



Psychotherapie **Aktuell**

- ❏ Symposium der DPtV
Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen
- ❏ Gespräch mit Dr. Rainer Hess
- ❏ Abgabe halber Praxissitze



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

viele von Ihnen können auf einen erholsamen Sommerurlaub zurückblicken und sind nun wieder im Praxisalltag eingetaucht.

So mag das inhaltlich und politisch sehr gewichtige DPTV-Symposium „Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen“ subjektiv gesehen schon weit zurück liegen. Es ist aber ein Muss für die Zukunft, im ambulanten und im stationären Sektor bei somatisch erkrankten Menschen auch die psychischen Komponenten mit zu behandeln. Dadurch wird Leid verringert und verkürzt, und letztendlich auch erhebliche Behandlungskosten eingespart. Hans-Jochen Weidhaas hat unser Symposium inhaltlich-fachlich organisiert und moderiert. Die exzellenten Referenten der Veranstaltung geben uns heute noch mal einen Rückblick auf ihre Vorträge. Am Nachmittag moderierte Wolfgang van den Bergh die spannende Podiumsdiskussion zu diesem Thema mit Dr. Bernhard Gibis, Dezerat für Verträge und Ordnungsmanagement der KBV, Hans Dörning, Sozialwissenschaftler vom ISEG Hannover, Johannes Klüsener, Diplom-Psychologe und Fachreferent für Versorgungsmanagement der Techniker Krankenkasse und Dieter Best, Bundesvorsitzender der DPTV.

Fazit: Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen ist nachgewiesen wirksam und sie kann Klinikeinweisungen verhindern. Koordination und Kooperation zwischen den Fachgruppen müssen in der Versorgung somatisch Erkrankter besser geregelt werden – insbesondere, wenn Psychotherapeuten beteiligt sind oder sein sollten. Sozialrechtliche Beschränkungen flexiblerer Behandlungsmöglichkeiten der Psychotherapeuten sollten beseitigt

werden. Die DPTV hält hier unter anderem für Hausärzte ein geregeltes Konsiliarverfahren bei bestimmten körperlichen Erkrankungen mit begleitenden oder impliziten psychischen Beschwerden für sinnvoll.

Diese und auch weitere Forderungen der DPTV werden von unserer neuen wissenschaftlichen Referentin, Dr. Cornelia Rabe-Menssen, mit analytischem Blick auf die Ergebnisse verschiedener aktueller Versorgungsstudien aufgestellt. Im Fokus ihrer Recherchen steht die notwendige Verbesserung der hausärztlichen Diagnostik von psychischen Erkrankungen. Auch die ungenügende Vernetzung und Zusammenarbeit zwischen allen Versorgungsebenen und die leider noch immer bestehende Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen in unserer Gesellschaft führen oft zu einer Nicht-Behandlung oder Verschleppung von psychischen Beschwerden.

Silke Eggerichs-Petersens gibt uns einen Einblick in die psychodynamischen Grundannahmen und Konzepte der Behandlung von chronischen Schmerzpatienten. Sie beschreibt die Besonderheiten der psychotherapeutischen Behandlung und die Fallstricke für den Psychotherapeuten bei dieser Patientengruppe. Lisa Schneider fordert mit ihrem sehr anschaulichen Beitrag Hilfen für FolgetherapeutInnen von sexuell belästigten Patienten.

Wir erlauben uns noch einmal einen Blick zurück in die Zeit der Entstehung des Psychotherapeutengesetzes. Das heute umgesetzte „Integrationsmodell“ – die Integration Psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in das bestehende ärztliche Kassensystem –

war damals nicht unumstritten. So gab es auch ein Modell einer eigenen Versorgungssäule im Gesundheitssystem, das einer „Kassenpsychotherapeutischen Vereinigung“ neben der Kassenärztlichen. Dr. Rainer Hess erinnert im Gespräch mit Hans-Jochen Weidhaas an diesen entscheidenden gesundheitspolitischen Wendepunkt.

Ein weiteres Interview führte Dagmar Kumbier, Psychotherapeutin in Ausbildung zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapeutin, mit ihrer an Praxis- und Lehrjahren sehr reichen Kollegin Eva Jaeggi. Wie kam es zu diesem Kontakt? Dagmar Kumbier hatte Ende 2008 einen Erfahrungsbericht zu ihrer Identitätsbildung als Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapeutin geschrieben: „Die Identitätsbildung psychodynamischer Psychotherapeuten wird dadurch erschwert, dass die Ausbildung zu wenig Abgrenzung gegenüber der Psychoanalyse ermöglicht“ (Kumbier, Weder Volkslied noch Sonate, in: Psychodynamische Psychotherapie, Schattauer 2008). Im Interview gibt Eva Jaeggi der angehenden Kollegin Antworten auf häufig aufgeworfene Fragen in der psychodynamischen Szene.

In der Rubrik „Aus der Praxis für die Praxis“ macht uns diesmal Daniel Dommenz als ein auf Heilberufe spezialisierter Steuerberater mit der betriebswirtschaftlichen Planung der sozialversicherungspflichtigen Anstellung eines Kollegen in der Praxis vertraut. Ein DPTV-Informationsblatt zur „Anstellung in einer Praxis“ soll in dieses Thema einführen.

Mit einem aktuellen Urteil des Bundesfinanzhofes beschäftigt sich Steuerberaterin Christina Seimetz in ihrem Beitrag zum Vorsteuerabzug bei Aus-

führung von steuerfreien Umsätzen. Wolfgang Elbrecht erläutert wichtige Aspekte für die Berechnung eines Krankenhaustagegeldes eines selbständig tätigen Psychotherapeuten und dessen betriebswirtschaftlichen Konsequenzen.

Wie bereits angekündigt hat Barbara Lubisch für Sie das Forschungsgutachten zur Zukunft der Psychotherapieausbildung unter die Lupe genommen und stellt Ihnen kompetent und kompakt die wichtigsten Ergebnisse daraus vor.

Dr. Bernd Halbe führt gemeinsam mit seinem Kollegen Jens-Peter Jahn aus, wie eine halbe vertragspsychotherapeutische Praxis übergeben werden kann und welche zivil- und sozialrechtlichen Fragestellungen hier berücksichtigt werden müssen. Dr. Dr. Thomas Ufer spezifiziert die rechtlichen Bedingungen, mit der Heilpraktiker für Psychotherapie auf ihrem Praxisschild werben dürfen.

An dieser Stelle möchte ich Sie dazu ermuntern, eigene Beiträge insbesondere für unsere Rubrik „Aus der Praxis für die Praxis“ beizusteuern. Jeder von uns hat schon etwas Gewinnbringendes für die eigene Praxis entwickelt, erfahren oder herausgefunden, was auch für die Kolleginnen und Kollegen nützlich sein kann.

Jetzt wünsche ich Ihnen eine spannende und unterhaltsame Lektüre.

Ihre

Stellvertretende Bundesvorsitzende der DPTV



Gesundheitspolitik

- 2** **Symposium der DPTV am 18. Juni 2009 in Berlin**
Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen
Hans-Jochen Weidhaas
 Ergebnisse aus Symposium und Podiumsdiskussion zusammengefasst
Dieter Best
 Einführung in das Thema „Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen“
Babette Renneberg
 Psychotherapie bei somatischen Erkrankungen
Andrea Benecke
 Psychotherapie bei Diabetes
Hans-Günter Budde
 Psychotherapie bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen
Paul Nilges
 Psychotherapie bei chronischen Schmerzen
- 14** **Hans-Jochen Weidhaas**
 Gespräch mit dem „Vater des Integrationsmodells“, Dr. Rainer Hess
- 14** **Mechthild Lahme**
 Stationen des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG)

Fachbeiträge

- 16** **Cornelia Rabe-Menssen**
 Zum Problem der niedrigen Erkennungsrate psychischer Erkrankungen in der hausärztlichen Versorgung
- 20** **Dagmar Kumbier**
 Eva Jaeggi zu ihren Bemühungen um ein besseres Verständnis der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie
- 23** **Silke Eggerichs-Petersen**
 Schmerz lass nach....!
- 26** **Lisa Schneider**
 Was tun, wenn wir von sexuellen Übergriffen in einer Psychotherapie erfahren?

Aus der Praxis – für die Praxis

- 28** **Daniel Dommenz**
 Betriebswirtschaftliche Planung einer Anstellung in der Psychotherapeutischen Praxis
- 29** **Informationsblatt:**
 Anstellung in einer Praxis
Praktische Tipps:
 Praxis mieten (Teil 2)

PiA

- 31** **Barbara Lubisch**
 Die Zukunft der Psychotherapeutenausbildung

Rechts- & Versicherungsfragen

- 34** **Bernd Halbe, Jens-Peter Jahn**
 Die Abgabe und Übernahme halber vertragspsychotherapeutischer Praxen
- 37** **Thomas Ufer**
 Bezeichnung „Praxis für Psychotherapie“ wettbewerbswidrig, wenn Hinweis auf Heilpraktiker-Erlaubnis fehlt
- 38** **Wolfgang Elbrecht**
 Die Krankentagegeldversicherung
- 40** **Christina Seimetz**
 Psychotherapeuten: Kein Vorsteuerabzug bei Ausführung von steuerfreien Umsätzen

Veranstaltungen

- 41** **Veranstaltungskalender Oktober bis Dezember 2009**

Kleinanzeigen

42

Verbandsintern

- 43** **Adressen DPTV**
Impressum

Rezensionen

- 44** **Johannes Schaller**
 Lehrbuch der klinisch-psychologischen Diagnostik
- 45** **Alessandro Cavicchioli**
 Praxisbuch Verhaltenstherapie. Grundlagen und Anwendungen biographisch-systemischer Verhaltenstherapie
- 46** **Dirk Revenstorf**
 Humanistische Psychotherapie. Quellen, Theorien und Techniken

Leserbriefe

- 47** **Leserbrief zum Beitrag von Karlfrid Hebel-Haustedt:**
 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie: wo steht sie – wo geht sie hin?

Humorvolles – von Kollegen für Kollegen

48

Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen

Symposium der DPtV am 18. Juni 2009 in Berlin



Hans-Jochen Weidhaas Ergebnisse aus Symposium und Podiumsdiskussion zusammengefasst

Psychotherapeutische Verfahren bei körperlichen Erkrankungen wie Diabetes mellitus Typ 1 und 2, Koronarer Herzkrankheit (KHK), Schmerzpatienten sind wirksam und bringen den Patienten deutlichen Nutzen. Dass die Prognosen für die Erkrankten bei einer zusätzlich zur somatischen Behandlung durchgeführten Psychotherapie deutlich positiver ausfallen, zeigte sich jetzt bei unserem Symposium in der Landesvertretung Sachsen-Anhalt am 18. Juni 2009 in Berlin. Nachfolgend berichten wir über diese sehr gut besuchte und beeindruckende Veranstaltung.

Die Vortragenden waren:

Prof. Dr. Babette Renneberg, Freie Universität Berlin, die in das Thema einführte.

Dr. Andrea Benecke, Johannes Gutenberg Universität Mainz mit einem Vortrag zur Psychotherapie bei Diabetes Mellitus.

Dr. Hans-Günter Budde, Bad Münster am Stein, referierte über Psychotherapie bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Dr. Paul Nilges, DRK Schmerzzentrum

Mainz, zeigte die Möglichkeiten der Psychotherapie bei chronischen Schmerzen auf.

Dieter Best, Bundesvorsitzender der Deutsche Psychotherapeutenvereinigung.

In allen Vorträgen wurde deutlich, dass körperliche Erkrankungen oft von psychischen Störungen begleitet werden. Gerade psychotherapeutische Interventionen tragen zur gelungenen Krankheitsbewältigung bei, indem belastende Faktoren reduziert und Ressourcen mobilisiert werden. Um bei

körperlichen Erkrankungen psychotherapeutisch wirkungsvoll helfen zu können, bedarf es der Berücksichtigung sozialer, psychischer und biologischer Zusammenhänge der Krankheitsentstehung und Aufrechterhaltung. Klar erkennbar wurde: Psychotherapeutische Kompetenz wird bei diesen Krankheiten jedoch noch zu wenig genutzt!

Bei der Koronaren Herzkrankheit (KHK) können die Beschwerden durch eine begleitende psychotherapeutische Behandlung bis zum völligen

Verschwinden der Symptome positiv beeinflusst werden. Bei Diabetikern und auch bei Schmerzpatienten werden mit einer begleitenden Psychotherapie die Lebensqualität und die Möglichkeit zur Teilhabe am täglichen Leben deutlich verbessert.

In ihrem einführenden Referat wies Frau Prof. Renneberg darauf hin dass

- die Lebenserwartung beständig steigt
- die Behandlung von körperlichen Erkrankungen und Verletzungen sich verbessert
- eine Verschiebung von akuten zu



Am Nachmittag erfolgte zu dem Tagungsthema eine Podiumsdiskussion mit:



Wolfgang van den Bergh,
Chefredakteur der Ärzte Zeitung (Moderation)



Dieter Best,
Diplom-Psychologe, Bundesvorsitzender der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung



Dr. Bernhard Gibis,
Leiter des Dezernates 4 – Verträge und Ordnungsmanagement, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin



Hans Dörning, Diplom-Sozialwissenschaftler,
Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG), Hannover



Johannes Klüsener,
Diplom-Psychologe, Fachreferent Versorgungsmanagement Angebote, Techniker Krankenkasse, Hamburg

chronischen Erkrankungen erkennbar ist

- und Multimorbidität/ Komorbidität eher die Regel als die Ausnahme ist.

