werde. (UM)

Der vierte hessische Psychotherapeuten-tag klang mit einem anregenden Vortrag der Kunsthistorikerin und Philosophin **Vio-**

la Vahrson von der Hochschule für Bildende Künste Berlin über ein Kunstprojekt zu Übergängen zwischen Arbeit, Gewohnheit und Müßiggang aus. Vahrson entfaltete eine kleine Genealogie der Begriffspaare „Arbeit und Muße“ und „Arbeit und Spiel“ von der aristotelischen Philosophie über das christliche Mittelalter bis in die Moderne und Postmoderne. Das begleitende Motiv dieser Überlegungen bildete dabei die Erfahrungswelt des Kindes. Diese kindliche Erfahrungswelt erscheint darum der Muße am nächsten und der zwecksetzenden Arbeit am fernsten. Dies als ein therapeutisches oder pädagogisches Programm – beispielsweise zur Bewältigung von Arbeitsstörungen – zu entwickeln, führt ins Gegenteil, weil sich die Erfahrung der Muße gerade nicht planen lasse, so Vahrson. Dies charakterisiere auch eine entscheidende Schwierigkeit im Umgang mit Müßigkeit. Im angestregten Sterben nach Muße gerate sie uns aus dem Blick. Häufig krankt das Denken an der Schwierigkeit, sich nicht müßig denken

zu können, sondern sich selbst einen Grund geben zu müssen und sich damit zu beschränken. Sie machte deutlich, dass Muße (nicht zu verwechseln mit beliebigem Ab- und Herumhängen) eine aktive Entscheidung beinhalten kann und eine notwendige Voraussetzung darstellt, um nachhaltig kreativ und produktiv arbeiten zu können. Vahrsons Überlegungen regten die Zuhörer zudem am Ende der Tagung zu zahlreichen weiteren Fragestellungen an, die selbst die uneindeutige Differenz markierten zwischen einer arbeitsintensiven Tagung, an deren Ende sich oft auch jene Melancholie ausbreitet, wo doch die Arbeit zum Ende kommt und die Muße ihren Anfang nehmen könnte. Von dieser Melancholie erzählte auch Vahrson, da diese „saturnalische“ Stimmung häufig als begleitendes Empfinden der Muße beschrie-

ben – manchmal willkommen geheißen, oft aber vertrieben – wird.

Am Rande der Tagung stellten außerdem einige Ausschüsse der Kammer ihre Arbeit vor: Der **Ausschuss „Wissenschaft und Forschung“** präsentierte Ideen zu einem geplanten Supervisionsforschungsprojekt. Der **Ausschuss „Aus-, Fort- und**

Nachrichten

Zusatzbezeichnung Klinische Neuropsychologie kann beantragt werden

Mitglieder der Psychotherapeutenkammer Hessen können jetzt die Führung der Zusatzbezeichnung „Klinische Neuropsychologie“ beantragen. Nachdem die Weiterbildungsordnung im Jahr 2006 beschlossen und damit dieser erste Weiterbildungsgang geregelt wurde, hat die Kammer jetzt einen Prüfungsausschuss gebildet und damit die Voraussetzung für Anerkennungen von bereits erlangten Qualifikationen im Wege der Übergangsregelung geschaffen.

Für die Durchführung des Prüfungsverfahrens erhebt die Kammer eine Gebühr, über deren Höhe die Delegiertenversammlung befinden wird (zum Zeitpunkt des Redakti-

Weiterbildung“ stellte Zahlen zu Entwicklungstendenzen im Aus-, Fort- und Weiterbildungsbereich vor. Der **Ausschuss „Beschwerde und Schlichtung“** stellte vor, wie Beschwerden gegen Mitglieder der Kammer bearbeitet und gelöst werden.

Das interdisziplinäre Konzept, das inzwischen Kennzeichen für hessische Psycho-

onsschlusses stand die Entscheidung noch aus). Anträge können ab sofort an die Kammer gerichtet werden. Informationen zu den Qualifikationsnachweisen und Vordrucke für die Beantragung finden Sie auf der Homepage der Kammer unter www.ptk-hessen.de im Mitgliederservice unter Weiterbildung.

Teilnahmebescheinigungen einreichen

Die Kammer führt für alle Mitglieder ein Punktekonto, auf dem die Teilnahme an akkreditierten Fortbildungsveranstaltungen erfasst wird. Über 500 Mitglieder haben bereits Teilnahmebescheinigungen eingereicht. Die Geschäftsstelle bittet zur Gewährleistung einer reibungslosen Bearbeitung, mit der Übermittlung nicht bis

therapeutentage geworden ist, ging damit wieder einmal auf und bestätigte das gesellschaftspolitische Engagement der Kammer, die, dem Gemeinwohl verpflichtet, immer wieder den Aufgabenbereich eines Berufsverbandes überschreiten muss. (MO / UM)

zum Ende der Fünfjahresfrist zu warten. **Einmal jährlich sollten Kopien der Teilnahmebescheinigungen zur Erfassung eingesandt werden.**

Neue Internetseite und neue Internetadresse

Die Internetseite der Kammer wurde erneuert, um sie für die Mitglieder benutzerfreundlicher und übersichtlicher zu gestalten. Außerdem ist die Internetseite ab sofort über die kürzere und „tipfreundlichere“ Adresse www.ptk-hessen.de erreichbar (die alte Adresse www.psychotherapeutenkammer-hessen.de bleibt aber weiterhin erhalten). Beachten Sie, dass auch die E-Mail-Adressen der Geschäftsstelle und der Beschäftigten der Kammer geändert wurden.

Rubriken

Termine

Termine und Informationen finden Sie immer aktuell unter www.ptk-hessen.de/ptj.

- Heilberufetag, 16. Januar 2008, Kurhauskolonnaden Wiesbaden. Beginn: 14.30 Uhr.
- Delegiertenversammlung, 16. und 17. Mai 2008. Der Tagungsort wird rechtzeitig bekanntgegeben.
- Akut- und Notfallpsychotherapie- Aufbaukurs, 08. – 09. Februar 2008, Frankfurt.

Gedenken

Wir gedenken unserer verstorbenen Kollegin:

Dipl.-Psych. Miriana Nestoriuc geb. Konstantinowici, Bad Nauheim, geb. 03.02.1952, gest. 22.03.2007.

Redaktion Hessische Kammerseiten:

Uta Cramer-Düncher, Stefan Baier
E-Mail: ptj@ptk-hessen.de
Hessenseiten des Psychotherapeutenjournals im Internet: www.ptk-hessen.de/ptj

Geschäftsstelle

Bitte denken Sie daran: Hausnummer, Internet- und E-Mail-Adresse der Geschäftsstelle sind neu!

Gutenbergplatz 1
65187 Wiesbaden
Tel 0611. 53168 0
Fax 0611. 53168 29
E-Mail:
post@ptk-hessen.de
Internet: www.ptk-hessen.de

Frohe Weihnachten und ein gutes Jahr 2008!

Vorstand, Geschäftsführung und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle der Hessischen Psychotherapeutenkammer wünschen Ihnen ein besinnliches Weihnachtsfest und Gesundheit und Erfolg im neuen Jahr!

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir berichten wieder von unseren Aktivitäten seit Juli 2007:

Weitgehend abgeschlossen sind Verhandlungen über die Einbeziehung von PP und KJP in einen IV-Vertrag der DAK mit niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie, die eine Verbesserung der ambulanten Versorgung psychisch kranker Menschen durch Vernetzung der Leistungserbringer zum Ziel hat. Sobald die Einbeziehungsvereinbarung unterschrieben ist, werden wir ausführlich darüber berichten.

Um unsere Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) stärker an die Kammerarbeit der PKN heranzuführen, hat sich der Vorstand der PKN am 28.09.2007 mit Niedersächsischen PiA getroffen. Eingeladen waren Vertreter aller Niedersächsischen psychotherapeutischen Ausbildungseinrichtungen für PP und KJP. Nachdem der Vorstand über seine sie betreffenden bisherigen Kammeraktivitäten unterrichtet hat (siehe „Treffen der PKN mit Vertretern der Nds. PiA am 28.09.07“ auf unseren Internet-Seiten), wurden Fragen der PiA beantwortet. Danach bestimmten die PiA zwei Vertreterinnen ihrer Gruppe als Ansprechpartnerinnen für den Vorstand und als ihre Vertreterinnen in der Kammerversammlung: Constanze Häußinger vom Weiterbildenden Studiengang Psychologische Psychotherapie Braunschweig / Göttingen und Ksenja Surmelweyva vom Lehrinstitut für Psychoanalyse Hannover.

Erfahrungen im Umgang mit den Möglichkeiten, die das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) seit Januar dieses Jahres bietet, und andere interessierende Fragestellungen wie Konsequenzen aus dem neuen Bundesmantelvertrag (BMV-Ä) hat der Vorstand mit unseren PP- und KJP-Vertretern in den Zulassungsausschüssen sowie dem Berufungsausschuss Niedersachsen diskutiert: Nach einem ersten

Treffen am 02.06.07 wurde dieser Austausch am 13.10.07 fortgesetzt.

In der Region Hannover wurde ein Gesundheitsplenium einberufen, in der die PKN vertreten ist. Ziel ist, die Aktivitäten zum Erhalt und zur Förderung von Gesundheit in dieser Region zu bündeln. Die PKN wird in dieses Gremium vor allem das Thema „Seelische Gesundheit im frühen Kindesalter“ einbringen und damit die Vorschläge wieder aufnehmen, die wir bereits gegenüber dem Sozialministerium für Gesundheitsziele des Landes Niedersachsen formuliert haben.

Am 8.9.07 fand die Auftaktveranstaltung zum PKN-Curriculum Sexualtherapie als „kleine Tagung“ in den Räumen der medizinischen Hochschule Hannover statt. Professor Hartmann eröffnete mit einem Vortrag zum „state of the art“ der Sexualtherapie, in dem er u.a. auf die Veränderung der Altersstruktur in diesem Bereich hinwies: Entwickelt sich die Sexualtherapie zu einem Aspekt von Alterspsychotherapie? Professor Weig wies auf die kulturellen und religiösen Aspekte der Sexualität hin, und Dr. Wittmann sprach zum Thema der Komorbidität sexueller Störungen. Professor Rückert problematisierte die Differenzierung von Beratung und Psychotherapie in diesem Bereich. PD Dr. Kreische und Frau M. Hauch ergänzten die Tagung um handlungstechnische und kasuistische Aspekte in der Paartherapie sexueller Störungen.

Das Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen NTFN hat mit weiteren Fortbildungsveranstaltungen, zuletzt am 7.7.07, dazu beigetragen, dass die Arbeit in diesen Bereichen auf gutem professionellem Niveau stattfindet. Ministerpräsident Wulff, der die Schirmherrschaft über das NTFN übernommen hat, sagte in einem persönlichen Treffen am 13.9.07 zu, dass

er die Arbeit des NTFN und seine Schirmherrschaft ernst nehme und er dazu beitragen wolle, dass der Umgang mit diesem Thema in Niedersachsen überdacht wird. Problematisiert wurde seitens des NTFN die Abschiebung und Trennung von Familien, und gefordert wurde die Unterstützung unabhängiger Begutachtung von Traumafolgen unter Berücksichtigung kultureller Besonderheiten.

Die Planung für den niedersächsischen Psychotherapeutentag im September 2008, der gemeinsam mit der Universität Osnabrück gestaltet wird, nimmt konkrete Formen an. Als Hauptreferenten konnten Frau D. Lehmhaus-Wachtler, Frau Prof. M. Papousek und Herr K. Farin gewonnen werden. Das Leitthema ist KINDERZEITEN – Kindheit in der Psychotherapie.

Neben einem historischen Überblick über die Bedeutung von Kindheit für die Entwicklung der Psychotherapie, auch der Psychotherapie mit Erwachsenen, wollen wir uns mit dem Thema Entstehung von Bindung und ihren Bedingungen sowie mit den Folgen bzw. therapeutischen Handlungsstrategien bei Nicht-Gelingen der frühen Bindung beschäftigen. Im dritten Abschnitt geht es um das Thema Ablösung, insbesondere in der Pubertät, und den Hindernissen und Abwegen in dieser Entwicklungsphase. Es werden u.a. Themen wie Jugendkultur, Technisierung von Beziehungen, Sexualisierung von Beziehungen, Enkel-Großelternbeziehungen, Patchworkfamilien, Adoptiv- und Pflegefamilien, aber auch Arbeit mit Behinderten bearbeitet.

Abgeschlossen sind mittlerweile die langwierigen Arbeiten an der elektronischen Erfassung und Verwaltung der so genannten „Punktekonten“, also den Konten, auf denen die PKN Ihre Fortbildungspunkte sammelt, die dann die Basis für die Ausstellung des Zertifikats bilden, mit dem Sie nachweisen, dass Sie Ihrer Verpflichtung zur Fortbildung nachgekommen

sind. Der Geschäftsführer der PKN, Ekkehard Mittelstaedt, informiert Sie weiter unten über die Details der Verbuchung Ihrer Fortbildungen auf diesen Konten.

Davor aber beantwortet Inge Berns die Anfrage eines Mitglieds zur Berufsordnung, die vor kurzem den Vorstand erreicht hatte.

Dr. Lothar Wittmann, Gertrud Corman-Bergau, Werner Köthke, Bertke Reiffen-Züger, Prof. Dr. Hans-Joachim Schwartz

Ansage auf dem Anrufbeantworter: Ein Fallbeispiel

Ein Mitglied der PKN hört auf dem Anrufbeantworter einer Kollegin folgende Ansage: „Wenn Sie ein Erstgespräch wünschen, muss ich Ihnen mitteilen, dass ich bis Jahresende keine Anmeldungen entgegennehmen kann.“ Unser Mitglied möchte von der PKN wissen, ob das berufsordnungsgemäß ist.

Inge Berns beantwortet diese Frage für den Ausschuss für Berufsordnung und Berufsethik:

Angesichts der Tatsache, dass die Berufsordnung der PKN zur Zeit novelliert wird mit der Absicht, sie an die Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer (MBO) zu adaptieren, soll die Frage mit dem Text der MBO beantwortet werden. Heranzuziehen sind die Paragraphen § 3 (1), (6), (7), § 7 (2) und § 16 (1, 1. Satz) und § 22 (1, 2. Satz).

§ 3 (1)

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

§ 3 (6)

Psychotherapeuten sind verpflichtet, die professionelle Qualität ihres Handelns unter Einbeziehung wissenschaftlicher Erkenntnisse zu sichern, und weiter zu entwickeln.

§ 16 (1, 1. Satz)

Psychotherapeuten sind dafür verantwortlich, dass ihre Berufsausübung aktuellen Qualitätsanforderungen entspricht.

§ 22 (1, 2. Satz)

Präsenz und Erreichbarkeit sind zu gewährleisten.

Spätestens seit In-Kraft-Treten der Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemein-

samen Bundesausschusses nach § 136a SGB V ist das Ohr jedes Vertragspsychotherapeuten und -arztes für den Begriff „Qualität“ geschärft. „Qualität in der Psychotherapie zielt auf eine humane, zeitgemäße, wirksame und wirtschaftliche Versorgung“, so heißt es in: Qualitätsrelevante Aspekte in der ambulanten psychotherapeutischen Praxis – einem Papier des Ausschusses QS der PKN, April 2006, S. 5.

Vorkehrungen für die Erreichbarkeit an seinem Praxissitz zu treffen gehört zur Berufssarbeit des niedergelassenen Psychotherapeuten. Die Vorkehrungen sollten die genannten Qualitätsattribute aufweisen, um dem Kriterium „erforderlich“ zu entsprechen.

Die Verwendung eines Anrufbeantworters ist als zeitgemäß anzusehen, denn dieses technische Medium bietet einem Anrufer zu jeder beliebigen Zeit die Möglichkeit, Informationen vom Therapeuten über seine persönliche Erreichbarkeit zu erhalten und ggf. selbst eine Nachricht aufzusprechen. Dieser Rund-um-die-Uhr-Service entspricht modernem Kommunikationsstandard und steht praktisch jedem Bürger zur Verfügung.

Ein größerer Aufwand – personell, finanziell, zeitlich und handelnd – ist weder vom Psychotherapeuten noch vom Anrufer zu betreiben. Insofern ist dieses Vorgehen ausgesprochen wirtschaftlich. Will der Anrufer lediglich eine Nachricht übermitteln, so ist das Angebot eines funktionierenden, regelmäßig abgehörten Aufnahmegeräts eine qualitativ gute Lösung, die auch die Attribute „wirksam“ und „human“ beinhaltet: Die individuelle Nachricht erreicht den Empfänger zeitnah.

Bei der vorliegenden Anfrage geht es um eine Information, die die Psychotherapeutin als Ansage an die Anrufer richtet, die wegen eines Erstgesprächs anrufen. Es ist

also zu prüfen, ob dieses Vorgehen ebenfalls die „erforderliche Qualität“ hat.

Eine allgemeine Ansage auf dem Anrufbeantworter wird von jedem Anrufer gehört. Das Medium ermöglicht es prinzipiell, im Tonwahlverfahren eine bestimmte Zielgruppe zu selektieren und die Information dann gezielt diesem Personenkreis anzubieten. Das wäre ein zeitgemäßes Vorgehen, das dann noch auf die Attribute human, wirksam und wirtschaftlich zu prüfen wäre. Im vorliegenden Fall wurde insofern nicht zeitgemäß vorgegangen. Unter humanen Aspekten ist es denkbar, dass sich Anrufer mit einem anderen Anliegen als dem nach einem Erstgespräch gestört fühlen. Z.B. könnte sich ein in Behandlung befindlicher Anrufer gedrängt fühlen, seine Behandlung zu beenden, damit andere Patienten behandelt werden können. Dies wäre eine unnötige und unerwünschte Wirkung. Würde diese iatrogene Bedrängnis Gegenstand der laufenden Therapie oder bräche der bereits in Behandlung befindliche Patient seine Behandlung ab, entstünde auch Schaden (wirtschaftlicher Aspekt).

Wie wäre die Qualität für die gezielte Adressatengruppe unter humanen, Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsaspekten zu beurteilen?

Zunächst zur Wirtschaftlichkeit: Der Anrufer, der nichts anderes sucht als einen Termin für ein Erstgespräch, erspart sich einen zweiten Anruf in der telefonischen Sprechzeit und kann die Nummer aus seiner Anrufliste streichen. Angenommen, er hört dieselbe Information bei den Psychotherapeuten, die keine Kapazitäten für Erstgespräche haben, so landet er in kürzester Zeit bei minimalem Aufwand entweder bei einem Psychotherapeuten, der ihm ein Erstgespräch anbietet oder er erfährt auf ebenso ökonomische Weise, dass z.Zt. kein Psychotherapeut ein

Erstgespräch mit ihm führen wird. Unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten ist dies ein effektiver Vorgang.

Unter humanen und Wirksamkeitsaspekten ist auf Pkt 3.1 der „Qualitätsrelevanten Aspekte“ zu verweisen, wonach es beim Erstkontakt – auch beim ersten Telefonat – darum geht, „dass der Anrufende Vertrauen entwickelt und sich bestätigt fühlen kann in der Entscheidung, sich zur Bewältigung seiner Symptome, Schwierigkeiten und Beschwerden Hilfe suchend an einen Psychotherapeuten zu wenden“ (S. 12). Zudem könne der Psychotherapeut „bei der Herstellung des Erstkontaktes... bereits Erfahrungen vermitteln, die generelle Wirkfaktoren von Psychotherapie realisieren“ (a.a.O.). Diese Ziele sind bei dem hier diskutierten Vorgehen nicht beachtet.

Des Weiteren ist § 7 (2) von Belang:

§ 7 (2)

Psychotherapeuten unterliegen einer Aufklärungspflicht gegenüber Patienten über ... ggf. Behandlungsalternativen ...

Kann die Psychotherapeutin aus Kapazitätsgründen kein Angebot machen, ist prinzipiell der Fall für den Hinweis auf Alternativen gegeben. Dies heißt nicht, dass die Therapeutin dem Patienten einen Behandlungsplatz zu vermitteln hat. Denkbare Alternativen sind aber z.B. auch der Hinweis auf Adresslisten, zeitgemäße Online-Informationen, Vermittlungsstellen, aber auch das Angebot der Therapeutin, zu gegebener Zeit einen frei werdenden Platz anzubieten. Die Information in dem hier diskutierten Text, dass die Therapeutin bis Jahresende keine Anmeldungen entgegennehmen kann, ist nicht als Behandlungsalternative zu verstehen. Sie stellt auch kein hilfreiches Angebot zum Management der Mangelsituation dar und genügt damit nicht den Anforderungen dieses BO-Paragrafen.

Auch § 3 (7, Satz 1) kann den Fall erhelten:

§ 3 (7, Satz 1)

Psychotherapeuten haben bei ihrem öffentlichen Auftreten alles zu unterlassen, was dem Ansehen des Berufsstandes schadet.

Da ein Anrufbeantwortertext der Öffentlichkeit zugänglich ist, könnte man ihn als öffentliches Auftreten bezeichnen. Unbestreitbar ist, dass die Erfahrungen mit Vertretern einer Gruppierung, die eine Person macht, deren Bild von der Gruppe mit prägen. Insofern hat der einzelne Psychotherapeut bei der Formulierung seines Textes für den Anrufbeantworter die potentielle Wirkung für das Ansehen des Berufsstandes mit zu bedenken. Nehmen wir das o.g. Beispiel, dass ein Anrufer von allen Psychotherapeuten erfährt, dass sie ausgebucht sind und diese Mangelsituation so managen, dass sie Neuinteressenten auf diese Art abweisen, so ist das geeignet, dem gesamten Berufsstand zu schaden.

Die Frage nach der Berufsordnungskonformität bei dem beschriebenen Vorgehen ist in der Bilanz zu verneinen. Daraus ergibt sich unmittelbar die Frage danach, wie qualitativ gut mit Mangelsituationen umgegangen werden kann. Für die Beantwortung dieser interessanten Frage bedarf es jedoch eines anderen Rahmens.

Inge Berns

Erfassung und Verwaltung der Fortbildungsnachweise durch die Landeskammern Bremen und Niedersachsen

Die Psychotherapeutenkammern Bremen und Niedersachsen haben die Gemeinsame Akkreditierungs- und Zertifizierungsstelle der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen und der Psychotherapeutenkammer Bremen mit Sitz in Hannover gebildet. Aufgabe dieser Stelle, die ihre Arbeit zum 01.06.2007 aufgenommen hat, ist die Vorab-Anerkennung von Fortbildungsveranstaltungen – also die Akkreditierung – und die Ausstellung von Nachweisen über die gesetzlich vorgeschriebene Fortbildung – also die Zertifizierung. Zeitgleich haben alle Mitglieder der beiden Kammern Etiketten (die so genannten „Klebchen“) mit der einheitlichen Fortbildungsnummer (EFN) erhalten, und die Punktekonten, über die die Kammern die Fortbildungspunkte aller Mitglieder sammelt, sind eingerichtet worden. Eine Übersicht über die bereits erfassten Fortbildungspunkte ist ebenfalls den Mitgliedern zugänglich.

Hier soll noch einmal beschrieben werden, auf welchen Wegen die Fortbildungspunkte der Teilnehmer von Fortbildungsveranstaltungen durch die PKN erfasst werden können:

1. Erfassung mittels der Teilnahmebescheinigungen, die die Teilnehmer von Fortbildungsveranstaltungen ausgehändigt bekommen

Sofern eine Fortbildung durch eine andere Heilberufskammer akkreditiert ist, genügt je eine Kopie der Teilnahmebestätigung der besuchten Fortbildung. Die Teilnahmebestätigung muss die Akkreditierungsnummer, die Anzahl der Fortbildungspunkte und die anerkennende Stelle bzw. die Institution, die die Akkreditierung erteilt hat, benennen. Auf diese Kopie muss dann ein Etikett mit der EFN geklebt werden. Damit die Kammer nun die Fortbildungspunkte erfassen kann, wird die Kopie mit dem original EFN-Etikett an die PKN per Post

versandt. Bitte sehen Sie von Faxen ab, da diese nicht eingelezen werden können. Ferner bitten wir von der Einreichung von Originalen ebenfalls abzusehen. Die eingereichten Unterlagen werden nach der Erfassung vernichtet. Eine Wiederbeschaffung durch die PKN ist also danach nicht mehr möglich. Bitte sehen Sie auch davon ab, ihre EFN auf das Original zu kleben und eine Kopie inklusive kopierter EFN an die PKN zu senden. In der Regel ist die Qualität der Kopie so schlecht, dass ein Einlesen der Daten nicht möglich ist.

2. Erfassung mittels Teilnahmebescheinigungen von Fortbildungsveranstaltungen, die nicht akkreditiert sind:

Wenn Sie nichtakkreditierte Veranstaltungen besucht haben – etwa eine Veranstaltung im Ausland – können Sie auch diese Veranstaltungen durch einen Antrag auf Anerkennung der Fortbildung erfassen

lassen. Dafür kleben Sie einfach ein Etikett ihrer EFN auf eine Kopie der Teilnahmebescheinigung. Bitte senden Sie die Kopie der Teilnahmebescheinigung nebst dem Programm der Fortbildung an uns. Bitte achten Sie darauf, dass Datum und Dauer der Veranstaltung sowie der Veranstalter aus der Teilnahmebescheinigung hervorgehen. Aufgrund des erhöhten Verwaltungsaufwandes für die Anerkennung wird für diesen Service ein Kostenbeitrag in Höhe von € 10,- je besuchter Fortbildung fällig.

3. Erfassung von Fortbildungspunkten für akkreditierte reflexive Fortbildungsveranstaltungen („Supervision“, „Selbsterfahrung“, „Qualitätszirkel“ und „Balintgruppe“):

Die Fortbildungspunkte werden über die Veranstalter erfasst. Die Teilnehmer sind gebeten, auf den von den Veranstaltern geführten Listen ihre EFN-Etiketten zu kleben, so dass Ihre Teilnahme von der PKN erfasst werden kann. Für einen Übergangszeitraum bis zum einschließlich 31.03.2008 können Sie als Teilnehmer uns aber ihre jeweiligen bisher schon ausgestellten Teilnahmebescheinigungen zusenden. Es gilt das unter Punkt 1 und 2 Gesagte.

4. Hinweis für angestellte PP/KJP in Krankenhäusern:

Die Fortbildungsverpflichtung besteht jetzt auch für Angestellte PP und KJP in Krankenhäusern. Für andere Institutionen ist bisher nichts geregelt. Ein Nachweis über die besuchten Fortbildungen erfolgt gegenüber dem jeweiligen Arbeitgeber – also *nicht* der Kammer gegenüber. Die Art des Nachweises ist noch nicht geregelt, da entsprechende Ausführungsvorschriften des G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) noch fehlen. Unabhängig davon besteht aber auch für angestellte PP und KJP in Krankenhäusern – wie überhaupt für alle Mitglieder der PKN – die Möglichkeit, Fortbildungskonten von den beiden Landeskammern führen zu lassen.

5. Elektronische Teilnehmererfassung durch den Veranstalter

Die Gemeinsame Akkreditierungs- und Zertifizierungsstelle stellt für Veranstalter

ein Teilnehmererfassungstool zum download auf den jeweiligen Homepages der Kammern zur Verfügung. Mit diesem Tool können die Teilnehmer mittels der Einheitlichen Fortbildungsnummern (EFN) erfasst werden. Zukünftig erhalten alle Veranstalter mit der Akkreditierungsurkunde eine eMail mit einem Dateianhang, der die wesentlichen Daten der akkreditierten Fortbildung enthält. Diese Datei muss mit dem Tool eingelesen werden. Der Veranstalter kann dann mittels der EFN die Teilnehmer erfassen und die Datei an die gemeinsame Akkreditierungs- und Zertifizierungsstelle zurücksenden. Die Dateien werden von uns ausgelesen und die Punkte werden den jeweiligen Mitgliedern der beiden Kammern gutgeschrieben – in dem Fall haben Sie als Teilnehmer also nichts mehr mit der Sammlung und Verbuchung der Fortbildungspunkte zu tun.

6. Manuelle Teilnehmererfassung durch den Veranstalter

Es besteht nach wie vor die Möglichkeit für Anbieter von Fortbildungen, die Teilnehmererfassung manuell durchzuführen. Hierfür stellt die gemeinsame Akkreditierungsstelle eine Musterteilnehmerliste zur Verfügung, die zwingend verwendet werden muss. Auf dieser Liste ist die VNR (ehemals Akkreditierungsnummer) als Barcode dargestellt. Damit die Kammern die Punkte der Teilnehmer erfassen können, müssen Sie als Teilnehmer am Ende der Fortbildungsveranstaltung ein EFN-Etikette auf die Liste kleben und die Teilnahme per Unterschrift bestätigen. Diese Liste kann dann bei uns zur Erfassung der Fortbildungspunkte eingereicht werden.

7. Erfassung von Teilnehmern von reflexiven Fortbildungen

Alle Veranstalter von reflexiven Fortbildungen haben bereits ihre Grunddaten der bisher akkreditierten Veranstaltungen per eMail erhalten. Diese Daten können dann mittels des unter 5. bereits genannten Tools eingelesen und die Teilnehmer mittels der EFN erfasst werden. Die Dateien werden dann an die gemeinsame Akkreditierungs- und Zertifizierungsstelle zurückgesandt und die Punkte können gutgeschrieben werden. Bis zum 31.03.2008 besteht da-

neben auch die Möglichkeit, die Erfassung der Punkte durch die PKN vornehmen zu lassen. Voraussetzung dafür ist, dass der Veranstalter bzw. Organisator der reflexiven Fortbildung uns eine Kopie der Teilnehmerliste zusendet. Auf diese Kopie müssen dann die EFN-Etiketten der jeweiligen Teilnehmer geklebt werden. Ferner muss die Kopie die jeweilige Akkreditierungsnummer bzw. VNR enthalten. Andernfalls können die Teilnehmer den Fortbildungen nicht zugeordnet und dementsprechend die Punkte nicht erfasst werden.

Sollte die akkreditierte reflexive Fortbildung bereits beendet sein (d.h. es finden zukünftig keine Veranstaltungen mehr statt), können Sie als Teilnehmer selbst die von dem Veranstalter ausgehändigten Teilnahmebescheinigungen mit der eigenen EFN versehen und zur Erfassung an die PKN senden.

... und allgemeine Fragen zur Fortbildung:

Zu allgemeinen Fragen zur Fortbildung wird auf die FAQ auf der Homepage der PKN verwiesen. Sofern Sie hier keine Antworten auf Ihre Fragen finden, helfen wir Ihnen gerne weiter. Sie erreichen die Gemeinsame Akkreditierungs- und Zertifizierungsstelle zu den gewohnten Geschäftszeiten.