Dies habe zur Folge, dass die Betroffenen immer mehr Jahre mit chronischen Erkrankungen zu leben hätten und sich damit die Frage nach der psychischen Befindlichkeit und Lebensqualität ganz anders stellt:

- Komorbide psychische Störungen liegen häufig vor, werden aber nur selten adäquat diagnostiziert und behandelt
- Wechselwirkungen zwischen körperlichen und psychischen Faktoren
- Komorbide psychische Störungen sind mit einer erhöhten somatischen Morbidität und Mortalität, erhöhten Versorgungskosten sowie einer geringeren Lebensqualität verbunden
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit bei somato-psychischen Erkrankungskombinationen ist im Vergleich zu somato-somatischen Komorbiditäten ungünstiger und weist ein hohes Verbesserungspotential auf.

Die häufigsten psychischen Symptome bei körperlichen Erkrankungen seien Depression (Schuldgefühle, Sinnfragen, Selbstwert), Substanzabhängigkeit, posttraumatische Belastungen und Ängste (Sorgen um Zukunft, um Angehörige).

In den drei nachfolgenden Referaten wurden dann konkrete psychologisch-psychotherapeutische Vorgehensweisen bei definierten körperlichen Erkrankungen vorgestellt:

Koronare Herzkrankheit

In dem Vortrag von Dr. Budde waren psychologische Interventionen bei koronarer Herzkrankheit in erster Linie Modifikation von „klassischen“ Risikofaktoren wie Übergewicht, Nikotinabusus und Stressmanagement als



Von links nach rechts: Johannes Klüsener, Dieter Best, Hans Dörning, Dr. Bernhard Gibis, Wolfgang van den Bergh

vorbeugende Behandlung. In der Postinfarktphase zeigen sich bessere Effekte bei länger andauernden multimodalen Therapien mit den Elementen

- Nikotin-Verzicht
- täglich eine Stunde „Stress-Management“ (PR, Imagination, Visualisierung)
- vegetarische Ernährung
- moderates Bewegungstraining
- Kommunikationsübungen.

Zusammenfassend kann Psychotherapie bei Patienten mit KHK dazu beitragen, die Lebensqualität zu verbessern und Mortalität und Morbidität zu verringern.

Diabetes

Frau Dr. Benecke beschrieb in ihrem Vortrag zunächst die beiden Grundtypen dieser Erkrankung, die dann auch unterschiedliche Vorgehensweisen zur Folge hätten.

Psychotherapeutische Interventionen zielen bei dieser Erkrankung auf eine Verbesserung der kognitiven, emotionalen und verhaltensbezogenen Fähigkeiten des Patienten, typische Probleme im Zusammenhang mit der Er-

krankung und der Diabetestherapie zu bewältigen.

Im Einzelnen sind dies Selbstmanagement-Training, Blutzuckerwahrnehmungstraining, Verbesserung der Adhärenz des Patienten sowie Förderung sozialer Kompetenz und Bearbeitung interpersoneller Probleme, wenn sie sich negativ auf die Diabetestherapie auswirken.

Häufige komorbide Erkrankungen bei Diabetikern sind Depressionen, Angst-

störungen und Essstörungen, die aber alle mit psychotherapeutischen Verfahren erfolgreich behandelt werden können.

Schmerzen

Dr. Paul Nilges hielt den Schlussvortrag an diesem spannenden Vormittag. Er berichtete überzeugend über die Möglichkeiten, mit psychologisch-psychotherapeutischen Methoden Schmerzpatienten erfolgreich behandeln zu können. Einführend hob er

	Typ 1 Diabetes	Typ 2 Diabetes
Ätiologie	Insulinmangelsyndrom durch Zerstörung der insulinproduzierenden Zellen der Bauchspeicheldrüse (Autoimmunerkrankung).	Hyperinsulinämie aufgrund einer abnormen Insulinsekretion oder Insulinresistenz oder einer erhöhten hepatischen Glukoseproduktion. Alter, Gewicht und Aktivität beeinflussen den Beginn.
Beginn	Akuter Beginn meist in Kindheit oder Jugend	Schleichender Beginn meist ab 50. Lj., zunehmend Beginn schon im Jugendalter
Therapie	3–5 Insulininjektionen pro Tag mit Spritzen oder Insulinzufuhr über eine Insulinpumpe	Gewichtsreduktion, Veränderungen im Essverhalten, Aktivitätssteigerung, orale Antidiabetika, Insulin
Epidemiologie	0,3–0,5% der deutschen Bevölkerung	Ca. 6% der deutschen Bevölkerung

Tabelle 1

die Besonderheiten bei chronischen Schmerzen hervor.

Chronische Schmerzen:

- meist konstant aversiv symptomatisch, dadurch besonderer und doppelter Druck in Form von
 - hohem Leidensdruck auf Patientenseite
 - hohem Erfolgsdruck auf Behandlerseite
- betrifft verschiedene Ebenen: Verhalten, Gefühle, Gedanken, Physiologie (unkorreliert)
- subjektiv (nicht beweisbar, nicht widerlegbar), im Unterschied zu Diabetes und Hypertonus
- starke negative Affekte (im Unterschied zu „anderen“ Sinneswahrnehmungen)
- Verlust der Warnfunktion.

Die Behandlung von Schmerzpatienten setzt spezifische Kenntnisse auf Seiten des Therapeuten voraus. Eine leitlinienkonforme Diagnostik und Therapie, z. B. bei Rückenschmerzen, ist gekennzeichnet durch

- gestufte Diagnostik: Anamnese, klinische Untersuchung, bei fehlenden „red flags“ keine Bildgebung (keine Überdiagnostik)
- beruhigende Information (Eduktion, entkatastrophisieren)
- Anregung zu Aktivität (Orientierung an VT-Prinzipien)
- Kooperation mit andern Fachrichtungen (Psychotherapie, Physiotherapie).

Das Risiko komorbider Erkrankungen wie Affektive Störungen, Angststörungen oder Missbrauch von Alkohol bis hin zur Abhängigkeit ist bei diesen Patienten erhöht.

Es wurde deutlich, dass derzeit eine angemessene Therapie dieser Krank-

heitsbilder zu Lasten der Gesetzlichen Krankenkassen nicht im notwendigen Maße möglich ist. Die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung fordert daher eine möglichst schnelle Einbeziehung dieser psychologisch-psychotherapeutischen Leistungen in den GKV-Katalog.

Das Sozialgesetzbuch V gibt den Krankenversicherungen durchaus die Möglichkeit, neue wissenschaftliche Erkenntnisse in Selektivverträgen mit den Leistungserbringern zu vereinbaren (§ 73 c SGB V). Als Verband müssen wir es zu Gunsten unserer Patienten schaffen, dass die Erkenntnisse aus diesen Verträgen auch flächendeckend in das kollektivvertragliche System aufgenommen werden.

Die Wirksamkeit der psychotherapeutischen Interventionen nach evidenzbasierten Methoden ist nachgewiesen. Dafür sprachen eindeutig die auf dem Symposium von den Referenten vorgelegten Forschungsergebnisse.

„Psychotherapeuten dürfen Richtlinienpsychotherapie, aber auch nicht mehr. Sie dürfen keine psychosomatische Grundversorgung leisten, kaum antragsfreie Gespräche mit Patienten führen, v.a. keine Gruppenbehandlungen anbieten, wie es gerade für die gut ausgearbeiteten und evaluierten psychoedukativen Programme für chronisch körperlich kranke Patienten notwendig wäre“, betonte Dieter Best und forderte zeitnahe Änderungen.

Die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung hofft, mit einer verbesserten interkollegialen Zusammenarbeit von Ärzten und Psychotherapeuten hier wichtige Schritte voranzukommen: Die Lebensqualität für die Patienten würde klar verbessert und nicht zuletzt würde durch verkürzte Krankheitskosten das System entlastet. ■



Dieter Best Einführung in das Thema „Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen“

Sehr geehrte Gäste,
liebe Referenten,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

Psychotherapie nach der Definition des Psychotherapeutengesetzes ist „jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist“. Was hier so banal und etwas umständlich klingt, ist keine Selbstverständlichkeit, denn ursprünglich war beabsichtigt, Psychotherapie auf psychische Krankheiten zu beschränken. Dass es richtig war, darauf zu bestehen, das psychotherapeutische Potential auch bei somatischen Krankheiten entfalten zu können, bei denen psychische Bedingungen eine Rolle spielen, wollen wir mit unserem Symposium zeigen.

Wenn man die medizinische Fachpresse liest, erscheint es als pure Selbstverständlichkeit, dass bei der Behandlung z.B. von Krebs, chronischen Schmerzen, bei Diabetes, bei Hautkrankheiten, bei Herzkrankheiten, bei chronischen Atemwegserkrankungen oder nach Organtransplantationen vom Einsatz psychologischer Methoden oder von begleitender Psychotherapie gesprochen wird. Folgerichtig enthalten die Disease-Management-Programme auch psychologische oder psychotherapeutische Interventionen.

Komorbiditäten zwischen körperlichen Krankheiten und psychischen Störungen sind häufig und die Zusammenhänge sind vielfältig:

- psychische Störungen können durch somatische Krankheiten bedingt oder mitbedingt sein, z.B. Depressionen bei Parkinson,
- sie können in Folge einer körperlichen Krankheit auftreten, z.B. als Anpassungsstörung bei einer Krebserkrankung oder einer Psychose,
- sie können die Chronizität einer körperlichen Krankheit fördern, z.B. eine Depression bei Diabetes oder bei chronischen, ursprünglich somatisch bedingten Schmerzen.

Gegenüber den vielfältigen und gut dokumentierten Zusammenhängen ist das deutsche Gesundheitswesen immer noch sehr einseitig somatisch fixiert. Eine Zahl mag dies belegen: Nur 6% der ambulanten Ausgaben, ca. 1,8 Milliarden von 30 Milliarden werden für psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlungen ausgegeben.

Weil die psychotherapeutische Mitbehandlung körperlicher Krankheiten ein spezialisiertes Fachwissen fordert, insbesondere wenn man sich als Psychotherapeut auf solche Krankheitsbilder spezialisieren will, hat die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz schon vor mehr als 5 Jahren Weiterbildungsgänge geschaffen mit den Schwerpunkten Psychodiabetologie, Neuropsychologie und spezielle Schmerztherapie. Dies ging nicht ohne lange Diskussionen, denn es wurde befürchtet, dass mit solchen Weiterbildungen die Approbation allmählich entwertet wird. Die Sorge ist berechtigt, jedoch nur dann, wenn man Ausbildungsinhalte in die Weiterbildung abschiebt, nicht jedoch

wenn man in Weiterbildungen spezialisiertes Fachwissen vermittelt, das, weil es zu umfassend oder zu speziell ist, in der Ausbildung nicht vermittelt werden kann.

Die begleitende psychotherapeutische Mitbehandlung somatischer Krankheiten durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist sozialrechtlich nur eingeschränkt möglich, was daran liegt, dass wir nach 10 Jahren Psychotherapeutengesetz immer noch in einer Art Übergangszeit leben. Die damals aus Rücksicht auf die Ärzteschaft vorgenommenen Einschränkungen sind nicht gerechtfertigt und hemmen eine adäquate Versorgung der Patienten. So ist die psychotherapeutische Behandlung außerhalb der Richtlinienpsychotherapie fast ausgeschlossen. Die begleitende psychotherapeutische Behandlung körperlicher Krankheiten erfordert aber oft keine Behandlung nach den Psychotherapierichtlinien, weil eng an den Krankheitsbildern orientierte, niedrigschwellige psychoedukative Programme ausreichend wären. Es gibt inzwischen eine Vielzahl gut evaluierter Gruppentherapieprogramme. So müssen wir leider feststellen, dass Patienten mit schweren körperlichen Krankheiten aufgrund der sozialrechtlichen Beschränkungen in der ambulanten Versorgung noch nicht so behandelt werden können, wie es dem Stand der Wissenschaft entspricht.

Und den zu erfahren, sind wir gespannt auf die Beiträge der Referenten. ■

PRESSEMITTEILUNG der DPtV

Psychotherapie wirkt auch bei körperlichen Erkrankungen

Berlin, 19. Juni 2009. Psychotherapeutische Verfahren bei körperlichen Erkrankungen, wie Diabetes mellitus Typ 1 und 2, Koronarer Herzkrankheit (KHK), Schmerzpatienten oder auch nach schweren Unfällen oder Verletzungen, sind wirksam und bringen den Patienten deutlichen Nutzen.

Dass die Prognosen für die Erkrankungen bei einer zusätzlich zur somatischen Behandlung durchgeführten Psychotherapie deutlich positiver ausfallen, zeigte sich jetzt beim Symposium der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPtV) in Berlin.

Körperliche Erkrankungen werden oft von psychischen Störungen begleitet. Psychotherapeutische Interventionen tragen zur gelungenen Krankheitsbewältigung bei, indem belastende Faktoren reduziert und Ressourcen mobilisiert werden. Um bei körperlichen Erkrankungen psychotherapeutisch wirkungsvoll helfen zu können, bedarf es der Berücksichtigung sozialer, psychischer und biologischer Zusammenhänge der Krankheitsentstehung und Aufrechterhaltung. Psychotherapeutische Kompetenz wird bei diesen Krankheiten jedoch noch zu wenig genutzt.

Bei KHK können die Beschwerden durch eine begleitende psychothe-

rapeutische Behandlung bis zum völligen Verschwinden der Symptome positiv beeinflusst werden, bei Schmerzpatienten mit der begleitenden Psychotherapie die Lebensqualität und die Möglichkeit zur Teilhabe am täglichen Leben deutlich verbessert werden.

Die derzeit zu Lasten der Gesetzlichen Krankenkassen durchführbare Psychotherapie lässt eine angemessene Therapie dieser Krankheitsbilder im Augenblick aber nicht im notwendigen Maße zu. Dipl.-Psych. Hans-Jochen Weidhaas, Stellvertretender Bundesvorsitzender der DPtV, fordert eine möglichst schnelle Einbeziehung dieser psychologisch-psychotherapeutischen Leistungen in den GKV-Katalog.

„Das Sozialgesetzbuch V gibt den Krankenversicherungen die Möglichkeit, neue wissenschaftliche Erkenntnisse in Selektivverträgen mit den Leistungserbringern zu vereinbaren (§ 73 c SGB V). Wir müssen es zugunsten unserer Patienten schaffen, dass die Erkenntnisse aus diesen Verträgen auch flächendeckend in das kollektivvertragliche System aufgenommen werden, sobald der wissenschaftliche Nachweis vorliegt“, betonte Weidhaas.

Dipl.-Psych. Dieter Best, Bundesvorsitzender der DPtV, unterstrich, dass die Wirksamkeit der psychotherapeutischen Interventionen nach evidenzbasierten Methoden nachgewiesen sein muss. Dafür sprächen eindeutig die auf dem Symposium von den Referenten vorgetragenen Forschungsergebnisse. Best wies außerdem darauf hin, dass die

Tatsache, dass mit psychologischen Interventionen oder mit Psychotherapie körperliche Krankheiten günstig beeinflusst werden können, auch Aufnahme in die DMPs gefunden habe. „Jedoch bedarf es einer Präzisierung. Begriffe wie etwa ‚psychosoziale Betreuung‘ sind zu unspezifisch“ bemängelte Best. Deshalb habe man auch dem Bundesgesundheitsministerium einen Änderungsvorschlag der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung beim DMP KHK unterbreitet, die entsprechende Passage konkreter zu fassen.

„Psychotherapeuten dürfen Richtlinienpsychotherapie, aber auch nicht mehr. Sie dürfen keine psychosomatische Grundversorgung leisten, kaum antragsfreie Gespräche mit Patienten führen, v.a. keine Gruppenbehandlungen anbieten, wie es gerade für die gut ausgearbeiteten und evaluierten psychoedukativen Programme für chronisch körperlich kranke Patienten notwendig wäre“, betonte Best und forderte zeitnahe Änderungen.

Best hofft, mit einer verbesserten interkollegialen Zusammenarbeit von Ärzten und Psychotherapeuten hier wichtige Schritte voranzukommen: „Die Lebensqualität für die Patienten wird klar verbessert und nicht zuletzt wird durch verkürzte Krankheitskosten das System entlastet.“



Prof. Dr. Babette Renneberg

Professorin für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Freien Universität Berlin. Tätigkeiten in Lehre und Forschung. Leitung der Hochschulambulanz für Psychotherapie Diagnostik und Gesundheitsförderung der Freien Universität Berlin. Approbierte Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie) und Supervisorin.



Babette Renneberg Psychotherapie bei somatischen Erkrankungen



Die Lebenserwartung in der Bevölkerung Deutschlands steigt beständig an, nicht zuletzt auf Grund der Fortschritte in der Behandlung von körperlichen Erkrankungen und Verletzungen. In den letzten Jahren ist eine Verschiebung von akuten hin zu chronischen Erkrankungen zu beobachten, was dazu führt, dass Menschen heutzutage mehr Jahre mit chronischen Erkrankungen verbringen als je zuvor. Komorbidität, also das gleichzeitige Auftreten von mehreren Erkrankungen (körperlichen und/oder psychischen Störungen), ist hierbei eher die Regel als die Ausnahme. Ein bisher weitgehend vernachlässigter Aspekt dieser Entwicklungen ist die Frage, welche Auswirkungen diese auf die psychische Befindlich-

keiten mit einer erhöhten somatischen Morbidität und Mortalität, erhöhten Versorgungskosten sowie einer geringeren Lebensqualität einhergehen – hinzu kommen Wechselwirkungen zwischen körperlichen und psychischen Faktoren (Härter et al., 2007).

Tab. 4.1. Psychische Störungen (12-Monatsprävalenz) bei ausgewählten chronischen körperlichen (12-Monats-) Diagnosen. (Bundesgesundheitsurvey 1998/99, Zusatzmodul »Psychische Störungen, N=4.181)

	Keine der körperlichen Erkrankungen	Irgendeine der körperlichen Erkrankungen	Herzerkrankung	Krebs-erkrankung	Muskulo-skeletale erkrankung	Atemwegs-erkrankung	Diabetes
Irgendeine psychische Störung							
Männer	24,1	27,5*	36,9*	29,8	26,3	32,8*	20,0
Frauen	32,7	45,6*	41,5	42,4	46,9*	51,3*	33,1
Substanzstörungen							
Männer	8,2	5,4	5,7	–	4,5	7,9	7,1
Frauen	1,5	2,1*	1,6	–	1,8	2,8	–
Depressionen							
Männer	6,9	8,9	10,4	7,6	8,5	9,8	6,5
Frauen	11,3	20,0*	19,9	22,7	20,0*	22,9*	25,1*
Angststörungen							
Männer	7,4	12,6*	25,9*	29,9*	12,0*	14,4*	8,0
Frauen	16,7	25,9*	27,5	15,1	25,5*	32,7*	24,4
Somatoforme Störungen							
Männer	5,8	9,6*	10,6	–	10,5*	12,5*	3,1
Frauen	11,9	21,1*	12,8	13,4	23,3*	21,8*	6,6

*: bei Vorliegen der körperlichen Erkrankung signifikant erhöht (p<0.05)
–: in der Stichprobe lagen keine Fälle mit beiden Diagnosen vor

„Verbesserung der Lebensqualität und der sozialen Integration“

keit und Lebensqualität haben. Gerade für eine Verbesserung der Lebensqualität und der sozialen Integration (vgl. ICF, WHO 2003) kann die psychotherapeutische Behandlung von Personen mit körperlichen Erkrankungen und gleichzeitigen psychischen Belastungen entscheidende Beiträge liefern.

Im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen und Langzeitfolgen von schweren Unfällen oder Verletzungen treten häufig komorbide psychische Störungen auf. Bislang werden diese allerdings nur selten adäquat diagnostiziert und behandelt. Daten zeigen, dass die komorbiden psychischen Stö-

Depressionen, Substanzabhängigkeit, Posttraumatische Belastungen und Angststörungen treten gehäuft bei chronischen körperlichen Erkrankungen auf. Bei Frauen zeigen sich vor allem signifikante Erhöhungen hinsichtlich Depressionen, bei Männern vor allem von Angststörungen (Jacobi, 2007). Somatische Erkrankung und psychische Störung können dabei auf unterschiedliche Art und Weise zusammenhängen (Härter & Baumeister, 2007, S.3):

- Die somatische Erkrankung oder zur Behandlung eingesetzte Medikamente verursachen oder lösen auf biologischer Ebene die psychische Störung aus (Beispiel: Schild-

drüsenunterfunktion - depressive Symptome).

- Die somatische Erkrankung geht der Entwicklung einer psychischen Störung zeitlich voraus (Beispiel: Morbus Cushing geht der Episode einer Major Depression voraus).
- Die psychische Störung entwickelt

sich als Reaktion auf eine somatische Erkrankung und ihre Behandlung (Beispiel: Krebserkrankung – schwere Anpassungsstörung).

- Die psychische Störung geht dem Beginn körperlicher Symptome bzw. Erkrankungen voraus (Beispiel: unbehandelte depressive Störung beeinflusst den Übergang von akuten zu chronischen Rückenschmerzen).
- Somatische Erkrankung und psychische Störung sind nicht kausal miteinander verbunden, sondern zeitlich koinzident (Beispiel: posttraumatische Belastungsstörung und rheumatoide Arthritis).

Wenn eine deutliche psychische Belastung vorliegt, aber die diagnostischen Kriterien für das Vollbild einer psychischen Störung nicht erfüllt

sind, werden in der ICD-10 die psychischen Probleme im Zusammenhang mit körperlichen Erkrankungen unter dem Schlüssel F54 – „Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten“ zusammengefasst. Die Diagnostik kann sowohl dimensional hinsichtlich der allgemeinen psychischen Belastung, der Depressivität und Ängstlichkeit (z.B. mit HADS, SCL-9, PHQ) als auch kategorial hinsichtlich des Vorliegens psychischer Störungen (SKID, DIPS, IDCL) erfolgen. Weiterhin sollten bei der Diagnostik auch die Lebensqualität, funktionale Beeinträchtigungen sowie insbesondere Ressourcen, wie z.B. soziale Unterstützung und Selbstwirksamkeit der Patienten beachtet werden.

Grundlegend für die Behandlung dieses Klientels ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Mediziner/innen und Psychotherapeuten/innen. Dabei ist festzustellen, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit bei somato-psychischen Erkrankungskombinationen derzeit im Vergleich zu somato-somatischen Komorbiditäten ungünstiger ist und ein hohes Verbesserungspotential aufweist (Härter et al., 2007).

Die psychotherapeutische Behandlung somatisch-psychisch erkrankter Patienten kann sowohl im stationären Bereich durch Konsiliar- oder Liaisondienst als auch im ambulanten Bereich über die Versorgung in der Praxis oder durch Hausbesuche erfolgen. Durchgeführt werden sowohl Gruppen- als auch Einzeltherapien. Dauer und Frequenz der Behandlung sollten sich flexibel nach den jeweiligen Umständen richten. So können Behandlungen auch zu Hause oder am Krankenbett des Patienten durchgeführt werden.



Dr. Andrea Benecke

Psychologische Psychotherapeutin und Weiterbildungsmächtige für Psychodiabetologie der LPK Rheinland-Pfalz.

Sie leitet stellvertretend den Weiterbildungsstudiengang Psychologische Psychotherapie und die Poliklinische Institutsambulanz der Universität Mainz. Sie hat dort den Behandlungsschwerpunkt „Psychodiabetologie“ aufgebaut.



Der Fokus in der Psychotherapie liegt auf dem Hier und Jetzt und nicht auf einer vertieften Rekonstruktion der Biografie. Es gibt klar umschriebene Behandlungsziele, die insbesondere in der Veränderung des Gesundheitsverhaltens und Förderung der aktiven Mitverantwortung der Patienten liegen. Letztere sollte durch eine Fokussierung auf die Stärken und Ressourcen des Patienten unterstützt werden.

über die jeweilige körperliche Erkrankung und deren Behandlung voraus. Häufig, z.B. bei lebensbedrohlichen Erkrankungen, beinhaltet die Therapie auch eine Auseinandersetzung mit existenziellen Themen.

Ein Beispiel für die Verbindung von Forschung und Praxis stellt ein Forschungsprojekt dar, das im Rahmen einer Multi-Center-Studie zu psychosozialen Faktoren bei schweren Brand-

„...klar umschriebene Behandlungsziele...“

Zu den Inhalten der psychotherapeutischen Behandlung zählen Psychoedukation (Patientenschulungen) und störungsspezifische Inhalte sowie Informationsvermittlung zur (körperlichen) Erkrankung und dem Umgang mit der Erkrankung. Dies setzt von den behandelnden Psychotherapeuten/innen natürlich spezifisches Wissen

verletzungen durchgeführt wurde. Das in der Studie entwickelte Gruppenbehandlungsprogramm wird von den Patienten sehr gut akzeptiert und erste positive Ergebnisse hinsichtlich einer Verbesserung der psychischen Befindlichkeit wurden ebenfalls ermittelt (Wallis-Simon & Renneberg, 2009). ■



Andrea Benecke Psychotherapie bei Diabetes

Das Leitsymptom der Erkrankung Diabetes mellitus ist eine chronische Erhöhung des Blutzuckerspiegels. Die weitaus meisten Diabetiker leiden unter einem Typ 2 Diabetes, früher Alterszucker genannt. Deutlich seltener ist der Typ 1 Diabetes. Des Weiteren unterscheidet man davon den Gestationsdiabetes, der während der Schwangerschaft auftritt und nach der Geburt des Kindes (zunächst) remittiert. Diabetes kann auch als sekundäres Phänomen auftreten, z.B. nach der Entfernung des Pankreas. In Tabelle 1 (siehe hierzu Seite 3) werden Ätiologie, Therapie, Beginn und Epidemiologie des Typ 1 und Typ 2 Diabetes kurz dargestellt.