Ekkehard Mittelstaedt
Geschäftsführer der PKN

Geschäftsstelle

Roscherstr. 12
30161 Hannover
Tel.: 0511/850304-30
Fax: 0511/850304-44
Sprechzeiten allgemein:
Mo, Mi, Do, Fr 09.00 – 11.30 Uhr
Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr
Sprechzeiten für Fragen zur Akkreditierung:
Mi. + Do. 09:00 – 11:30 Uhr
Mail-Anschrift: info@pk-nds.de
Mail-Anschrift für Fragen zur Akkreditierung: Akkreditierung@pk-nds.de
Internet: www.pk-nds.de



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

Verdeckte Ermittlungen in psychotherapeutischen Praxen Interview mit Monika Konitzer

Die Bundesregierung plant, Telefongespräche und E-Mails zwischen Psychotherapeuten und Patienten abzu hören. Nach dem Gesetzentwurf zur Telekommunikationsüberwachung (BT-Drs.16/5846) sollen auch in psychotherapeutischen Praxen verdeckte Ermittlungen möglich sein. Fragen an Monika Konitzer, Präsidentin der Psychotherapeutenkammer NRW, zu den Folgen staatlicher Strafverfolgung, die selbst vor den Kernbereichen privater Lebensführung nicht halt machen.



Monika Konitzer

Die Polizei soll bei schweren Straftaten Telefongespräche von Psychotherapeuten und ihren Patienten abhören dürfen. Eine notwendige Maßnahme im Zeitalter der Computerkriminalität und des internationalen Terrorismus?

Nein, sondern eine Maßnahme, die erkennen lässt, dass der Gesetzgeber nicht mehr in der Lage ist, sachlich und angemessen abzuwägen. Die staatliche Sicherheitspolitik agiert nach dem Motto: Je mehr Handlungsspielraum für die Staatsanwaltschaft und Polizei, desto besser – wie ein Elefant im Porzellanladen. Die Gespräche zwischen Psychotherapeuten und ihren Pa-

tienten gehören jedoch zum Kernbereich privater Lebensführung, der nach einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts auch bei der Verfolgung schwerer Straftaten geschützt werden muss.

Was gehört zum Kernbereich privater Lebensführung?

Dieser Kernbereich umfasst die Kommunikation mit einer Vertrauensperson, beispielsweise über innerste Gefühle, Überlegungen, Ansichten oder Erlebnisse höchstpersönlicher Art – wenn psychotherapeutische Gespräche diese Kriterien nicht erfüllen, welche Gespräche denn dann überhaupt?

Nach dem Gesetzgeber, die Gespräche von Seelsorgern, Verteidigern und Abgeordneten, die auch in Zukunft nicht belauscht werden dürfen?

Meiner Meinung nach gehören Psychotherapeuten ebenfalls in diese Reihe. Das Bundesverfassungsgericht traf eine wichtige Unterscheidung, die unsere Ansicht bestätigt: Das Gericht zählte Gespräche zwischen Verteidigern und ihren Mandanten ausdrücklich zum Kernbereich privater Lebensführung, die Gespräche zwischen Arzt und Patient allerdings nur im Einzelfall. Ein Gespräch über eine Erkältung ist nach seiner Ansicht nicht schutzwürdig, ein Gespräch über psychiatrische Therapiethemen allerdings sehr wohl.

Diese Gespräche führen Psychotherapeuten auch am Telefon?

Psychotherapeut und Patient führen in zwei wesentlichen Situationen auch am Telefon sehr persönliche Gespräche. Zum einen erfolgt der erste Kontakt zum Psychotherapeuten fast immer telefonisch.

Um die Dringlichkeit, Schwere und Suizidgefahr abschätzen zu können, ist es für den Psychotherapeuten notwendig, erste psychodiagnostische Daten zu ermitteln, die bereits ein Gespräch über Details des psychischen Befindens des Patienten verlangen. Für viele Patienten ist bereits heute die Hemmschwelle, sich an einen Psychotherapeuten zu wenden, hoch. Sie befürchten, zum Teil berechtigt, private und berufliche Benachteiligungen, wenn Dritte erfahren, dass sie psychisch krank sind. Psychische Krankheiten sind bis heute stigmatisiert. Psychisch Kranke könnten deshalb noch häufiger als bisher davon abgehalten werden, sich einer notwendigen Behandlung zu unterziehen. Zum anderen nutzen Psychotherapeuten Telefongespräche zur Krisenintervention, beispielsweise um Suizidversuchen des Patienten oder der Gefährdung Anderer zu begegnen. Die Vorstellung, dass ein Patient in dieser Krisensituation den telefonischen Kontakt zum Psychotherapeuten scheut, weil eventuell die Polizei mithört, ist therapeutisch unakzeptabel.

Dagegen spricht das sicherheitspolitische Argument, dass die Polizei zukünftig besser gegen schwere Straftäter ermitteln kann?

Der Begriff der schweren Straftat ist nicht gerade eng gefasst. Die Liste der schweren Straftaten ist lang und gleicht heutzutage einem Spaziergang durch die gesamte Strafprozessordnung. Verdeckte Ermittlungen können sehr schnell angeordnet werden. Was die staatlichen Ohren dabei allerdings meinen in psychotherapeutischen Praxen erfahren zu können, ist mir schleierhaft. Die weit überwiegende Mehrheit psychisch kranker Patienten ist nicht strafällig. Für sie stellt sich durch die staatlichen Überwachungsmaßnahmen grundsätzlich

die Frage, ob sie sich überhaupt noch an einen Psychotherapeuten wenden. Die einzelnen straffälligen Patienten suchen dagegen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit keine Psychotherapeuten mehr auf, wenn sie wissen, dass in deren Praxen verdeckt ermittelt werden kann. Die Erfolge der staatlichen Ermittlungen wären also minimal, die Schäden für die psychotherapeutische Behandlung maximal.

Ihr Fazit?

Die PTK NRW fordert ein absolutes Verbot von verdeckten Ermittlungen in psychotherapeutischen Praxen.

Workshop der Kammer-versammlung: Bewertung des Nutzens von Psychotherapieverfahren

Das Thema des Workshops am 12. September in Düsseldorf eignete sich verführerisch gut für rhetorische Pirouetten, die zwar hübsch aussehen, bei denen sich aber kein Tänzer von der Stelle bewegt. Auch diesmal erwies sich die Frage, wie die Wirksamkeit von Psychotherapie wissenschaftlich zu bewerten ist, als ein harter Prüfstein für die Dialogfähigkeit der verschiedenen psychotherapeutischen Lager. Die Antworten auf diese Frage sind viel zu wichtig, um sich in argumentativen Gräben zu verschanzen und die eigene Position für die einzig richtige zu halten.

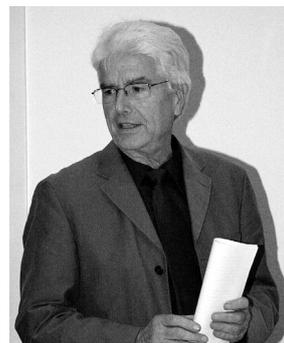
Nach Monika Konitzer, Präsidentin der Psychotherapeutenkammer NRW, stellten sich der Profession vor allem folgende offene Fragen: Welche Bedeutung haben die Wirksamkeitsnachweise für die Patientenversorgung? Sind die allgemeinen Verfahrensregeln der gesetzlichen Körperschaften (G-BA, IQWiG) zur Bewertung medizinischer, insbesondere pharmakologischer Verfahren auf psychotherapeutische Prozesse anwendbar? Wie können Verfahrensregeln für die Nutzenbewertung definiert werden, die der Komplexität psychischer und psychosomatischer Prozesse gerecht werden? Können unterschiedliche psychotherapeutische Verfahren nach den gleichen Regeln bewertet werden? Wie

werden die in der Versorgung häufigen Komorbiditäten, Schwere und Chronizität psychischer Erkrankungen und unterschiedliche Lebensbedingungen von Patienten berücksichtigt? Welchen Stellenwert sollen naturalistische und Einzelfallstudien bei der Nutzenbewertung haben?

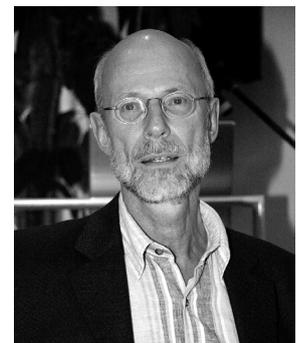
Den Teilnehmern des Workshops war von Anfang an klar, dass von der politischen Überzeugungskraft der Antworten, die die Profession auf diese Fragen findet, ganz entscheidend die Zukunft der Psychotherapie in der gesetzlichen Krankenversicherung abhängt. „Die psychotherapeutische Versorgung im deutschen Gesundheitssystem gehört weltweit zu den besten“, betonte deshalb Prof. Thomas Fydrich von der Humboldt-Universität in Berlin in seinem einleitenden Referat. Antworten, die allein Psychotherapeuten überzeugen, reichten deshalb nicht aus, um die Psychotherapie als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung auch in Zukunft zu



Thomas Fydrich



Wilhelm Rotthaus



Wolfgang Groeger

sichern. Die Antworten der Profession müssen insbesondere beim Gesetzgeber, bei den politischen Parteien, gesetzlichen Krankenkassen und Patientenorganisationen Gehör finden.

Dabei ist die Frage, ob und wie die Wirksamkeit von Psychotherapie wissenschaftlich belegt werden kann, hochaktuell: Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat angekündigt, alle anerkannten Richtlinienverfahren erneut nach seinen überarbeiteten Richtlinien zu prüfen. Der G-BA ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Seine Richtlinien legen fest, welche

Leistungen von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden und welche nicht. Für die öffentliche Diskussion ist es deshalb ganz entscheidend, wie sich der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) zur Bewertung von Psychotherapie positioniert. Der WBP ist ein Gremium, das im § 11 des Psychotherapeutengesetzes gesetzlich verankert ist und von der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer gebildet wird. Beide Kammern berufen je sechs Vertreter in den WBP.

Gleich zu Beginn des Workshops entspann sich eine Debatte, ob es überhaupt Aufgabe des WBP ist, zur Frage, wie Psychotherapieverfahren zu bewerten sind, Stellung zu nehmen. Thomas Fydrich, seit 2005 Beiratsmitglied, stellte fest, dass der WBP zwei Aufgaben habe: Zum einen gehöre nach § 11 Psychotherapeutengesetz dazu die gutachterliche Beratung von Behörden zur Frage der wissenschaftlichen

Anerkennung von einzelnen psychotherapeutischen Verfahren und daraus resultierend bei der staatlichen Anerkennung von Ausbildungsstätten. Zum anderen befasse sich der WBP mit Anfragen psychotherapeutischer Fachverbände hinsichtlich der wissenschaftlichen Anerkennung von Psychotherapieverfahren und Methoden.

Darüber hinaus greift der WBP aus eigener Initiative bestimmte wissenschaftliche Fragen der Psychotherapieforschung auf und setzt Impulse für eine Förderung der Psychotherapie- und Versorgungsforschung. Um transparent zu machen, wie er zu seinen Entscheidungen kommt, stellte der WBP im Dezember 2006 ein überarbeitetes Methodenpapier zur Diskussion.

Dr. Wilhelm Rotthaus, Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie (DGST), begrüßte grundsätzlich dieses Bemühen des WBP, „eine höhere Durchschaubarkeit zu erreichen“. Prof. Winfried Rief von der Universität Marburg und von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) als Sachverständiger benannt, unterstrich, wie wichtig es ist, „sich an international anerkannten Kriterien zu orientieren, um das Überleben im sozialrechtlichen System zu sichern“. Mit seinem neuen Methodenpapier präsentiert sich der WBP „als extrem liberaler Verein“.

Prof. Walter Bongartz, Universität Konstanz, von der Deutschen Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie (DGH), kritisierte, dass der WBP nicht die Synergieeffekte

ten Medizin. Für eine gesetzgeberische Körperschaft hat diese Gleichbehandlung oberste Priorität, um sich nicht dem Vorwurf ausgesetzt zu sehen, einzelne Leistungsanbieter zu bevorzugen. Trotzdem ist sicher die Frage berechtigt, ob diese Kriterien der evidenzbasierten Medizin psychotherapeutischen Verfahren und Methoden gerecht werden? Wolfgang Rief riet allerdings davon ab, mit einem eigenen Wissenschaftsbegriff von Psychotherapie zu arbeiten, weil dies wenig Erfolg versprechend sei. G-BA und WBP müssten sich am internationalen Mainstream orientieren.

Thomas Fydrich erklärte, dass der WBP sich am bestmöglichen und nach außen transportierbaren Wissenschaftsbegriff zu orientieren habe, dessen wichtigstes Kri-

Diese zahlreichen Änderungen im Detail zeigten, so Fydrich, wie groß das Interesse des WBP an den Diskussionen innerhalb der Profession gewesen sei. Wilhelm Rotthaus ergänzte, dass „wir natürlich nachweisen müssen, dass wir wirksam sind, sonst kann man nicht von der Gesellschaft verlangen, dass sie Psychotherapie finanziert“. Das Verständnis von Psychotherapie, das im WBP-Papier zum Ausdruck komme, gehe seiner Meinung nach jedoch zu sehr von psychischen Störungen aus.

Abschließend wurden die verschiedenen Positionen ausführlich diskutiert, ohne dass sich allerdings ein alternatives Konzept zum WBP-Papier abzeichnete. Deutlich wurde auch, dass häufig eine falsche Vorstellung von der aktuellen psychotherapeutischen Forschung besteht. In den vergangenen Jahren konnte der WBP zunehmend auf Studien zurückgreifen, die die externe Validität stärker berücksichtigen und damit der Versorgungspraxis und deren komorbider Krankheitsrealität gerechter werden. Das Plenum war sich einig, dass Wissenschaft ein fließender Prozess sei, der ständigen Veränderungen unterworfen ist und den Psychotherapeuten auch gestalten können. Ohne den WBP fehle der Profession ein wichtiges wissenschaftliches Gremium, das eigenständig psychotherapeutische Positionen vertreten könne. Deutlich wurde auch die Zielstellung des WBP bei der Überarbeitung seines Methodenpapiers: auf Grundlage der bisherigen Erfahrungen, seine Regelungen zu präzisieren und weiterzuentwickeln. Dabei berücksichtigt der Beirat, dass seine Tätigkeit zum einen durch seinen politischen/juristischen Auftrag bestimmt wird, zum anderen durch die wissenschaftlich-methodologische Entwicklung des Fachs sowie durch allgemeine Entwicklungen einer evidenzbasierten Medizin.



Winfried Rief



Walter Bongartz



Günter Zurhorst

von Methoden berücksichtige. Er warnte außerdem vor einer Manualisierung der Psychotherapie. Es sei sehr unhypnoterapeutisch nach einem Therapieplan mit einem Patienten zu verfahren. Prof. Günter Zurhorst, Hochschule Mittweida (FH), von der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) als Experte benannt, bewertete das WBP-Papier als „handfeste Interessenpolitik“ und sah darin „eine Zementierung einer einheitswissenschaftlichen Vorgehensweise“. Das Wissenschaftsverständnis des WBP beruhe auf einem naturwissenschaftlichen Ansatz und berücksichtige keine sozialwissenschaftlichen und geisteswissenschaftlichen Traditionen.

Der G-BA legt an die Leistungsanbieter in der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich die gleichen Maßstäbe an. Er orientiert sich dabei an den international anerkannten Kriterien der evidenzbasier-

terium die Wirksamkeit sei. Die wissenschaftliche Anerkennung eines psychotherapeutischen Verfahrens sei ohne die Prüfung der Wirksamkeit nicht denkbar. Er warb darum, das WBP-Papier genauer zu lesen und auch zu verstehen, wie sehr der WBP auf die Diskussionen der vergangenen Jahre eingegangen sei. Das sei insbesondere an folgenden Änderungen zu erkennen:

- klare Definition und Abgrenzung von Verfahren und Methoden
- neue Anwendungsbereiche, die deren epidemiologische Versorgungsrelevanz berücksichtigen
- bessere Berücksichtigung von externer Validität
- einbeziehen von Studien mit niedrigerem Evidenzgrad
- berücksichtigen von gemischten Patientengruppen
- systematischere Recherchen

Psychotherapie mit Flüchtlingen – Interview mit Eva van Keuk

Menschen aus Krisenregionen der Welt suchen Schutz in Deutschland. Sie brauchen Unterstützung, um ein neues Leben zu beginnen. Im Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge (PSZ) in Düsseldorf finden sie seit 20 Jahren Beratung und auch Behand-

lung ihrer traumatischen Erfahrungen von Krieg, Folter, Gefangenschaft und Gewalt. Die PTK NRW unterstützt die Arbeit des gemeinnützigen Vereins und ist ein Kooperationspartner im EU-Projekt „Leben nach der Folter“. Eva van Keuk, 36 Jahre alt, Psychologische Psychotherapeutin, arbeitet seit zwölf Jahren im Flüchtlingszentrum.



Eva van Keuk

Wie viele Sprachen sprechen Sie?

Ich spreche neben Deutsch Französisch, Englisch und Niederländisch. Andere Kolleginnen sprechen Kurdisch, Kinyarwanda, Kisuaheli, Persisch, Spanisch. Wir haben Klienten aus 35 Ländern.

Sprachkenntnisse sind unverzichtbar?

Nützlich, ja, aber nicht unverzichtbar. Die Arbeit mit einer Übersetzerin hat sogar ihre Vorzüge: Ich frage automatisch mehr nach und der Klient erklärt sich expliziter. Der Wechsel von Fragen und Antworten ist zeitlich entzerrt, ich kann während der Antworten das Verhalten des Patienten genauer beobachten, den Prozess reflektieren und Interventionen planen. Die größere Distanz ist ein ausgezeichneter Schutz vor dem häufigen therapeutischen Fehler, dass ich meine, etwas vorschnell verstanden zu haben.

Zum Beispiel?

Ein persischer Patient hat einmal gesagt: „Ich werfe mich auf den Boden und die Welt kann über mich rollen.“ Nehme ich diese Schilderung wörtlich, muss ich als deutsche Psychotherapeutin eventuell sogar überlegen, ob der Patient nicht sui-

zidgefährdet ist. Im Persischen sind diese Worte jedoch eine übliche Redewendung. Menschen aus anderen Kulturkreisen benutzen jedoch nicht nur andere Worte, sondern drücken ihre Gefühle manchmal auch anders aus, als wir es in unserem individualisierten und von vielen Einwanderern als „kühl“ empfundenen Deutschland gewohnt sind. Eine Kurdin aus der Türkei berichtete einmal, sie habe sich die Haare ausgerissen und sich mit den Fingernägeln die Brust zerkratzt, bis die Haut blutig war, und dabei laut geschrien. Damit beschrieb sie eine heftige Trauerreaktion und fiel nicht aus ihrer kulturellen Norm.

Das Drama als Katharsis?

Vielen Patienten gelingt es nach Tagen oder manchmal sogar Wochen heftiger Trauer, ohne Schwierigkeiten in einen normalen Alltag zurückzukehren. Wenn eine Klientin aus dem Kongo einige Wochen nur eine bestimmte Trauerkleidung tragen, auf dem Boden schlafen und fünfmal am Tag laut klagen muss, bedeutet die Rückkehr zur Normalität auch eine Art Erleichterung. In Deutschland zeigen wir unsere Trauer oft eher leise, im engsten Umkreis. Aber nicht alle Deutschen, Kongolesen, Kurden trauern genau so. Kulturelle Schubladen helfen überhaupt nicht weiter. Die transkulturelle Arbeit schärft also ungemein den Blick für den Einzelnen.

Ihre Patienten haben schlimmste Erlebnisse hinter sich?

Viele sind sehr schwer traumatisiert. Was sie an Gewalt, Angst und Entsetzen erfahren haben, sprengt oft unsere Vorstellungskraft. Das Erstaunliche aber ist: Vielen ist über eine längere Sicht gut zu helfen. Viele haben noch eine intakte Kernfamilie oder hatten eine behütete Kindheit, die ein stabiles seelisches Fundament ist. Die Flüchtlinge, die es bis nach Europa schaffen, sind sicher auch Menschen mit großer Willenstärke und innerer Kraft. Es gibt Kindersoldaten, die bis zu ihrem achten Lebensjahr eine normale und glückliche Kindheit hatten. An dieses Leben können sie wieder anknüpfen, auch wenn nicht alle traumatischen Erfahrungen therapeutisch aufgearbeitet werden können.

Daran hindern sie ihre Erinnerungen?

Die Erlebnisse kehren als Nachhallereinerungen tagsüber oder nächtliche Alpträume zurück. Einen tamilischen Patienten quälten beispielsweise heftige Angstträume, weil er im Alter von zwölf Jahren mit ansehen musste, wie sein Vater grausam gefoltert und getötet wurde. Seine gesamte Familie ist tot, sein Dorf bombardiert und zerstört. Seine Erlebnisse ließen ihn nicht mehr los. An seinen Erinnerungen litt er auch noch, als er mit zwanzig Jahren nach Deutschland kam. Er schreckte nachts aus dem Schlaf hoch, weil er Bilder und Situationen noch einmal so erlebt hatte, als wären sie gerade passiert. Der Patient zog sich von seiner Familie zurück und war auch sehr aggressiv.

Wie haben Sie helfen können?

Medikamente waren nützlich, damit er überhaupt wieder etwas schlafen konnte. Seine Unbeherrschtheit drohte seine Familie zu zerstören, die bis dahin nichts von seinen schrecklichen Erlebnissen wusste. Gemeinsame Gespräche ließen die Frau besser verstehen, warum er manchmal war, wie er war. Mit dem Training der Impulskontrolle begann er, seine Familie, vor sich selbst zu schützen. Seine überfallartigen Erinnerungen begannen meist mit einem starken körperlichen Missemmpfinden. Dagegen half eine konzentrierte Bewegungstherapie. Heute gelingt es dem Patienten recht gut, die Flashbacks mit einfachen sensorischen Gegenmitteln wie einem Parfüm oder kühlem Wasser aufzuhalten.

Flüchtlinge sind nicht gesetzlich krankenversichert?

Solange der Aufenthalt nicht geklärt ist, haben Flüchtlinge nur den Anspruch auf eine Akutversorgung. In Einzelfällen werden auch ambulante Psychotherapien übernommen, so dass sich die Antragstellung für niedergelassene Kollegen lohnt. Wir als kirchliche Nichtregierungsorganisation finanzieren unsere Arbeit aus Spenden- und Projektmitteln und rechnen derzeit nicht mit den gesetzlichen Krankenkassen ab. Das bietet uns als Institution auch einen fachlichen Spielraum: Viele Patienten benötigen eine längere Behandlung, als sie die gesetzlichen Krankenkassen normalerweise finanzieren.

Ist die längere Behandlung erfolgreich?

Der tamilische Patient beispielsweise ist inzwischen deutlich stabiler. Bis heute, nachdem er bereits vier Jahre in Deutschland lebt, vermeidet er noch alle politischen Informationen über seine Heimat, gerade jetzt, wenn der Krieg dort wieder aufflammt. Wir planen jetzt, mit einer EMDR-Behandlung (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) zu beginnen. Allerdings kann mit dieser Methode in der Regel erst begonnen werden, wenn eine gute Stabilisierung der gesamten Lebenssituation erreicht ist. Genau darüber verfügen nur wenige Flüchtlinge. Bei dem tamilischen Klienten scheiterte die EMDR-Behandlung bisher daran, dass er 60 Stunden pro Woche arbeiten musste, um ausreichend Einkommen für seine Familie zu erzielen, wovon wiederum der Aufenthalt abhing und daher konnte er nicht jede Woche zur Therapie kommen.

Wie bedrohlich ist die mögliche Abschiebung?

Die Mehrheit unserer Klienten hat schwere traumatische Erfahrungen gemacht. Die mögliche Abschiebung verstärkt ihre Ängste, erschwert ihre Verarbeitung und führt auch zu chronischen Erkrankungen. Die meisten unserer Patienten bewegen sich auf sehr dünnem Eis. Es braucht nicht viel, um sie in schwere, auch suizidale Krisen zu stürzen. Selbst Kleinigkeiten oder sogar nur Missverständnisse können heftigste Reaktionen auslösen.

Wie wirkt eine Abschiebung, wenn sie passiert?

Sie hat häufig eine erneut traumatisierende Wirkung für die, die gehen müssen, und auch für die, die bleiben und Zeugen von der Abschiebung werden. Sie aktiviert alle latenten Ängste, die traumatisierte Flüchtlinge haben, auch Todesängste. Die Abschiebeaktionen erinnern sie häufig an polizeiliche Übergriffe, die sie in ihrer Heimat erlebt haben. Eine Klientin schilderte, dass ihre Nachbarn morgens um vier Uhr abgeholt wurden. Es war ein Sondereinsatzkommando, die Wohnungstür wurde aufgebrochen, Hunde waren dabei, die Nachbarn wurden barfuß zum Wagen gebracht.

Erreichen Sie die Gerichte mit Ihren Stellungnahmen?

Wenn wir als Psychotherapeuten lernen, uns auf ihr juristisches Denken einzustellen, durchaus. Ein Jurist hört sich die Schilderungen eines Flüchtlings skeptisch an. Er muss als Entscheidungsträger schließlich auch prüfen, ob jemand einen Aufenthalt bekommt. In unseren Stellungnahmen sollten Aussagen, die der Flüchtling gemacht hat, deshalb auch im Konjunktiv wiedergegeben werden, sonst gilt ein Psychotherapeut schnell als parteiisch und befangen. Klinisch erfahrene Psychotherapeuten kennen aus ihrer Praxis Simulation, z.B. wenn eine Berentung angestrebt wird. Aber diese Überprüfung einer möglichen Simulation wird oft für den juristischen Empfänger nicht dargelegt.

Glauben Sie alles?

Nein, sicherlich nicht. Das ist doch auch eine Frage der eigenen Professionalität und Glaubwürdigkeit. In der Praxis haben wir durchaus gelernt, die Aussagen von Flüchtlingen einzuschätzen. Diese Arbeit erfordert allerdings gute Kenntnisse in der Psychotraumatologie und transkulturelle Kompetenzen. Wir haben im Psychosozialen Zentrum nicht mit allen Flüchtlingen zu tun, sondern mit denen, die am schwersten unter ihrer Flucht und ihren Erlebnissen in der Heimat zu leiden haben. Es gibt eine Vielzahl an Phänomenen, die beobachtbar sind und gegen eine Simulation sprechen. Viele der posttraumatischen Reaktionen beginnen körperlich, indem ein Klient vor sich hinstarrt, nicht erreichbar ist und gleichzeitig deutliche Anzeichen von enormer Erregung zeigt. Erst danach wird eine Erinnerung bruchstückhaft geschildert. Es geht zunächst mehr darum, wie, und weniger, was berichtet wird.

Wie häufig sind posttraumatische Belastungsstörungen?

Viele Behördenmitarbeiter gehen von vielleicht fünf Prozent aus. Eine Studie der Uni Konstanz in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge ermittelte, dass mindestens 45 Prozent der Asylantragsteller psychisch krank sind. Im Übrigen geht es nicht nur um posttraumatische Belastungsstörungen, sondern eine Vielzahl von möglichen klinischen

Störungsbildern, die als Traumafolge auftreten können.

Was raten Sie Psychotherapeuten, die sich für die Arbeit mit Flüchtlingen interessieren?

Wer mit Flüchtlingen arbeiten möchte, sollte sich von Beginn an gut vernetzen und mit einer Flüchtlingsberatungsstelle zusammenarbeiten. Für ein Asylverfahren ist ein Rechtsanwalt zuständig, nicht die Therapeutin. Ein Flüchtling kann mehr Zeit als andere Patienten kosten, weil Behörden und Gerichte Auskünfte verlangen. Da ist es wichtig, sich selbst nicht zu überfordern. Zusammen mit der PTK NRW und der Ärztekammer Nordrhein bieten wir Fortbildungen zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren an. Und bei konkreten Anfragen von behandelnden Kollegen sind wir im PSZ gerne behilflich. Es gibt Interventionsgruppen und Qualitätszirkel zu der Thematik. Es kann sehr spannend sein, sich auf diese Arbeit einzulassen und dadurch den eigenen Horizont zu verbreitern.

Was ist Ihre Motivation?

Wichtig ist, neugierig und offen zu bleiben. Die transkulturelle Arbeit regt zur Selbstreflexion an – meine Art zu leben bleibt nicht das Normalste auf der Welt, ich hinterfrage meine eigenen Wertmaßstäbe. Unsere Arbeit ist enorm vielfältig und wir arbeiten in einem gut funktionierenden Team. Außerdem macht es mir Spaß, zu improvisieren, und ich mag positive Überraschungen. Erfolge sind in unserer Arbeit viel häufiger als man denkt. Ein Kindersoldat aus Sierra Leone, den wir betreuten, macht demnächst Abitur. Solche Therapieverläufe mitzuerleben, ist eine große Befriedigung.

Geschäftsstelle

Willstätterstr. 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211 / 52 28 47-0
Fax 0211 / 52 28 47-15
Mo – Do 8.30 – 16.30 Uhr
Fr 8.30 – 14.30 Uhr
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Mitteilungen der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer

Netz des Deutschen Bündnisses gegen Depression wird enger geknüpft

21 Vertreter regionaler Bündnisse und der Bündniszentrale in Leipzig trafen sich am 14. September 2007 zum 14. Ausweitungstreffen des „Deutschen Bündnisses gegen Depression e.V.“ in der sächsischen Messemetropole. Professor Dr. Ulrich Hegerl berichtete in seinem Impulsvortrag über den aktuellen Stand des Netzwerkes, dass sich inzwischen 38 Bündnisse gebildet haben, um lokale Antidepressionskampagnen durchzuführen.

Mit Ausnahme des Saarlandes sind alle Bundesländer vertreten, wobei die Arbeit in den Bundesländern Rheinland-Pfalz, Niedersachsen und allen ostdeutschen Bundesländern mit je ein bis zwei lokalen Bündnissen je Bundesland sich noch am Anfang der Knüpfung eines dichteren Netzes befindet.

Für die vielen neuen Bündnispartner und Interessenten bei diesem Treffen stellte Hegerl die Grundprinzipien des Deutschen Bündnisses gegen Depression vor und präsentierte die Ergebnisse der Evaluation zum Pilotprojekt in Nürnberg. Diese zeigen

ten einen Rückgang der Häufigkeit suizidaler Handlungen schon nach zwei Jahren Tätigkeit des Nürnberger Bündnisses, um circa 25 Prozent. Das Pilotprojekt bestätigte die Relevanz solcher lokalen Antidepressionsaktivitäten. Die positiven Daten, so Hegerl, können lokalen Bündnissen bei der Partner- und Sponsorsuche dienen. Die Suche solcher Sponsoren stellt sich bei der Gründung neuer Bündnisse als eine der Schwierigkeiten heraus, zeigte die anschließende Diskussion. Hegerl empfahl den regionalen Bündnissen nachdrücklich, vom Sponsoring durch Pharmafirmen Abstand zu nehmen, da die Glaubwürdigkeit sehr darunter leiden werde. Ebenfalls nicht einfach ist es, Politiker als Unterstützer der lokalen Bündnisse zu gewinnen und Kontakte zu den Hausärzten aufzunehmen, berichteten die Teilnehmer. Hilfestellung zu ihren Problemen und Fragen erhielten die Teilnehmer am Nachmittag während des Workshops zur Planung von Kampagnen, wo auch Gelegenheit bestand, von den Erfahrungswerten und Ideen anderer Bündnisse zu lernen.