Der Typ 1 Diabetes kann nur durch die exogene Gabe von Insulin behandelt werden. Hierfür gibt es verschiedene Insuline mit unterschiedlichsten Wirkprofilen. Der Typ 2 Diabetes wird zunächst über Verhaltensänderung (Gewichtsabnahme durch gesündere Ernährung und Bewegungssteigerung), dann mit oralen Antidiabetika und auch immer öfter und immer früher mit unterschiedlichen Insulinregimes behandelt. Dies bedeutet, dass in der Regel mehrmals am Tag Insulin injiziert werden muss. Typ 1 Diabetiker müssen in der Regel 3–5 Mal pro Tag Insulin spritzen, dabei muss die Menge des Insulins abgeschätzt werden: je nach individuellem Bedarf, nach dem aktuell gemessenen Blutzuckerwert, der Zusammensetzung der Mahlzeit, der Bewegung, die stattgefunden hat oder demnächst geplant wird und dem stattgefundenen oder geplanten Alkoholenuss. Dies muss jedes Mal berechnet werden, damit der Blut-

zuckerspiegel im Normbereich (60–140 mg/dl) gehalten wird. Dies bedeutet eine hohe Anforderung an die Selbstmanagementfertigkeiten der Patienten, da die alltägliche Therapie nicht vom Arzt, sondern vom Patienten selbst durchgeführt werden muss. Wird zu viel oder zu wenig Insulin gespritzt, drohen zwei Akutkomplikationen: bei zu viel Insulin im Körper sinkt der Blutzuckerspiegel zu stark und es kommt zur Hypoglykämie mit unterschiedlichen Symptomen wie Zittern, Schwitzen, Sensibilitätsstörungen, kognitiven Ausfällen, ggf. epileptischen Anfällen, Bewusstlosigkeit und Tod, sofern keine ausreichende Gegenregulation über Glykogenausscheidung durch die Leber einsetzt. Wird zu wenig Insulin gespritzt, kommt es zur Hyperglykämie, d.h. zu erhöhten Blutzuckerspiegeln, die unreguliert ebenfalls zu Koma und Tod führen können. Dauerhaft erhöhte Blutzuckerspiegel bergen langfristig die Gefahr von Folgeerkrankungen. Bei Schädigungen der kleinen Blutgefäße (Mikroangiopathien) sind Augen und Nieren betroffen, Schädigungen der großen Gefäße (Makroangiopathien) führen zu Arteriosklerose insbesondere von Gehirn und Herz und Schädigungen der Nerven (Neuropathien) können Sensibilitätsstörungen (z.B. Kribbeln), motorische Störungen (z.B. Lähmungen) und autonome Störungen (Einschränkungen der vegetativen Regulation) zur Folge haben. Eine langfristige normnahe Blutzuckereinstellung reduziert das Risiko für die Entstehung von Folgeerkrankungen deutlich (DCCT, 1993).

Psychotherapeutische Interventionen zielen auf eine Verbesserung der kognitiven, emotionalen und verhaltensbezogenen Fähigkeiten des Patienten, typische Probleme im Zusammenhang mit der Erkrankung



Literaturhinweis:

Härter, M. & Baumeister, H. (2007). Ätiologie psychischer Störungen bei chronischen körperlichen Erkrankungen. In M. Härter, H. Baumeister & J. Bengel (Hrsg.), *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen*. (S. 2–13). Berlin: Springer.

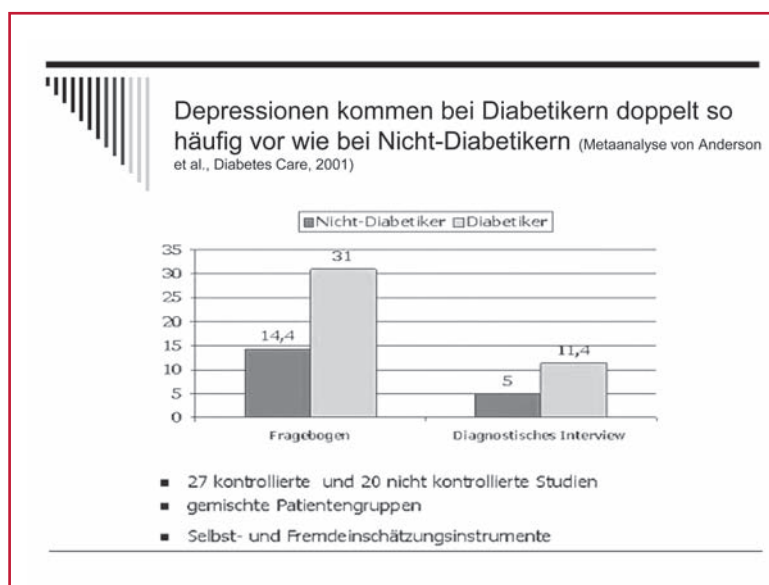
Jacobi, F. (2007). Psychische Störungen bei Patienten mit körperlichen Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung. In M. Härter, H. Baumeister & J. Bengel (Hrsg.), *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen* (S.45–82). Berlin: Springer.

Wallis-Simon, H. & Renneberg, B. (2009). Psychische Faktoren bei schweren Brandverletzungen: Psychotherapeutische Beiträge zur Verbesserung der Lebensqualität. *Psychotherapeutenjournal*, 02/2009, 142–152.

WHO (2005). *ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Deutsche Fassung. Genf: WHO*

und der Diabetestherapie zu bewältigen. Dies kann sich auf unterschiedliche Probleme beziehen:

- **Lebensqualität:** Varni et al. (2008) konnten zeigen, dass Schulkinder mit Diabetes eine deutlich schlechtere Lebensqualität (LQ) berichten als gesunde (durchschnittlich mittlere Effekte). Eine geringere Lebensqualität bei Erwachsenen berichten viele Studien (z.B. Saito et al., 2006, Maddigan et al., 2005, Glasgow et al., 1997). Die Lebensqualität hat unabhängig von somatischen oder anderen Risikofaktoren offensichtlich einen prädiktiven Wert für das Auftreten von Folgeerkrankungen und für die Mortalität (Hayes et al., 2008; Kleefstra et al., 2008). Daher kommt der Steigerung der LQ eine hohe Bedeutung zu. In einer Metaanalyse von 20 Einzelstudien konnten Cochran & Conn (2008) zeigen, dass mit höchstens zehn Sitzungen (Selbstmanagement-Training) die LQ mit einem Effekt von 0,3 gesteigert werden konnte, während sich bei den Kontrollgruppen nichts veränderte.
- **Adhärenz:** Das Einhalten der Diabetestherapie ist wesentlich für die Vermeidung von Akut- und Folgeerkrankungen. Geringe Adhärenz und dauerhaft schlechte Blutzuckerwerte können die Folge negativer Einstellungen in Bezug auf den Diabetes sein. Die Medikamenten-Adhärenz liegt je nach Studie zwischen 36 und 93%, sie ist unterschiedlich für verschiedene Bereiche der Diabetesbehandlung (Arnold-Wörner et al., 2008). Mit einer kognitiv-behavioralen Intervention von vier Stunden konnten Snoek et al. (2001) die Blutzuckereinstellung verbessern



(0,8 Prozentpunkte bei HbA1c in der 6-Monats-Katamnese). Grey et al. (2000) boten insgesamt 18 Treffen (kognitiv-verhaltenstherapeutische Intervention) für schlecht eingestellte Jugendliche an, die in der Folge deutlich weniger Akutkomplikationen hatten und deren HbA1c sich 12 Monate nach Ende der Behandlung signifikant verbesserte. In der Meta-Analyse von Studien mit Typ 1 Diabetikern von Winkley et al. (2006) zeigte sich eine Verbesserung von 0,5 Prozentpunkten im HbA1c bei Kindern/Jugendlichen, was ausreicht, um mikrovaskuläre Ereignisse zu reduzieren. Bei Erwachsenen ergab sich nur ein kleiner Effekt in der Verbesserung des HbA1c. Bei Typ 2 Diabetikern zeigte sich in der Meta-Analyse über 25 Studien von Ismail et al. (2004) eine Reduktion des HbA1c um 1,1 Prozentpunkte gegenüber den Kontrollgruppen.

- **Blutzuckerwahrnehmungstraining:** 20 bis 30% aller Typ 1 Diabetiker haben schwere Hypoglykämien

(DCCT, 1997). Ein Blutzuckerwahrnehmungstraining (BGAT, 8 Therapieeinheiten 1x/Woche) kann helfen, eine gestörte Wahrnehmung der Blutzuckerwerte zu verbessern (signifikante Verbesserung der Wahrnehmung über 12 Monate bei 78 psychisch gesunden Patienten (Cox et al. 2001)).

Neben diesen psychotherapeutischen Kurzinterventionen bei diabetesspezifischen Problemen haben Diabetiker (wie die meisten chronisch körperlich Kranken) einen erhöhten Bedarf an Psychotherapie im engen Sinne, da doppelt so viele Diabetiker wie Nicht-Diabetiker an Depressionen leiden (Anderson et al., 2001), wobei die Depression das Risiko für Folgeerkrankungen und die Mortalität erhöht (Black et al., 2003). Diabetesspezifische Risikofaktoren für Depressionen sind: hoher HbA1c-Wert, Folgekomplikationen, Hypoglykämieprobleme und Insulintherapie bei Typ 2 Diabetes. Antidepressiva können dabei hyper- und hypoglykämische Ereignisse hervorrufen (Derijks et al., 2008). Dia-

betiker haben ein um 20% höheres Risiko, eine Angsterkrankung zu entwickeln (Li et al., 2008). Die Prävalenz für Essstörungen unterscheidet sich nicht wesentlich von Nicht-Diabetikern, allerdings finden sich höhere Prävalenzen für subklinische Essstörungen (Olmstedt et al., 2008), die mit einer schlechteren Blutzuckereinstellung und höheren Diabeteskomplikationsraten einhergehen (Affenito, 1997). Besondere Beachtung sollte hier dem Insulin-

Purging zukommen, dem bewussten Herbeiführen hoher Blutzuckerwerte zur Gewichtskontrolle, das mit dreifach erhöhter Mortalität einhergeht (Goebel-Fabbri et al., 2008).

Insgesamt stellt ein Leben mit Diabetes hohe Anforderungen an die Patienten. Die Wahrscheinlichkeit, dass im Laufe der Jahrzehnte, die z.B. ein Typ 1 Diabetiker mit seiner Krankheit zurecht kommen muss, auch psychische Probleme im Umgang mit dem Diabetes auftreten, ist hoch. Es gibt psychotherapeutische (Kurzzeit-) Interventionen, die auch längerfristig helfen können, mit diesen Problemen besser umzugehen. Daneben ist Psychotherapie in Betracht zu ziehen, wenn psychische Komorbiditäten im Zusammenhang mit dem Diabetes auftreten, was gehäuft vorkommt. ■

Das umfangreiche Literaturverzeichnis finden Sie im Internet unter: www.dptv.de



Dr. Hans-Günter Budde

Psychologischer Psychotherapeut
 - Verhaltenstherapie
 - Spezielle Schmerzpsychotherapie
 - Medizinische Hypnose



**Hans-Günter Budde
 Psychotherapie
 bei Herz-Kreis-
 lauf-Erkrankungen**

„Die koronare Herzkrankheit ist die Manifestation einer Arteriosklerose an den Herzkranzarterien. Sie führt häufig zu einem Missverhältnis zwischen Sauerstoffbedarf und -angebot im Herzmuskel“. Die koronare Herzkrankheit (KHK) entwickelt sich meist schleichend. Die Gefäßverengungen aufgrund von Plaques bleiben oft über einen längeren Zeitraum asymptomatisch. Häufig kommt es erst ab einer Verminderung des Durchflusses durch ein Blutgefäß von 70% zu Symptomen der „Angina pectoris“ (AP), zunächst vor allem bei körperlicher Belastung (stabile AP), im fortgeschritteneren Stadium auch unerwartet und in Ruhe (instabile AP). Die AP-

nes Blutgefäßes unterbunden. Auch heftige psychische Belastungen können einen Herzinfarkt triggern.

Aufgrund verbesserter Akutversorgung hat sich die Wahrscheinlichkeit, die ersten vier Wochen nach Herzinfarkt zu überleben, in Deutschland auf etwa 60% erhöht. Die Chance, danach die folgenden 5 Jahre zu überleben, liegt aktuell bei ca. 80% für die weiblichen und knapp 90% für die männlichen Betroffenen. Nach Herzinfarkt ist das Reinfarkt-Risiko um das Fünf- bis Sechsfache erhöht. Nach der Akutversorgung – und gegebenenfalls Gefäßdilata-tion (mit oder ohne Stent) oder Bypass-Operation – steht die Minderung der Krankheitsrisiken im Vordergrund. Dabei sind nach wie vor Medikation, Bewegung und diätetische Beratung zentral. Die Wirksamkeit dieser

Eine vor knapp 15 Jahren erstellte Metaanalyse wies eine substantielle Verbesserung der Resultate der durch psychosoziale Stress-Management-Interventionen ergänzten Standardversorgung nach. Die Patienten profitierten nicht allein durch nachhaltige Senkung von Blutdruck, Herzfrequenz und psychischem Distress (Angst, Depression), sondern wiesen im Follow-up von bis zu zwei Jahren gegenüber der Kontrollgruppe ein um 46% geringeres Risiko für einen nicht-tödlichen Infarkt und eine um 41% geringere koronare Sterblichkeit auf. Da die kardiologische Standardversorgung in den vergangenen 20 Jahren

mit Standardversorgung und denen eines bewegungstherapeutischen Programms. Das kognitiv-behaviorale Programm umfasste 16 Sitzungen von je 90 Minuten in Gruppen von 8 Teilnehmern. Im 5-Jahres-Follow-Up war bei insgesamt 21% aller 107 Patienten ein adverses kardiales Ereignis (Herzinfarkt, Bypass-Operation, Gefäßdilata-tion) eingetreten. Die Anteile beliefen sich auf 30% in der Standardversorgung, 20,6% in der Bewegungstherapie-Gruppe und 9,1% in der Stress-Management-Gruppe. Aufgrund der geringen Zahl weiblicher Teilnehmer sind die Ergebnisse nur auf die männliche Patienten-Po-

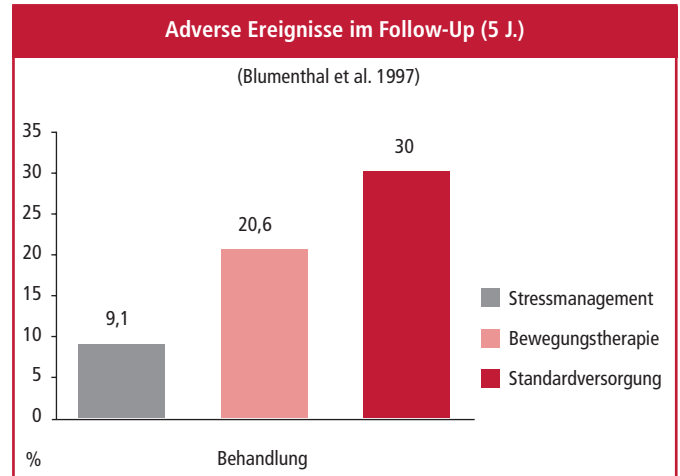
„Nach aktuellen Schätzungen weisen 20% der KHK-Patienten ‚stressinduzierte myocardi-ale Ischämien‘ auf“

Symptomatik kann interindividuell variieren, wobei mögliche deutliche Symptom-Unterschiede zwischen den Geschlechtern wesentlich sind. Zudem kommen auch Mangeldurchblutungen des Herzmuskels (myokardiale Ischämien) vor, die „stumm“ bleiben und u.a. als Konsequenz psychischer Belastung von Patienten mit KHK nachgewiesen wurden. Nach aktuellen Schätzungen weisen 20% der KHK-Patienten „stressinduzierte myocardi-ale Ischämien“ auf.

kardiologischen Standardversorgung gilt als belegt.

Der Interheart-Studie (Yusuf et al. 2004) zufolge gelten als (beeinflussbare) Prädiktoren für die Herzinfarkt-Risiko-Minimierung: täglicher Konsum von Früchten und Gemüse, gemäßigter Alkoholkonsum, körperliche Aktivität. Dagegen präzisieren erhöhter Apolipoproteinspiegel, Nikotinkonsum, Bluthochdruck, Übergewicht, Diabetes und ein psychosozialer Risikoindex, in den Stress (Beruf, Familie, finanzielle Belastungen), kritische Lebensereignisse im vergangenen Jahr, Kontrollüberzeugungen und Depression eingehen, ein gesteigertes Herzinfarkt-Risiko.

Bei etwa der Hälfte der Betroffenen zeigt sich die KHK erstmalig als akuter Herzinfarkt (HI). Dabei wird die Blutzufuhr zu einem Teil des Herzmuskels in Folge der Verstopfung ei-

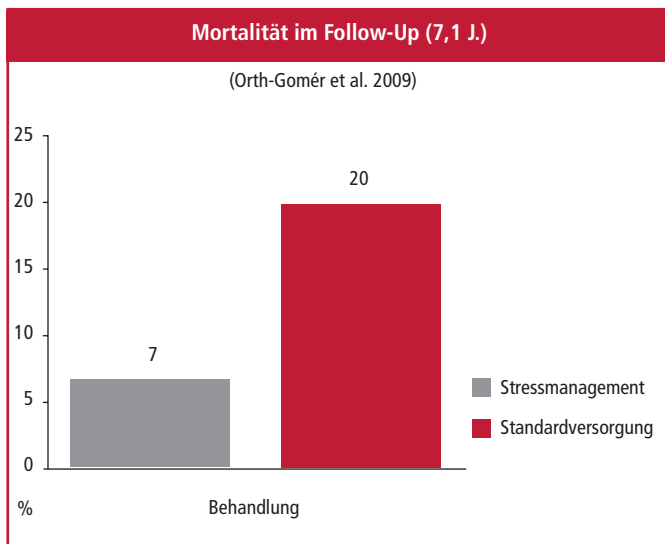


erheblich verbessert wurde, sind die Möglichkeiten zur zusätzlichen Ergebnissteigerung durch psychologische Interventionen zwar geringer geworden, bestehen aber unter bestimmten Voraussetzungen weiterhin.

pulation zu generalisieren.

So nahmen Blumenthal et al. in ihre Untersuchung n = 107 KHK-Patienten mit Zeichen myocardi-aler Ischämie bei mentaler Belastung auf. Sie fanden in der Nachbeobachtung nach 5 Jahren eine Prognoseverbesserung der Patienten ihres Stress-Management-Programms gegenüber Patienten

Orth-Gomér et al. gleichen dieses Defizit aus, da sie in ihre randomisierte und kontrollierte Studie nur Patientinnen (n = 237) vier Monate nach Krankenhausaufenthalt aufnahmen. In Kleingruppen (4–8 Teilnehmerinnen) wurde mit ihnen ein kognitiv-behaviorales Stressbewältigungsprogramm von 20 Sitzungen innerhalb eines Jahres durchgeführt. Am Ende der Follow-Up-Periode von gut 7 Jahren waren 7% der Teilnehmerinnen der Stressreduktionsgruppe, jedoch



20% derjenigen aus der Standardversorgung verstorben.

Die Qualifikation der Leistungserbringer ist wesentlich für die korrekte Diagnostik und die Effizienz psychologischer bzw. psychotherapeutischer Interventionen bei psychisch auffälliger KHK-Patienten. Systematisch sollten Risiken wie Depression, Angst, vitale Erschöpfung, übermäßiger Distress und verringerter Social Support erfasst und adäquat behandelt werden. „Normale“ Coping-Prozesse sollten nicht pathologisiert werden. Dazu sind fundierte Kenntnisse über Prozesse der Adaptation an chronische Krankheit und Behinderung sowie über Resilienz wesentlich.

Die Behandler sollten in der Lage sein, schnell ein tragfähiges therapeutisches Bündnis zu etablieren, da die besten Resultate mittels länger dauernder multimodaler Programme erzielt worden sind. Adhärenz und aktive Kooperation der Patienten sollten gesichert und regelmäßig überprüft werden. Obwohl nach wie vor zu wenig über die Dosis-Wirkungs-Relationen bekannt ist,

scheint eine niedrige Dosis psychologischer Intervention nur geringe Effekte zu bewirken.

Die Behandler sollten die Programmgestaltung am individuellen Bedarf der Patienten ausrichten, zeitgerecht und flexibel therapeutisch agieren können und nicht nur einen „rigiden“ Ansatz verfolgen. Die erfolgreichsten Programme vermittelten z.B. Kenntnisse über kardiale Risikofaktoren, gezielte Körperwahrnehmung und

Techniken zur Selbstkontrolle vegetativer Funktionen (z.T. mittels Biofeedback), kognitive Umstrukturierung, Identifikation und Kommunikation von Gefühlen, Training sozialer Fertigkeiten, Selbstsicherheitstraining, Einüben von Empathie und konstruktiver Kommunikation, Meditation, Autosuggestion und Selbsthypnose. Besonderer Wert wird dabei auch auf die Compliance gegenüber Medikation und klinisch-medizinische Empfehlungen gelegt.

Die klinisch-psychologischen bzw. psychotherapeutischen Interventionen sollten erkennbar und explizit in Bezug zu den übrigen sekundär-präventiven und rehabilitativen Maßnahmen der kardiologischen Versorgung gesetzt werden. Deren Bedeutung sollte

betont und nicht in Konkurrenz zu den psychotherapeutischen Interventionen gesetzt werden.

Wichtig sind zudem Kenntnisse und Fertigkeiten hinsichtlich der psychotherapeutischen Versorgung von KHK-Patientinnen. Frauen scheinen im Gegensatz zu Männern in der Kardiologie weniger bedarfsgerecht behandelt zu werden. Entsprechend ist über die optimale psychotherapeutische Versorgung von KHK-Patientinnen noch wenig bekannt; doch scheinen sich ihre Therapiepräferenzen von denen ihrer männlichen Mitpatienten deutlich zu unterscheiden. ■

**„...optimale
psychotherapeutische
Versorgung von
KHK-Patientinnen
noch wenig
bekannt...“**

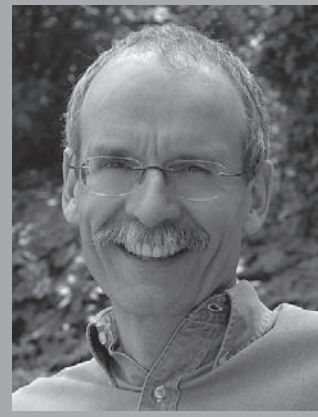
Das umfangreiche Literaturverzeichnis finden Sie im Internet unter:
www.dptv.de





Dr. Paul Nilges

Seit 1985 klinische und wissenschaftliche Tätigkeit im DRK-Schmerz-Zentrum Mainz, leitender Psychologe, Arbeit im interdisziplinären Team. Dozent und Supervisor in der Ausbildung von Psychotherapeuten, Referent in ärztlichen und zahnärztlichen Curricula, Organisation der Curricula in spezieller Schmerzpsychotherapie.



Paul Nilges Psychotherapie bei chronischen Schmerzen

Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit einer tatsächlichen oder drohenden Gewebeschädigung verbunden ist oder in Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird (International Association for the Study of Pain; www.iasp-pain.org). Aus dieser Definition ergibt sich zwingend die Bedeutung von Emotionen, Kognitionen sowie Verhalten bei der Diagnose und Behandlung von Schmerz.



Wichtige Fakten zu Schmerz

Schmerz wird meist mit Nozizeption verwechselt. Der physiologische Vorgang der Reizentstehung und Verarbeitung im peripheren Nervensystem und Rückenmark wird als Nozizeption bezeichnet. Von Schmerz kann dagegen erst dann gesprochen werden, wenn oberhalb des Rückenmarks lokalisierte Strukturen des ZNS aktiv sind. Dabei ist eine Vielzahl von Hirnarealen beteiligt, deren Wechselwirkungen zum komplexen Sinneseindruck „Schmerz“ führen (Sprenger, Valet, Tölle, 2007).

Schmerz ist keine Einbahnstraße. Schmerz und Schmerzfremheit sind Ergebnisse eines erst in den Anfängen verstandenen komplizierten Prozesses: Unser Gehirn hemmt oder fördert ständig die Entstehung und Weiterleitung nozizeptiver Informationen. Mittlerweile konnte die Grundlagenforschung überzeugend belegen, dass Schmerz auch ohne periphere Reize entstehen kann, wenn die Interaktion zwischen neuraler Erregung und Hemmung gestört ist (Sandkühler, 2009).

Diagnostische Probleme bei Schmerz

Wir gehen automatisch davon aus, dass hinter starken Schmerzen immer eine körperliche Krankheit stecken muss. Tatsächlich ist für die Mehrzahl der chronischen Schmerzen – bei über 85% der Rückenschmerzen und den wichtigen Kopfschmerzformen Migräne und Spannungskopfschmerz – auch mit sorgfältiger Diagnostik keine somatische Erkrankung identifizierbar.

Besonders problematisch wird dies bei Rückenschmerzen. Die somatische Diagnostik ist erstaunlich unzuverlässig: von körperlicher Untersuchung bis zur Interpretation bildgebenden Verfahren bestehen große Probleme hinsichtlich der Reliabilität (Coste et al., 1991). Dass die klinische Relevanz üblicherweise erhobener Befunde fraglich ist, ist zwar schon länger bekannt, wird aber dennoch regelmäßig ignoriert („Sie müssen ja Schmerzen haben, so wie Ihr Röntgenbild aussieht“). Strukturelle Veränderungen (z.B. Degeneration, Bandscheiben-

Leitlinien entwickelt worden, die diese Gefahr einer iatrogenen Chronifizierung reduzieren sollen. Experten gehen davon aus, dass z.B. degenerative Veränderungen der Wirbelsäule so normal sind, wie mit den Jahren graue Haare, die gewöhnlich auch keine Kopfschmerzen verursachen (Waddell, 2004).

Starke und anhaltende Beschwerden werden in der Mehrzahl durch Funktionsstörungen (Muskulatur, Bänder, Gelenke, vegetatives Nervensystem) verursacht. Diese Zusammenhänge müssen Psychotherapeuten kennen, die mit Schmerzpatienten arbeiten, insbesondere dann, wenn eine lange medizinische Vorgeschichte aufzuarbeiten ist. Gerade bei chronischen Schmerzen „ohne Befund“ besteht auf psychologischer Seite die Gefahr „falsch positiver“ Diagnosen. Zentrales Kriterium somatoformer Störungen ist das Fehlen von plausiblen Befunden. Im klinischen Alltag werden regelmäßig nur auf dieser Grundlage somatoforme Schmerzstörungen diagnostiziert.

„Fehlende Befunde sind normal und kein Beleg dafür, dass es sich um ‚psychisch‘ bedingte Beschwerden handelt.“

vorfälle, Wirbelgleiten) finden sich in vergleichbarer Häufigkeit bei auch symptomfreien Personen (Jensen et al., 1994; van Tulder et al., 1997). Die daraus regelmäßig resultierende Pathologisierung meist vorübergehender Beschwerden ist eine wichtige Ursache für die Entwicklung sogenannter „somatischer Fixierungen“ auf Seiten der Patienten. Pointiert stellt eine Studie im Titel fest: Rückenschmerzen haben eine gute Prognose, wenn man sie in Ruhe lässt (In Dahl et al., 1995). Inzwischen sind

Chronischer Schmerz als Ergebnis eines bio-psycho-sozialen Prozesses

„Chronisch“ heißen Schmerzen entsprechend einer unscharfen aber pragmatischen Definition dann, wenn sie länger als sechs Monate anhalten. Sinnvoller ist es, Schmerzen dann chronisch zu nennen, wenn sie

- eine zentrale Bedeutung im Leben einnehmen,
- mit erfolglosen Therapieversuchen und Enttäuschungen verbunden sind,

- zu gravierenden Einschränkungen der Lebensqualität führen,
- keine biologisch sinnvolle Warnfunktion haben,
- mit bedrückter Stimmung, Ängsten und reduzierter Leistungsfähigkeit einher gehen.

Chronifizierung ist kein Problem der Zeit, sondern der Zunahme von beteiligten somatischen und psychosozialen Faktoren. Weder simple somatische noch psychische Pathologie ist bei der Mehrzahl der Patienten für die Chronifizierung von Schmerz anzuschuldigen.