In einem weiteren Workshop stellte Frank Maczulaitis von „Irrsinnig Menschlich e.V.“ in Leipzig das erfolgreiche Leipziger Projekt für Schüler zur Erhaltung und Förderung seelischer Gesundheit vor. Er gab viele nützliche Hinweise für die Planung und den Ablauf des Schulprojektes „Verrückt? Na und“ für Interessenten, die es in ihrer Region starten wollen. Er erläuterte auch die Möglichkeit, sich für einen von der „Aktion Mensch“ finanzierten Workshop zur Moderatoren- und Expertenschulung anzumelden.

Dr. Anke Bramesfeld, Leiterin des Forschungsnetzes psychische Gesundheit (FpG) an der Universität Leipzig, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, machte die Teilnehmer in ihrem Vortrag mit Möglichkeiten bekannt, die Hilfe des Forschungsnetzes bei der Planung eigener Forschungsvorhaben zu nutzen.

Das nächste Ausweitungstreffen für neue Projektpartner soll im Frühjahr 2008 stattfinden. (dür)

TUD-Psychologen erhoffen sich neue Erkenntnisse über Formen der Sucht

Warum werden manche Menschen abhängig von Zigaretten, Alkohol oder Drogen und andere nicht? Warum entwickeln manche Jugendliche nach Erstgebrauch von Alkohol, Zigaretten und Drogen einen regelmäßigen oder abhängigen Gebrauch und manche können einfach wieder aufhören? Welche psychologischen Prozesse spielen dabei eine Schlüsselrolle, und was passiert dabei eigentlich im Gehirn?

„Das sind einige der vielen Fragestellungen, denen im Neuroimaging Centre der

Psychologie an der TUD nun nachgegangen wird, welches am 1. Oktober 2007 eröffnet wird“, sagt der Sprecher des Suchtforschungsverbands, Professor Hans-Ulrich Wittchen. Herzstück des Zentrums ist ein neuartiges, extrem leistungsfähiges Magnet-Resonanz-Tomographie (MRT)-System, mit dem neuronale Veränderungen des Gehirns bei Denken, Fühlen, Verhalten und Entscheiden detailliert dargestellt werden können. Derartige hochkomplexe Systeme wurden bislang vor allem in der klinisch-medizinischen Diagnostik eingesetzt.

Deutschlandweit einzigartig ist am Dresdner Zentrum, dass MRT und Neuroimaging Zentrum ausschließlich der Forschung derartiger Fragestellungen gewidmet sind. Damit werden den Forschergruppen der Psychologie und Medizin an der TUD optimale Voraussetzungen eröffnet, unter anderem ihre führende Rolle in der Suchtforschung weiter auszubauen. „Uns geht es weniger darum die Folgen der Sucht – als vielmehr die Wege in die Sucht zu entschlüsseln!“ fasst Professor Wittchen die Hauptzielsetzung zusammen.

Nur 18 Monate nach der Antragstellung – und nach nur sechs Monaten Bauzeit – nimmt das neu gegründete Dresdner Neuroimaging Centre der TU Dresden nun seine Arbeit auf. Gefördert wurde die Einrichtung des Zentrums durch das Suchtforschungsprogramm des BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung), welches für die Anschaffung des funktionellen MRTs 3,4 Millionen Euro zur Verfügung stellte. Die Dresdner Wissenschaftler konnten die Gutachter nicht nur durch ihr inhaltliches Forschungskonzept, die „Wege in die Sucht“ zu untersuchen, überzeugen, sondern auch durch ihre überzeugende Vernetzung verschiedener Arbeitsgruppen. Im Zentrum steht dabei das Institut für Allgemeine Psychologie, welche sich mit den Grundlagen der sog. kognitiv-affektiven Neurowissenschaften beschäftigt. „Die Verbindung der Methoden und Grundlagenerkenntnisse dieses Fachgebiets“ – so Professor Goschke – „z. B. mit eher anwendungsbezogenen Fragen der Suchtforschung – vertreten durch Prof. Gerhard Bühringer, der Klinischen Psychologie (Prof. Hans-Ulrich Wittchen) sowie der Psychiatrie (Privatdozent Dr. Michael Smolka) und Medizin verspricht neue bahnbrechende Erkenntnisse.“

Der f-MRT kann über den Sauerstoffgehalt des Blutflusses die Aktivität im Gehirn messen; je nach Aktivität werden die Gehirnregionen in unterschiedlichen Farben dargestellt. Dieses Verfahren ist auch für Jugendliche und für Wiederholungs-Untersuchungen geeignet, da bei der Anwendung, im Gegensatz zu Röntgen- und CT-Untersuchungen, keine Strahlenbelastung und sonstige Gefährdungen auftreten. „Die Untersuchung von Adoleszenten ist so zentral, weil in dieser Entwicklungsphase nicht nur viele entwicklungsbezogene neuronale und psychologische Veränderungen passieren, sondern auch die Hochrisikozeit für den Beginn von Sucht- und Angsterkrankungen beginnt“, so Professor Bühringer.

Professor Wittchen hebt hervor, dass es ein großer Vorteil für die Dresdner Forscher ist, dass der f-MRT ausschließlich zu Forschungszwecken genutzt werden kann.

Dadurch steht ihnen für ihre Projekte weit mehr Zeit zur Verfügung als den meisten derartigen Systemen, die sich zumeist überlastet im Klinischen Routineeinsatz befinden. Viel Zeit aber ist erforderlich, um die aufwändigen Untersuchungen an Probanden vorzubereiten, und dann so durchzuführen, dass die komplexen Vorgänge zwischen Gehirn, Denken, Fühlen und Handeln beobachtet, messbar und in Beziehung gebracht werden können, zu der Entstehung von Suchtverhalten.

Die Grundlagenforscher um Prof. Thomas Goschke werden das bildgebende Verfahren unter anderem einsetzen, um genauer zu entschlüsseln, welche Gehirnregionen es dem Menschen ermöglichen, zielgerichtet, willentlich und langfristig zu denken und zu handeln, welche Regionen also für die Kontrollprozesse im Gehirn zuständig sind, und wie die komplexen Netzwerke miteinander kommunizieren und sich gegenseitig beeinflussen.

Diese Kontrollfunktionen können durch Experimente untersucht werden, in denen die Probanden in Konfliktsituationen gebracht werden. So sollen sie beispielsweise benennen, in welcher Farbe Wörter geschrieben sind. Diese Wörter bezeichnen selbst jedoch wiederum – andere – Farben. Sieht also der Teilnehmer vor sich das Wort „blau“, das in roter Farbe geschrieben ist, muss er die automatisch ablaufende Reaktion „blau“ zu lesen kontrollieren, um die richtige Antwort, nämlich „rot“, geben zu können.

Die damit gewonnenen Erkenntnisse über Kontrollprozesse im menschlichen Gehirn sind für die verschiedenen Arbeitsgruppen für Suchtforschung direkt relevant, da vermutet wird, – so Professor Bühringer – dass diese Prozesse – neben verschiedenen anderen Faktoren wie Umweltreizen und genetischen Prädispositionen – für das Risiko abhängig zu werden, eine wichtige Rolle spielen. Deshalb versuchen die Psychologen am Neuroimaging Centre der TU Dresden einerseits herauszufinden, wie sich die Kontrollmechanismen durch Drogenkonsum verändern, andererseits aber auch, ob bereits während der Entwicklung

des Gehirns Unterschiede in den Kontrollsystemen auftreten, die die Anfälligkeit, eine Sucht zu entwickeln, erhöhen. Hierbei kommt einer ebenfalls vom BMBF geförderten Nachwuchsgruppe um PD Michael Smolka eine entscheidende Bedeutung zu, die „Wege in die Sucht“ zu entschlüsseln. Langfristiges Ziel der Studien ist, aus den Erkenntnissen über die Entstehung von Abhängigkeiten neue Ansätze für Prophylaxe und Therapien entwickeln zu können.

Am Montag, 1. Oktober 2007, wird das Neuroimaging Centre feierlich eröffnet. Allen Interessierten wird dabei ab 14 Uhr die Gelegenheit geboten, das Bildgebungszentrum zu besichtigen und sich in einer Posterausstellung, bei Führungen und Demonstrationen einen Eindruck von der Arbeit zu verschaffen. Ab 14 Uhr stellen zudem die einzelnen Arbeitsgruppen ihre jeweiligen Projekte vor.

Weitere Informationen:

Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen
Fakultät Mathematik und Naturwissenschaften
Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie
Tel. 0351 463-38577

Prof. Dr. Gerhard Bühringer
Fakultät Mathematik und Naturwissenschaften, Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie
Professur für Suchtforschung
Tel. 0351 436-39828

Prof. Dr. Thomas Goschke
Fakultät Mathematik und Naturwissenschaften
Institut für Allgemeine Psychologie
Tel. 0351 436-37678

Geschäftsstelle

Karl-Rothe-Str. 4
04105 Leipzig
Telefon: 0341-462432-0
Fax: 0341-462432-19
www.ihre-opk.de
Telefonische Sprechzeiten:
Mi. 11.00 – 13.00 Uhr

Mitteilungen der LandesPsychotherapeuten-Kammer Rheinland-Pfalz

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die LPK Rheinland-Pfalz wagte sich mit der Fachtagung „Systemische Therapie im Spannungsfeld zwischen Berufspolitik und Versorgungsrealität“ ganz bewusst in das Spannungsfeld unterschiedlicher Sichtweisen, die in der psychotherapeutischen Forschung, der berufs- und sozialrechtlichen Diskussion und der ambulanten und stationären Versorgungspraxis anzutreffen sind. Sie wollte Offenheit signalisieren und einen Beitrag dazu leisten, eine respektvolle Kommunikation zwischen den verschiedenen Denkschulen zu unterstützen und vermeintliche Gräben zu schließen.

Die psychotherapeutische Landschaft profitiert in hohem Maße durch die gegebene Vielfalt an effizienten Behandlungskonzepten, die flexibel bei unterschiedlichen Patienten und psychischen Erkrankungen eingesetzt werden können. Psychotherapeuten benötigen methodische Freiheiten, um im Einzelfall die besten Lösungen für konkrete Therapie-situationen zu finden und für Patienten mit unterschiedlichsten Problemkonstellationen und sozialen Hintergründen eine optimale Versorgung sicherzustellen. Die

alltägliche Arbeit vieler Psychotherapeuten ist längst integrativ ausgerichtet, unbeeinträchtigt von institutionellen und berufspolitischen Grabenkämpfen. Ein Trend zur Integration zeigt sich auch in der Entwicklung neuer störungsspezifischer Behandlungskonzepte wie beispielsweise in der Traumatherapie. Forschung und Evidenzbasierung können sicherlich einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, die Spreu aus „Feld-, Wald- und Wiesenmethoden“, vom Weizen effizienter psychotherapeutischer Verfahren zu trennen, allerdings nur, wenn sie theoriegeleitet erfolgt und nicht zur Aufrechterhaltung des Status Quo und zur Ausgrenzung alternativer oder neuer Ansätze instrumentalisiert wird. Die Vielfalt effizienter therapeutischer Methoden macht Psychotherapie zu einem hochpotenten Verfahren zur Behandlung psychischer Störungen. Diese Vielfalt sollte sich auch in den Richtlinienverfahren und in der therapeutischen Ausbildung widerspiegeln.

In ihrer über 50-jährigen Geschichte hat die systemische Therapie die Psychotherapie um viele innovative Behandlungsansätze bereichert, die teilweise auch in die Richtlinienverfahren integriert wurden. Ihr

Einfluss auf andere Therapieverfahren ist beträchtlich. Die Wirksamkeit systemischer Therapie ist durch zahlreiche internationale Studien gut abgesichert. Systemische Therapie ist in hohem Maße ökonomisch und kosteneffizient. In den USA, Kanada und vielen europäischen Ländern gehört die sie längst zu den anerkannten Verfahren. In Deutschland ist demgegenüber mit einer baldigen sozialrechtlichen Anerkennung nicht zu rechnen. Diese Ablehnung steht der gesetzlichen Verpflichtung von Psychotherapeuten entgegen, jeweils die wirksamsten Behandlungsverfahren anzuwenden. Strukturell verfügt Deutschland über eines der besten psychotherapeutischen Versorgungssysteme weltweit. Ich habe allerdings die Sorge, dass sich eine Nichtanerkennung der systemischen Therapie ungünstig auf die inhaltliche Qualität der psychotherapeutischen Praxis, Ausbildung und Forschung auswirken wird, insbesondere auch relativ zu Ländern mit einer höheren Pluralität anerkannter Verfahren.

Mit kollegialem Gruß!

Sascha Gönner

Fachtagung „Systemische Therapie im Spannungsfeld zwischen Berufspolitik und Versorgungsrealität“ und Herbstfest der LPK Rheinland-Pfalz

Die Fachtagung wurde vom Präsidenten der LPK, Alfred Kappauf, mit dem Hinweis auf den bedeutenden Wissenschaftsphilosophen T.S. Kuhn und dessen Theorie des Paradigmenwechsels eröffnet. Kuhn (1962, 1967) bezeichnet wissenschaftliche Forschung „als einen rastlosen und hingebungsvollen Versuch,... die Natur in die von der Fachausbildung gelieferten Begriffsschubladen hineinzuzwängen“ (S. 19). Nach seiner Analyse geschieht

dies immer mit einer gewissen Willkür, die einen bedeutenden Einfluss auf die wissenschaftliche Entwicklung hat. Die „normale Wissenschaft“ beansprucht zu wissen, wie die Welt beschaffen ist und akkumuliert kontinuierlich das Wissen durch die Präzisierung von Theorien und systematische, empirische Forschung. Gleichzeitig unterdrückt sie fundamentale Neuerungen, die ihre Grundpositionen erschüttern. Fehlen konkurrierende Schulen

und besteht ein gemeinsames Paradigma, ist die wissenschaftliche Gemeinschaft von dem Zwang befreit, ihre Grundpositionen zu hinterfragen. Dies führt nach Kuhn zu einer „beispiellosen Absonderung reifer wissenschaftlicher Gemeinschaften von der Forderung der Laienwelt und des täglichen Lebens“ (S. 175). Innerhalb dieses gültigen Forschungsparadigma werden grundlegende Werte, Überzeugungen und Normen von Wissenschaftlern geteilt und

als gegeben angesehen. Der Wissenschaftler unterscheidet sich vom Praktiker darin, dass er sich nicht Problemen zuwenden muss, „weil sie dringend einer Lösung bedürfen, ohne Rücksicht auf die für die Lösung zur Verfügung stehenden Hilfsmittel“ (175f). Fundamentalere wissenschaftlicher Fortschritt vollzieht sich nach Kuhn nicht über kontinuierliche Veränderungen innerhalb einer Theorie, sondern durch traditionszerstörende, revolutionäre Wechsel in den Grundannahmen, durch sog. Paradigmenwechsel. Ein Paradigma wird erst aufgegeben, wenn es durch ein neues ersetzt wird, mangelnde Evidenz stellt nach Kuhn hierfür kein hinreichendes Kriterium dar.

Herr Kappauf verwies auf die Aktualität dieser 45 Jahre alten Ideen, in einer Zeit, in der Evidenzbasierung zu einem überwertigen, dominierenden Kriterium der neueren Gesundheitsforschung und der gesundheitspolitischen Diskussion geworden ist und gerade in der deutschen Psychotherapielandschaft eine wissenserweiternde, bereichernde Öffnung gegenüber alternativen „Paradigmen“ in Praxis und Forschung wünschenswert erscheint.

In Deutschland ist eine Integration von Psychotherapie in das Gesundheitssystem und eine flächendeckende psychotherapeutische Versorgung weiter als in den meisten anderen Ländern umgesetzt, jedoch in kaum einem anderen Land wird die Verfahrenszentrierung in der Ausbildung und der Sozialisation von Therapeutinnen und Therapeuten so hartnäckig gepflegt. Mit der Frage, ob systemische Therapie als wissenschaftlich anerkannt gesehen und damit in der Ausbildung für PP/ KJP gelehrt werden darf, beschäftigen sich seit neun Jahren der Wissenschaftliche Beirat und seit einigen Jahren die Gerichte. Richterlich sind die Beurteilungen bisher günstiger ausgefallen: Das Verwaltungsgericht Düsseldorf (2006) bestätigte die Rechtsauffassung der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie (DGST) und sieht systemische Therapie und Familientherapie als „wissenschaftliches Verfahren“ an. Herr Kappauf unterstrich, dass Gerichte schon mehrfach das Gesundheitssystem verändert haben, so erfolgte die Anerkennung von Suchtproblemen als Krankheit im

SGB V über ein BSG-Urteil im Jahr 1968. Er fährt fort, dass die systemische Therapie „vielleicht mehr als andere Verfahren die Anerkennung als ein eigenständiges wissenschaftstheoretisches Paradigma beansprucht.“ Sie unterscheidet sich von anderen Therapieschulen durch ein anderes Krankheits- und Behandlungsmodell. Ihr Fokus liegt nicht auf dem Individuum und dessen Erleben und Verhalten, sondern „auf der Erfassung und Veränderung von kommunikativen Prozessen in zirkulären zwischenmenschlichen Interaktionen“ (Rotthaus & Östereich, 2007). Entsprechend wird durch die Unterstützung von Veränderungen im Beziehungsgefüge des Individuums die Heilung und Linderung individueller Pathologie angestrebt. Die systemische Therapie hat in ihrer über 50-jährigen Geschichte enorme Einflüsse auf andere Therapieverfahren zu verzeichnen und wurde teilweise von den Richtlinienverfahren absorbiert. Zu den Verdiensten der systemischen Therapie gehören insbesondere auch die Abkehr von einer Defizitfixierung zu Gunsten einer Ressourcenorientierung im therapeutischen Prozess sowie die Lenkung der Aufmerksamkeit auf den sozialen Bezugsrahmen. In Rheinland-Pfalz wurde eine Qualifikation in systemischer Therapie als berufsrechtlicher Fachkundenachweis zur Erlangung der Approbation nach den Übergangsbestimmungen anerkannt.



Den ersten Vortrag zum Thema „Systemische Therapie als Verfahren der Kasenpsychotherapie? Fakten, Risiken und Nebenwirkungen“ hielt Herr Dr. Rüdiger Retzlaff vom Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie der Universitätsklinik Heidelberg. In einer differenzierten Analyse arbeitete er

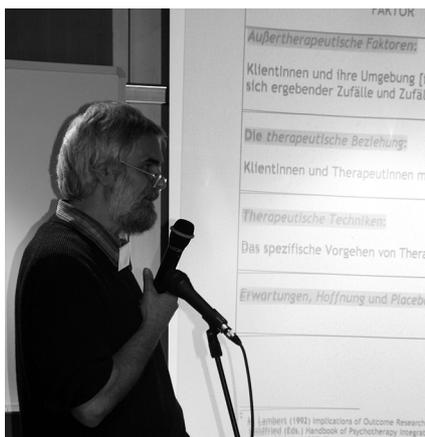
Innovationen heraus, um die die systemische Therapie/ Familientherapie das Feld der Psychotherapie erweitert hat und wesentliche Merkmale, in denen sich der systemische Ansatz von anderen Ansätzen unterscheidet. Nach einer kurzen Darlegung der Kriterien für die Anerkennung eines Therapieverfahrens als „wissenschaftlich“ durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie erläuterte Herr Dr. Retzlaff vor diesem Hintergrund Methodik und Ergebnisse einer eigenen Metaanalyse zur Wirksamkeit systemischer Therapie (Sydow, Beher, Schweitzer & Retzlaff, 2007), in der 83 randomisierte und kontrollierte Studien (RCT) aus dem Kinder-, Jugend und Erwachsenenbereich berücksichtigt wurden. Die Metaanalyse weist die Effektivität systemischer Familientherapieansätze und die Erfüllung der Kriterien des Wissenschaftlichen Beirats für den Erwachsenen- wie den Kinder- und Jugendbereich eindrucksvoll nach. Effektivitätsnachweise konnten u.a. in den Bereichen Substanzabhängigkeit / -missbrauch, Schizophrenie Störungen, Depressionen, Essstörungen, Verhaltensstörungen, Delinquenz, hyperkinetische Störungen und psychische/soziale Faktoren bei somatischen Erkrankungen erbracht werden. Die Ergebnisse sind katamnestisch stabil. Herr Dr. Retzlaff berichtete beispielsweise, dass in den USA familiäre Interventionen bei der Behandlung adoleszenter Substanzstörungen zur Routinebehandlung gehören und systemische Familientherapie international als der wichtigste Ansatz zur Therapie von Magersucht im Jugendalter angesehen wird. Auch in Deutschland werden systemische Konzepte und familientherapeutische Ansätze in vielen Fachkliniken für Psychosomatik sowie in der stationären Rehabilitation sehr effektiv eingesetzt. Die Zuhörer erfuhren, dass sich die Anzahl an Forschungsstudien gegenüber dem Gutachten zur Anerkennung systemischer Psychotherapie 1999 mehr als verdreifacht hat. Herr Dr. Retzlaff zeigt Gemeinsamkeiten und Unterschiede verschiedener Therapieschulen auf und setzte sich detailliert mit der Kritik fehlender „Reinrassigkeit“ systemischer Ansätze/ Studien auseinander. Er konnte anschaulich zeigen, dass es kein Psychotherapieverfahren gibt, das nicht gemeinsame Elemente und Wirkprinzipien mit anderen Verfahren teilt, auch nicht die Richtlinienverfahren.

Als Argumente, die für eine Zulassung systemischer Therapie sprechen, führte er u.a. innovative Behandlungskonzepte, Kurzzeitorientierung, Stärkung von Patienten und ihren Familien in ihren sozialen Bezügen, die Möglichkeit einer gleichzeitigen Behandlung mehrerer Symptomträger und die Vermeidung von Parallelbehandlungen, eine bessere Versorgung von Kindern und Jugendlichen und bestimmten Patientengruppen (Sucht, Essstörungen, Psychosen, chronische körperliche Erkrankungen, Störungen des Sozialverhaltens, Migranten, Patienten aus Unterschichtmilieus), eine Zunahme der Verlagerung von stationärer zu ambulanter Therapie und nicht zuletzt die hohe Kosteneffizienz systemischer Therapie. Als Risiken nannte er Bürokratisierung und organisatorische Probleme, Entzauberung und eine mögliche wachsende Konkurrenz zwischen Ausbildungsinstituten, als Risiken einer Nicht-Zulassung eine Abkopplung von der Entwicklung in anderen europäischen Ländern, eine mangelnde Berücksichtigung in Behandlungsleitlinien, familientherapeutische Behandlungen durch unzureichend qualifizierte Therapeuten, eine fehlende Qualitätssicherung durch die Kammern, fehlendes Verständnis der Politik, gerichtliche Auseinandersetzungen und Qualitätseinbußen, da wichtige Fortschritte in der Psychotherapie Deutschland nicht mehr erreichen. In der internationalen Fachwelt stößt die deutsche Kontroverse um die wissenschaftliche Anerkennung von Verfahren, die seit Jahrzehnten international angewandt und auch an den Universitäten beforscht werden, auf reines Unverständnis. Eine andere bedenkliche Entwicklung findet dagegen fast ohne große Begleitdiskussion statt: Zunehmend werden neue störungsspezifische Ansätze als „Trademark-Therapien“ auf den Markt gebracht und können nur über meist beträchtliche Lizenzgebühren in der Aus-, Fort- und Weiterbildung aufgegriffen werden. Die Rechte für die Anwendung von geschützten Methoden bzw. Modulen kann nur vom Lizenzgeber erworben werden. Dieser hat das alleinige Zertifizierungsrecht. Innovati-



onen in der Psychotherapieforschung werden der Freiheit der Lehre entzogen!

Anschließend referierte Dr. Hans Lieb, Psychotherapeut in eigener Praxis in Edenkoben. Er ist Lehrtherapeut für Verhaltenstherapie am IFKV Bad Dürkheim und gleichzeitig für Systemische Therapie am IF Weinheim. An beiden Instituten sorgt er regelmäßig für Blickfeld erweiternde Verstärkungen in den Curricula. In seinem Vortrag arbeitete er differenziert Theorie und praktische Implikationen der originär systemischen Wirkvariable Kontextsensibilität heraus, ein Konzept mit hoher allgemeiner Bedeutung für psychotherapeutisches Handeln. Herr Dr. Lieb bereitet derzeit eine Publikation vor, in der er seine Thesen ausführlich darstellen wird.



Unser dritter Referent, Herr Wolfgang Loth aus Bergisch-Gladbach, ist Psychotherapeut, Supervisor und Redakteur verschiedener systemischer Fachzeitschriften und

seit 1980 in der Familienberatung tätig. Er konnte in seinem Vortrag die zentrale Rolle der Systemischen Therapie in der institutionellen Erziehungs- und Familienberatung praxisnah veranschaulichen, in einem psychotherapeutischen Tätigkeitsfeld, das bei der Umsetzung von Präventionsansätzen in der Gesundheitsversorgung eine wachsende Bedeutung erhalten wird.

Insgesamt konnte die Tagung eindrucksvoll belegen, welchen hohen Stellenwert die Systemische Therapie in der psychotherapeutischen Arbeit hat und welche Hürden dennoch in naher Zukunft noch zu überwinden sind, um die Anerkennung des Wissenschaftlichen Beirats und danach des Gemeinsamen Bundesausschusses zu erringen, damit auch in der ambulanten Krankenversorgung die Leistungen erbracht und abgerechnet werden können, die im stationären und rehabilitativen Bereich schon lange etabliert sind.

Anschließend an die Fachtagung hatte die Kammer zu ihrem alljährlichen Herbstfest eingeladen. Herr Kappauf konnte hierzu auch neben den zahlreich erschienen Mitgliedern aus allen Regionen von Rheinland-Pfalz unter vielen eingeladenen Ehrengästen besonders die Vertreterin des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen, Frau Birgit Belz, sowie des Landesprüfungsamtes, Frau Heike Schückes, begrüßen. Bei leckeren Häppchen und Wein aus dem Weingut der Stadt Mainz entspann sich schnell eine angeregte Unterhaltung unter den Gästen. Mit dem Herbstfest wurde allen die Gelegenheit geschaffen, sich in lockerer Atmosphäre mit dem Vorstand und den anwesenden Mitgliedern der Vertreterversammlung auszutauschen und auch den direkten Kontakt mit Frau Belz und Frau Schückes zu suchen. Bei den beschwingten Klängen der Arbeitsgerichts-Jazzband Rheinland-Pfalz wagten sich einige sogar auf die Tanzfläche. Insgesamt stimmten alle Besucher über ein, dass es eine gute Fortbildungsveranstaltung mit einem gelungenen Fest gekrönt wurde.

Ausbildung zur Kauffrau im Gesundheitswesen in der LPK Rheinland-Pfalz

Im Folgenden stellt unsere Auszubildende im 3. Lehrjahr, Carolin Schneider, 18 Jahre, ihre Ausbildung vor.

Definition

Bei dem Ausbildungsberuf der Kaufleute im Gesundheitswesen handelt es sich um einen durch das Berufsbildungsgesetz anerkannten kaufmännischen Beruf, der speziell für die Tätigkeit in Betrieben der Gesundheitsbranche und Praxen qualifiziert. Die Ausbildung konzentriert sich besonders auf den kaufmännischen, dienstleistungsorientierten und gesundheitspezifischen Bereich. Das Berufsbild gibt es seit 2001.

Die Aufgaben der Kaufleute im Gesundheitswesen erfordern Kenntnisse über rechtliche Grundlagen sowie Eignungen in den Bereichen Kundenbetreuung, Dokumentations- und Berichtswesen, Marketing, Rechnungs- und Finanzwesen sowie Qualitätsmanagement.

Einsatzgebiete finden sich in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, ärztlichen Organisationen und Verbänden, Arzt- und Psychotherapeutenpraxen, Krankenkassen sowie dem MDK und den Rettungsdiensten. Die Auszubildenden sind durch die Tätigkeit in den kaufmännischen Verwaltungen der Gesundheitseinrichtungen mit der Organisation, der kaufmännischen Führung sowie der Abrechnung der Gesundheitsdienstleistungen mit Leistungsträgern befasst, jedoch nicht in pflegerische und ärztliche Aufgaben einbezogen.

Ausbildung

Die Ausbildung zur Kauffrau bzw. zum Kaufmann im Gesundheitswesen erfolgt im dualen System. Dies bedeutet, dass die/der Auszubildende sowohl im Ausbildungsbetrieb als auch in der Berufsschule lernt. Die Ausbildungsdauer beträgt in der Regel drei Jahre. Voraussetzung ist mindestens der qualifizierte Sekundarabschluss I.

Das monatliche Gehalt liegt nach Information der Berufsschule in Mainz zwischen

400 und 650 € bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 37,5 bis 40 Stunden.

Berufsschule

Der Berufsschulunterricht findet größtenteils in Lernfeldern statt. Jedes Ausbildungsjahr beinhaltet 3-4 jährlich wechselnde Lernfelder, wie zum Beispiel „Dienstleistungen abrechnen“, „Investitionen finanzieren“ oder „personalwirtschaftliche Aufgaben wahrnehmen“.

In den verschiedenen Lernfeldern werden unter anderem Kenntnisse über Controlling, Marketing, Kosten- und Leistungsrechnen, Abrechnung, Medizin und medizinische Dokumentation vermittelt. Man lernt sowohl das DRG-System als auch die Abrechnung nach Einzelleistungen kennen. Ebenso sind Datenschutz und Schweigepflicht sowie Grundlagen über das Arbeits- und Sozialrecht Gegenstand der Ausbildung. Des Weiteren wird man in den Fächern Kommunikation und Präsentation, Sozialkunde, Politik und Religion unterrichtet.

Ein großer Themenschwerpunkt ist das Qualitätsmanagement. Es beinhaltet alle Maßnahmen zur Erfüllung der vorgegebenen Ziele der Qualitätspolitik eines Unternehmens. In der Berufsschule vermittelt werden **KTQ** und **TQM**. Leider hat sich in den Berufsschulen das speziell für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten entwickelte QM-System **QEP** noch nicht herumgesprochen, so dass dieses im Ausbildungsbetrieb selbst gelehrt werden muss.

Beim **KTQ** – Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus wird ein Krankenhaus durch die Selbst- und Fremdbewertung anhand eines Kriterienkatalogs zertifiziert. Der Katalog bildet die Krankenhausführung, das Informationswesen, die Sicherheit im Krankenhaus, etc. ab.