Auf biologischer Ebene sind zum Teil lang anhaltende Veränderungen von den peripheren Rezeptoren bis hin zur zentralen Schmerzverarbeitung nachweisbar. Die Bedeutung neuroplastischer Veränderungen – d.h. nachweisbare Veränderung von Strukturen und Funktionen im ZNS als Folge von Schmerz – rückt zunehmend in den Fokus (Apkarian et al., 2005). Bio-mechanische Variablen (z.B. strukturelle Veränderungen der Wirbelsäule) scheinen eine eher untergeordnete Rolle zu spielen. Zunehmend werden medikamenteninduzierte Probleme kritisch diskutiert: Die Hoffnung, mit starken Schmerzmitteln Chronifizierung zu verhindern und die Lebensqualität der Patienten dauerhaft und entscheidend zu verbessern, hat sich in vielen Fällen nicht erfüllt (Eriksen et al., 2006).

Bei allen Schmerzformen sind psychologische Komponenten – Verhalten, Gefühle, Gedanken – feste Bestandteile der Regulationsprozesse unseres ZNS. Sie beeinflussen das Schmerzerleben, stehen mit den kognitiv-emotionalen Konsequenzen, dem Ausmaß der Einschränkungen, der Wirksamkeit von Behandlungsmaßnahmen und den sozialen Konsequenzen in Zusammenhang.

Auch auf psychologischem Gebiet ist eine kritische Betrachtung der Rolle (psycho-) pathologischer Veränderungen feststellbar. Interkulturelle Studien mit großen Stichproben (über 80.000 untersuchte Personen), belegen, dass

lung von Rückenschmerz zu erklären. Dabei muss weder eine somatische noch eine psychische Pathologie vorliegen, vielmehr handelt es sich meist um Funktionsstörungen, die im Sinne von Normvarianten zu verstehen

„Patienten mit chronischen Schmerzen sind häufig belastet durch widersprüchliche Diagnosen...“

bei der überwiegenden Mehrzahl der von chronischen Schmerzen betroffenen Menschen keine „klassische“ psychische Störung vorliegt (Demyttenaere et al., 2007). Die Schlussfolgerung der Autoren: Psychische Störungen sind weder eine häufige Ursache noch eine zwangsläufige Konsequenz chronischer Schmerzen, sie treten in der Regel auch nicht an Stelle einer psychischen Störung (im Sinne einer Somatisierung) auf.

Psychotherapie bei Patienten mit chronischen Schmerzen findet in einem spezifischen Kontext statt: Patienten mit chronischen Schmerzen sind häufig belastet durch widersprüchliche Diagnosen, daraus resultierende wirkungslose somatische Behandlungen, zunehmende Inaktivität und negative Effekte von Medikamenten.

Schmerzpsychotherapie

Bei Patienten mit Rückenschmerzen ist die Rolle der Angst und das daraus resultierende Vermeidungsverhalten als entscheidend für die Chronifizierung in den Fokus gerückt. Das Angst-Vermeidungskonzept (Vlaeyen et al., 2000) untersucht die mit Schmerz verbundenen emotionalen Veränderungen und weitere kognitive, affektive und verhaltensbezogene Merkmale (z.B. bedrohliche Informationen, Katastrophisieren, Inaktivität, Aufmerksamkeitsfokussierung), um die Entwick-

lung von Rückenschmerz zu erklären. Dabei muss weder eine somatische noch eine psychische Pathologie vorliegen, vielmehr handelt es sich meist um Funktionsstörungen, die im Sinne von Normvarianten zu verstehen

lung von Rückenschmerz zu erklären. Dabei muss weder eine somatische noch eine psychische Pathologie vorliegen, vielmehr handelt es sich meist um Funktionsstörungen, die im Sinne von Normvarianten zu verstehen sind. Als Konsequenz der im Kontext von Schmerz entscheidenden Rolle „subklinischer“ psychologischer Faktoren, wurde 2009 in der deutschen ICD 10 eine neue Schmerzdiagnose aufgenommen (Rief et al., 2008): Schmerzpsychotherapie bedeutet die Erweiterung unserer Perspektive um

Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ICD 10 GM 2009, Definition F45.41

- Im Vordergrund des klinischen Bildes stehen seit mindestens 6 Monaten bestehende Schmerzen in einer oder mehreren anatomischen Regionen, die ihren Ausgangspunkt in einem physiologischen Prozess oder einer körperlichen Störung haben.
- Psychischen Faktoren wird eine wichtige Rolle für Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen beigemessen, jedoch nicht die ursächliche Rolle für deren Beginn.
- Der Schmerz verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.



Entwicklung der Schmerzpsychotherapie

1998 Gründung der Deutschen Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie- und Forschung (www.dgpsf.de)

Herausgabe des Standardwerks „Schmerzpsychotherapie“, veröffentlicht in der 6. Auflage (Kröner-Herwig et al., 2007)

Weiterbildungsordnung „Spezielle Schmerzpsychotherapie“ durch die Psychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz (http://www.lpk-rlp.de/web/weiterbildung_schmerzpsychotherapie.php4)

Organisation von Curricula durch die Akademie für Schmerzpsychotherapie (<http://www.schmerzpsychotherapie.net>) in Verbindung mit den 4 deutschen Schmerzgesellschaften

Die in der Schmerzpsychotherapie angewandten Verfahren lassen sich grob klassifizieren

- physiologisch orientierte Verfahren: Entspannungsverfahren, zunehmend spezifische Anwendungen von Biofeedback (Nestoriuc et al., 2007),
- operante Verfahren: an der Ausgangssituation des Patienten orientierte Aktivierung nach lerntheoretischen Prinzipien,
- kognitive Verfahren: Veränderung ungünstiger Erwartungen, Konzepte, Gedanken im Zusammenhang mit Schmerz,

- bei hoch chronifizierten Patienten ist eine teilstationäre oder stationäre Therapie erfolgreich und konventionellen Behandlungsverfahren überlegen.

Die Wirksamkeit von Psychotherapie in der Schmerzbehandlung ist in zahlreichen Studien und Metaanalysen gut belegt (z.B. Morley et al., 1999). Einige psychotherapeutische Methoden, die erfolgreich bereits bei unterschiedlichen Störungen und Patientengruppen angewendet werden, sind in die Schmerzpsychotherapie integriert bzw. werden derzeit erprobt. Bei hoher Bewegungsangst (Kinesiophobie), die bei vielen Patienten mit Rückenschmerzen besteht, werden Konfrontationsverfahren eingesetzt. Andere Patienten profitieren eher von gradueller Exposition und langsamem Aufbau von Belastung. Für Patienten mit starker Tendenz, Schmerz „mit allen Mitteln zu bekämpfen“ kann Schmerzakzeptanz, abgeleitet aus Verfahren, die aus der ACT-Richtung kommen, ein zentrales Behandlungsziel sein. Ziel ist es, über die Behandlung von komorbiden affektiven oder Angststörungen hinausgehend spezifische Behandlungsverfahren für Subgruppen von Patienten anzuwenden. ■



Literaturhinweise:

Apkarian AV, Bushnell MC, Treede RD, Zubieta JK. Human brain mechanisms of pain perception and regulation in health and disease. *Eur J Pain*. 2005; 9:463-84.

Coste, J., Paolaggi, J. B., Spira, A. (1991). Reliability of interpretation of plain lumbar spine radiographs in benign mechanical low back pain. *Spine*, 16, 426-428.

Demyttenaere K, Bruffaerts R, Lee S, Posada-Villa J, Kovess V, Angermeyer MC et al. Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: Results from the world mental health surveys. *Pain*. 2007; 129:332-42.

Eriksen, J., Sjogren, P., Bruera, E., Ekholm, O., Rasmussen, N. K. (2006). Critical issues on opioids in chronic non-cancer pain: An epidemiological study. *Pain*, 125, 172-179.

Indahl, A., Velund, L., Reikeraas, O. (1995). Good prognosis for low back pain when left untampered. A randomized clinical trial [see comments]. *Spine*, 20, 473-477.

Jensen, I. B., Bergstrom, G., Ljungquist, T., Bodin, L. (2005). A 3-year follow-up of a multidisciplinary rehabilitation programme for back and neck pain. *Pain*, 115, 273-283.

Jensen, M. C., Brant-Zawadski, M. N., Obuchowski, N., Modic, M. T., Malkasian, D., Ross, J. (1994). Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. *New England Journal of Medicine*, 331, 69-73.

Kröner-Herwig B, Frettlöh J, Klinger R, Nilges P. *Schmerzpsychotherapie*. Heidelberg: Springer, 2007.

Morley, S. J., Eccleston, C., Williams, A. C. (1999). Systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy in chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80, 1-13.

Nestoriuc, Y., Martin, A. (2007). Efficacy of biofeedback for migraine: A meta-analysis. *Pain*, 128, 111-127.

Rief, W., Treede, R. D., Schweiger, U., Henningsen, P., Rueddel, H., Nilges, P. (2008). Neue Schmerzdiagnose in der deutschen ICD-10-Version. *Nervenarzt*.

Sandkühler, J., Models and Mechanisms of Hyperalgesia and Allodynia. *Physiol Rev* 2009; 89: 707-758

Sprenger, T., Valet, M., & Tölle, T. R. (2007). Funktionelle Bildgebung bei Schmerz. In R. Baron & M. Strumpf (Eds.), *Praktische Schmerztherapie* (pp. 91-99). Heidelberg: Springer

Vlaeyen JW, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*. 2000; 85:317-32.

van Tulder, M. W., Assendelft, W. J., Koes, B. W., Bouter, L. M. (1997). Spinal radiographic findings and non-specific low back pain. A systematic review of observational studies. *Spine*, 22, 427-434.

Waddell G. *The back revolution*. 2 ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2004.



Sagem Monetel

Ingenico Group

Unsere Kartenterminals arbeiten mit eGK und KVK und sind migrationsfähig im Sinne der eHealth- und SICCT-Spezifikation. Sie sind kompatibel mit allen gängigen Praxisverwaltungssystemen für Ärzte und Psychotherapeuten wie Epikur, Elefant, Psyprax, PsychoDat, Smarty und absolut problemlos zu installieren.

ORGA 6041 L eGK eHealth-BCS

- KVK- und eGK-fähig
- USB /seriell / LAN/ virtuell COM
- Gelistet bei gematik
- SICCT- und eHealth-fähig
- LAN-Switch
- zuschussfähig
- minimale Standfläche
- als einziges Gerät in SICCT 1.20 Zulassung



428,40 €

inkl. Fracht und MwSt.

ORGA 920 M plus eGK

Mobiler speichernder Chipkartenleser

- speichert eGK und KVK, 200 Datensätze
- Tischgerätefunktion gem. MKT+
- USB/seriell/ virtuell COM
- Gelistet bei gematik als 1+ für mobile und als MKT+ für stationäre Kartenlesegeräte
- zuschussfähig



298,69 €


inkl. Fracht und MwSt.

Sagem Monetel

Ingenico Group

Sagem Monetel GmbH
Konrad Zuse Ring 1
24220 Flintbek
Tel.0049 4347 715 2350, Fax -2351
kontakt@sagem-monetel
www.sagem-monetel.de





Hans-Jochen Weidhaas Gespräch mit dem „Vater des Integrationsmodells“, Dr. Rainer Hess

Herr Dr. Hess, Sie sind in meinen Augen der „Vater des Integrationsmodells“. Was hatte Sie seinerzeit veranlasst, der Politik diesen Vorschlag zu machen?

Das Integrationsmodell hatte sicher mehrere Väter, sonst wäre es politisch nicht durchsetzbar gewesen. Ich habe mich insbesondere aus zwei Gründen dafür eingesetzt:

Erstens: Damals waren bereits mehrere tausend Psychotherapeuten in dem von der KBV mit dem Bundesverbänden der Krankenkassen vereinbarten „Delegationsverfahren“ in der vertragsärztlichen Versorgung tätig; ohne sie wäre die psychotherapeutische Versorgung als vertragsärztliche Leistung nicht sicherzustellen gewesen. Es wäre aus meiner Sicht nicht gerecht gewesen, diese bereits in die vertragsärztliche Versorgung integrierten Psychotherapeuten als Leistungserbringer gesetzlich auszugliedern und auf einen Vertragsabschluss mit den Krankenkassen zu verweisen.

Zweitens: Das Psychotherapeutengesetz sah für die gesetzliche Krankenversicherung eine Begrenzung psychotherapeutischer Behandlungsmethoden auf die durch den damaligen Bundesausschuss Ärzte/Krankenkassen

festgelegten „Richtlinienverfahren“ vor. Ich war der Auffassung, dass es für die Sicherstellung dieser inhaltsgleichen Versorgung nicht sinnvoll sein konnte, sie in zwei miteinander konkurrierende Versorgungssysteme aufzuteilen.

Das Integrationsmodell war innerärztlich, aber auch innerhalb der Psychotherapeuten heftig umstritten, was waren die Gründe dafür?

Für die Vertragsärzte rührte die Auf-

nahme von Psychotherapeuten ohne ärztliche Approbation als Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen an das Selbstverständnis einer ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaft. Innerhalb der Psychotherapeuten gab es die Auseinandersetzung zwischen den bereits durch das Delegationsverfahren in die vertragsärztliche Versorgung integrierten Psychotherapeuten und den in das GKV-System hineindrängenden – teilweise über Kostenerstattungsverträge schon an einzelne Krankenkassen gebundenen – Psychotherapeuten.

Wodurch gelang es am Ende dennoch, dass das Integrationsmodell Realität wurde?