Den umfassenden Qualitätsmanagementansatz stellt das so genannte Total Quality Management (TQM) dar. Das Konzept lässt sich an den drei Wortbestandteilen verdeutlichen:

T für Total: Alle Personen, die an der Dienstleistungserstellung teilnehmen, werden in den Qualitätsmanagementprozess einbezogen.

Q für Quality: Qualität ist das oberste Unternehmensziel. Die Optimierung aus Kundensicht steht im Vordergrund.

M für Management: Das Management stellt die Qualität in den Vordergrund und übernimmt eine Leit- und Vorbildfunktion. Die Mitarbeiter werden in die qualitätsbeeinflussenden Entscheidungen und Maßnahmen integriert. Dies bedeutet, dass der ständige Verbesserungsprozess von der Unternehmensführung eingeführt, jedoch von den Mitarbeitern umgesetzt wird.

Erste Versuche einer externen Zertifizierung im deutschen Krankenhauswesen wurden nach der Normenreihe DIN-ISO durchgeführt. Die Norm ISO 9001 beschreibt in 20 Kapiteln organisatorische Verfahren, die das Einhalten eines bestimmten Qualitätsniveaus in einer Organisation gewährleisten sollen. Ein Unternehmen, das ein QM-System nach der ISO-Norm unterhält, kann sich einer externen Zertifizierung unterziehen. Die Gültigkeit des ISO-Zertifikats beträgt drei Jahre. In Jahresabständen werden Überwachungsaudits durchgeführt.

Das Modell wurde im Jahr 2000 vollständig überarbeitet und als „ISO 9001: 2000 Prozessmodell“ vorgestellt. Ein Grund für die Überarbeitung war die für Dienstleistungsunternehmen (z. B. Pflegeeinrichtungen) zu mechanische Denkweise, die eine Übertragung auf den Dienstleistungssektor erschwerte. Aber auch mit der Reform „2000-Prozessmodell“ ist die Akzeptanz in der Gesundheitsbranche eher unbedeutend geblieben.

Kammer

Im Rahmen meiner Ausbildung in der LPK Rheinland-Pfalz werde ich in verschiedenen Aufgabenbereichen eingesetzt.

Das Hauptaufgabengebiet ist die Sachbearbeitung im Bereich Fortbildung. Dazu gehören die Anerkennung der Qualitätszirkel, Interventionsgruppen und sonstigen

Veranstaltungen sowie die Mithilfe bei der Bearbeitung der Fortbildungsnachweise.

Alle Anträge auf Anerkennung einer Fortbildungsveranstaltung werden in unserer Datenbank erfasst, geprüft und nach Möglichkeit zertifiziert. Ist die Veranstaltung zertifizierungsfähig, erhält der Veranstalter den Zertifizierungsbescheid, die mit dem Kammerlogo und der Unterschrift der Geschäftsführerin versehenen Blanko-Teilnahmebescheinigungen sowie die Anwesenheitslisten.

Bei der Bearbeitung der Fortbildungsnachweise werden alle Nachweise auf Vollständigkeit und Richtigkeit geprüft und ebenfalls in der Datenbank erfasst. Bei Unvollständigkeit oder Unklarheit müssen weitere Unterlagen nachgefordert werden. Einmal jährlich bekommen die Mitglieder eine Bestätigung, welche Fortbildungsveranstaltungen mit wievielen Punkten anerkannt wurden, und, falls gewünscht, ein Zertifikat als Urkunde. Für dieses Zertifikat fallen Gebühren von 20 € an.

Ein weiterer Schwerpunkt meiner Ausbildung ist das Planen und Organisieren von Veranstaltungen wie z. B. von Fortbildungsveranstaltungen oder unser jährliches Herbstfest. Dabei bin ich für das Mieten des Sitzungssaals, das Bestellen der Speisen und Getränke, sowie das Versenden der Einladungen, das Führen der Teilnehmerlisten und die Erfassung der Teilnehmer mit zuständig.

Weitere Aufgaben in der Kammer sind das Entgegennehmen und Beantworten von telefonischen Anfragen.

Die häufigsten Anfragen beziehen sich auf die Fortbildung. Ebenso werden von vielen Patienten Namen und Adressen von Psychotherapeuten mit Spezialisierungen für z.B. Traumabehandlung, Psychoonkologie oder spezieller Schmerzpsychotherapie nachgefragt. Es kommen aber auch viele Anfragen danach, welche Psychotherapeuten welches Richtlinien-Verfahren anwenden. Dann filtere ich die entsprechenden

Daten nach Ort, Geschlecht, PP oder KJP etc. sortiert, aus unserer Mitgliederdatenbank heraus und sende die jeweiligen Namenslisten zu. Es ist dabei darauf zu achten, dass nur Daten von Mitgliedern weitergegeben werden, die Ihr Einverständnis dazu erteilt haben (Datenschutz). Diese haben wir in der Datenbank entsprechend gekennzeichnet.

Außerdem ist die Buchhaltung ein Schwerpunkt meiner Ausbildung. Dort helfe ich beim Buchen von Rechnungen oder auch bei der Versendung der Beitragsbescheide.

Prüfung

Bei dem Ausbildungsberuf Kauffrau/ Kaufmann im Gesundheitswesen wird – wie in anderen Ausbildungsberufen des dualen Systems – nach dem Berufsbildungsgesetz (konkretisiert in der Ausbildungsordnung) eine Zwischen- und Abschlussprüfung (mündlich und schriftlich) durchgeführt.

Lohnt sich Ausbildung für die Kammer und die Psychotherapeuten?

Was hat die Kammer dazu bewogen, sich für die Ausbildung in dem Berufsbild „Kauffrau/Kaufmann im Gesundheitswesen“ stark zu machen und eine junge Frau darin auszubilden?

Zunächst hat die Kammer als Körperschaft des öffentlichen Rechts eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung, jungen Menschen eine berufliche Perspektive zu bieten, die auch für die Zukunft eine tragfähige Basis einer möglichst lang dauernden Berufstätigkeit darstellen kann. Dies ist aber nur ein Aspekt, der alleine sicher nicht die Triebfeder für unsere Entscheidung im Jahr 2005 war.

Wir haben vielmehr verstärkt erfahren, dass diejenigen, die für die Kammer arbeiten wollen, wegen der hohen erforderlichen Spezialisierung einerseits, der Themenvielfalt andererseits, ohne zusätzliche intensive Fortbildung das Themenspektrum kaum abdecken können. Die Kammer möchte ihren Mitgliedern gerne in allen Bereichen kompetenter Ansprechpartner

sein, so dass wir die Ausbildung eines jungen Menschen, die auf unsere Bedürfnisse zugeschnitten ist, als eine Erfolg versprechende Alternative angesehen haben.

Darüber hinaus bestand aber immer schon die Vorstellung, dass bei sich ändernden Verhältnissen in allen Arbeitsbereichen der Psychotherapie auch die politisch vehement vorangetriebene Entwicklung von der Einzelpraxis zu Praxengemeinschaften, MVZ oder integrierten Versorgungsmodellen es erforderlich wird, den Psychotherapeuten kompetentes Personal zur Seite zu stellen. Gerade bei sich verstärkendem Kostendruck muss es möglich sein, dass der Psychotherapeut sich auf seine originäre Kompetenz zurückziehen kann, damit die am höchsten bezahlten Leistungen erbringt und alle ergänzenden Zuarbeiten von Praxisorganisation, Terminvergabe, über Rechnungen schreiben und mahnen von Angestellten erbracht werden können. Insoweit war die Einstellung einer Auszubildenden auch der „Versuchsballon“, mit dem herausgefunden werden sollte, ob sich das gewählte Berufsbild für den Ein-

satz in den Praxen und – Organisationen unserer Mitglieder eignet.

Erfahrungen aus den ersten zwei Jahren

Standen zunächst einmal die Festlegung der konkreten Ausbildungsinhalte nach den gewünschten Einsatzbereichen an und das herantasten an das, was ein Auszubildender auch an juristischen Kenntnissen benötigt, um sein Arbeitsgebiet selbst im Gesundheitswesen verorten zu können, trat dann sehr schnell die praktische Übung in den Vordergrund. Zunächst wurden die Rechtsgrundlagen des Handelns der Kammer wie Psychotherapeutengesetz und Heilberufsgesetz erarbeitet, danach wurde das gesamte Aufgabengebiet der Kammer von Frau Schneider erarbeitet. Frau Schneider hat ihren festen Arbeitsplatz von Beginn an im Sekretariat der Kammer, um so den direkten Draht zu unseren Mitgliedern zu bekommen. Nach der Einarbeitung in das Mitgliedschafts- und Beitragsrecht wurde sie kontinuierlich in der Bearbeitung der Fortbildungsnachweise und der Zertifizie-

rung von Veranstaltungen eingesetzt. Mit zunehmender Sicherheit in der Sachbearbeitung konnte man auch feststellen, dass die Offenheit gegenüber den telefonisch geäußerten Anliegen der Mitglieder immer mehr wuchs und die positive Rückmeldung über die freundliche Stimme am Telefon, die sehr um die schnelle und sachgerechte Beantwortung aller Fragen bemüht ist, geben uns recht, dass es sich lohnt, Arbeitskraft und Zeit in die Ausbildung zu investieren. Die Fortschritte, die jeden Tag deutlich sichtbar werden, ermutigen uns auch, immer mehr Eigenverantwortung zu fördern und zu fordern, was mit sehr guten Ergebnissen belohnt wird. Durch eine Kooperation mit einer Klinik wird jetzt auch noch für zwei Wochen die konkrete Arbeit in deren Abrechnungsabteilung vermittelt, damit das theoretische Wissen über DRGs und Fallpauschalensysteme auch einen praktischen Bezug bekommt.

Als nächstes Projekt wird Frau Schneider mit der Geschäftsführerin die Verwaltungsabläufe in der Geschäftsstelle im Rahmen eines QM-Projekts beschreiben. Ziel soll hier sein, die Verwaltung darauf hin zu überprüfen, ob und wo sie noch straffer zu organisieren ist als sie es ohnehin schon ist, um versteckte Ressourcen zutage zu fördern. Damit soll bei der Auszubildenden das Verständnis für alle Arbeitsabläufe und das Kostenbewusstsein gefördert werden. Profitieren werden wir alle hiervon.

Ist die Kauffrau / der Kaufmann im Gesundheitswesen auch „praxistauglich“

Wie bereits eingangs erwähnt, war Ziel unserer Initiative auch, herauszufinden, ob das Berufsbild geeignet ist, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in psychotherapeutischen Praxen jedweder Organisationsform darin auszubilden.

Psychotherapeutische Fachangestellte analog der Ärztlichen Fachangestellten (früher Arzthelfer/innen) gibt es nicht. Wir haben uns auch gefragt, ob es erstrebenswert ist, ein solches Berufsbild zu schaffen. Sehr schnell ist der Vorstand der Kammer zu der Auffassung gelangt, dass dies nicht der Fall sein kann. Erstens ist die rein fachliche Unterstützung eines Psychotherapeuten durch das Gebot der persönlichen Leistungserbringung auf wenige Tätigkeiten beschränkt. Zweitens aber benötigt unser Mitglied mehr qualifizierte Unterstützung in der Praxisorganisation, die ihm Entlastung von zeitraubenden „Nebenbeschäftigungen“ wie Terminvergaben, Nachbesetzen von ausfallenden Therapiestunden wegen nicht voraussehbarer Absage von Patienten, Telefonate mit Krankenkassen wegen verspäteter Genehmigungen, Schreibarbeiten, Buchhaltung, Rechnungs- und Mahnwesen usw. bringt. All dies lernt die Kauffrau/der Kaufmann im Gesundheitswesen.

Ein weiterer, aus unserer Sicht nicht zu unterschätzender Aspekt besteht darin, dass die Ausbildung in Zusammenarbeit mit der IHK abläuft und die gesamte Organisation, die nach dem Berufsbildungsgesetz erforderlich ist (Prüfungsausschüsse, Berufsberater, Betriebsberater etc.) von dieser vorgehalten wird. Nach unserer Meinung würde der verwaltungstechnische und finanzielle Aufwand in keiner Relation zu den zu erwartenden Ausbildungszahlen stehen, würde man die Berufsausbildung analog der Regelung im Heilberufsgesetz für die anderen Heilberufe auf unsere Kammer verlagern wollen. Nach unserer Erfahrung hat es sich bewährt, diese Ausbildung im IHK-System zu belassen und nur für die Arbeit in den Prüfungsausschüssen zur Verfügung zu stehen.

Je mehr wir uns mit der Ausbildung auseinandersetzen und mit den Inhalten des Berufs vertraut werden, umso mehr verstärkt sich die Überzeugung, dass die Ausbildung zur Kauffrau /zum Kaufmann im Gesundheitswesen eine geeignete Basis ist, um in psychotherapeutischen Praxen als Fachangestellte/r qualifizierte Arbeit zu erbringen. Wir können unsere Mitglieder nur ermutigen, sich mit der Frage auseinander zu setzen, ob sie einem jungen Menschen die Ausbildung in diesem Beruf in ihrer Praxis oder Organisation ermöglichen.

Wir trauern um die in diesem Jahr verstorbenen Mitglieder unserer Kammer:

Karin Becker-Burnicki
geb. 16.10.1945
verst. 10.04.2007
An der Hesslerquelle 12
55257 Budenheim

Cornelia Urban
geb. 24.04.1953
verst. 11.07.2007
Schulstr. 9
55469 Ober Kostenz

Vorstand und Geschäftsführung wünschen allen Lesern besinnliche Festtage und ein gutes, erfolgreiches Jahr 2008!

Geschäftsstelle

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30
55130 Mainz
Tel 06131/5 70 38 13
Fax 06131/5 70 06 63
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de
telefonische Sprechzeiten:
Mo. – Fr. 10.00 – 12.30 Uhr und
Di. – Do. 14.00 – 16.00 Uhr



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes – PKS

FORUM 22 (Sept 2007)

Schwerpunktthema: Die stationäre psychiatrische Versorgungssituation im Saarland – eine Bestandsaufnahme

Bernhard Morsch

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Klinikum Merzig

1. Einführung

Die saarländische Psychiatrielandschaft hat sich in den letzten 30 Jahren sehr gewandelt. Vorausgegangen waren dem Veränderungsprozess u.a. europäische Entwicklungen von denen exemplarisch hier die radikale Reformpsychiatrie von Basaglia (Basaglia, F. 1978) mit der Auflösung der öffentlichen psychiatrischen Kliniken in Italien genannt werden soll. Dies löste wie in vielen europäischen Ländern auch in Deutschland die sog. „antipsychiatrische Bewegung“ aus und beschleunigte die Prozesse der radikalen Reformen, wie sie die Expertenkommission bereits 1975 in ihrem Bericht zur Lage der Psychiatrie in Deutschland in Anbetracht der katastrophalen Missstände gefordert hatte (Psychiatrie-Enquete 1975). Im Folgenden möchte ich nach einen kurzen geschichtlichen Abriss über die saarländische Psychiatriereform und ihren Einfluss auf die aktuellen Versorgungssituation berichten.

■ **Kurzer geschichtlicher Abriss:** Bereits im 12. Jh. hatte man z.B. in Ägypten spezielle Einrichtungen für Geisteskranke mit besonderer Pflege und Fürsorge eingerichtet, während in Europa überwiegend „Verwahranstalten“ wie in Frankfurt („Stocke“) oder London (Bethlehem Hospital – „Bedlam“) existierten. Im späten Mittelalter wurden Krankheitssymptome als Teufelswerk eingestuft und Geisteskranke bis ins 17. Jahrhundert als Hexen oder Zauberer

von der Inquisition verfolgt. Auch im 18. Jahrhundert noch ließ man Betroffene in Zucht- oder Narrenhäusern vegetieren (z.B. Paris das „Hôpital général“, in England die „Workhouses“, in Deutschland die „Zuchthäuser“). Erst im 19. Jahrhundert verbesserte sich die Situation für psychisch Kranke in Europa. Philippe Pinel (1745–1826), französischer Arzt und Psychiater, gilt als einer der Wegbereiter der gewaltfreien Behandlung. Er befreite die „Irren“ in den französischen Revolutionszeiten von ihren Ketten und führte mit dem sog. „traitement moral“, eine Behandlungsform ein, welche gekennzeichnet war durch Zuwendung, Milde und Geduld (v. Engelhardt D., Hartmann F, 1991). In Deutschland wurden im ausgehenden 19. Jahrhundert vielerorts wie auch im saarländischen Merzig, das damals noch Rheinprovinz war, großzügige Heilanstalten gebaut, in denen neue Behandlungskonzepte erprobt wurden.

■ Der **Nationalsozialismus** erstickte auf grausamste Art mit der Einführung von Rassengesetzen alle Reformansätze. Tausende wurden in medizinischen Versuchen gequält, zwangssterilisiert und in der „Aktion T 4“, der so genannten „wilden Euthanasie“, schließlich als „unwertes“ Leben vernichtet. Während des 2. Weltkrieges wurden etwa 100.000 psychisch Erkrankte (insbesondere chronisch Kranke) in deutschen Anstalten ermordet. Aus dem Saarland überlebten 1945 nur 80 von ursprünglich rund 1500 Personen die sog. „rassenhygienischen Maßnahmen“ (Braß C. 2004).

■ **Psychiatrie-Enquête:** Nach Kriegsende entwickelte sich die Psychiatrie als medizinische Fachdisziplin in Deutschland im Hinblick auf die Behandlung der Patienten nur langsam. Die Enquête-Kommission berichtete 1975 von schwersten Missständen der Psychiatrie in der BRD, die u.a. gezeichnet waren von Zwangsunterbringung, Brutalität und unzureichenden Behandlungsformen bei Personalmangel.

■ **Psychiatrie-Personalverordnung:** Mit der **PsychPV** (Kunze H, Kaltenbach L.

1996) wurde 1990 das bis heute gültige Gesetz verabschiedet, welches die personelle Ausstattung vorschreibt – sowohl für alle psychiatrischen Krankenhäuser wie psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Darüber hinaus wurden mit der PsychPV wichtige Impulse für den Aufbau eines personen- statt institutionszentrierten Versorgungsansatzes (Kauder V., Kruckenberg P. 1997) und für die Umsetzung einer wohnortnahen Behandlung gegeben (Eikermann B. 1997).

2. Saarländische Psychiatriereform

Im Geiste der strukturellen Impulse die von der Enquête ausgingen hat das Saarland 1999 mit der Schließung seines ehemaligen Landeskrankenhauses in Merzig in einem bundesweit einmaligen Prozess seine psychiatrische Großklinik aufgelöst (Werner, W. 1998). 1975 waren in Merzig noch



Portal ehem. Landeskrankenhaus Merzig – heute SHG-Klinikum Merzig

über 1400 Betten, in denen Patienten aus dem ganzen Land behandelt wurden. Seit den späten 80er Jahren waren u.a. durch die Trennung der Finanzierung von Pflege- und Krankenbehandlung fast 1000 Betten in Merzig abgebaut worden. 1990 verfügte das Landeskrankenhaus noch über 440 Betten, deren Auslagerung in die Landkreise ab 1994 politisch konsequent verfolgt wurde. Dabei beinhaltete die saarländische Psychiatriereform die Umsetzung der wohnortnahen psychiatrischen Versorgung mit folgenden **Grundzügen der Behandlung:**

■ **Versorgungsverpflichtung:** Aufnahme-pflicht aller Patienten eines Landkreises für die dortige Klinik; davon unberührt bleibt dem Patienten das Recht der freien Arzt- und Krankenhauswahl (Kunze H., Kaltenbach L. 1996).

■ **Regionalisierung:** Die Dezentralisierung nutzte die Landkreise als Einheiten für die Sektoren mit Versorgungsverpflichtung (Werner, W. 1998). Sie können eher, wenn sie im Versorgungskonzept in kleinere Einheiten subsektoriert werden (z.B. Stationen mit Versorgungsauftrag für ca. 30.000 Einwohner) eine gemeindenahere Versorgung gewährleisten (Mosher L. R., Burti L. 1989). Die wohnortnahe Versorgung fördert die Qualität der Behandlung durch Verbesserung der Behandlungskontinuität (Morsch 2003) und die erleichterte Koordination der Behandlung durch die Vernetzung der stationären und ambulanten Behandlungssektoren mit dem komplementären Bereich (Morsch 2003).

■ **Freiwillige vs. Zwangsbehandlung:** Regelfall ist die freiwillige Aufnahme ohne Unterbringung (Wunn 2003): durchschnittlich werden im Saarland nur ca. 5-7 % aller Patienten vorübergehend wegen Eigen- oder Fremdgefährdung nach dem Polizeigesetz (SPoLG) oder dem Unterbringungsgesetz (UBG) aufgenommen. Die Kliniken behandeln fast ausnahmslos alle Patienten auf **offenen Stationen** (Bernardi 2000). Lediglich zwei der sieben Kliniken halten für Patienten noch Behandlungsplätze auf geschlossenen Stationen vor.

3. Aktuelle Zahlen zur stationär/-teilstationären und ambulanten psychiatrisch-psychotherapeut. Versorgungssituation im Saarland

■ **Erwachsenenpsychiatrie:** Die allge-meinpsychiatrischen Kliniken für erwachsene psychisch Kranke in den Landkreisen verfügen nach Umsetzung des Krankenhausplanes ab 01.01.2007 insgesamt über 585 stationäre Betten, 197 teilstationäre Plätze, 7 Institutsambulanzen.

■ **Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie:** findet sich an drei Standorten und an zwei Standorten Tageskliniken und zwei Institut-sambulanzen.

■ **Gerontopsychiatrie:** Für ältere meist schwer- und mehrfach psychisch kranke Patienten (Alterspatienten) existiert eine

Versorgung im Krankenhaus	Standorte	Betten	teilstationäre Plätze	PP KJP		Inst. Amb. (PIA)
Psychiatrie Erwachsene	7	585	197	14	1	7
K.- u. Jugendpsychiatrie	4	46	31	7	2	3
Gerontopsychiatrie	1	66	12	1	-	-
Psychosomatik	3	33	1	6	-	-
Forensische Psychiatrie	1	160	-	3	-	-

Tab. 1 stationäre psychiatrisch-psychotherapeut. Versorgung in saarländischen Krankenhäusern.

gerontopsychiatrische Fachabteilung in SB auf dem Sonnenberg und eine Tagesklinik. Ansonsten werden gerontopsychiatrische Patienten innerhalb der Psychiatrien mitbehandelt.

■ **Forensische Psychiatrie:** Mit der Psychiatriereform wurde 1998 für die Versorgung psychisch Kranker Straftäter (Maßregelvollzug) eine eigenständige Saarländische Klinik für Forensische Psychiatrie (SKFP) auf dem ehemaligen Gelände des Landeskrankenhauses in Merzig eröffnet.

■ **Komplementäre psychiatrische Versorgung:** Der sog. komplementäre psychiatrische Bereich umfasst alle psychosozialen Hilfen für chronisch psychisch Erkrankte im Bereich Wohnen, Arbeit und Freizeitgestaltung. Hier existiert im Saarland innerhalb jedes Pflichtversorgungs-bereichs durch unterschiedliche Träger und Verbände ein breites Angebot stationärer und ambulanten Betreuung. Kostenträger der über die Eingliederungshilfen für psychisch Behinderte finanzierten Maßnahmen ist i.d.R. das Landesamt für Jugend, Soziales und Verbraucherschutz Aktuell hat das Ministerium für Justiz, Arbeit, Gesundheit und Soziales (MijAGS) einen Plan zum Umbau der Eingliederungshilfen und der Angebotsstrukturen auf den Weg gebracht („Heimreform“). Im Rahmen dessen sollen bis 2012 ambulante vor stationären Hilfen stark ausgebaut werden (I. Jochum FORUM 22, 2007).

■ **Beratungsangebote:** Die Beratungsstellen sind ebenfalls wichtiger Bestandteil des komplementären Bereichs der psychiatrischen Versorgung. Sie tragen u.a. im Vorfeld der psychiatrisch / psychotherapeutischen Behandlungen innerhalb des komplexen psychosozialen Feldes mit ihrem kostenfreien, niedrigschwelligen Zugang für die Hilfesuchenden einen großen Anteil der Prävention (Information,

Beratung, konkrete Hilfsangebote) und der Nachsorge (Beratung in Bereichen wie u.a. in den Bereichen Abhängigkeit, Familie, Finanzen oder Organisation von Selbsthilfe). Im Saarland verfügen wir über ein breites Netz psychosozialer Beratungsstellen, in denen mehr als 50 PP/KJP tätig sind.

■ **Rehabilitation:** Die medizinische Rehabilitation bietet einen exzellenten Rahmen für die stationäre psychotherapeutische Versorgung vor allem mit dem Ziel der beruflichen Wiedereingliederung und Erhaltung der Erwerbsfähigkeit. Im Saarland verfügen wir über insgesamt 11 Rehakliniken mit unterschiedlichen medizinisch-psychotherapeutischen Versorgungsschwerpunkten. Wie Sie unter Punkt 4. lesen können sind hier deutlich mehr PP und KJP beschäftigt als in der kompletten stationären psychiatrischen Versorgung.

■ ambulante Psychotherapie:

Versorgung ambulant	KV-Sitze
Psychiater / Nervenärzte	69
Kinder- und Jugendpsychiater	9
Psychologische Psychotherapeuten	160
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	10
Ärztliche Psychotherapeuten	42

Tab. 2 ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung

Tabelle 2 zeigt in Vervollständigung der Darstellung des Versorgungsangebotes die außerhalb der Kliniken für die ambulante psychiatrische Behandlung und die ambulante psychotherapeutische Versorgung zur Verfügung stehenden niedergelassenen Nervenärzte, Psychiater, Kinder- und Jugendlichenpsychiater und Psychotherapeuten (ärztliche P, PP und KJP).

4. PP und KJP in der stationären Versorgung im Krankenhaus

Der Anteil der approbierten Kollegen in der stationären psychotherapeutischen Versorgung in den 26 saarländischen Kran-

kenhäusern ist vergleichsweise gering. Die Auswertung der aktuellen Meldedaten der PKS ergibt dass insgesamt 35 PP und 3 KJP an 17 Standorten beschäftigt sind (Tab. 1). Für die insgesamt 922 Betten/Plätze in der stationär/teilstationären psychiatrischen Versorgung im Land (ohne Forensik und Psychosomatik) stehen lediglich 22 approbierte KollegInnen zur Verfügung. Auf 100 psychiatrische Patienten im Krankenhaus kommen damit etwa 2 PP/KJP.

Hintergrund: Die **PsychPV** als Personalgesetzgebung im SGB V ist veraltet. Sie wurde bereits vor dem PsychTG aufgelegt und schreibt nur die Personalisierung von Diplompsychologen, nicht die von PP/KJP vor. In der medizinischen Rehabilitation ist die psychotherapeutische Kompetenz in der Gesetzgebung der Rentenversicherungsträger hingegen festgelegt. Zum Vergleich: in den 11 Reha-Kliniken des Landes sind 52 PP und 4 KJP beschäftigt. Außerdem ist in der Personalpolitik der psychiatrischen Kliniken zu beobachten, dass neben der Beschäftigung von nicht-approbierten Kollegen ein wachsender Anteil von Psychotherapeuten im Praktikum (PIP) kostengünstig die Versorgung mit übernimmt (Morsch 2006, FORUM 15). Hinzu kommt, dass die PsychPV nicht für die ambulante Behandlung der Kliniken gilt: Die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) haben u.a. aufgrund der immens gesunkenen Verweildauer in der stationären Behandlung hohe Fallzahlen: Viele der schwer und chronisch Kranken bedürfen nach ihrer Entlassung weiter der ambulanten psychiatrischen Komplexbehandlung. Sie erfolgt i.d.R. durch die Mitarbeiter der Klinik und ergänzt das Behandlungsangebot der niedergelassenen Fachärzte und Psychotherapeuten für diese Patientengruppe (§ 118 SGB V, 2007).

5. Eckdaten der Behandlung Vergleich Saarland – Bund

- **Versorgungsangebot:** Im Bereich Psychiatrie verfügt das Saarland im Bundesvergleich über 20% weniger Betten
- **Inanspruchnahme des Angebotes:** setzt sich zusammen aus der Krankenhaushäufigkeit, dem Nutzungsgrad (Bettenauslastung) und der Verweildauer: Die Häufigkeit der Inanspruchnahme liegt um

20% über dem Mittelwert aller BL. Dabei ist die Auslastung der Betten um 10% höher als der Bundesdurchschnitt. Die durchschnittliche Verweildauer eines Krankenhausaufenthaltes in der Psychiatrie liegt mit 18,8 Tagen 25% unter dem Bundesdurchschnitt.

Parameter	Saarland	Bund	Differenz
Bettenindex (Betten je 10.000 EW)	5,3	6,6	- 20 %
Krankenhaushäufigkeit (Tage im KH je 10.000 EW)	101,8	84,7	+ 20 %
Nutzungsgrad (Bettenauslastung in % Belegung)	99,7	89,6	+ 10 %
Verweildauer (durchschnittliche Tage im KH)	18,8	25,3	- 25 %

Tab. 3 Psychiatrie Versorgungsangebot und Inanspruchnahme – Vergleich Saarland: Bund

(Quellen: Krankenhausplan Saarland 2006-2010, Qualitätsbericht KVS 2006).

6. Folgerungen aus den Versorgungsdaten

Für den psychiatrischen Versorgungsalltag im Saarland zeigen die Zahlen (Borges P. 2005) eindrücklich, dass im Vergleich zum Bund das Saarland mit **weniger psychiatrischen** Betten seine Patienten bei einer sehr **kurzen Verweildauer häufiger im Krankenhaus** behandeln muss. Wegen der dadurch bedingten **hohen Auslastung** müssen die Patienten in voll belegten Fachabteilungen behandelt werden. Deshalb hatte der Gutachter dem Ministerium eine Aufstockung der psychiatrischen Betten um 10% (57) und teilstationären Plätze um 30% (59) empfohlen. Leider hat sich das Ministerium nicht an die Empfehlungen des Gutachters gehalten und im stationären Bereich nur die Hälfte (26 Betten) und im teilstationären lediglich ein sechstel (11 Plätze) aufgestockt. Die Begründungen für diese Schritte waren aus Kammersicht wenig stichhaltig (Morsch 2006, FORUM 15). Eine Klinik hat den Klageweg vor dem Verwaltungsgericht Saarlouis beschritten und einen Teilerfolg erreicht. Auch wenn das Ministerium die richterliche Entscheidung anders interpretiert wird eine Änderung des Krankenhausplanes im Bereich Psychiatrie / Psychosomatik unumgänglich sein.

7. Psychosomatik

Die stationäre Behandlung psychosomatisch kranker Patienten findet im Saarland nicht über bettenführende Fachabteilungen statt. An drei Kliniken werden sog. psychosomatisch-psychotherapeutische Sektionen innerhalb internistischer und chirurgischer Fachabteilungen ausgewiesen (Tab 1). Laut Krankenhausplan soll dies eine „Querschnittsaufgabe“ der Medizin sein, die „vorrangig durch den Einsatz psychosomatischer Kompetenz in den bestehenden somatischen Fachabteilungen“ (ebenda S.9) sichergestellt werde. An den 3 Standorten sind neben den Fachärzten 6 PP beschäftigt. Welche Psychotherapeuten (ärztliche und psychologische) in den übrigen 16 Krankenhäusern diese Kompetenz sicherstellen geht aus dem Krankenhausplan nicht hervor. Wenn man aber auf bettenführende Abteilungen für Psychosomatik verzichten möchte, muss man ein „alternatives“ Versorgungsangebot vorhalten. Denkbar wären hier die Einrichtung von **Liäsondiensten** (eigens finanzierte psychosomatisch/psychotherapeutische Fachdienste) an allen Krankenhäusern, welche über qualifizierte Mitarbeiter (Psychotherapeuten) verfügen müssten. Es kann nicht alleine Aufgabe der ausgewiesenen „Sektionen“ und der stationären psychiatrischen Kliniken sein, den gewachsenen Anteil von Patienten mit **akuten psychosomatischen** Beschwerden zu behandeln. Dazu sind die Psychiatrien personell auch nicht ausgestattet (siehe Tab. 1). Im Gegensatz zur Akutversorgung psychosomatischer Erkrankungen ist das bestehende Angebot für **postakute Erkrankungen** in der **medizinischen Rehabilitation** im Saarland vergleichsweise hoch. Aufgabe der psychosomatischen Fachkliniken ist jedoch ausdrücklich nicht die Akutversorgung von Patienten sondern deren Rehabilitation.

8. Ausblick

- Die Standortbeschreibung der **psychiatrischen Versorgung** zeigt, dass die Psychiatriereform im Saarland durch die Dezentralisierung eine Reihe positiver und begrüßenswerter struktureller Veränderungen erbracht hat.
- Die Forderung der BPTK nach Anpassung der **Psychiatrie-Personalverordnung**

ist begründet und oft erhoben worden. Ob und wie jedoch eine grundsätzlich veränderte Finanzierung aussehen könnte um Vorteile für die Behandlung zu bringen ist völlig unklar. Lange Zeit stand die Frage der Novellierung der PsychPV im Raum. Mittlerweile scheint allerdings sicher, dass die Zukunft der Finanzierung der stationären Psychiatrie nicht in einer überarbeiteten PsychPV sondern in einem tagesbezogenen pauschalierten Entgeltsystem liegen wird. Die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) hat ihren Fachgremien zur Erarbeitung eines Entwurfes bis 2009 einen klaren Auftrag gegeben.

■ Die Verbesserung der Versorgung an den Schnittstellen stationär zu ambulant und Krankenhaus zu Rehabilitation steht im Mittelpunkt der sog. **Integrierten Versorgung** nach § 140 b SGB V. Ob die integrierten Versorgungskonzepte im Bereich der Psychiatrie/Psychotherapie eine wichtige Lücke schließen können, wird u.a. von der Ausgestaltung der Verträge und einer soliden und dauerhaften Finanzierung abhängen (Morsch, FORUM 14-2006). Der Einschätzung der BPTK, dass die Rolle der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) als Anbieter integrierter, komplexer und berufsgruppenübergreifender Behandlungsleistungen unterschätzt wird, kann ich mich aus meiner beruflichen Erfahrung anschließen. Sowohl die Finanzierung (niedrige Quartalspauschalen) als auch die zurückhaltende Personalisierung (anteilige Mitversorgung aus dem stationären Personaltableau) bremsen das Versorgungspotential der Institutsambulanzen speziell für die schwer und chronisch psychisch Kranken innewohnt.

■ Auf die Gefahr die sich aus der „**Heimreform**“ für die Versorgung ergibt wurde bereits hingewiesen (Jochum FORUM 20). In Anbetracht steigender Zahlen von psychisch kranken Menschen, die dauerhaft auf psychosoziale Hilfen angewiesen sind, darf die beschlossene Umschichtung „ambulant vor stationär“, die den Abbau stationärer Hilfen beinhaltet, nicht auf Kosten der Betroffenen gehen. Eine stationäre psychiatrische Versorgung kann nur dann erfolgreich arbeiten, wenn ein suffizientes komplementäres Versorgungsnetz wohnortnah vorgehalten wird.

■ Handlungsbedarf besteht außerdem im Hinblick auf die Schaffung eines vernünftigen stationären Versorgungsangebotes v.a. für die **akut psychosomatisch kranken Patienten**. Es bleibt zu hoffen, dass der Krankenhausplan hier auf Druck der Gerichte doch noch in Richtung eines verbesserten Angebotes geändert wird.

Literatur

- Franco Basaglia: Antipsychiatrie, das neue Verständnis psych. Krankheit, Hamburg 1978.
- Bernardi O. (2000). Psychiatrie mit Offenen Türen. Offene stationäre Psychiatrie mit Pflichtversorgung. Georg Thieme Verlag.
- Borges P. et al. Gutachten zur Erstellung des saarl. Krankenhausplanes 2006-2010, GEBERA, Köln, September 2005.
- Braß C. Psychiatrie im Nationalsozialismus Zwangssterilisation und 'Euthanasie' im Saarland 1935-1945. Paderborn: Ferdinand Schöningh. 2004.
- Eikermann B (1997). Sozialpsychiatrisches Basiswissen. Grundlagen u. Praxis. Stuttgart: Enke Verlag.
- I. Jochum (2007). Heimreform im Saarland: Ambulant vor stationär. Oder billig vor teuer? FORUM 20, S. 15, PKS, 2007.
- Kauder V, Kruckenberg P (1997). Personen-zentrierte Hilfen in der Psychiatrischen Versorgung, Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Kittel, I. W. (1981). Systematische Überlegungen zum Begriff «krank» in der Medizin im allgemeinen und in der Seelenheilkunde im besonderen. In: Degkwitz, R. & H. Siedow (Hrsg.): Standorte der Psychiatrie. Urban & Schwarzenberg, München.
- Krankenhausplan für das Saarland 2006-2010, Ministerium für Justiz, Arbeit, Gesundheit und Soziales, 2006.
- Kunze H., Kaltenbach L. (1996). Psychiatrie-Personalverordnung. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- Morsch, B. (2003). Behandlungskontinuität. In: Werner W. (Hrsg.); Lehrbuch der Krankenhauspsychiatrie. S. 178-195. Schattauer Verlag, Stuttgart.
- Morsch, B. (2003). Die Notwendigkeit und Praxis der Koordination. In: Werner W. (Hrsg.); Lehrbuch der Krankenhauspsy-

chiatrie. S. 210-222). Schattauer Verlag, Stuttgart.

- Morsch, B (2006). Integrierte Versorgung – Chance oder Gefahr für PP und KJP?.. FORUM 14, S. 1, PKS, 2006.
- Morsch, B (2006). Krankenhaus für das Saarland 2006-2010: Ministerium verpasst Chance. FORUM 15, S. 3-5, PKS, 2006.
- Morsch, B (2006). Psychiatriejahr noch immer unentgeltlich:.. FORUM 15, S. 5, PKS, 2006.
- Mosher LR, Burti L (1989). Psychiatrie in der Gemeinde. New York, London: Psychiatrie-Verlag).
- Psychiatrie-Enquete: Anhang. Teil A, Dtsch. Bundestag, 7. Wahlperiode, 1975, Drucksache 7/4201, 47 ff., 457, 793.
- Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung Stand: Zuletzt geändert durch Art. 6 Abs. 11.
- Qualitätsbericht 2006 der Kassenärztlichen Vereinigung des Saarlandes.
- v. Engelhardt D., Hartmann F.: Klassiker der Medizin II. Von Philippe Pinel bis Viktor von Weizsäcker In Beck C.H., 1991.
- Werner W. (1998). Auflösung ist machbar. Vom Großkrankenhaus zur Dezentralisierung. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Wunn B. (2003) Der Freiheitsentzug. In: Werner W. (Hrsg.); Lehrbuch Krankenhauspsychiatrie. S. 226-234). Schattauer Verlag, Stuttgart.

Sie finden alle vollständigen Ausgaben des FORUM auf unserer Website:

www.ptk-saar.de

Redaktion FORUM und saarländische Kammerseiten Vorstand PKS

(Präsidentin: Ilse Rohr, Vizepräsident: Bernhard Morsch, Beisitzerinnen: Irmgard Jochum, Liz Lorenz-Wallacher, Andrea Maas-Tannchen)

Geschäftsstelle

Talstraße 32
66119 Saarbrücken
Tel 0681. 95455 56
Fax 0681. 95455 58
kontakt@ptk-saar.de

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Zu meiner Wahl als Kammerversammlungsmitglied und neue Kammerpräsidentin bedanke ich mich bei allen, die mich gewählt und mir damit ihr Vertrauen gegeben haben. Ich freue mich über diesen deutlichen und ermutigenden Zuspruch und bin mir der damit verbundenen Verantwortung bewusst. Durch meine Arbeit werde ich versuchen, auch das Vertrauen derer zu gewinnen, die mich nicht gewählt haben. Ausdrücklich danken möchte ich auch dem ausgeschiedenen Vorstand für die geleistete Arbeit.

Mein Ziel bei der Zusammensetzung des neuen Vorstandes und der Ausschüsse

war, alle Kammerversammlungsmitglieder über Wahlbündnislistengrenzen hinweg zu beteiligen; dies ist diesmal noch nicht gelungen. Auch hieran werde ich künftig zusammen mit allen Kammerversammlungsmitgliedern arbeiten, um Gruppeninteressen gegenüber den Interessen aller Kammermitglieder zurück zu stellen. Gelingen ist jedoch, dass in dem neugewählten Vorstand sowohl angestellte als auch freiberuflich tätige KollegInnen aus verschiedenen Tätigkeitsfeldern und Regionen des Landes vertreten sind. Dies ist eine hervorragende Voraussetzung dafür, dass der Vorstand entsprechend seines Selbstverständnisses und Auftrages die In-

teressen aller Mitglieder im Auge behalten und vertreten kann.

Ich wünsche mir für die kommenden vier Jahre eine fruchtbare und sachorientierte Zusammenarbeit aller Kammerversammlungsmitglieder und respektvollen Umgang miteinander. Ich möchte mein Engagement für die PKSH im Sinne Max Webers verstanden wissen, nämlich meine Aufgaben mit Leidenschaft, Verantwortungsbeusstsein und Augenmaß ausfüllen.

Mit kollegialen Grüßen

*Juliane Dürkop
Präsidentin*

Der neue Vorstand stellt sich vor

Als frisch gewählte Vorstandsmitglieder bedanken wir uns für das in uns gesetzte Vertrauen bei allen, die uns bei der Kammerwahl bzw. den Vorstandswahlen ihre Stimme gegeben haben. Wir werten dies als Bestätigung der von uns im Vorfeld vertretenen Positionen sowie als Auftrag und Verpflichtung, uns in diesem Sinne für die Interessen aller Kammermitglieder einzusetzen.

Nach der konstituierenden Sitzung haben wir unverzüglich unsere Arbeit aufgenommen, uns in kurzer Zeit einen Überblick verschafft und mit Unterstützung des Geschäftsführers, Herrn Wohlfarth, in die Geschäfte des Vorstandes eingearbeitet sowie eine grobe Aufteilung von Zuständigkeitsbereichen im Vorstand festgelegt. Auf einer Klausurtagung an einem Wochenende im September haben wir sodann grundsätzliche Entscheidungen abgestimmt, wie wir es bewerkstelligen

wollen, einige uns wichtige Punkte in der Kammerpolitik so zu verändern, wie wir es uns vor den Wahlen vorgenommen hatten. Als eine der dringlichsten Aufgaben stand an, einen Haushalt für 2008 zu entwerfen. Bis zum Erscheinen dieser Ausgabe wird die Kammerversammlung am 23.11.2007 erneut getagt und den Haushalt für 2008 beschlossen haben. Der Vorstand bemüht sich in enger Zusammenarbeit mit dem Finanzausschuss darum, das angestrebte Ziel einer Beitragsreduktion durch eine strenge Aufgaben- und Ausgabenkritik umzusetzen. Aufgrund von an anderer Stelle entschiedenen Kostensteigerungen (der Beitrag für die BPTK steigt um 9 €/Mitglied, die Kosten für den Heilberufausweis werden sich auf geschätzt über 20.000 € für die PKSH belaufen) aber auch selbst gewünschte Maßnahmen wie die zukünftige Mitgliedschaft der PiA (die Kosten für das Psychotherapeuten-Journal werden durch die zusätzliche Mitgliedschaft von ca. 150

PsychotherapeutInnen in Ausbildung entsprechend steigen) stellt uns dies vor eine besondere Herausforderung. Wir hoffen auf eine aktive Unterstützung in diesem unserem Anliegen von allen gewählten Kammerversammlungsmitgliedern auf der entscheidenden Kammerversammlung, die wie immer öffentlich für alle Kammermitglieder stattfinden wird.

**Dipl.-Psych. Juliane Dürkop,
Präsidentin**

Psychologische Psychotherapeutin.

Ich bin 49 Jahre alt und lebe mit meinem Mann in Kaltenkirchen. Meine beruflichen Stationen waren und sind vielfältig: aktuell bin ich freiberuflich tätig in Kiel in Klinik und Praxis mit den psychotherapeutischen Schwerpunkten Psychoonkologie, Rheuma und Borderline-Störungen sowie Fortbildung für Ärzte und Pflegekräfte; davor ha-

be ich in der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik und der Uni-Frauenklinik in Kiel, bis 1999 in einer städtischen AIDS-Beratungsstelle und davor in einer Kurklinik und am Psychologischen Institut in einem Forschungsprojekt gearbeitet. Mein fachliches Fundament bildet meine Ausbildung in personenzentrierter Psychotherapie, ergänzt durch Weiterbildung in Hypnotherapie.

Berufspolitisch war ich bisher hauptsächlich als Landesgruppen-Vorsitzende des BDP aktiv. Hier werde ich mein Engagement etwas zurücknehmen. Die Entwicklung der PKS H habe ich als Leiterin der Landeskongress der Psychotherapieverbände und Vorsitzende des Errichtungsausschusses von Beginn an mitgestalten können.



Juliane Dürkop

Als Präsidentin sehe ich es als meine vorrangige Aufgabe, unsere beiden Berufe in den (für uns relevanten) gesellschaftlichen Bereichen zu vertreten und ihre Bedeutung den Entscheidungsträgern zu verdeutlichen.

Daneben werde ich mich dafür einsetzen, der Abwertung der Approbation, wie sie auf Bundesebene teilweise betrieben wird, entgegen zu wirken. Die Intensivierung der Kooperation mit den anderen Kammern Norddeutschlands wird hoffentlich bald Früchte tragen, von denen alle profitieren. Im Vorstand habe ich zudem den Bereich Öffentlichkeitsarbeit und PsychInfo übernommen.

Dipl.-Psych. Bernhard Schäfer, Vizepräsident

Psychologischer Psychotherapeut

Mein Studium der Psychologie habe ich an der Universität Trier absolviert und 1991 abgeschlossen. Dem folgte eine Ausbildung zum Verhaltenstherapeuten bei der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie. Fach- und berufspolitisch bin ich in diesem Verband „beheimatet“ und als Sprecher des DGVT-Länderrates auch Mitglied im erweiterten Bundesvorstand. Weitere Funktionen auf kammerrelevanten Gebieten nehme ich nicht wahr. Meine Approbation zum Psychologischen Psychotherapeuten habe ich 1999 erlangt. Seit 16 Jahren bin ich als Angestellter berufstätig und verfüge hier jeweils über mehrjährige Berufserfahrungen in der Drogenhilfe (Drogenberatung und Entwöhnungsklinik), der Psychiatrie (Kliniken), sowie in der Behindertenhilfe.

Als Vizepräsident der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein werde ich mich besonders dafür einsetzen, dass die Perspektiven der abhängig beschäftigten Kolleginnen und Kollegen gleichberechtigter Eingang in die Diskussionen der Kammergremien finden. Dies müsste eigentlich eine Selbstverständlichkeit sein, da die abhängig Beschäftigten ca. die Hälfte der Pflichtmitglieder stellen. Betrachtet man sich jedoch die Zusammensetzung der Kammergremien bundesweit, ist nach wie vor eine starke Dominanz der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen zu konstatieren. Im neuen Vorstand der PKS H sind drei Mitglieder abhängig beschäftigt und somit adäquat repräsentiert. In der neuen Kammerversammlung der PKS H hingegen ist das alte Ungleichgewicht bestehen geblieben, was sicher auch damit zu tun haben dürfte, dass vergleichsweise wenig abhängig Beschäftigte kandidiert haben.

Ich habe die Hoffnung, dass das Wahlergebnis und die Vorstandsarbeit der nächsten vier Jahre bei den abhängig Beschäftigten auch Impulse setzen kann, sich zukünftig stärker aktiv zu beteiligen. Die Betätigungsfelder sind heterogen, die Interessen vielfältig und es braucht für eine gute Interessenvertretung der abhängig

Beschäftigten eine möglichst rege Beteiligung.

Vor dem Hintergrund der Pflichtmitgliedschaft in den Kammern sehe ich meinen zweiten zentralen Schwerpunkt darin, dass die Kammer ihren gesetzlichen Auftrag qualitativ hochwertig und gleichzeitig möglichst kostengünstig erfüllt. Neben kurzfristigen Einsparmöglichkeiten werde ich vor allem meinen Beitrag dazu leisten, dass längerfristige Überlegungen zu größeren kostenreduzierenden strukturellen Veränderungen in der Kammerlandschaft vorbehaltlos und nüchtern diskutiert werden. Das bedeutet beispielsweise, dass sorgfältig überprüft wird, welche gesetzlichen Aufgaben tatsächlich (nur) landesspezifisch wahrgenommen werden können. Ich gehe davon aus, dass der weit überwiegende Teil der Interessen der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gemeinsame Interessen aller Kolleginnen und Kollegen sind, unabhängig davon, ob sie nun diesseits oder jenseits der Elbe ihrem Beruf nachgehen. Landesgrenzen sind nach meiner Überzeugung keine wirklichen Interessengrenzen für die neuen Heilberufe und ich halte es eher für problematisch, wenn sie zu sol-



Bernhard Schäfer

chen gemacht werden. Deshalb werde ich mich als Vizepräsident besonders dafür einsetzen, dass dieser Gedanke in den Vordergrund rückt und ernsthaft geprüft wird, an welchen Stellen Landesstrukturen sinnvollerweise in größere und kostengünstigere Strukturen (Nordkammer)

integriert werden können, ohne die landesspezifischen Besonderheiten zu vernachlässigen.

Im neuen Kammervorstand bin ich für alle Angestelltenbelange und für das Beschwerdemanagement zuständig.

**Dipl.-Psych.
Detlef Deutschmann
Vorstandsmitglied**

Psychologischer Psychotherapeut

Ich bin 46 Jahre alt, verheiratet, habe 3 Kinder und lebe in Bad Bramstedt. Ich bin seit 18 Jahren berufstätig im Angestelltenverhältnis, die letzten 13 Jahre in der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Bad Bramstedt. Insofern sind mir insbesondere die Probleme und Interessen der angestellten KollegInnen besonders vertraut, für die ich mich seit vielen Jahren auf unterschiedlichen Ebenen berufspolitisch einsetze. Aus der täglichen Zusammenarbeit kenne ich aber auch die schwierige Situation vieler PsychotherapeutInnen in Ausbildung recht gut.



Detlef Deutschmann

Berufspolitisch aktiv war bzw. bin ich u.a. seit 1999 als Landessprecher der DGVT, daneben als Mitglied der Landeskongress der Psychotherapieverbände Schleswig-Holsteins sowie im Anschluss im Errichtungsausschuss der PKSH und seit 2003 als gewähltes Mitglied der

Kammerversammlung und Mitglied des Rechnungsprüfungsausschusses. In der Kammerpolitik habe ich mich besonders engagiert für wirtschaftliche Themen (z.B. Versorgungswerk), für einen sparsameren Umgang mit finanziellen Ressourcen (Anträge zur Reduktion von Entschädigungen,..), für mehr Transparenz sowie für eine zumindest ernsthafte Prüfung der Idee eines Zusammenschlusses der vier Nordkammern mit dem Ziel einer Effizienzsteigerung und spürbaren Kostenreduktion.

Für diese Themen will ich mich auch als neu gewähltes Vorstandsmitglied sowie Finanzausschusssprecher weiter aktiv einsetzen. So ist für mich nach wie vor nicht zu erkennen, warum in den vier Nordkammern jeweils eigene teure Geschäftsstellen, eigene Vorstände, mehr oder weniger gleiche Ausschüsse usw. notwendig sein sollen, um mehr oder weniger identische Aufgaben und Ziele zu bearbeiten. Gerade für eine so kleine Kammer wie die PKSH entstehen dadurch so hohe Basiskosten, dass für wirkliche politische Ziele nur minimale finanzielle Handlungsspielräume bleiben. Ich bin davon überzeugt, dass dies von der überwältigenden Mehrheit der Kammermitglieder genauso gesehen wird. Mir ist dabei bewusst, dass ein Zusammenschluss mit anderen Kammern über Staatsverträge mehrere Jahre dauern wird. Die Ostkammern haben jedoch bewiesen, dass dies gerade für kleine Kammern sinnvoll und möglich ist.

**Dipl.-Psych., Dipl.-Soz.päd.
Dorothee Katz,
Vorstandsmitglied**

Psychologische Psychotherapeutin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Ich bin seit 2001 in der psychologischen Beratung für Studierende des Studentenerwerkes Schleswig-Holstein in Kiel und in Lübeck tätig. Dieses mit ca. einer halben Stelle, die andere halbe Stelle arbeite ich als Psychologische Beratung der Kindertagesstätten bei der Gemeinmediakonie Lübeck. Meine Aufgabe besteht hier in Diagnostik und Therapie der Kinder und Familien, aber auch in der fachlichen Beratung der MitarbeiterInnen.

Ich war schon im Errichtungsausschuss nach Ausscheiden einer Kollegin im Vorstand tätig und habe den demokratischen und transparenten Arbeitsstil der Präsidentin geschätzt. Auch jetzt habe ich mich wieder in den Vorstand wählen lassen, weil ich gemeinsam mit ihr und den gleichgesinnten Kollegen auch für die Kammermitglieder eine stärkere Kommunikation und Information wiederherstellen möchte.

In der Kammerversammlung werde ich mich besonders für eine Vielfalt der Therapieverfahren, insbesondere der Gesprächspsychotherapie, sowie als Beauftragte für Fort- und Weiterbildung dafür einsetzen, dass Fortbildungen weiter in vielen Methoden und Verfahren anerkannt werden. Neue Fortbildungscurricula z.B. in Neuropsychotherapie und Notfallpsychotherapie müssen sorgfältig geprüft werden und eine saubere Abgrenzung ihrer Tätigkeiten neben Neuropsychologen und Notfallhelfern definieren.



Dorothee Katz

Als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin liegt mir eine höhere Bedarfsdeckung sowohl im klinischen wie im ambulanten Bereich am Herzen.

**Dipl.-Psych. Dr. Dietmar Ohm
Vorstandsmitglied**

Psychologischer Psychotherapeut

Mein Diplom habe ich 1977 an der Universität Trier abgelegt. Die Promotion erfolgte

1987 an der Universität Hamburg auf der Grundlage einer Therapieeffektstudie zu AT, PR und Hypnose bei Koronarpatienten. Abgeschlossene Ausbildungen habe ich in Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie, Hypnotherapie und Entspannungsverfahren (Autogenes Training, Progressive Relaxation) absolviert. Ich bin verheiratet und habe drei Kinder.

Von 1977 bis 2001 war ich in verschiedenen Kliniken und Krankenhäusern als Klinischer Psychologe tätig (u.a. Curschmann-Klinik, Timmendorfer Strand; Mühlenberg-Klinik, Bad Malente; St. Elisabeth-Krankenhaus, Eutin). Seit 1999 arbeite ich in eigener Praxis mit verhaltenstherapeutischer KV-Zulassung in Lübeck.

Außerdem bin ich als Dozent und Supervisor tätig (DGVT, Institut für Psychotherapie und Psychosomatik der Akademie für Medizinische Fortbildung der Ärztekammer Schleswig-Holstein, BDP) und bin seit 2003 gewähltes Vorstandsmitglied des Instituts für Psychotherapie und Psychosomatik. Seit 1998 habe das Amt des Vorsitzenden der Psychologischen Fachgruppe Entspannungsverfahren im BDP inne.

Die Erfahrungen in der psychotherapeutischen Arbeit haben Niederschlag in der Veröffentlichung von Fachartikeln, Büchern und CDs (u.a. „Progressive Relaxation“ im TRIAS-Verlag) zu gesundheitspsychologischen Themen und Entspannungsverfahren gefunden.



Dr. Dietmar Ohm

Erste Erfahrungen konnte ich 2006 in der Kammerversammlung der PKS SH sammeln, da ich für eine ausscheidende Kollegin nachrückte.

Aufgrund meiner heutigen beruflichen Situation als KV-zugelassener Vertragspsychotherapeut in Lübeck liegen mir die Interessen der niedergelassenen KollegInnen besonders am Herzen. Da ich allerdings 22 Jahre lang im Angestelltenverhältnis als Klinischer Psychologe tätig und zeitweise Betriebs- bzw. Personalrat war, schlägt mein Herz auch für die Anliegen der Angestellten. Einsetzen möchte ich mich auch für die Anliegen der PiA, die bisher noch nicht in die PKS SH integriert und damit in Schleswig-Holstein quasi heimatlos sind. Aufgrund meiner Tätigkeit als Dozent und Supervisor im Rahmen der Ausbildung von PiA (u.a. als Lehrpraxis) habe ich Einblick in die Sorgen und Nöte unserer jungen KollegInnen.

Sowohl von niedergelassenen als auch von angestellten KollegInnen wurde immer wieder an mich herangetragen, dass der Kammerbeitrag als zu teuer und die Entschädigungen für die ehrenamtlichen Tätigkeiten als zu hoch angesehen wurden. Außerdem wurde kritisiert, dass die Tätigkeit der Kammer als wenig transparent erlebt wurde. Sorgen wurden dahingehend geäußert, dass durch die Einrichtung von Spezialisierungen in einer Weiterbildungsordnung die Approbation entwertet werden könnte. So wurde befürchtet, dass man vielleicht in einiger Zeit nur als „Fachpsychologe für Angststörungen“ oder für „Schmerzstörungen“ oder für „Depressionen“ usw. die entsprechenden PatientInnen würde behandeln können. Dabei wurde oft der Verdacht geäußert, dass dies im geschäftlichen Interesse entsprechender Fort- und Weiterbildungsinstitute liegen könnte. Dementsprechend war und ist es mir wichtig, gegen unnötige Restriktionen zu kämpfen und mich für eine effiziente, transparente und ökonomische Kammerarbeit sowie für möglichst niedrige Kammerbeiträge einzusetzen.

Die Mehrheitsverhältnisse in der vorhergehenden Kammerversammlung waren

allerdings leider derart, dass sich nur eine Minderheit für die oben formulierten Ziele einsetzte. Um diese Situation zu verändern, schlossen wir uns zusammen und kandidierten als „KamOn“. Der für uns unerwartet deutliche Wahlerfolg war eine große Freude, aber natürlich sehen wir uns nun auch von den WählerInnen in die Pflicht genommen, unsere durchaus ehrgeizigen Wahlziele umzusetzen. Dies wird sicher harte Sach- und Überzeugungsarbeit erfordern, da „KamOn“ über keine „bequeme“ Mehrheit verfügt, sondern stets um die Unterstützung der übrigen KammervertreterInnen ringen muss. Ich hoffe, dass es uns gelingt, möglichst viele KollegInnen mit ins „Boot“ zu bekommen, damit wir gemeinsam eine Kammer aufbauen, die von möglichst vielen KollegInnen als „unsere Kammer“ angesehen wird.

Zusammensetzung der Ausschüsse

Auf seiner konstituierenden Sitzung der 2. Legislaturperiode hat die Kammerversammlung am 31.08.2007 neben dem Vorstand auch die nach der Hauptsatzung vorgesehenen Ausschüsse neu gewählt. Mitglieder sind im **Finanzausschuss** Detlef Deutschmann, Dorothee Katz und Klaus Thomsen, im **Ausschuss Fort- und Weiterbildung** Michaela Langen, Dr. Angelika Nierobisch, Andrea Radvan, Theodor Schneider, Jürgen Staack, Stephan Stolz und Rolf Waßhausen und im **Rechnungsprüfungsausschuss** Britta Beers und Heinrich Thomsen.

In die **Schlichtungskommission** wurden gewählt: RA Andreas Kühnelt (Vorsitzender), Michael Eichberger und Maïke Finger. Stellvertreter sind RA Stephan Gierthmühlen, Heinrich Thomsen und Lea Webert.

Die **Delegierten für den Deutschen Psychotherapeutentag** sind Juliane Dürkop, Dorothee Katz, Bernhard Schäfer und Jürgen Staack. Als Stellvertreter wurden gewählt: Detlef Deutschmann, Maïke Finger, Dr. Dietmar Ohm und Andrea Radvan.

Heilberufegesetz Schleswig-Holstein wird novelliert

Der Landtag plant für seine Oktober-Sitzung die Änderung des Heilberufegesetzes, nachdem der Sozialausschuss bereits im September – nach Anhörung aller betroffenen Kammern – dem Entwurf zugestimmt hatte. Für unsere Berufe enthält das Gesetz, das dann Heilberufekammer-Gesetz heißt, folgende wichtige Änderungen:

Die jungen Kolleginnen und Kollegen, die sich in der praktischen Ausbildung befinden, werden Kammermitglieder; wir erhalten einen zeitlichen Aufschub bezüglich der Erprobung von Weiterbildungsordnungen und somit für die Erarbeitung einer Weiterbildungsordnung; die Kammer erhält die zusätzliche Aufgabe der Ausgabe des neuen Heilberufsausweises (das Pendant zur elektronischen Gesundheitskarte der Patienten); des weiteren werden die EU-Richtlinien (betreffend „Niederlassungs- und Dienstleistungsfreiheit“) umgesetzt sowie Anpassungen an aktuelle Entwicklungen auf Bundesebene vorgenommen.

Warum PsychInfo?

Täglich erreichen die Geschäftsstelle der PKS H Anrufe von Patientinnen und Patienten mit der Bitte nach Behandlerlisten für einen Ort/Kreis oder Angabe von PsychotherapeutInnen mit ganz speziellen Kompetenzen. Da die Kammer aus Datenschutzgründen keine Daten aus dem in-

ternen Mitgliederprogramm herausgeben darf, bleibt nur der Hinweis auf den PsychInfo oder der Verweis auf das Patiententelefon der Kassenärztlichen Vereinigung (KVSH). Die Listen der KVSH enthalten zwar alle kassenzugelassenen Psychotherapeuten und Angaben zu den Psychotherapieverfahren, weitergehende Angaben zu Sprechzeiten, Therapiemöglichkeiten in Fremdsprachen oder Barrierefreiheit gibt es dort aber nicht.