Es war das Machtwort des damaligen Bundesgesundheitsministers Horst Seehofer, der die Psychotherapeuten vor die Wahl gestellt hatte, dieses Integrationsmodell als Grundlage der Einbindung ihrer Tätigkeit in die GKV zu akzeptieren oder das Psychothera-



peutengesetz insgesamt scheitern zu lassen. Damit wäre die berufsrechtlich und gesundheitspolitisch für die Psychotherapeuten unbefriedigende Einordnung ihrer Tätigkeit unter das Heilpraktikergesetz erneut auf unbestimmte Zeit fortgeschrieben worden.

Manche Politiker und Kassenvertreter halten heute im Nachhinein die Aufnahme der Psychotherapeuten als Mitglieder in die KVen für falsch. Aus heutiger Sicht – würden Sie erneut für das Integrationsmodell werben?

In der Sache halte ich die Entscheidung nach wie vor für richtig. Ihrer Akzeptanz bei beiden Berufsgruppen hat jedoch die Ablösung des auf das Jahr 1999 befristeten gesonderten Ausgabenbudgets für die psychotherapeutische Versorgung durch deren Einbeziehung in das Teilbudget der fachärztlichen Versorgung ab 2000 enorm geschadet. Auf einer derartigen Finanzierungsgrundlage wäre das Integrationsmodell damals nicht realisierbar gewesen.

„Das Verhältnis zwischen den Ärzten und den Psychotherapeuten war nie spannungsfrei.“ *Hans-Jochen Weidhaas*

Das Verhältnis zwischen den Ärzten und den Psychotherapeuten war nie spannungsfrei. Der fortgesetzte Streit um die Finanzierung der Psychotherapie hat beide Seiten belastet. Was muss nach Ihrer Meinung geschehen, um diesen Dauerkonflikt zu bewältigen?

Der Gesetzgeber selbst differenziert in § 28 SGB V zwischen ärztlicher,

zahnärztlicher und psychotherapeutischer Behandlung als vertragsärztlichen Leistungsbereichen. Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes und ihr folgend der Gesetzgeber hat aus der Eigenart der psychotherapeutischen Behandlung heraus in §§ 85 Abs. 4, 87 Abs. 2c eine gesonderte Form der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen je Zeiteinheit vorgeschrieben. Daraus muss eine separate Vergütung der Psychotherapeutischen Versorgung folgen, die das fachärztliche Vergütungsvolumen nicht belasten darf.

Zum Schluss noch: Die Psychotherapie wird als Kassenleistung immer wieder in Frage gestellt. Aus unserer Sicht ist sie schon auf Grund der Zunahme der psychischen Erkrankungen aus der Versorgung nicht mehr wegzudenken. Aus Ihrer heutigen Position als Vorsitzender des G-BA gesehen: Wie schätzen Sie die weitere Entwicklung der Psychotherapie in der GKV ein?

Die Psychotherapie ist als Leistung der GKV anerkannt. Die weitere Entwicklung wird sich mit der Nutzenbewertung einzelner psychotherapeutischer Behandlungsverfahren und deren Steuerung über das Gutachterverfahren befassen. Insoweit kann es Veränderungen geben, die jedoch den Stellenwert der Psychotherapie als notwendige Leistung der GKV nicht tangieren. ■



Zur Person
Dr. Rainer Hess

Dr. Rainer Hess gehört ohne Frage zu den wenigen exzellenten Kennern der Gesundheitspolitik und des Sozialgesetzbuches. In seiner ehemaligen Position als Hauptgeschäftsführer der KBV entwickelte der Jurist ein Modell zur Integration der sogenannten „nicht-ärztlichen Psychotherapeuten“ in das System der vertragsärztlichen Versorgung. Diese Idee wurde nach dem Scheitern des 2. Referentenentwurfes des PsychThG von den Psychotherapeutenverbänden und später auch von der Politik aufgegriffen und ist ein Kernstück des 1999 in Kraft getretenen Psychotherapeutengesetzes. Durch die Integration der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in die vertragsärztlichen Strukturen wurde der unwürdige und rechtsunsichere Zustand des Delegations- und des Erstattungsverfahrens beendet. Dies bedeutete auch für die Patienten eine größere Sicherheit und Planbarkeit.

Seit dem 01.01.2004 stellt er sich als unparteiischer Vorsitzender des G-BA neuen Herausforderungen. Dabei möchte er erreichen, so formuliert er seinen Anspruch, dass der G-BA nicht als Verhinderer oder Blockierer von etwas gesehen wird. Sein wichtigstes Anliegen, auch für die zweite Amtsperiode, ist die Stärkung der Selbstverwaltung. „Ich bin, glaube ich, einer der wenigen, die wirklich sehr viel von einer solchen gemeinsamen Selbstverwaltung halten und die trotz der Probleme, die wir auch damit haben, den Standpunkt vertreten, dass das immer noch besser ist, als wenn der Staat alles regelt“, so Hess im Juli 2008 gegenüber der Ärztezeitung.



Dr. Rainer Hess, geboren am 6. November 1940 in Frankfurt am Main

- 1961–1962**
Studium der Mathematik
- 1962–1965**
Studium der Rechtswissenschaften
- 1969**
Referendarausbildung und 2. Staatsexamen
- 1972**
Promotion im Steuerrecht
- 1969–1971**
Justitiar des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte
- 1971–1987**
Justitiar der gemeinsamen Rechtsabteilung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
- 1988 – 2003**
Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
- seit 1. Januar 2004**
unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses von Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen (G-BA)

Stationen des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG)

Mechthild Lahme

1978 Referentenentwurf eines Psychotherapeutengesetzes scheitert am Widerstand der Ärzteschaft und Uneinigkeit der Psychotherapeutenverbände
1983 Versorgungsengpass wird durch Etablierung des sogenannten TK-Modells auf Basis der Kostenerstattung gemildert. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts: Psychotherapie sei Heilkunde und bedürfe hilfsweise der Zulassung nach dem Heilpraktikergesetz.
1988 Bundesverfassungsgericht bestätigt, dass eine gesetzliche Regelung für Psychologischen Psychotherapeuten notwendig sei.

1989 Aufnahme von Gesprächen über das PsychThG mit Gesundheitsminister Seehofer. Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes wird durch Bundesgesundheitsministerin Ursula Lehr in Auftrag gegeben.
1991 Veröffentlichung des Forschungsgutachtens
1993 Referentenentwurf scheitert im Bundesrat an der Frage der Zuzahlung und am anhaltenden Widerstand der Ärzteschaft. Initiative des Hauptgeschäftsführers der KBV, Dr. Rainer Hess für eine Integration der Psychotherapeuten in das System der KVen („Thesenpapier zur Integration der nicht-

ärztlichen Psychotherapeuten in das System der vertragsärztlichen Versorgung“)
1996 Wiederaufnahme des Gesetzgebungsverfahrens durch die Politik. Nach langwierigen Abstimmungsrunden der Psychotherapeutenverbände Einigung auf das „Integrationsmodell“. Zustimmung der KBV zum Integrationsmodell.
1997 Ankündigung von Gesundheitsminister Seehofer: „Die Koalition wird noch in diesem Jahr das Gesetz im Deutschen Bundestag verabschieden.“
 24 Juni: das Gesetz wird in den Bundestag eingebracht. 24. September:

Anhörung vor dem Gesundheitsausschuss. 19. Dezember: Anrufung des Vermittlungsausschusses durch den Bundesrat.
1998 02. Februar: Arbeitsgruppe des Vermittlungsausschusses einigt sich auf das Psychotherapeutengesetz.
 06. Februar: Vermittlungsausschuss stimmt zu.
 12. Februar: Endgültige Verabschiedung des PsychThG im Deutschen Bundestag.

Am 01.01.1999 tritt das Psychotherapeutengesetz in Kraft.

Zum Problem der niedrigen Erkennungsrate psychischer Erkrankungen in der hausärztlichen Versorgung

Cornelia Rabe-Menssen

(14,3% berichteten eine ausschließlich hausärztliche Versorgung, 43,7% der Patienten befanden sich in psychotherapeutischer Behandlung und 31,7% in nervenärztlicher Behandlung, Mehrfachnennungen möglich).

Die Gesundheitsreform 2004 hat die Position des Hausarztes in der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland gestärkt. Durch Hausarztprogramme als neue Versorgungsform wird dem Hausarzt eine Lotsenfunktion zugeteilt (Höhne et al. 2009). Er entscheidet über die weitere Inanspruchnahme fachärztlicher und stationärer Versorgung. Auf diesem Hintergrund ist es besonders wichtig, dass die Hausärzte über Basiskompetenzen zur Erkennung und Behandlung psychischer Erkrankungen verfügen.

Probleme bei der Erkennung psychischer Erkrankungen durch den Hausarzt

Die Ergebnisse einer Reihe von Studien und Erhebungen weisen darauf hin, dass nur ein kleiner Anteil der psychisch erkrankten Patienten, die ihren Hausarzt aufsuchen, eine relevante Diagnose und Hinweise zur Behandlung erhält. Bei den Befragten des Gesundheitsmonitors (Bertelsmann Stiftung 2009) erhielten insgesamt nur 23% der Patienten, die aufgrund von psychischen Beschwerden einen Arzt oder Psychotherapeuten konsultiert hatten, eine Diagnose: bei den ausschließlich durch ihren Hausarzt behandelten Patienten erhielten nur 8% der Fälle eine Diagnose, bei den Patienten mit Konsultation eines Sekundärversorgers waren es hingegen 53%. Nach Linden (1996) leiden mindestens 15–25% der allgemeinärztlichen Patienten unter akuten und behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen; nur 10% dieser Pa-

Im folgenden Text werden Studienergebnisse zur Prävalenz psychischer Erkrankungen in der Hausarztpraxis dargestellt. Es werden nachgewiesene Mängel bei der Erkennung psychischer Erkrankungen durch den Hausarzt beschrieben und Gründe für die niedrige Erkennungsrate psychischer Störungen erläutert; es folgen Vorschläge zur Verbesserung der Diagnostik und Weiterbehandlung psychischer Erkrankungen durch den Hausarzt.

Prävalenz psychischer Erkrankungen in der Hausarztpraxis und Rolle des Hausarztes

Die Hausärzte haben in Deutschland den größten Anteil an der Versorgung der Bevölkerung. Ca. 90% der Bevölkerung befindet sich in hausärztlicher Behandlung (Schneider & Niebling 2008). Für viele Menschen ist der Hausarzt die erste Anlaufstelle für körperliche und seelische Beschwerden. Damit spielt der Hausarzt eine wichtige Rolle bei der Versorgung psychisch erkrankter Patienten. Das Erkennen psychischer Erkrankungen und die Entscheidung über das weitere Vorgehen bei schwerer erkrankten Patienten gehört zu seinen zentralen Aufgaben. Die Umfragedaten des Bertelsmann-Gesundheitsmonitors zeigen folgende Lage: Ca. 1/5 aller Befragten (Erhebungswelle Herbst 2008) hatten in

den vergangenen 12 Monaten einen Arzt oder Psychotherapeuten kontaktiert, davon 18% ihren Hausarzt und 7% Leistungserbringer der Sekundärversorgung, v.a. Psychiater und Psychotherapeuten (Mehrfachnennungen möglich!). Damit ist der Hausarzt für fast 90% der Patienten, die innerhalb eines Jahres wegen psychischer Beschwerden professionelle Hilfe suchen, der erste Ansprechpartner. 66% der Betroffenen konsultierten ausschließlich ihren Hausarzt, nur 13% wandten sich gleich und ausschließlich an Anbieter der Sekundärversorgung! Nach Schneider & Niebling (2008) liegen psychische Erkrankungen an 7. Stelle der Konsultationsgründe beim Aufsuchen des Hausarztes. Linden et al. (1996) zeigen, dass von den Patienten, die einen Hausarzt aufsuchen, ein Viertel akut an einer psychischen Erkrankung leidet. Auch die Ergebnisse einer Studie von Wittchen & Jacobi (2005) verdeutlichen die Bedeutung des Hausarztes im Hinblick auf seine „Gate-keeper“-Funktion: 62% der Patienten, bei denen eine psychische Störung ermittelt worden war, waren nach eigenen Angaben noch nicht wegen psychischer Beschwerden behandelt worden. Von 565 behandelten psychisch erkrankten Patienten gaben 42,3% an, den Hausarzt kontaktiert zu haben,



Dr. Cornelia Rabe-Messen

Diplom-Psychologin, Promotion in Medizinischer Psychologie, Weiterbildung Psychosoziale Onkologie und Gesundheitsökonomie. Seit 01.06.2009 Wissenschaftliche Referentin der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung.



tienten werden zu Nervenärzten überwiesen. Bei dieser Studie handelte es sich bei den in den Allgemeinarztpraxen vergebenen Diagnosen meist um Erkrankungen mit leichtem bis mittlerem Schweregrad (Somatisierungsstörungen, unspezifische depressive Syndrome, Anpassungsstörungen). Verschiedene Studien berichten unterschiedliche Erkennungsraten. Nach Linden et al. (1996) und Kruse et al. (2004) werden etwa 60% der psychischen Erkrankungen in der Hausarztpraxis erkannt. Dabei ist die Chance auf Erkennung größer, je schwerer die psychische Erkrankung ist und je mehr psychische Beschwerden vom Patienten geäußert werden. In der Übersichtsarbeit des aktuellen Gesundheitsmonitors der Bertelsmann Stiftung (Newsletter 1/2009) wird eine WHO-Publikation zitiert, nach der in Industrienationen ca. 35–50% der psychischen Erkrankungen unbehandelt bleiben. Hier spielen neben Koordinationsmängeln im Versorgungssystem die niedrigen Erkennungsraten eine entscheidende Rolle. Gensichen et al. (2005) führen eine Nicht-Erkennungsrate psychischer Störungen beim Hausarzt von 50% an; depressive Störungen würden sogar nur zu 25% richtig diagnostiziert. Eine Studie von Frieser et al. (2009) über den Einfluss von depressiven Störungen auf Schmerzen zeigt, dass die in die Studie einbezogenen Hausärzte viele Schmerzarten als somatoform einschätzen. So wurden z.B. Kopfschmerzen, Menstruationsschmerzen, Brustschmerzen, Muskelschmerzen und Bauchschmerzen zu über 80% als somatoform eingeschätzt. Depressionen werden im hausärztlichen Bereich eher mit somatoformen als mit somatischen Schmerzen assoziiert. Die Frage der Beurteilung von Schmerzsymptomen durch den Haus-

arzt ist jedoch bedeutsam für die Entscheidung über die weitere Behandlung des Patienten. Eine Einbeziehung von Psychotherapeuten wäre daher in diesem Punkt äußerst wünschenswert.