Hier bietet PsychInfo die Möglichkeit, auch die genannten und weitere Zusatzinformationen zu veröffentlichen. Außerdem können Kammermitglieder, die in Privatpraxen oder Kliniken tätig sind – mit Einverständnis ihres Arbeitgebers – ihre Daten angeben.

Doch der Nutzen steht und fällt mit der Vollständigkeit der Einträge im System, da ansonsten der Eindruck entsteht, für bestimmte Bereiche seien keine Therapeuten verfügbar. An dieser Stelle wenden wir uns daher erneut mit der dringenden Bitte an Sie, Ihre Angaben im Suchdienst einzutragen, sofern noch nicht geschehen. Die Zugangsdaten sind einmalig im Dezember 2005 herausgegeben worden, sollten Sie sie zwischenzeitlich verlegt haben, wenden Sie sich gern an die Geschäftsstelle. Neumitglieder erhalten ihre Zugangsdaten immer mit den Aufnahmeunterlagen.

Wenn Sie Ihre Daten online eintragen, ist dies für Sie kostenlos. Sollten Sie Ihre Angaben auf dem dreiseitigen Formular bei uns einreichen, übernehmen wir die Eingabe und berechnen dafür eine einmalige Gebühr von 10,00 €. Bitte tragen Sie

durch Ihren Eintrag dazu bei, das System noch erfolgreicher zu machen!

Übrigens: Zwischenzeitlich sind neben den Gründungskammern Niedersachsen, Bremen, Hamburg und Schleswig-Holstein auch die Psychotherapeutenkammern Berlin und des Saarlandes dem PsychInfo beigetreten.

*Michael Wohlfarth
Geschäftsführer*

Verbesserte Darstellung des Fortbildungsangebotes auf der Homepage der PKS H

Die PKS H hat in Kooperation mit der Psychotherapeutenkammer Hamburg die Darstellung der akkreditierten Fortbildungsveranstaltungen auf der Homepage der Kammer verbessert. Neben der standardmäßigen chronologischen Darstellung nach Veranstaltungsterminen kann nun auch nach Veranstaltungsthema, -ort oder Veranstalter gesucht werden. Ebenfalls lassen sich die akkreditierten Supervisoren nun auch neben dem Namen nach Ort oder PLZ sortieren.

Geschäftsstelle

Walkerdamm 17
24103 Kiel
Tel. 0431/66 11 990
Fax 0431/66 11 995
Mo bis Fr: 09 – 12 Uhr
zusätzlich Do: 13 – 16 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

Leserbriefe

Die Redaktion begrüßt es sehr, wenn sich Leser in Briefen zu den Themen der Zeitschrift äußern; sie macht aber zugleich darauf aufmerksam, dass sie sich vor allem angesichts der erfreulich zunehmenden Zahl von Zuschriften das Recht vorbehält, eine Auswahl zu treffen oder gegebenenfalls Briefe auch zu kürzen. Als Leser der Briefe beachten Sie bitte, dass diese die Meinung des Absenders und nicht die der Redaktion wiedergeben.

Gahleitner und Borg-Laufs: „Wer wird Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn nach der Bologna-Reform?...“ *Psychotherapeutenjournal* 2/2007

Interdisziplinären Zugang

Gahleitner und Borg-Laufs nutzen die Chance, die in der aus dem Bologna-Prozess resultierenden „Notwendigkeit, die Zulassungsvoraussetzungen zur Psychotherapieausbildung neu zu regeln“ liegt und fordern mit Recht, „die Diskussion an fachlich-inhaltlichen Überlegungen statt an berufspolitischen Fragen zu orientieren“. Dabei bleiben sie jedoch selbst in berufspolitischen Begrenzungen stecken. Ihre Forderung, dass die Studienreform nicht dazu führen darf, dass der Standard gesenkt wird, richtet sich gegen die aktuellen politischen Entscheidungen, den Bachelorabschluss als Grundlage der KJP-Ausbildung zu akzeptieren. Ihrer Forderung, den Masterabschluss „als verbindlich für beide Ausbildungsgänge festzusetzen“ ist vorbehaltlos zuzustimmen. Ihre Forderung nach Interdisziplinarität gilt jedoch nicht nur für den KJP, sondern auch für die Erwachsenenpsychotherapie. Folglich könnte die Chance auch für den PP genutzt werden und die im Entstehungsprozess des Psy-

chotherapeutengesetzes berufspolitisch motivierte Aufspaltung des Psychotherapeutenberufs in PP und KJP revidiert werden, um doch noch einen wahrhaft interdisziplinären Zugang zum Psychotherapeutenberuf zu gewährleisten.

*Dr. phil. Dipl. Päd. Alfred Köth
Praxis für Körperpsychotherapie
Heerst. 149 D
60488 Frankfurt*

Qualifikation von SozialarbeiterInnen und -pädagogInnen

Schon vor 20 Jahren hat sich mir nicht erschlossen, weshalb SozialarbeiterInnen/-pädagogInnen für die Weiterbildung zum analytischen Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn besonders qualifiziert sein sollten. In der Tendenz war und ist das breite, (angeblich „ganzheitliche“) aber eben auch theoretisch oberflächliche Studium keinesfalls auf Kinder und Jugendliche ausgerichtet, das Wissen der meisten Absolventen über Entwicklungspsycholo-

gie etwa ist mehr als dürftig. Die Praxisfelder der Sozialarbeit sind vielfältig und in zunehmendem Maß mit Kontrollaufgaben verquickt. Die Professoren, in der Mehrheit nicht Angehörige des Berufsstandes, den sie ausbilden, täten gut daran, sich mit der instabilen strukturellen und individuellen Berufsidentität der StudentInnen und AbsolventInnen zu beschäftigen und nicht noch weitere Verwirrung durch das Fach Heilpädagogik zu stiften. Vielleicht wäre dann der Tag nicht mehr allzu fern, an dem ein Großteil der Analytischen Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen Ihren Grundberuf auf Visitenkarten, Praxis-schildern, Adressenlisten etc. nicht mehr (schamhaft?) unerwähnt lassen würden. (Heterogene) Masterstudiengänge alleine werden hier wenig ändern können.

*Dipl.-Psych. Dipl.-Soz.Päd.
Jürgen Thorwart
PP, Psychoanalytiker
Seb.-Bach-Weg 9
82223 Eichenau
j.thorwart@freenet.de*

Rautschka-Rücker: „Aufbewahrungsfrist für Dokumentationen – reicht ein halbes Jahr?“, *Psychotherapeutenjournal* 2/2007

Der Artikel zeigt m.E. exemplarisch zu welchen fatalen Ergebnissen eine ausschließlich juristische Sichtweise eines strukturellen Problems führen kann. Sie ist zwar formaljuristisch stringent, aber wo kommen wir hin, wenn in einer Institution (Beratungsstelle), je nachdem, welche(r) Mitarbeiter(in) die

Beratung durchführt, zunehmend unterschiedliche Rechtsvorschriften zur Anwendung kommen. Das ist bereits jetzt schon so, etwa beim Zeugnisverweigerungsrecht und führt zu völlig absurden Ergebnissen! Ich war (selbst langjähriger Mitarbeiter einer Beratungsstelle) immer ein Anhänger

einer im weiteren Sinne psychotherapeutisch orientierten Beratungstätigkeit und skeptisch gegenüber dem Anspruch der Durchführung einer Psychotherapie (im engeren, aber nicht Richtlinien-Sinn); dazu scheinen mir Beratungsstellen unabhängig von der jeweiligen Qualifikation der

Mitarbeiterinnen angesichts des Settings kein geeigneter Ort. Eine Anmerkung zum Schluss: Die Überlegung der Datensicherung (Sperrern) ist formal plausibel – allein

die Zustände, die im Umgang mit Daten bei vielen Institutionen herrschen sind nicht geeignet, das Vertrauen in die Tauglichkeit solche Vorschläge (und der entsprechenden Gesetze) zu stärken.

*Jürgen Thorwart
PP, Psychoanalytiker
Joh.-Seb.-Bach-Weg 9
82223 Eichenau
j.thorwart@freenet.de*

Fydrich: „Aktuelles aus der Forschung“, Psychotherapeutenjournal 2/2007

Sehr geehrte Frau Welsch,

wir freuen uns sehr, dass im Heft 2/2007 im Rahmen von „Aktuelles aus der Forschung“ unsere Grundlagenstudie zur Affektregulation durch Fasten bei Bulimia nervosa besprochen wurde.

Leider wurde ein entscheidender Punkt nicht ganz richtig dargestellt. Herr Prof. Fydrich berichtete, dass starke emotionale Reaktionen auf Nahrungsreize besonders bei Bulimikerinnen zu beobachten gewesen seien, die längere Zeit nichts gegessen hatten. Das Gegenteil ist jedoch der Fall.

Bulimikerinnen unterscheiden sich während der Konfrontation mit Nahrungsreizen von Kontrollpersonen durch eine ausgeprägte negative Affektivität. Nah-

rungsdeprivation kann jedoch die Stärke der Aversivität von Nahrungsreizen bei Bulimikerinnen reduzieren, und nicht, wie von Fydrich dargestellt, verstärken. Deswegen wird Fasten von Bulimikerinnen vermutlich nicht nur zur Gewichtsreduktion eingesetzt sondern auch zur Regulation aversiver Gefühle, die in der täglichen Konfrontation mit Nahrungsreizen entstehen.

Dieses Ergebnis und der Befund, dass die Psychopathologie keinen Einfluss auf die, durch die Nahrungsdeprivation ausgelöste, biologische Hungermotivation hatte, haben wichtige Implikationen für das Verständnis und die Behandlung der Bulimie.

Die Befunde und Schlussfolgerungen können nachgelesen werden unter: Mauler, Hamm, Weike, Tuschen-Caffier (2006).

Affect regulation and food intake in bulimia nervosa: Emotional responding to food cues after deprivation and subsequent reading. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 567-579.

Mit freundlichen Grüßen

*Dr. Birgit Mauler
Gasselstiege 48
48159 Münster
b-mauler@web.de*

Antwort des Autors:

Vielen Dank für die Rückmeldung und die wichtige Richtigstellung!

Prof. Dr. Thomas Fydrich

Inserentenverzeichnis PTJ 4/07

Akademie für Fortbildung in Psychotherapie, Tübingen	345	IPAM, Marburg	347
Akademie bei König & Müller, Würzburg	341	IVS, Nürnberg	359
Antrag pro Adler & Röhn, Essen	347	LWL-Klinik Marsberg, Marsberg	343
Bergische Diakonie, Wülfrath	343	Parkland-Klinik, Bad Wildungen	343
Berliner Fortbildungsakademie, Berlin	371	Psychometrika, Hannover	3. US
Christoph-Dornier-Klinik, Münster	345	Psychoholic, Remscheid	377
CIP-Medien, München	4. US	Psyprasoftware, Bonn	363
Centrum für Integrative Psychosomatische Medizin, München	339	Schattauer Verlag, Stuttgart	383
DGFS, Hamburg	369	Verlag Hans Huber, CH-Bern	367
EMDR-Institut Deutschland, Bergisch-Gladbach	341	WIT, Tübingen	376
Ergosoft, Hassloch	2. US	Zentrum für Psychologische Psychotherapie, Heidelberg	349
Förderverein für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Düsseldorf	355	Einem Teil dieser Ausgabe liegen Prospekte folgender Institute bei:	
Institut f. Integrative Gestalttherapie, Würzburg	371	– Berliner Fortbildungsakademie, Berlin	
Institut für Diakoniewissenschaft, Mülheim	391	– Institut für Sucht und Fortbildung, Berlin	
Institut Rhein-Eifel, Sinzig	349	Wir bitten unsere Leser um Beachtung !	

Artikelverzeichnis 2007

Buchholz, M. B. Entwicklungsdynamik psychotherapeutischer Kompetenzen	PTJ 4/2007	S. 373 – 382
Cramer-Düncher, U. & Hentze, K.-O. Gemeinsamer Bundesausschuss lehnt Zulassung von Gesprächspsychotherapeuten und Anerkennung der Gesprächspsychotherapie ab	PTJ 1/2007	S. 28 – 33
Crane, D. R. Effektivitätsstudien zu den Kosten von Familientherapie	PTJ 1/2007	S. 20 – 24
Dielmann, D. Neues Tarifrecht für den öffentlichen Dienst – TVöD/TV-L. Die Eingruppierung von PP/KJP – Wie sieht es aus mit der Facharztäquivalenz?	PTJ 3/2007	S. 228 – 239
Forstmeier, S. & Maercker, A. Psychotherapie im Alter	PTJ 4/2007	S. 340 – 352
Gahleitner, S. B. & Borg-Laufs, M. Wer wird Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn nach der Bologna-Reform? Perspektiven der Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Heilpädagogik	PTJ 2/2007	S. 108 – 117
Gavranidou, M. & Abdallah-Steinkopff, B. Brauchen Migrantinnen und Migranten eine andere Psychotherapie?	PTJ 4/2007	S. 353 – 361
Heinrich, B. Fortbildungsverpflichtung – auch ein Thema für angestellte Psychotherapeuten?	PTJ 3/2007	S. 251 – 253
Hoch, E., Noack, R., Rohrbacher, H., Henker, J., Pixa, A., Dittmer, K., Bühringer, G. & Wittchen, H.-U. Psychotherapie bei Cannabisabhängigkeit?	PTJ 4/2007	S. 362 – 367
Imhorst, E. Homosexuelle Frauen in Psychotherapie und Psychoanalyse	PTJ 1/2007	S. 34 – 36
Kriz, J. Wie lässt sich die Wirksamkeit von Verfahren X wissenschaftlich begründen?	PTJ 3/2007	S. 258 – 261
Merz, T. Psychotherapeuten in Institutionen – was können sie sich von der Kammer erwarten?	PTJ 2/2007	S. 139 – 141
Poluda, E. S. Lesbische Frauen in der Psychoanalyse	PTJ 1/2007	S. 37 – 38
Reisch, M., Raymann, T. & Nübling, R. Zur regionalen Struktur der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Baden-Württemberg	PTJ 2/2007	S. 129 – 138
Rasehorn, B. Das Spannungsverhältnis zwischen Dokumentationspflicht des Psychotherapeuten und Akteneinsichtsrecht des Patienten nach der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 9. Januar 2006	PTJ 4/2007	S. 368 – 372
Rautschka-Rücker, J. Aufbewahrungsfrist für Dokumentationen – reicht ein halbes Jahr?	PTJ 2/2007	S. 148
Rautschka-Rücker, J. Aussagegenehmigung	PTJ 2/2007	S. 149
Rendschmidt, J. Die Schweigepflicht des PP/KJP im Angestelltenverhältnis	PTJ 3/2007	S. 255 – 257

Rendschmidt, J. Strafrechtliche Verantwortlichkeit von angestellten PP/KJP	PTJ 3/2007	S. 253 – 254
Retzlaff, R. Kommentar zum Artikel von D. Russell Crane „Effektivitätsstudien zu den Kosten von Familientherapie“	PTJ 1/2007	S. 25 – 26
Reuther-Dommer, W., Sattler, N. & Neef, R. Qualitätssicherung – aus der Praxis für die Praxis. Ausgewählte Ergebnisse einer schriftlichen Mitgliederbefragung der hessischen Landeskammer für PPKJP über Einschätzungen zur Qualitätssicherung	PTJ 3/2007	S. 240 – 250
Rose, A., Cramer-Düncher, U. & Schwarz, M. Sachverständigentätigkeit als Aufgabengebiet für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	PTJ 4/2007	S. 383 – 385
Schafhausen, M. Die angestellte Psychotherapeutin/der angestellte Psychotherapeut – Spannungsverhältnis zwischen Freiheit der Berufsausübung und Weisungsrecht des Arbeitgebers	PTJ 2/2007	S. 142 – 147
Schildt, H. Vom „nichtärztlichen“ zum Psychologischen Psychotherapeuten/KJP	PTJ 2/2007	S. 118 – 128
Schweitzer, J., Beher, S., von Sydow, K. & Retzlaff, R. Systemische Therapie/ Familientherapie	PTJ 1/2007	S. 4 – 19

Kontaktaten 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. 040/4210 1234
Fax 040/4128 5124
Mo, Di, Do 9.00 – 15.00 Uhr
Mi 9.00 – 17.00 Uhr
Fr 9.00 – 14.00 Uhr
info@ptk-hh.de
www.ptk-hh.de

Hessen

Gutenbergplatz 1
65187 Wiesbaden
Tel. 0611/53168-0
Fax 0611/53168-29
Mo – Do 9.00 – 13.00 Uhr
post@ptk-hessen.de
www.ptk-hessen.de

Niedersachsen

Roscherstraße 12
30161 Hannover
Tel. 0511/850304-30
Fax 0511/850304-44
Mo, Mi, Do, Fr 9.00 – 11.30 Uhr
Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr
Beitragsangelegenheiten:
Mo, Mi – Fr 9.00 – 11.30 Uhr
Mo – Do 13.30 – 15.00 Uhr
info@pk-nds.de
www.pk-nds.de

Nordrhein-Westfalen

Willstätterstraße 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211/522847-0
Fax 0211/522847-15
Mo – Do 8.30 – 16.30 Uhr
Fr 8.30 – 14.30 Uhr
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Rheinland-Pfalz

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30
55130 Mainz
Tel. 06131/5703813
Fax 06131/5700663
Mo – Fr 10.00 – 12.30 Uhr
Di und Do 14.00 – 16.00 Uhr
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de

Saarland

Talstraße 32
66119 Saarbrücken
Tel. 0681/9545556
Fax 0681/9545558
Mo, Di 8.30 – 12.30, 13.30 – 17.30 Uhr
Mi 13.30 – 17.30 Uhr
kontakt@ptk-saar.de
www.ptk-saar.de

Schleswig-Holstein

Walkerdamm 17
24103 Kiel
Tel. 0431/661199-0
Fax 0431/661199-5
Mo bis Fr 9.00 – 12.00 Uhr
Do 13 – 16 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

Karl-Rothe-Str. 4
04105 Leipzig
Tel. 0341/462432-0
Fax 0341/462432-19
opk@gmx.info
www.ihre-opk.de

Stellen-/Praxismarkt

Intervision

Intervisionsgruppe in München
(1x pro Monat, ca. 3 Std.) wünscht sich „Verstärkung“. Wir freuen uns über neuen Input von Fachkollegen.
Mehr Infos per
Telefon: 089-54073600.

Suche Einstieg in oder Neugründung einer Supervisions – bzw. Interventionsgruppe mit anderen KJP in Ffm. und näherer Umgebung.
Tel.: 06102/377969,
Fax: 06102/834743

Jobsharing

Raum Bonn
erf. Psych. Psychotherapeutin (**Arztreg. VT, + TP**) sucht Job-Sharing od. Praxisassistentin für 5 - 10 Std./Woche
Tel.: 0163 - 804 62 13

Raum Bremen
biete Jobsharing/Mitarbeit
ca. 20 Std/Woche, VT,
Arztregistereintrag erforderlich
0421/27819992

Psychologische Psychotherapeutin (VT-Erw., Approb., Arztreg.) sucht Jobsharing/Mitarbeit/Anstellung im **Raum Köln**, Berufserfahrung auch im Ki-, Jugendbereich, Umfang: nach Vereinbarung
Angebote erbeten unter
Tel.: 01577-2384241
vt-praxis@gmx.de

Erfahrene Psychotherapeutin (Approb., Arztreg.), TP, in analyt. Ausbildung, sucht in und um Hamburg baldmöglichst Job-Sharing, Praxis-Assistentin oder auch geringfügig Stunden zu übernehmen (auch Vertretungen).
Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 070413

Praxisabgabe

Psychol. Psychotherapeutin verkauft KV-Praxis (VT)
• in **Berlin**
im 1. Halbjahr 2008
Zuschriften erbeten unter
Chiffre PTPJ 070401

Schnell, einfach und bequem!

Kleinanzeigen schaltet man unter
www.ptv-anzeigen.de

Neuwied/Stadt
Seit 25 Jahren etablierte **KV-Praxis (PP-Erw.-KJT-VT)** zum 01.04.2008 zu verkaufen. VT bevorzugt.
Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 070405

KV-Praxis in Offenbach zum 30.06.2008 zu verkaufen.
Gute Lage, günstige Miete.
Tel. 069-639803

Umland von Bremen
Zum 01.10.2008 KV-Praxis von PP (PA, TP / Erwachsene und KJP) zu verkaufen.
Zuschriften erbeten an Chiffre PTPJ 070409

Region Hannover
Sehr gut eingeführte KJP-Praxis (TP) ab sofort zu verkaufen
Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 070411

Gute eingeführte PT-Praxis in Günzburg/nahe Ulm, verkehrsgünstig gelegen, mit **Kassenzulassung VT Erwachsene** zum 01.02.2008 zu verkaufen. Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 070412

Wuppertal KV-Praxis PP
sehr gut etabliert (VT, TP, Erw.) zu verkaufen.
Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 070414

Praxistausch

Praxistausch Psychologischer Psychotherapeut (VT) Biete: Oberbergischer Kreis bei Köln Suche: Großstadt tausch@gmx.eu
Zuschriften erbeten an Chiffre PTPJ 070402

Psych. Psychotherapeut (VT für Erw.) tauscht eigenen Sitz in Mönchengladbach gegen Sitz in Münsterland. Auch gerne Hamm-Ahlen.
Tel.: 02161-2932321

Praxisübernahme

Psychologische Psychotherapeutin (TP für Erwachsene) **sucht KV-Sitz in Berlin.**
Ich bin bereit, einen im Moment üblichen Preis zu zahlen.
Tel. 030/7516679

Psych. Psychotherapeut (TP, Erw.) sucht KV-Sitz im Raum **Olpe, HSK oder Siegen**
Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 070403

Suche dringend KV-Sitz
in **Frankfurt** (VT, Erw.)
Tel. 0176-40056584

Psych. Psychotherapeutin (VT) **sucht KV-Sitz in Düsseldorf** ab ca. Sept. 2008.
Email: mehr_meer@web.de

Psychologische Psychotherapeutin (VT + Gestalttherapie)
sucht KV-Sitz oder Jobsharing im Raum Köln
psychotherapie-koeln@gmx.de

Wider den Burn out!
PPTin (40, VT, Erw.) sucht nette/n Kollegi/e/n zwecks gemeins. Erwerbs/Teilen eines KV-Sitzes, versch. Regionen/Städte denkbar.
Vorschläge/Ideen: kollegial@gmx.net

Suche **KV-Sitz in Landshut oder München**
Approbation und Arztregistereintrag seit 1999
17 Jahre Berufserfahrung
Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 070406

Überlegen Sie aufzuhören? Erfahrener Diplom-Psychologe (TP/VT/EW/KJP) sucht KV-Sitz im Südbadischen Raum (Karlsruhe bis Lörrach u. Bodensee).
Tel. 0177-9093235;
email: tkaltenbrunner@web.de

Gesucht – Gefunden!

Mit PTJ erreicht man über 34.000 Psychologische Psychotherapeuten

Psych. Psychotherapeutin (TP, Erw.)
sucht **KV-Sitz** (ganz / halb) im Großraum **Bremen / Niedersachsen**
Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 070410

Psychologische Psychotherapeutin VT für KiJu und Erw. sucht **KV-Sitz im Rhein-Main-Gebiet**
06196 - 52 50 976

Erfahrene Psychologische Psychotherapeutin (VT, Erw.) sucht KV- Sitz / Job- Sharing / Praxiseinstieg im Bereich der KV- Bezirke GI/MR/KS .
Tel.: 06421-22701

Psychologische Psychotherapeutin (VT-Erw.), langjährige Berufserfahrung sucht - **bevorzugt halben - KV-Sitz, im Kreis FFB, Dachau, Mü-Land.**
Tel.: 08142/ 53394

Wenn Preis und Qualität stimmen – kann inserieren Spaß machen!

Praxisvermietung

Schöne Therapie- / Beratungsräume 2 Zi, Kü/Ptry, WC, Empfang, 74qm) in repräsentativer Stadtvilla tagesweise zu vermieten. Zentrale Lage. Komplette Ausstattung. Regelmäßige Belegung bevorzugt.
www.praxisraeume-ffm.de
Frankfurt/M. 0177 54 14 140

Heller Therapieraum (20 qm)
In Hamburg-Winterhude in etablierter Praxis für 10-20 Stunden die Woche an VT/TP Kollegin zu vermieten.
Tel. 040/5602363

Kleine Anzeigen – mit GROSSER Wirkung!

... und das schon ab € 53,- zzgl. MwSt

Praxisräume in Bremen
mit schönem Gartenblick am Osterdeich (Nähe Weserstadion) ab 01.01.08 zu vermieten: 75 m², 3 Räume und ein großer Flur, 720 Euro kalt. T. & A. Wienhues,
Tel.: 0421-4986949

Therapieraum in psychotherapeutischer Praxis in **Mainz-Bretzenheim** zu vermieten.
Telefon: 0175 – 1647893

Schöne, helle PPT-Praxis zur Untermiete
In zentraler Toplage in München ab 1/08; 650 Euro warm.
0177/6096720

Hamburg-Eppendorf
Wir suchen engagierte vierten Kollegen/in für gut etablierte Praxisgemeinschaft und bieten ruhigen, sonnigen Psychotherapieraum in repräsentativem Jugendstilhaus, sehr verkehrsgünstig gelegen.
T.: 040/474684 oder 040/564595

Räume für Psychotherapiepraxis in Bergisch Gladbach – gerne in Bensberg - gesucht.
Ggf. auch Praxisgemeinschaft. KV-Sitz vorhanden.
Tel.: 0228/1802986

SIE suchen einen KV-Sitz oder möchten eine Praxis vermieten?
Dann sind **SIE** im **Stellen-/Praxismarkt** von PTJ genau richtig!

Stellenangebote

Biete Mitarbeit (Anstellung)
in psychotherapeutischer Praxis (TP)
in Mainz für 1- 2 Jahre
ab Juli 2008
Zuschriften erbeten unter Chiffre
PTPJ 070407

Raum Stuttgart –
Kinderpsychotherapeut. Assistentin
in psychotherapeutische Praxis
(KV) in Sindelfingen für ca. 20 Std./
Woche gesucht. Voraussetzungen:
Approbation, Eintrag ins Arztregister,
analyt./ tiefenpsycholog. fundierte
Therapie für Kinder und Jugendliche.
Zuschriften erbeten unter
Chiffre PTPJ 070408

Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut/in mit VT-Ausbildung und Eintragung im Arztregister (auch Teilzeit) gesucht von multi-professionellem MVZ
Timmermann & Partner Marienstraße 37a, 27472 Cuxhaven Tel.: 04721-393650
mail@timmermann-und-partner.de

Stellengesuche

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (VT, 31 J.) sucht Anstellung, Mitarbeit auf Honorarbasis, Jobsharing oder auch KV-Sitz-Übernahme **in Freiburg und Umgebung**. Tel.: 0761-6800485

Verschiedenes

PP in freier Praxis ohne KV-Zulassung sucht Kolleginnen und Kollegen in gleicher/ähnlicher Situation zum kollegialen Austausch.
Tel.: 06323-938748 oder
mail@psybera.org

**Mit wenig Aufwand
viel Aufsehen erregen
www.ptv-anzeigen.de**

Kleinanzeigen

Qualifizierte, schnelle und **kostengünstige Supervision bei Berichterstellung (TP)** von erfahrener psychol. Psychotherapeutin (APP)
Tel.: 06731/996247, E-Mail: a.etgen@gmx.de

Zuverlässige, kompetente und qualifizierte **Supervision bei VT-Antragstellung** von Dipl.-Psychologin
Tel.: 02234/949170;
E-Mail: jubender@freenet.de

Erfahrener Kinderanalytiker
Leistet Supervision bei PA/PT
Antragserstellung für Kinder und Jugendliche.
Tel. 08450/909269

Balintgruppe in Potsdam
dienstags - 14-tägig:
19.00 - 20.30 Uhr
Beginn: 01.04.2008
Information -
Tel. 0331 - 200 69 09
oder
www.dr-theilemann.de

Zuverlässige, kompetente und qualifizierte **Supervision bei VT-Antragstellung** von Dipl.-Psychologin
Tel.: 02234/949170;
E-Mail: jubender@freenet.de

Hamburg - Plätze für **akkreditierte, tiefenpsychologische Supervision** (Einzel, evtl. Gruppe) bei Psych. Psychotherapeutin frei.
Tel. 040-459852

Ärztlich-Psychologischer Weiterbildungskreis München - Südbayern
aktuelles Semesterprogramm im Internet

Professionell im Fach, präzise in der Formulierung
Supervision bei der Erstellung von Berichten an den Gutachter (VT/TP/Analyse) Dr. M. Olderog
Tel./Fax: 02234/700604
www.m-olderog.de

Tiefenpsychologisch fundierte, analytische Psychotherapie sowie Verhaltenstherapie
Supervision bei Kassenberichten für Erwachsene, Kinder und Jugendliche, schnelle und kompetente Hilfe durch Dipl.-Psych. mit 14 Jahren Erfahrung, Express-Service.
Tel.: 0221 / 468 09 73,
Fax: 0221 / 279 04 56, Mo.-Do. 9:00-15:00 Uhr, Fr. 9:00-10:00 Uhr

Psychoanalyse für Nichtanalytiker
Fortbildung über 20 UE zur Klinischen Theorie und Praxis der PA
Information -
Tel.: 0331 - 200 69 09
oder
www.dr-theilemann.de

IFW – Institut für Fort- und Weiterbildung
Fortbildung in Systemischer Individual-, Paar- und Familientherapie 81241 München
Tel. 089/83964585
Fax: 089/82908619
info@i-f-w.de, www.i-f-w.de

Qualitätsmanagement Psychotherapie
Pflicht ab 1.1.2008
Wenn schon, dann auf intelligente Art Infos: www.psychotraumatologie.de
fortbildung@psychotraumatologie.de DIPT e.V., Tel. 02245-9194-0

Supervision bei Kassenanträgen (TP für Erw.), kompetent, individuell, zuverlässig, kostengünstig von erf. Psych. Psychotherapeutin
Tel. 0441-504774
antraege@ewetel.net

**Anzeigenschluss
für die nächste Ausgabe
ist der 20. Februar 2008.
Ausgabe 1/08
erscheint
am 27. März 2008.**

**Ihre Chiffre-Zuschriften senden Sie bitte
in einem zweiten geschlossenen
Umschlag an den Verlag:
Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH,
Herrn Günther Pfeffer
Chiffre Nr. _____,
Im Weiher 10,
69121 Heidelberg**

Branchenverzeichnis

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Für die Anzeigen sind die Inserenten verantwortlich. Eine Überprüfung der Angaben durch die Psychotherapeutenkammern findet nicht statt.

Akademie bei König & Müller
Semmelstraße 36/38
D-97070 Würzburg
Tel. 0931-46 07 90 33
www.koenigundmueller.de
E-Mail: akademie@koenigundmueller.de

Akademie für Fortbildung in Psychotherapie (afp)
Bundesakademie
Postfach 13 43
72003 Tübingen
Tel.: 0700 23723700
Fax.: 0700 23723711
bundesakademie@afp-info.de
www.afp-info.de

Arbeitsgemeinschaft für Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin (AWP-Berlin)
Fortbildungen in Dialektisch-Behavioraler
Therapie (DBT) und weiteren achtsamkeitsbasierten Verfahren
Bundesring 58 12101 Berlin
Tel.: 030/8974 5599
www.awp-berlin.de

AVT Köln GmbH
Akademie für Verhaltenstherapie
Marzellenstraße 2-8
50667 Köln
Tel.: 0221 - 42 48 570
E-Mail: info@avt-koeln.org
www.avt-koeln.org

ÄON Institut für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie & Supervision (ITFPS)
Stockumer Str. 28, 58453 Witten
Tel.: 02302/423400
supervision@aeon-institut.info
www.aeon-institut.info

Berliner Fortbildungsakademie
staatlich anerkanntes Ausbildungs-institut für VT
Rothenburgstr. 38
12163 Berlin-Steglitz
Internet: www.b-f-a.de
email: b-f-a@t-online.de
Tel.: 030 79703982
Fax.: 030 79703984
Sprechzeiten: Mo: 9-11 Uhr;
Do: 9-11 Uhr

Deutsche Akademie für Psychoanalyse
Goethestr. 54, 80336 München
Tel.: 08131/66 78 84
Wadpcongress2007@dynpsych.de
www.wadp-congress.de
Deutsches Institut für Psychotraumatologie e.V.
Telefon: 02245-9194-0
www.psychotraumatologie.de
Zert. WB f. app. PPT,
Mehrdimensionale Psycho-dynamische Traumatherapie

EMDR-Institut Deutschland
51427 Bergisch Gladbach
02204-25866
www.emdr.de
info@emdr-institut.de

FoBiS-Systemisches Institut für Bildung, Forschung und Beratung
Altdorfer Str. 5
71088 Holzgerlingen
07031/ 60 59 88
07031/ 60 49 75
info@fobis-online.de
http://www.fobis-online.de

Fort- und Weiterbildungsinstitut MFK Münchner FamilienKolleg
Pfarstr. 4, 80538 München
Tel.: 089 - 22 29 92
mfk.familienkolleg@t-online.de
www.mfk-fortbildung.de

INNTAL INSTITUT
NLP und systemische Ausbildung in München, Rosenheim, Ulm, Bremen
anerkannt von Ärztekammer und PTK
Tel.: 08031 50601 Fax 50409
mail@inntal-institut.de
www.inntal-institut.de

www.psycho-vision.de
Virtuelle Realität in der Angstbehandlung
www.cme-pt.de
Zertifizierte Online-Fortbildung

Helm-Stierlin-Institut
Schloß-Wolfsbrunnweg 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: 0931/354454
info@igw-gestalttherapie.de
www.igw-gestalttherapie.de

Institut für Traumatherapie Oliver Schubbe
EMDR-Kurse, Curricula
Psychotraumatologie und EMDR-Vertiefungsseminare,
kammerzertifiziert
Tel.: 030-4642185
www.traumatherapie.de
info@traumatherapie.de

Institut für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin u. Sexuologie (IVS)
Nürnberg Str. 22,
90762 Fürth
Tel.-Nr. 0911 / 78 72 72 7
FAX: 0911 / 78 72 72 9
Email: ambulanz@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

Schule für Initiatische Gestalttherapie
Tel. 09721/34627
winfried-wagner@aiki-institut.de
Nußbergstr. 35, 97422 Schweinfurt
www.initiative-gestalttherapie.de

SGAZ - Seminar für Gruppenanalyse Zürich
Quellenstraße 27
CH-8005 Zürich
Tel.: +41-442718173
Email: sgaz@bluewin.ch
Internet: www.sgaz.ch

systema-institut manheim
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 u.
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 cipmedi-
en@aol.com
www.cip-medien.com

Psychotherapeutenverlag Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH
Im Weiher 10
D-69121 Heidelberg
Tel.: (0 62 21) 4 89-0
Fax: (0 62 21) 4 89-52 9
redaktion@psychotherapeutenjournal.de
anzeigen@psychotherapeutenjournal.de
www.psychotherapeutenjournal.de
www.ptv-anzeigen.de
www.huethig-jehle-rehm.de

Schattauer GmbH Verlag für Medizin und Naturwissenschaften
Hölderlinstr. 3
70174 Stuttgart
Tel. ++49 0711 22987-0
Fax ++49 0711 22987-50
info@schattauer.de
www.schattauer.de

Springer Medizin Verlag GmbH
Kontakt: Kundenservice
Haberstraße 7
69126 Heidelberg
Tel.: 06221-345-0
Fax: 06221-345-229
Email: SDC-
bookorder@springer.com
Internet: www.springer.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 (Müritz)
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

Rechtsanwälte/Notare

Meisterernst, Düsing, Manstetten
Rechtsanwälte und Notare
Spezialgebiete: Verwaltungsrecht,
Studienplatzklagen,
Versicherungsrecht, Sozialrecht,
Gesellschaftsrecht
Geiststraße 2, 48151 Münster
Tel.: 0251-20910
www.meisterernst.de
info@meisterernst.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

Impressum

Das „Psychotherapeutenjournal“ publiziert Beiträge, die sich – direkt oder indirekt – auf die Prävention, Therapie und Rehabilitation psychischer Störungen und auf psychische Aspekte somatischer Erkrankungen sowie auf wissenschaftliche, gesundheitspolitische, berufs- und sozialrechtliche Aspekte der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Berufspraxis von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beziehen. Das „Psychotherapeutenjournal“ ist der Methodenvielfalt in der Psychotherapie und ihren wissenschaftlichen Grundlagendisziplinen sowie der Heterogenität der Tätigkeitsfelder der Psychotherapeuten verpflichtet. Leserbriefe und andere Beiträge zu kammer-spezifischen Themen werden nicht im redaktionellen Teil der Zeitschrift abgedruckt. Sie werden von den jeweiligen Länderkammern selbst bearbeitet und können ggf. auf ihren Mitteilungsseiten veröffentlicht werden.

Herausgeber

Bundespsychotherapeutenkammer, Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin, Psychotherapeutenkammer Bremen, Psychotherapeutenkammer Hamburg, Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen, Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer, Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, Psychotherapeutenkammer des Saarlands, Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein.

Redaktionsbeirat

Prof. Dr. Rainer Richter (BPTK), Dr. Dietrich Munz (Baden-Württemberg), Mareke de Brito Santos-Dodt (Baden-Württemberg), Dr. Nikolaus Melcop (Bayern), Dr. Heiner Vogel (Bayern), Anne Springer (Berlin), Dr. Manfred Thielen (Berlin), Karl Heinz Schrömgens (Bremen), Hans Schindler (Bremen), Ulrich Wirth (Hamburg), Jürgen Hardt (Hessen), Uta Cramer-Düncher (Hessen), Dr. Lothar Wittmann (Niedersachsen), Prof. Dr. Hans-Jochen Schwartz (Niedersachsen), Karl Wilhelm Hofmann (NRW), Prof. Dr. Jürgen Hoyer (OPK), Sascha Gönner (Rheinland-Pfalz), Ilse Rohr (Saarland), Dr. Uwe Speckenbach (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 1/2008 ist der 31. Dezember 2007, für Ausgabe 2/2008 der 28. März 2008. Manuskripte sind elektronisch (Diskette, Email) im Word- oder rtf-Format an die Redaktion (s.o.) zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (jpg-Format, mind. 300 dpi), Tabellen in getrennten Dateien einzureichen. Der Umfang des Manuskripts sollte im Regelfall 10 Seiten (zweizeiliger Abstand incl. Abbildungen und Tabellen) nicht überschreiten, während der Titel des Beitrages nicht länger als 70 Zeichen sein sollte.

Die verwendete Literatur ist nach den „Richtlinien zur Manuskriptgestaltung“, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Göttingen: Hogrefe Verlag, 1997), im Text zu zitieren und am Schluss des Manuskripts zu einem Literaturverzeichnis zusammenzustellen. Jedem Manuskript ist eine Zusammenfassung von maximal 120 Worten und eine Kurzbeschreibung mit bis zu 50 Worten (für das Inhaltsverzeichnis) beizulegen. Die Redaktion behält sich das Recht auf Kürzungen vor.

Autoren erhalten jeweils zwei Belegexemplare der Ausgabe des „Psychotherapeutenjournal“, in der ihr Beitrag erschienen ist.

Rechtseinräumung

Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt (dies gilt auch für die Wahrung der Anonymität des Patienten bei der Veröffentlichung von Fallberichten).

Der Autor räumt – und zwar auch zur Verwertung seines Beitrags außerhalb der ihn enthaltenden Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung – dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:

- Das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck – auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zur sonstigen Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen (Abstracts);
 - das Recht zur Veröffentlichung einer Mikropie-, Mikrofiche- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Wege von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe durch Radio und Fernsehsendungen;
 - das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z. B. Diskette, CD-Rom, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm – sei es unmittelbar oder im Wege der Datenfernübertragung –, sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte;
 - das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z. B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sog. Kopienversandes auf Bestellung.
- Verantwortlich für den allgemeinen Teil ist der Redaktionsbeirat. Für Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern sind deren Vorstände verantwortlich.

Beilage PTJ 4/2007

Neufassungen (Beschlüsse der 11. Delegiertenversammlung)

Fortbildungsrichtlinie.....	S. 2
Berufsordnung.....	S. 6
Beitragsordnung.....	S. 9

Fortbildungsveranstaltungen

Anmeldung.....	S. 11
3. Landespsychotherapeutentag	S. 12

Beschlüsse der Delegiertenversammlung vom 23. Oktober 2007 zu folgenden Satzungen:

Neufassung der Fortbildungsrichtlinie der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	2
Neufassung der Berufsordnung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	7
Änderung der Beitragsordnung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	12

Die im Folgenden abgedruckten Satzungen wurden durch die Delegiertenversammlung der PTK Bayern vom 23.10.07 geändert. Einen Bericht hierzu finden Sie in den Länderseiten dieser Ausgabe 4-07 des Psychotherapeutenjournals. Die amtliche Bekanntmachung der Beschlüsse der 11. Delegiertenversammlung erfolgte im Bayerischen Staatsanzeiger.

Fortbildungsrichtlinie der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Neufassung)

Präambel

Fortbildung dient der Sicherung, Erweiterung und Aktualisierung des erworbenen theoretischen und praktischen Grundlagenwissens sowie dem Erwerb und der Sicherung von Spezialwissen und dem Erwerb neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse und entsprechender Kompetenzen auf dem Sektor der Psychotherapie und in den für die Psychotherapie relevanten angrenzenden Fächern.

Das Bayerische Heilberufe-Kammergesetz (HKaG: Art. 18 Abs. 1 S. 1 Nr. 1) beinhaltet die Fortbildungspflicht für alle den Beruf ausübenden Kammermitglieder. Der Gesetzgeber hat der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Kammer) die Aufgabe und Pflicht übertragen, geeignete Standards zu entwickeln und zu gewährleisten, dass zum Zwecke des Patientenwohls die Kammermitglieder¹ ihrer Pflicht zur Fortbildung nachkommen.

Fortbildung liegt im ureigensten Interesse der Kammermitglieder. Eigene Fortbildung zielt auf Kompetenzerweiterung und persönliche Entwicklung ab. Die Fortbildungsrichtlinie etabliert Rechtssicherheit in Bezug auf die Erfüllung der Fortbildungspflicht der Kammermitglieder.

Die vorliegende Fortbildungsrichtlinie regelt die Voraussetzungen für den Erwerb eines „Freiwilligen Fortbildungszertifikats“.

1. Zweck der Fortbildung und des Zertifikats

¹Die Kammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist bestrebt, das Qualitätsniveau der Profession auf möglichst hohem Niveau zu halten. ²Das liegt im Interesse beider Berufsgruppen sowie ihrer Patienten.

³Das Zertifikat enthält die Angaben, die für den Nachweis der Fortbildung nach den Vorschriften des SGB V erforderlich sind. ⁴Auch den Kammermitgliedern, die dieser Nachweispflicht nicht unterliegen, kann das Zertifikat für die Dokumentation ihrer regelmäßigen berufsbegleitenden Fortbildung dienen.

2. Voraussetzungen für den Erwerb des Freiwilligen Fortbildungszertifikates

2.1 ¹Das Fortbildungszertifikat für Kammermitglieder wird auf Antrag erteilt, wenn das Mitglied in fünf Jahren 250 Punkte auf der Basis von Fortbildungseinheiten (FE) für anerkannte Fortbildungsveranstaltungen erworben und nachgewiesen hat. ²Eine Fortbildungseinheit entspricht 45 Minuten, gem. Tabelle 1 „Anrechenbare Fortbildungseinheiten“.

2.2 Anzuerkennende Fortbildungen dürfen nicht länger als fünf Jahre zurückliegen.

2.3 ¹Fortbildungspunkte können nur für die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen erworben werden, die vorher von der für den Veranstaltungsort zuständigen Kammer anerkannt wurden. ²Für den Besuch von anerkannten Veranstaltungen anderer Landespsychotherapeutenkammern werden Fortbildungspunkte angerechnet, soweit diese Veranstaltungen den Kriterien der Musterfortbildungsordnung entsprechen. ³Gleiches gilt für die von anderen Heilberufekammern anerkannten Veranstaltungen, sofern sie den Kriterien dieser Fortbildungsrichtlinie entsprechen.

2.4 ¹Veranstaltungen im Ausland können anerkannt werden, wenn ein Kammermitglied als verantwortlicher Antragsteller des Veranstalters die Anerkennung beantragt. ²Wurde eine Anerkennung der Veranstaltung nicht beantragt, kann eine Anerkennung in Bezug auf die Anrechenbarkeit von Fortbildungspunkten für das jeweilige Mitglied erfolgen.

2.5 ¹In Ausnahmefällen, z.B. im Falle von Schwangerschaft, Erziehungszeiten oder längerer Krankheit, kann der Fünfjahreszeitraum um die Dauer des Aussetzens der Berufstätigkeit auf Antrag verlängert werden. ²Dem Antrag sind geeignete Nachweise beizufügen. ³Die Vorschriften des SGB V bzw. die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. §§ 91 VII, 137 SGB V sind dabei zu beachten. ⁴Im Falle einer Zulassung zur ambulanten Versorgung gesetzlich versicherter Patienten kann nur für die Zeit des Ruhens der Zulassung die Frist verlängert werden. ⁵Für Mitglieder, die als Angestellte

in gemäß SGB V zugelassenen Krankenhäusern tätig sind, werden die näheren Einzelheiten durch die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelt.

2.6 Für Veranstaltungen ab dem 01.01.2004 bis zum Inkrafttreten der Fortbildungsrichtlinie werden Fortbildungspunkte im Einzelfall anerkannt.

3. Anerkennungsverfahren

Die Kammer hat ein System der Anerkennung von Fortbildungsveranstaltungen und Akkreditierung von Veranstaltern entwickelt.

3.1 Die Anerkennung von Veranstaltungen erfolgt auf Antrag des Veranstalters. Fortbildungsveranstaltungen dürfen nicht im Widerspruch zur Berufsordnung der Kammer stehen.

3.2 Anerkennungsfähige Fortbildungsveranstaltungen müssen sich auf folgende Gegenstandsbereiche beziehen:

- auf die psychotherapeutische Tätigkeit bezogene Veranstaltungen oder
- auf berufsrelevante Nachbarwissenschaften bezogene Veranstaltungen
- auf weitere Fortbildungsangebote: z.B. berufsrechtliche, sozialpolitische und juristische Themen, Verfassen von Berichten, Abrechnung, EDV, Praxis-Management, Institutionelles, soweit die angebotenen Veranstaltungen speziell auf die Ausübung des psychotherapeutischen Berufs ausgerichtet sind.

3.3 ¹Die auf fünf Jahre befristete Akkreditierung von Fortbildungsveranstaltern erfolgt auf Antrag. ²Der Antragsteller hat nachzuweisen, dass drei Jahre vor dem Zeitpunkt der Antragstellung fortlaufend Fortbildungsveranstaltungen und/oder Ausbildungsveranstaltungen nach dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG) durchgeführt wurden, die den Standards gem. 4.1 bis 4.3 entsprochen haben. ³Die Akkreditierung von Fortbildungsträgern lässt die Verantwortlichkeit unberührt, der Kammer die Veranstaltungen vorab mitzuteilen. ⁴Entspricht dabei die Veran-

¹ Sofern im folgenden Text die männliche Form gewählt wird, sind Frauen und Männer in allen Regellen gleichberechtigt gemeint.

staltung nicht den Nummern 4.1 bis 4.3, so ist dem Veranstalter unverzüglich die Ablehnung der Anerkennung der Veranstaltung mitzuteilen.

3.4 Veranstalter verpflichten sich, auf besondere Anforderung der Kammer hin, die Nachweise über die Teilnahme an anerkannten Fortbildungsveranstaltungen unmittelbar zuzuleiten.

4. Die Standards

4.1 Standards für die Anerkennung von Fortbildungsveranstaltungen

¹Für die Anerkennung von Fortbildungsveranstaltungen, die sich auf die psychotherapeutische Tätigkeit beziehen, werden folgende Kriterien zu Grunde gelegt. ²Es müssen die Punkte 4.1.1) oder 4.1.2) erfüllt sein und zusätzlich zwei Kriterien der Punkte 4.1.3) bis 4.1.6).

4.1.1) Wissenschaftliche Anerkennung im Sinne des PsychThG,

4.1.2) Wissenschaftliche Begründetheit

4.1.2.1) bei Berücksichtigung des wissenschaftlichen Sach- und Fachverständes, der Fachliteratur und der Lehre und Forschung,

oder

4.1.2.2) unter Einbeziehung der internationalen Standards und wissenschaftlichen Ergebnisse,

oder

4.1.2.3) wegen bisher bestehender Anerkennung als Zweitverfahren bei Landesärztekammern für die Anerkennung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder zum Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin.

4.1.3) Praxisrelevanz,

4.1.4) Klinische Erprobtheit: Relevanz und Verbreitung in der bisherigen ambulanten und stationären Praxis,

4.1.5) Krankheitslehre bzw. Konflikt- und Störungsmodelle, auf welchen das Verfahren basiert,

4.1.6) Nachweis von Fortbildungspraxis (Lehrbarkeit, curriculare Konzepte, Evaluation).

4.2 Standards für Dozenten

Folgende Kriterien gelten für die Akkreditierung der Dozenten von Fortbildungsveranstaltungen:

4.2.1) Approbation im Sinne des PsychThG und/oder

4.2.2) Klinische Erfahrung (Nachweis ausreichender Fähigkeiten und Fertigkeiten) oder

4.2.3) Nachweis ausreichender Fähigkeiten und Erfahrungen in dem gelehrten Fachthema

und

4.2.4) Selbstverpflichtung zur Produktneutralität und

4.2.5) Persönliche Eignung

Für die von den Dozenten vermittelten psychotherapeutischen Inhalte gelten dieselben Kriterien wie für die Anerkennung von Fortbildungsveranstaltungen (s. 4.1).

4.3 Standards für Supervisoren und Selbsterfahrungsleiter²

Folgende Kriterien gelten für die Akkreditierung von Supervisoren und Selbsterfahrungsleitern:

4.3.1) ¹Supervisoren müssen grundsätzlich über eine Approbation als Psychologischer Psychotherapeut oder als Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut verfügen. ²Ärztliche Supervisoren müssen eine gleichwertige Qualifikation nachweisen.

4.3.2) ¹Die von den psychotherapeutischen Berufs- und Fachverbänden und -gesellschaften beauftragten und/oder anerkannten Supervisoren dürfen im Rahmen der Kammerzertifizierung supervisorisch tätig werden. ²Über die hierfür zu berücksichtigenden Berufs- und Fachverbände und -gesellschaften entscheidet die Kammer.

4.3.3) Falls die Supervision in einem Spezialgebiet stattfindet, muss der Supervisor über besondere Kenntnisse und Fertigkeiten in diesem Spezialgebiet verfügen bzw. einen curricularen Abschluss in diesem Spezialgebiet nachweisen.

4.3.4) Supervisoren müssen über eine fünfjährige psychotherapeutische Berufstätigkeit nach Abschluss ihrer psychotherapeutischen Aus- bzw. Weiterbildung verfügen und mindestens eine dreijährige einschlägige Lehrtätigkeit nachweisen.

4.3.5) Supervisoren müssen parallel zu ihrer supervisorischen Tätigkeit auch in relevantem Umfang heilkundlich-psychotherapeutisch tätig sein.

4.3.6) Supervisoren sollen über ausreichende supervisorische Erfahrung verfügen.

4.3.7) Die im Rahmen der Psychotherapeutenausbildung nach § 4 Abs. 3 und Abs. 4 PsychTh-APrV bzw. § 4 Abs.3 und Abs. 4 KJPsych-APrV anerkannten Supervisoren gelten auch als anerkannte Supervisoren im Sinne der Fortbildungsordnung und werden auf Antrag von der Kammer ohne weitere Überprüfung akkreditiert.

4.3.8) Persönliche Eignung.

Für die in der Supervision berücksichtigten psychotherapeutischen Inhalte gelten dieselben Kriterien wie für die Anerkennung von Fortbildungsveranstaltungen (s. 4.1.). Auch die Verbände und Fachgesellschaften, denen die Supervisoren nach Nr. 4.3.2 angehören, müssen diese Kriterien erfüllen.

5. Evaluation

Um auf Dauer einen hohen Qualitätsstandard der Fortbildungsveranstaltungen zu gewährleisten, sollen diese evaluiert werden.

6. Kosten

¹Für die Erteilung eines freiwilligen Fortbildungszertifikats und für die Anerkennung von Fortbildungsveranstaltungen bzw. Akkreditierung von Anbietern wird eine Verwaltungsgebühr erhoben. ²Die Höhe der Gebühr wird in einer Gebührensatzung festgelegt.

7. Veröffentlichung der Fortbildungsveranstaltungen

Als freiwillige Serviceleistung nimmt die Bayerische Psychotherapeutenkammer die Fortbildungsveranstaltung in ihren Veranstaltungskalender auf und veröffentlicht diese auf ihrer Homepage, soweit dies bei Anerkennung der Fortbildungsveranstaltung beantragt wird.

8. Inkrafttreten

Diese Richtlinie tritt zum 01.07.2004 in Kraft.

Die Fortbildungsrichtlinie in der hier vorliegenden geänderten Fassung tritt am Tag nach ihrer Veröffentlichung im Bayerischen Staatsanzeiger in Kraft.

München, den 25. Oktober 2007

Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

**Dr. Nikolaus Melcop
Präsident**

² Ausnahmen können in begründeten Fällen beim Vorliegen äquivalenter Voraussetzungen geltend gemacht werden.

Anlage:

Tab. 1: Anrechenbare Fortbildungseinheiten

Die nachstehende Tabelle umfasst verschiedene Kategorien von Fortbildungsveranstaltungen.

Kategorien von Fortbildungsveranstaltungen und deren Bewertung

Kategorie	Kategorie	Punktzahl	Bewertungsrahmen	Nachweis
A	Vortrag und Diskussion Zusatzpunkt für Lernerfolgskontrolle	1 Punkt pro Fortbildungseinheit (FE) Max. 8 Punkte pro Tag 1 Punkt pro 4 vollendete FE Maximal 2 Zusatzpunkte pro Tag	Unbeschränkt	Teilnahmebescheinigung Erhalt eines Zusatzpunktes nur, wenn die Lernerfolgskontrolle im Programm aufgeführt sowie in den Zeitangaben berücksichtigt ist
B	Kongresse / Tagungen / Symposien im In- und Ausland Zusatzpunkt für Lernerfolgskontrolle	Wenn kein Einzelnachweis entsprechend Kategorie A bzw. C erfolgt: 3 Punkte pro 1/2 Tag bzw. 6 Punkte pro Tag 1 Punkt pro 4 vollendete FE Maximal 2 Zusatzpunkte pro Tag	Unbeschränkt	Teilnahmebescheinigung Erhalt eines Zusatzpunktes nur, wenn die Lernerfolgskontrolle im Programm aufgeführt sowie in den Zeitangaben berücksichtigt ist
C	Seminar, Workshop, Kurs Reflexive Veranstaltungen: Qualitätszirkel / Intervision / Balintgruppe (jeweils mindestens 3 Teilnehmer) Supervision / Selbsterfahrung / Interaktionsbezogene Fallarbeit / Kasuistisch-technisches Seminar Zusatzpunkt für mehrstündige Veranstaltung Zusatzpunkt für Lernerfolgskontrolle	1 Punkt pro FE 1 Punkt pro 4 vollendete FE Maximal 2 Zusatzpunkte pro Tag 1 Punkt pro Veranstaltung Maximal 1 Zusatzpunkt pro Tag	Unbeschränkt Unbeschränkt	Teilnahmebescheinigung Formales Sitzungsprotokoll (Teilnehmerliste, Ort, Zeit, Thema) Erhalt eines Zusatzpunktes nur, wenn die Lernerfolgskontrolle im Programm aufgeführt sowie in den Zeitangaben berücksichtigt ist
D	Strukturierte interaktive Fortbildung mittels Internet/CD-ROM/Printmedien mit nachgewiesener Qualifizierung und Auswertung des Lernerfolgs in Schriftform Die hierfür anrechenbaren Medien und Inhalte müssen vorab von der Landespsychotherapeutenkammer anerkannt werden	1 Punkt pro Übungseinheit	Unbeschränkt	Bescheinigung der Landespsychotherapeutenkammer über die Anerkennung des Mediums + Nachweis des Lernerfolgs

Kategorie	Kategorie	Punktzahl	Bewertungsrahmen	Nachweis
E	Selbststudium durch Fachliteratur / Lehrmittel		Höchstens 50 Punkte in 5 Jahren	Selbsterklärung
F	Autoren	4 Punkte pro Beitrag/Poster	Höchstens 50 Punkte in 5 Jahren	Titelblatt / Literatur-, Programm-Nachweis
	Dozenten / Referenten bei Workshops, Seminaren, Kursen, Vorträgen, Kongressen, Tagungen, Symposien, Kolloquien sowie bei Lehrtätigkeit in der Ausbildung zum PP und / oder KJP	zusätzlich 50% zu den Punkten der Teilnehmer für die eigenen Beiträge, mindestens 2 Punkte	Höchstens 50 Punkte in 5 Jahren	Programm, Skript, Tätigkeitsbestätigung, Vorlesungsverzeichnis
	Qualitätszirkelmoderatoren	1 Punkt zusätzlich zu den Punkten der Teilnehmer	Unbeschränkt	Teilnahmebestätigung, Programmnachweis
G	Hospitationen in psychotherapielevanten Einrichtungen / Workshops / Fallkonferenzen / (interdisziplinäre) Kolloquien / Klinikkonferenzen	1 Punkt pro FE Maximal 8 Punkte pro Tag	Unbeschränkt	Bescheinigung der Einrichtung

Berufsordnung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten³ (Neufassung)

A. Präambel

Diese Berufsordnung regelt die Berufsausübung der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten [im Folgenden Psychotherapeut (PP/ KJP) genannt] in Bayern. Die Bestimmungen gelten für alle Angehörigen dieser Berufe, sofern nichts anderes vermerkt ist.

Die im Rahmen des Heilberufe-Kammergesetzes beschlossene Berufsordnung stellt die Überzeugung der bayerischen Psychotherapeuten (PP/ KJP) zu ihrem Verhalten gegenüber den Patienten, den Kollegen, den anderen Partnern im Gesundheitswesen sowie zum Verhalten in der Öffentlichkeit dar. Ziel der Berufsordnung ist es,

- das Vertrauen zwischen Patient und den Psychotherapeuten (PP/ KJP) zu erhalten und zu fördern
- den Schutz der Patienten zu sichern
- die freie Berufsausübung für die beiden Berufsgruppen zu schützen
- das Ansehen des Berufsstandes zu wahren und zu fördern
- den Standesfrieden zu erhalten
- die Qualität der psychotherapeutischen Tätigkeit sicherzustellen und zu fördern
- berufswürdiges Verhalten zu fördern, gewissenhafte Ausübung der psychotherapeutischen Tätigkeit sicherzustellen und berufsunwürdiges Verhalten zu verhindern.

B. Regeln zur Berufsausübung

I. Grundsätze

§ 1 Berufsaufgaben

- (1) Die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind ihrer Natur nach freie Berufe und kein Gewerbe.
- (2) Berufsaufgabe ist es, Psychotherapie im Rahmen der Gesetze und nach den Regeln der Psychotherapie in den Bereichen Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation auszuüben.

§ 2 Allgemeine Berufspflichten

- (1) Der Psychotherapeut (PP/ KJP) ist bei der Ausübung seiner Tätigkeit verpflichtet, die Würde des Patienten zu achten, unabhängig insbesondere von Religion, Nationalität, Geschlecht, sexueller Orientierung, Parteizugehörigkeit oder sozialer Stellung. Er darf weder sein eigenes noch das Interesse Dritter über das Wohl des Patienten stellen.
- (2) Bei der Planung und Durchführung von Psychotherapiestudien sind die international anerkannten ethischen Prinzipien einzuhalten, insbesondere
 - die Autonomie der Patienten zu respektieren,
 - Schaden zu vermeiden und
 - Nutzen zu vermehren

(3) Der Psychotherapeut (PP/ KJP) hat bei seinem öffentlichen Auftreten alles zu unterlassen, was dem Ansehen des Berufsstandes schadet. Er hat darauf zu achten, dass sein öffentliches Auftreten unter Verwendung der Berufsbezeichnung nicht mit der Ausübung von Psychotherapie gleichgesetzt wird. Wird er unter Verwendung der Berufsbezeichnung in der Öffentlichkeit tätig, müssen die fachlichen Äußerungen sachlich informierend und wissenschaftlich fundiert sein. Sowohl irreführende Heilungsversprechen als auch unsachliche Vergleiche von Methoden sind untersagt. Im übrigen gilt § 15.

(4) Psychotherapie muss persönlich und eigenverantwortlich erbracht werden und kann grundsätzlich nicht delegiert werden. Werden diagnostische Teilaufgaben delegiert, so bleibt die Gesamtverantwortung beim delegierenden Psychotherapeuten (PP/ KJP). Der Psychotherapeut (PP/ KJP) darf individuelle psychotherapeutische Behandlungen nicht ausschließlich brieflich, in Zeitungen oder Zeitschriften und auch nicht ausschließlich über Kommunikationsmedien oder Computerkommunikationsnetze durchführen.

(5) Der Psychotherapeut (PP/ KJP) hat Kollegen, Ärzte oder Angehörige für die Psychotherapie in Betracht kommender Fachberufe im Gesundheitswesen hinzuzuziehen, wenn weitere diagnostische und therapeutische Fähigkeiten erforderlich sind.

(6) Der Psychotherapeut (PP/ KJP) ist verpflichtet, sich über die für die Berufsausübung geltenden Vorschriften unterrichtet zu halten.

(7) Der Psychotherapeut (PP/ KJP) hat auf Anfragen der Kammer, welche diese zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben, insbesondere bei der Berufsaufsicht an ihn stellt, in angemessener Frist zu antworten.

(8) Der Psychotherapeut (PP/ KJP) ist verpflichtet, sich hinreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit zu versichern.

§ 3 Notfalldienst

(1) Der niedergelassene Psychotherapeut (PP/ KJP) ist verpflichtet, an einem eingerichteten Notfalldienst teilzunehmen. Auf Antrag eines Psychotherapeuten (PP/ KJP) kann aus schwerwiegenden Gründen eine Befreiung vom Notfalldienst ganz, teilweise oder vorübergehend erteilt werden. Dies gilt insbesondere:

- wenn er wegen körperlicher Behinderung hierzu nicht in der Lage ist,
- wenn ihm aufgrund besonders belastender familiärer Pflichten die Teilnahme nicht zuzumuten ist,
- wenn er an einem klinischen Bereitschaftsdienst mit Notfallversorgung teilnimmt,
- für Psychotherapeuten (PP/ KJP) über 65 Jahre,

– für Psychotherapeutinnen (PP/ KJP) ab Bekanntgabe der Schwangerschaft bis 24 Monate nach der Entbindung; darüber hinaus für einen weiteren Zeitraum von zwölf Monaten, soweit nicht die Versorgung des Kindes anderweitig sichergestellt ist. Letzteres gilt auch für männliche Psychotherapeuten (PP/ KJP) vom Tag der Geburt des Kindes an.

(2) Für die Entscheidung über den Antrag nach Absatz 1 Satz 2 ist die Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (im Folgenden Kammer genannt) zuständig, soweit sie selbst einen Notfalldienst eingerichtet hat. Satz 1 gilt auch, wenn der Notfalldienst von einem anderen Träger eingerichtet wurde, der Antragsteller aber mit diesem Träger selbst in keinerlei mittelbarer oder unmittelbarer Rechtsbeziehung steht.

(3) Die Einrichtung eines Notfalldienstes entbindet den behandelnden Psychotherapeuten (PP/ KJP) nicht von seiner Verpflichtung, für die Betreuung seiner Patienten in dem Umfange Sorge zu tragen, wie es deren Krankheitszustand erfordert.

(4) Der Psychotherapeut (PP/ KJP) hat sich auch für den Notfalldienst fortzubilden, wenn er nicht auf Dauer von der Teilnahme am Notfalldienst befreit ist.

§ 4 Abstinenz

(1) Der Psychotherapeut (PP/ KJP) darf die Vertrauensbeziehung zu seinen Patienten nicht zur Befriedigung eigener Bedürfnisse oder Interessen ausnutzen oder versuchen, aus den Kontakten (persönliche oder wirtschaftliche) Vorteile zu ziehen. Er darf keine Geschenke annehmen, deren Wert den einer kleinen Aufmerksamkeit übersteigen. Er darf nicht direkt oder indirekt Nutznießer größerer Schenkungen, Erbschaften, Erbverträge oder Vermächtnisse von Patienten oder diesen nahe stehenden Personen werden und hat diese Zuwendungen abzulehnen.

(2) Eine Berufsausübung nach den Regeln der Psychotherapie verbietet insbesondere sexuelle Kontakte zwischen Psychotherapeut (PP/ KJP) und ihren Patienten.

(3) Der Psychotherapeut (PP/ KJP) darf im Zusammenhang mit der Ausübung seines Berufes keine Waren verkaufen oder gewerbliche Dienstleistungen erbringen. Ebenso darf er vom Patienten keine Dienstleistungen fordern oder annehmen.

(4) Das Abstinenzgebot gilt auch gegenüber Personen, die dem Patienten nahe stehen.

(5) Die Abstinenzverpflichtung gilt auch für die Zeit nach der Therapie, solange noch eine Behandlungsnotwendigkeit oder eine Abhängigkeitsbeziehung des Patienten zum Psychotherapeuten (PP/ KJP) gegeben ist.

³ Mit der männlichen Form ist auch die weibliche Form mit umfasst.

§ 5 Fortbildung

- (1) Der Psychotherapeut (PP/ KJP) ist verpflichtet, sich in dem Umfang beruflich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Entwicklung seiner zur Berufsausübung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist.
- (2) Die Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen nach Absatz 1 ist gegenüber der Kammer auf Verlangen in geeigneter Form nachzuweisen.

§ 6 Berufsbezeichnungsführung

- (1) Psychotherapeuten (PP/ KJP) führen die gesetzlichen Berufsbezeichnungen.
- (2) Akademische Grade dürfen im Zusammenhang mit der Berufsausübung nur geführt werden, soweit diese mit dem ausgeübten Beruf in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Andere akademische Grade, die nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit dem ausgeübten Beruf stehen, dürfen nur mit einem Zusatz geführt werden, der die Fakultät, in welcher der Grad oder Titel erworben wurde, erkennen lässt.
- (3) Titelführungen sowie Führungen ausländischer Grade, Hochschultitel und Hochschul-tätigkeitsbezeichnungen aufgrund anderer gesetzlicher Bestimmungen bleiben unberührt.

II. Pflichten gegenüber Patienten

§ 7 Behandlungsgrundsätze und Sorgfaltspflichten

- (1) Jede psychotherapeutische Behandlung hat unter Wahrung der Rechte der Patienten, insbesondere des Selbstbestimmungsrechts, zu erfolgen. Der Psychotherapeut (PP/ KJP) darf weder das Vertrauen, die Unwissenheit, Leichtgläubigkeit, wirtschaftliche Notlage oder Hilflosigkeit von Patienten ausnutzen, noch unangemessene Versprechungen oder Entmutigungen in Bezug auf das Behandlungsergebnis machen.
- (2) Patienten sind vor einer aktiven Teilnahme an Psychotherapiestudien sorgfältig über deren Inhalte, Rahmenbedingungen, mögliche Belastungen und Risiken aufzuklären. Diese Informationen und die Zustimmung zur Teilnahme an der Studie müssen vor Beginn der Durchführung schriftlich niedergelegt sein.
- (3) Fehlt das notwendige Vertrauensverhältnis zwischen Patient und dem Psychotherapeuten (PP/ KJP), darf ein Behandlungsvertrag nicht eingegangen werden. Wenn das Vertrauensverhältnis erheblich gestört ist oder verloren geht, muss das Behandlungsverhältnis beendet werden.

§ 8 Aufklärungspflicht

Die erforderliche Aufklärung des Patienten vor Beginn der Behandlung hat im persönlichen Gespräch individuell und im erforderlichen Umfang zu erfolgen. Die Behandlung setzt seine nachfolgende Einwilligung voraus.

§ 9 Schweigepflicht

- (1) Der Psychotherapeut (PP/ KJP) hat über das, was ihm in seiner Eigenschaft als Psychotherapeut (PP/ KJP) anvertraut oder in Bezug auf den Patienten bekannt geworden

ist, zu schweigen. Die Verschwiegenheitspflicht gilt auch nach Beendigung der Psychotherapie und über den Tod des Patienten hinaus. Sie umfasst zudem schriftliche Mitteilungen des Patienten, Aufzeichnungen über Patienten, Untersuchungsbefunde und Mitteilungen von Dritten.

- (2) Der Psychotherapeut (PP/ KJP) ist zur Offenbarung befugt, soweit er von der Schweigepflicht entbunden worden ist oder soweit die Offenbarung zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist. Gesetzliche Aussage- und Anzeigepflichten bleiben davon unberührt. Gefährdet ein Patient sich selbst oder andere, so hat der Psychotherapeut (PP/ KJP) unter Abwägung zwischen Schweigepflicht und Fürsorgepflicht angemessen auf die Abwehr der Gefahr hinzuwirken.
- (3) Der Psychotherapeut (PP/ KJP) hat seine Mitarbeiter und auch die Personen, die zur Vorbereitung auf den Beruf an der psychotherapeutischen Tätigkeit teilnehmen, über die gesetzliche Pflicht zur Verschwiegenheit zu belehren und dies schriftlich festzuhalten.
- (4) Im Rahmen fachlicher Beratung, Intervention und Supervision dürfen Informationen über Patientinnen und Patienten sowie Dritte nur in hinreichend anonymisierter Form verwendet werden, soweit nicht eine Entbindung von der Schweigepflicht vorliegt.

§ 10 Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht

- (1) Der Psychotherapeut (PP/ KJP) hat Psycho-diagnostik, Psychotherapie, Beratung und weiterführende Empfehlungen in erforderlichem Umfang und in nachvollziehbarer Weise zu dokumentieren.
- (2) Der Psychotherapeut (PP/ KJP) hat dem Patienten auf dessen Verlangen grundsätzlich in die ihn betreffenden Behandlungsunterlagen Einsicht zu gewähren; ausgenommen sind diejenigen Teile, welche subjektive Eindrücke oder Wahrnehmungen des Psychotherapeuten (PP/ KJP) enthalten. Auf Verlangen sind dem Patienten Kopien der Unterlagen gegen Erstattung der Kosten herauszugeben.
- (3) Aufzeichnungen sind für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach gesetzlichen Vorschriften die Pflicht zu einer längeren Aufbewahrung besteht.
- (4) Nach Aufgabe der Praxis und für den Fall eigenen gesundheitlichen Unvermögens hat der Psychotherapeut (PP/ KJP) seine Aufzeichnungen und Untersuchungsbefunde gemäß Absatz 3 aufzubewahren oder dafür Sorge zu tragen, dass sie in gehörige Obhut gegeben werden. Der Psychotherapeut (PP/ KJP), dem bei einer Praxisaufgabe oder Praxisübergabe Aufzeichnungen über Patienten in Obhut gegeben werden, muss diese Aufzeichnungen unter Verschluss halten und darf sie nur mit Einwilligung des Patienten einsehen oder weitergeben.
- (5) Aufzeichnungen auf elektronischen Datenträgern oder anderen Speichermedien bedürfen besonderer Sicherungs- und Schutzmaßnahmen, um deren Veränderung,

Vernichtung oder unrechtmäßige Verwendung zu verhindern.

§ 11 Honorar und Vergütungsabsprachen

- (1) Die Honorarforderung muss angemessen sein. Soweit nicht andere öffentlich-rechtliche Vergütungsregelungen maßgeblich sind, ist die Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) anzuwenden. Der Psychotherapeut (PP/ KJP) darf die Sätze der GOP nicht in unlauterer Weise unterschreiten oder sittenwidrig überhöhte Honorarvereinbarungen treffen.
- (2) Bei Abschluss einer Honorarvereinbarung hat der Psychotherapeut (PP/ KJP) auf die Einkommens- und Vermögensverhältnisse des Zahlungspflichtigen Rücksicht zu nehmen. In Fällen wirtschaftlicher Härte darf der Psychotherapeut (PP/ KJP) ganz oder teilweise auf seinen Honoraranspruch verzichten.
- (3) Der Psychotherapeut (PP/ KJP) darf ein Entgelt für Zuweisungen von Patienten weder zahlen noch annehmen.

C. Ausübung des Berufs in unterschiedlichen Berufsfeldern

§ 12 Niederlassung und Ausübung in einer Praxis

- (1) Die selbständige Ausübung des Berufs in einer Praxis ist an den Ort der Niederlassung gebunden. Die Durchführung bestimmter Therapiemaßnahmen kann auch außerhalb der Praxisräumlichkeiten oder in besonderen Behandlungsräumen stattfinden, soweit dies indiziert ist und berufsrechtliche Belange nicht beeinträchtigt werden.
- (2) Die Praxis ist durch ein Praxisschild zu kennzeichnen. Dabei sind der Name, die Berufsbezeichnung und ein Hinweis auf Erreichbarkeit (Sprechzeiten oder Telefonnummer) anzugeben. Besondere Behandlungsräume im Sinne des Absatzes 1 Satz 2 sollen durch ein Hinweisschild mit Angabe der erbrachten Leistung sowie der Praxisbezeichnung samt Anschrift und Telefonnummer gekennzeichnet werden. Weitere Angaben sind nach Maßgabe des § 15 möglich. Aus wichtigem Grund kann die Kammer auf Antrag Ausnahmen von Satz 1 und Satz 2 zulassen.
- (3) Es ist zulässig, über den Praxissitz hinaus an bis zu zwei weiteren Niederlassungsorten selbständig psychotherapeutisch tätig zu sein. Dabei hat der Psychotherapeut (PP/ KJP) Vorkehrungen für eine ordnungsgemäße Versorgung an jedem Ort seiner Tätigkeit zu treffen und auch im übrigen die berufsrechtlichen Anforderungen einzuhalten. Absatz 2 gilt für die weiteren Niederlassungsorte entsprechend.
- (4) Orte und Zeitpunkte der Aufnahme psychotherapeutischer Tätigkeiten sowie jede Veränderung sind der Kammer unverzüglich mitzuteilen. Unabhängig davon sind die Anzeigepflichten nach der Meldeordnung für die Niederlassung zu beachten.
- (5) Bei der Beschäftigung von Angestellten am Praxissitz, in besonderen Behandlungsräumen im Sinne des Absatzes 1 Satz 2 oder an weiteren Niederlassungsorten im Sinne des Absatzes 3 trägt der Praxisinhaber die

berufsrechtliche Gesamtverantwortung. Die Patienten müssen über die am jeweiligen Ort heilkundlich Tätigen in geeigneter Weise informiert werden.

§ 13 Berufliche Kooperationen

- (1) Psychotherapeuten (PP/ KJP) dürfen sich im Rahmen der gesetzlichen und berufsrechtlichen Vorschriften zu Berufsausübungsgemeinschaften mit Psychotherapeuten (PP/ KJP) sowie zur kooperativen Berufsausübung mit selbständig tätigen und zur eigenverantwortlichen Berufsausübung befugten Berufsangehörigen anderer akademischer Heilberufe oder staatlicher Ausbildungsberufe im Gesundheitswesen sowie Angehörigen sozialpädagogischer Berufe zusammenschließen. Die Kammer kann aus wichtigem Grund Ausnahmen von den Beschränkungen nach Satz 1 zulassen.
- (2) Für Berufsausübungsgemeinschaften oder Zusammenschlüsse zur kooperativen Berufsausübung im Sinne des Absatzes 1 dürfen alle für den Beruf des Psychotherapeuten (PP/ KJP) zulässigen Gesellschaftsformen gewählt werden.
- (3) Bei den Zusammenschlüssen im Sinne des Absatzes 1 sind – unbeschadet des Namens einer Partnerschaftsgesellschaft – die Namen aller zusammengeschlossenen Psychotherapeuten (PP/ KJP), der Angehörigen der anderen Berufsgruppen, die zugehörigen Berufsbezeichnungen und jeder Ort der Berufsausübung anzukündigen. Die Fortführung des Namens eines nicht mehr berufstätigen, eines ausgeschiedenen oder verstorbenen Partners ist unzulässig.
- (4) Abgesehen von einer Berufsausübungsgemeinschaft oder einer kooperativen Berufsausübung im Sinne des Absatzes 1 dürfen Psychotherapeuten (PP/ KJP) sich an anderen Kooperationen beteiligen, deren Ziel ein bestimmter Versorgungsauftrag oder eine andere Form der Zusammenarbeit zur Patientenversorgung ist.
- (5) Bei allen Formen von Kooperationen muss die freie Wahl der Psychotherapeuten (PP/ KJP) durch die Patienten gewährleistet und die eigenverantwortliche, fachlich unabhängige sowie nicht gewerbliche Berufsausübung gewahrt bleiben.
- (6) Bei allen Formen von Kooperationen ist die Verarbeitung der Patientendaten so zu organisieren, dass bei Beendigung der Kooperation eine Trennung der Datenbestände unter Wahrung der gesetzlichen Geheimhaltungspflichten, der Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten, der schutzwürdigen Belange der Psychotherapeuten (PP/ KJP) sowie der schutzwürdigen Belange der betroffenen Patienten möglich ist.
- (7) Jeder teilnehmende Psychotherapeut (PP/ KJP) hat zu gewährleisten, dass die psychotherapeutischen Berufspflichten eingehalten werden. Eine Beteiligung von Psycho-

therapeuten (PP/ KJP) an Kooperationen, die missbräuchlich die eigenverantwortliche Berufsausübung einschränken, Überweisungen an Leistungserbringer außerhalb der Organisation ausschließen oder in anderer Weise die Beachtung der Berufspflichten der Psychotherapeuten (PP/ KJP) beschränken, ist unzulässig.

- (8) Alle Kooperationen im Sinne dieser Vorschrift – gleich in welcher Form- sowie deren Änderungen oder Beendigung sind der Kammer anzuzeigen. Kooperationsverträge sind auf Verlangen der Kammer vorzulegen.

§ 14 Anforderungen an Praxen

Psychotherapeutische Praxen müssen bedarfsgerecht ausgestattet sein, Räumlichkeiten müssen den Regeln der psychotherapeutischen Behandlung genügen und vom privaten Lebensbereich getrennt sein. Die Anforderungen nach Satz 1 gelten für alle Orte psychotherapeutischer Tätigkeit entsprechend.

§ 15 Erlaubte Information und berufswidrige Werbung

- (1) Werbung hat sich auf sachgerechte und angemessene Information zu beschränken. Eine dem beruflichen Selbstverständnis der beiden Berufe zuwiderlaufende Werbung ist unzulässig.
- (2) Berufswidrige Werbung ist untersagt. Berufswidrig ist insbesondere eine nach Inhalt oder Form anpreisende, irreführende oder vergleichende Werbung. Der Psychotherapeut (PP/ KJP) darf eine solche Werbung durch andere weder veranlassen noch dulden.

§ 16 Beschäftigungs- oder Dienstverhältnis

- (1) Der Psychotherapeut (PP/ KJP) als vorgesetzte Person darf nachgeordneten Kollegen keine Weisungen erteilen, die mit der Berufsordnung nicht vereinbar sind.
- (2) Der Psychotherapeut (PP/ KJP) in einem privatrechtlichen Beschäftigungsverhältnis oder öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis darf berufsbezogene fachliche Weisungen von vorgesetzten Kollegen, die mit dieser Berufsordnung nicht vereinbar sind, oder deren Befolgung der Psychotherapeut (PP/ KJP) selbst nicht verantworten kann, nicht befolgen. Weisungen für das Vorgehen bei einer psychotherapeutischen Behandlung darf er nur von Kollegen oder ärztlichen Psychotherapeuten als Vorgesetzten annehmen, die selbst über entsprechende psychotherapeutische Qualifikationen verfügen.
- (3) Sofern Weisungsbefugnis besteht, ist der Empfänger dieser Weisungen dadurch nicht von seiner psychotherapeutischen Verantwortung entbunden.
- (4) Übt der Psychotherapeut (PP/ KJP) seinen Beruf in einem Beschäftigungs- oder Dienstverhältnis und daneben in einer Praxis aus,

so hat im Fall auftretender Konflikte das Wohl des Patienten Vorrang.

§ 17 Ausbildung, Lehre und Supervision

- (1) Der in der Ausbildung tätige Psychotherapeut (PP/ KJP) soll darauf hinwirken, dass unter Beachtung der Grundsätze der Berufsordnung die wesentlichen Bedingungen des Ausbildungsverhältnisses zu dessen Beginn schriftlich festgelegt werden.
- (2) Zeugnisse und Teilnahmebescheinigungen für Psychotherapeuten (PP/ KJP) und in Ausbildung befindliche Personen sollen innerhalb von drei Monaten nach Antragstellung, bei Ausscheiden unverzüglich, ausgestellt werden.

§ 18 Gutachtenerstellung und Bescheinigungen

- (1) Bei der Ausstellung psychotherapeutischer Gutachten und Bescheinigungen hat der Psychotherapeut (PP/ KJP) mit der notwendigen Sorgfalt zu verfahren und nach bestem Wissen seine psychotherapeutische Überzeugung auszudrücken. Gutachten und Bescheinigungen, zu deren Ausstellung der Psychotherapeut (PP/ KJP) verpflichtet ist oder die auszustellen er übernommen hat, sind innerhalb einer angemessenen Frist abzugeben.
- (2) Ein Auftrag zur Begutachtung eigener Patienten im Rahmen eines Gerichtsverfahrens ist grundsätzlich abzulehnen. Eine gutachterliche Stellungnahme ist nur dann möglich, wenn der Psychotherapeut (PP/ KJP) den Patienten auf mögliche Risiken einer sachverständigen Äußerung als sachverständiger Zeuge hingewiesen hat und der Patient auf dieser Grundlage den Psychotherapeuten (PP/ KJP) von der Schweigepflicht entbunden hat.

D. Schlussvorschriften

§ 19 Berufsrechtsvorbehalt

Vorschriften dieser Berufsordnung, die das Partnerschaftsgesellschaftsgesetz (Gesetz über Partnerschaftsgesellschaften Angehöriger Freier Berufe [PartGG] vom 25. Juli 1994 – BGBl. I S. 1744) einschränken, sind vorrangig auf Grund von § 1 Abs. 3 PartGG.

§ 20 Inkrafttreten

Diese Berufsordnung tritt nach der Veröffentlichung im Bayerischen Staatsanzeiger am 01. Januar 2005 in Kraft.

Die Berufsordnung in der hier vorliegenden geänderten Fassung tritt am Tag nach ihrer Veröffentlichung im Bayerischen Staatsanzeiger in Kraft.

München, den 23. Oktober 2007

Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Dr. Nikolaus Melcop
Präsident

Änderung der Beitragsordnung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (BeiO)

In der 11. Delegiertenversammlung am 23. Oktober 2007 wurden folgende Änderungen der Beitragsordnung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vom 18. September 2003 (Bayerischer Staatsanzeiger Nr. 43, 58. Jg.) in der Fassung vom 28. Oktober 2004 (StAnz Nr. 48/2004) beschlossen.

Das Bayerische Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz hat die Änderung der Beitragsordnung mit Schreiben vom 30. Oktober 2007 Aktenzeichen 321- G8538-2007/12-2 genehmigt.

I.

1. In § 2 a wird der Euro-Betrag „350,- €“ ersetzt durch „390,-€“.
2. In § 2 b wird der Euro-Betrag „310,- €“ ersetzt durch „340,-€“.
3. In § 2 c wird der Euro-Betrag „330,- €“ ersetzt durch „370,-€“.
4. In § 2 Abs. 3 wird der Euro-Betrag „60,-“ ersetzt durch „75,-€“.
5. In § 3 Abs. 2 wird der Euro-Betrag „60,-“ ersetzt durch „75,-€“.

II.

Die Änderungen treten am 01. Januar 2008 in Kraft.

München, den 24. Oktober 2007

Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Dr. Nikolaus Melcop
Präsident

Fortbildungsveranstaltungen

Anmeldeformular Fortbildungsveranstaltungen allgemein	11
3. Landespsychotherapeutentag Bayerns	12
Anmeldeformular zum 3. Landespsychotherapeutentag	13



Anmeldung zu den Fortbildungsveranstaltungen der PTK Bayern

Fax: 089 – 51 55 55 - 245

Name, Vorname	Mitgliedsnummer
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Tel.	E-Mail

Hiermit melde ich mich verbindlich für folgende Fortbildungsveranstaltungen der PTK Bayern an (bitte ankreuzen):

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> Angestelltenverhältnis und Berufsrecht
19. Februar 2008 in Nürnberg | 20 Euro |
| <input type="checkbox"/> Symposium zur Palliativversorgung am 15.03.08 in Nürnberg
<i>Bitte die zwei Workshops angeben, die Sie vorzugsweise besuchen möchten:</i> | 100 Euro |
| <input type="checkbox"/> Angestelltenverhältnis und Berufsrecht
02. April 2008 in Regensburg | 20 Euro |

Datum	Unterschrift
-------	--------------

Bitte helfen Sie uns, Verwaltungskosten zu sparen, indem Sie uns eine einmalige Einzugsermächtigung erteilen!

Einmalige Einzugsermächtigung:

Hiermit ermächtige ich die Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, den Rechnungsbetrag für die Teilnahme an den oben angekreuzten Fortbildungsveranstaltungen der PTK Bayern einzuziehen.

KontoinhaberIn	Bank
----------------	------

Kontonummer	BLZ
-------------	-----

Ort, Datum	Unterschrift KontoinhaberIn
------------	-----------------------------

Teilnahmebedingungen:

In dringenden Ausnahmefällen können Sie uns die Kursgebühr selbstverständlich auch überweisen (Kontoverbindung: Stadtparkasse Bamberg, Bankleitzahl 770 500 00, Kontonummer: 300 51 23 16). Bitte geben Sie im Falle einer Überweisung im Betreff unbedingt Ihre Mitgliedsnummer sowie Namen und Datum der Veranstaltung/en, die Sie besuchen möchten, an. Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge ihres Eintreffens berücksichtigt. Sie erhalten von uns eine Anmeldebestätigung mit aktualisiertem Programm und Angaben zum Veranstaltungsort und Anfahrtsplan. Bei Absage der Veranstaltung seitens des Veranstalters wird die Teilnahmegebühr voll zurückerstattet. Darüber hinausgehende Ansprüche bestehen nicht. Erfolgt eine – wenn auch unverschuldete – Absage des Teilnehmers bis zu 4 Wochen vor der Veranstaltung, so wird für die Stornierung eine Bearbeitungsgebühr i.H.v. € 25,00 einbehalten. Nach diesem Zeitpunkt erfolgt keine Rückvergütung der Teilnahmegebühr. Ihren Rücktritt geben Sie uns bitte schriftlich bekannt. Selbstverständlich ist die Vertretung eines angemeldeten Teilnehmers möglich. Der Veranstalter behält sich Programmänderungen vor.



Schneller, billiger, transparenter...!?

Ansprüche an Psychotherapeut/inn/en in der globalisierten Moderne

München, Samstag, 11. Oktober 2008
10.00-17.45 Uhr

Technische Universität München, Audimax, Stammgelände Arcisstraße 21, 80333 München

Das Audimax ist mit der U-Bahnlinie U2 bis zur Haltestelle Theresienstraße am besten zu erreichen

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

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

Hauptvorträge im Audimax

- Prof. Dr. H. Keupp: Strukturmerkmale der modernen Gesellschaft und die Verortung von psychischen Störungen und von Psychotherapie
- Prof. Dr. B. Strauss: Ökonomie – ist das immer im Interesse der Patienten?
- Prof. Dr. P. Fiedler: Schnelligkeit und Effizienz als Gütekriterium einer Psychotherapie?
- Prof. Dr. P. Henningsen: Taugt unser Gehirn für schnelle Psychotherapieeffekte? Taugt die Hirnforschung zur Evidenzbasierung der Psychotherapie?
- Prof. Dr. O. Geramanis: Zeitmanagement – ein Irrweg?

Weitere Themen

- Prof. Dr. M. Fichter: Internetgestützte Psychotherapie: ein Zukunftsmodell?
- W. Bergmann: Die modernen Süchte: Internetsucht, Chat-Rooms, Spiele
- Prof. Dr. G. Esser + PD Dr. A. Streeck-Fischer (angefragt): Überblick über Leitlinien in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen: behaviorale und psychodynamische Perspektive
- Dr. B. Kühnl: Erziehungsberatung zwischen Kurzberatung und Beratung/Therapie bei komplexen Problemlagen
- D. Schmucker: Moderne leitliniengestützte Reha: zwischen „Durchschleusen“ und individueller Fallbetreuung
- Dr. S. Edgeton (angefragt): Möglichkeiten und Gefahren der elektronischen Dokumentation
- Dr. M. Gavranidou: Die „moderne Völkerwanderung“: Besonderheiten von Psychotherapie bei Menschen mit Migrationshintergrund
- Prof. Dr. U. Luka-Krausgrill (angefragt): Leitliniengestützte Behandlung von Depressionen: Welcher Spielraum bleibt?
- J. Hardt (angefragt): Veränderungen der psychotherapeutischen Sprache: Psychotherapeuten als Dienstleister
- M. Leitner: „Psychotherapie als Doping“: Coaching von Managern

Teilnahmebedingungen: Bitte helfen Sie uns, Verwaltungskosten zu sparen, indem Sie uns auf dem Anmeldeformular auch die einmalige Einzugs-ermächtigung erteilen. Bei Absage der Veranstaltung seitens des Veranstalters wird die Teilnahmegebühr voll zurückerstattet. Darüber hinausgehende Ansprüche bestehen nicht. Erfolgt eine – wenn auch unverschuldete – Absage des Teilnehmers bis zum 15. September 2008, so wird für die Stornierung eine Bearbeitungsgebühr i.H.v. € 25,00 einbehalten. Nach diesem Zeitpunkt erfolgt keine Rückvergütung der Teilnahmegebühr. Ihren Rücktritt geben Sie uns bitte schriftlich bekannt. Selbstverständlich ist die Vertretung eines angemeldeten Teilnehmers möglich. Als PiA und Studenten legen Sie bitte die entsprechenden Nachweise gleich der Anmeldung bei. Wir behalten uns Programmänderungen vor.



Anmeldung (Fax-Nr.: 089 / 51 55 55 – 245)

Name, Vorname	Mitgliedsnummer
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Tel.	E-Mail

Hiermit melde ich mich verbindlich für den 3. Bayerischen Landespsychotherapeutentag am 11. Oktober 2008 in der Technischen Universität in München an. Der Kostenbeitrag liegt bei **80,00€ bei Buchung bis zum 30.06.2008** und 100,00€ bei Buchung ab dem 1.07.2008.

Psychotherapeut/inn/en in Ausbildung und Psychologie-Studenten zahlen die Hälfte.

Aus organisatorischen Gründen bitten wir Sie, uns unverbindlich mitzuteilen, an welcher der Parallelveranstaltungen Sie voraussichtlich teilnehmen möchten:

- Internetgestützte Psychotherapie
- Die modernen Süchte
- Leitlinien in der Behandlung von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen
- Erziehungsberatung zwischen Kurzberatung und komplexen Problemlagen
- Moderne leitliniengestützte Reha
- Veränderungen der Strukturen (Elektronische Dokumentation)
- „Die moderne Völkerwanderung“
- Leitliniengestützte Behandlung von Depressionen
- Psychotherapeutische Sprache
- Coaching von Managern

Die Teilnahmebedingungen für die Veranstaltung entnehmen Sie bitte der vorigen Seite.

Datum	Unterschrift
-------	--------------

Einmalige Einzugsermächtigung:

Hiermit ermächtige ich einmalig die Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, den Rechnungsbetrag für die Teilnahme am 3. Bayerischen Landespsychotherapeutentag einzuziehen.

KontoinhaberIn	Bank
----------------	------

Kontonummer	BLZ
-------------	-----

Ort, Datum	Unterschrift KontoinhaberIn
------------	-----------------------------