„Patienten berichten ihre psychischen Beschwerden nicht“

Gründe für die niedrigen Erkennungsraten psychischer Erkrankungen beim Hausarzt

Studien zum Konsultationsverhalten der Patienten zeigen, dass nur ein kleiner Teil der psychisch Erkrankten von sich aus beim Hausarzt psychische Beschwerden schildert. Körperliche Symptome stehen im Gespräch im Vordergrund (Kruse et al. 2004). Nach Schneider & Niebling (2008) berichten nur ca. 7% der psychisch Erkrankten dem Hausarzt ihre psychischen Symptome. Gründe hierfür können sein: Angst vor Stigmatisierung, Verdrängungs- und Rationalisierungsmechanismen, Charakteristika der Hilfesuchenden und Aspekte der Arzt-Patient-Interaktion.

Es gibt offenbar nur wenige Patienten, die tatsächlich kein Interesse haben, ihre psychischen Probleme beim Hausarzt zu berichten. Bei diesen Patienten kann ein vorwiegend somatisches Krankheitskonzept angenommen werden. Dem Nicht-Berichten liegen eher Ängste und Scham aufgrund einer immer noch teilweise existenten gesellschaftlichen Stigmatisierung psychisch Erkrankter zugrunde. Probleme und Benachteiligungen im beruflichen Umfeld sind beim offenen Umgang mit der eigenen psychischen Erkrankung ebenso an der Tagesordnung wie Verunsiche-

rung und Rückzug im privaten Umfeld. Da Patienten beim Hausarzt höchst selten routinemäßig auf psychische Symptome hin abgefragt werden, schreiben sie dem Hausarzt eher die Zuständigkeit für körperliche Proble-

me zu. Die Schwelle zum spontanen Berichten der psychischen Beeinträchtigungen ist dann sehr hoch. In der Bertelsmann-Umfrage (2009) geben von den psychisch beeinträchtigten Patienten, die in den vergangenen 12 Monaten zwar ihren Hausarzt kontaktiert, ihre psychischen Probleme aber nicht berichtet hatten, ca. 70% als Grund für das Nicht-Berichten ihren Mangel an Mut an; 25% dieser Patienten nannten abwertendes oder ignorierendes Verhalten des Arztes als Grund für das Nicht-Berichten der psychischen Beschwerden.

„Hausärzte fragen zu selten aktiv nach psychischen Beschwerden“

Die Hausärzte wiederum fragen selten routinemäßig nach psychischen Symptomen. Sie vergeben ihre Diagnosen anhand der spontanen Beschwerdeschilderungen der Patienten (Kratz et al. 2003). Als Gründe hierfür werden im Gesundheitsmonitor der Bertelsmann-Stiftung verschiedene Aspekte angeführt: Informationsmangel, Zeitmangel, Kommunikationsmuster, ärztliches Kommunikationsverhalten.

Ein Problem besteht darin, dass Hausärzte oft noch zu wenig Hintergrundwissen zur Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen haben. Dass es sich hierbei wirklich um den

Mangel an spezifischen Kenntnissen und nicht um eine Frage der Dauer der Berufserfahrung handelt, zeigt eine Studie von Knesebeck et al. (2009). Die Autoren konnten zeigen, dass Diagnose und Therapie einer Depression durch niedergelassene Hausärzte in Deutschland nur geringfügig durch Arztmerkmale (z.B. Jahre an professioneller Erfahrung) beeinflusst werden.

Zudem ist die alltägliche Situation in der Allgemeinarztpraxis durch hohe Arbeitsbelastung und knappe Zeitbudgets pro Patienten gekennzeichnet. Dies beeinflusst die Gesprächssituation, was sich gerade auf psychisch erkrankte Patienten mit oft starkem Zuwendungsbedürfnis und höherem zeitlichen Gesprächsbedarf negativ auswirkt. Kruse et al. (2004) konnten zeigen, dass Hausärzte, die psychosomatische Störungen übersehen, ihren Patienten im Durchschnitt 1,8 Minuten Redezeit gaben (im Vergleich zu durchschnittlich 3,5

Minuten Redezeit bei Hausärzten, die psychosomatische Störungen entdeckten).

Ein weiteres Problem besteht darin, dass offenbar bei weitem nicht alle Patienten, bei denen im Laufe eines Jahres die Diagnose einer psychischen Störung gestellt wird, über diese Diagnose informiert werden (Bertelsmann 2009). Die in der Befragung von Patienten berichteten Quoten psychischer Diagnosen waren wesentlich niedriger als die in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung protokollierten Quoten. Es scheinen also Hemmungen auf Seiten der Ärz-

te zu bestehen, ihren Verdacht gegenüber den Patienten auszusprechen.

medizin und Gynäkologie. Nach Angaben der KBV (Stand 31.12.2007) be-

„Entdeckte psychische Erkrankungen werden oft nicht optimal behandelt“

Selbst wenn Hausärzte psychische Erkrankungen erkennen und diagnostizieren, garantiert dies noch nicht die adäquate Behandlung der Patienten. Diesem Sachverhalt liegen Mängel der Integration und Vernetzung der Versorgungsbereiche zugrunde. Viele Hausärzte sind über die bestehenden Behandlungsmöglichkeiten psychischer Erkrankungen kaum informiert. Der Austausch zwischen Hausärzten und Psychotherapeuten ist nicht klar geregelt und ist defizitär.

Koordinationsmängel bestehen darüber hinaus zwischen den verschiedenen Sektoren der Versorgung psychischer Kranker. Die Verzahnung von stationären und ambulanten Behandlungsmaßnahmen ist unzureichend. Der Gesamtbehandlungsplan einer psychischen Störung kann durchaus die Integration von Maßnahmen im ambulanten wie auch im stationären oder teilstationären Bereich vorsehen.

Vorschläge zur Verbesserung der Erkennungsrate psychischer Störungen

- **Fortbildung (Fachkenntnisse und Kommunikationsverhalten)**
Kenntnisse in der Diagnostik psychischer Erkrankungen sind für Allgemeinärzte von größter Bedeutung. In der Praxis mangelt es vielen Hausärzten jedoch an diesem Hintergrundwissen. Die psychosomatische Grundversorgung ist erst seit 1995 fester Bestandteil der ärztlichen Weiterbildung in den Fachrichtungen Innere Medizin, Allgemein-

trägt das Durchschnittsalter der deutschen Hausärzte 52 Jahre. Knapp 20% der Hausärzte sind 60 Jahre und älter. Ein großer Anteil der Hausärzte hat demnach keine speziellen Kenntnisse zur psychosomatischen Grundversorgung erworben. Das aktive Nachfragen nach psychischen Beschwerden und ein Kommunikationsverhalten, das den Patienten das Ansprechen psychischer Probleme erleichtert, sind von großer Bedeutung für die frühzeitige Erkennung psychischer Erkrankungen. Eine gezielte Fort- und Weiterbildung zu psychischen Erkrankungen sowie zur Arzt-Patient-Kommunikation auf Seiten der Hausärzte ist daher nötig, wenn man die Erkennungsrate psychischer Störungen in der Allgemeinarztpraxis erhöhen will. Im europäischen Ausland werden ähnliche Projekte bereits durchgeführt: Mehrere Jahre lang wurden z.B. in Frankreich die Hausärzte weitergebildet, mit Richtlinien für den Umgang mit psychischen Erkrankungen versorgt und mit Fachärzten und Psychotherapeuten zusammengebracht (Mousquès 2005).

- **Screening**

Für die hausärztliche Versorgung ist die Bereitstellung von Leitlinien zur Diagnostik psychischer Erkrankungen, die in der Alltagspraxis verwendbar sind, von großem Nutzen. Eine Evaluation vorhandener internationaler Leitlinien zur Depressionsdiagnostik mit Schwerpunkt Primärversorgung von Gensichen et al. (2005) findet keine Leitlinien in deutscher Sprache, die alle erwünschten Quali-

tätsmerkmale erfüllt (Evidenzangaben, Pilotstudien, Implementierungshinweise, Darstellungsform, Zielgruppenspezifität und redaktionelle Unabhängigkeit). Die Autoren empfehlen die Verwendung von Leitlinien, die „Signalsituationen“ einschließen, welche eine strukturierte Diagnostik (opportunistisches Screening) auslösen sollen. Zu solchen Signalsituationen gehören bei der Depression:

- Soziale Destabilität
- Erfolgreiche Primärbehandlung bzw. erfolglose Mitbehandlung durch Kollegen anderer Fachdisziplinen
- Abhängigkeitserkrankungen
- Therapieabbrüche, Arztwechsel
- Depressionen in eigener oder Familienanamnese
- Verlust von wichtigen Bezugspersonen
- Gehäufte Arztkontakte und Hausbesuche
- Medizinisch unerklärte körperliche Symptome
- Neurologische Erkrankungen
- Opfer von körperlicher, sexueller oder emotionaler Gewalt
- Belastung durch zu pflegende Angehörige
- Abnahme in kognitiver, körperlicher, funktioneller Kompetenz.

In einem von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) initiierten Projekt unter der Trägerschaft von Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften und Berufsverbänden (u.a. auch der DPtV) wurde am 28.5.2009 im Rahmen des Programms für Nationale Versorgungsleitlinien im Konsens die S3-Leitlinie Unipolare Depression fertig gestellt und wird demnächst als Nationale Versorgungsleitlinie herausgegeben.

In den USA wird zurzeit eine standardisierte Erfassung von psychischen Risikofaktoren in der Primärversorgung durchgeführt, kombiniert mit abgestimmten Handlungs- und Therapieplänen.

- **Vernetzung**

Die Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen erfolgt auf mehreren Versorgungsebenen (Schneider & Niebling 2008):

- Nichtprofessionelle Vorfeldeinrichtungen (Selbsthilfegruppen, Sozialbehörden)
- Professionelle Vorfeldeinrichtungen (Hausärzte, Beratungsstellen)
- Kernfeldeinrichtungen (Psychotherapeuten, Psychiater, psychiatrische Kliniken etc.).

Es muss sichergestellt sein, dass die nichtprofessionellen und die professionellen Vorfeldeinrichtungen angemessen über psychische Erkrankungen und Behandlungsmöglichkeiten informiert sind, damit sie die Patienten an die Kernfeldeinrichtungen, die über Spezialkompetenzen zur Behandlung dieser Erkrankungen verfügen, weiterleitet. Es müssen zudem Verbesserungen beim Informationsfluss und Patientenwechsel zwischen ambulantem und stationärem Sektor des Versorgungssystems erfolgen. Die Koordination der einzelnen Leistungsbereiche und die Vermeidung von Fehl-, Unter- und Überversorgung können z.B. durch integrative Versorgungskonzepte erreicht werden (Schneider & Niebling 2008). Hausärzte müssen über die bestehenden Angebote der Sekundärversorgung informiert sein, um ihre Patienten adäquat weiterzuleiten.

Die Zusammenarbeit zwischen Hausärzten, Psychiatern und Psychotherapeuten muss verbessert werden. Selbst innerhalb der Ärzteschaft fin-

den sich immer noch Vorbehalte gegenüber psychotherapeutisch tätigen Kollegen und Psychologischen Psychotherapeuten. Diese Vorbehalte müssen dringend abgebaut werden. Für eine frühzeitige Erkennung und adäquate Behandlung der Patienten mit psychischen Störungen ist eine enge Abstimmung zwischen Hausarzt und Psychotherapeuten vonnöten. Dieses sollte in Form eines geregelten Konsiliarverfahrens stattfinden. Psychotherapeuten könnten in Form eines Clearingverfahrens bei vom Hausarzt überwiesenen Patienten mit Verdacht auf eine psychische Erkrankung eine fundierte psychologische Diagnostik durchführen und eine Befundung mit Empfehlung erstellen. Wird der Patient vom Psychotherapeuten als psychotherapeutisch behandlungsbedürftig eingeschätzt, würde er in einer anderen, von der Diagnostik unabhängigen psychotherapeutischen Praxis weiterbehandelt. Zur Durchführung eines solchen konsiliarischen Abklärungsverfahrens könnten spezielle Verträge geschlossen werden.

• Entstigmatisierung

Die persönliche Beeinträchtigung psychisch erkrankter Menschen wird weiterhin durch ein hohes Maß an Stigmatisierung und Diskriminierung verstärkt. Häufig entstehen den Betroffenen auch Probleme am Arbeitsplatz. Die Folge davon ist, dass viele Patienten aus Scham wegen einer psychischen Erkrankung keine Hilfe in Anspruch nehmen. Sie leiden neben ihrer Erkrankung auch noch unter der Angst, durch eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung zusätzlich stigmatisiert zu werden (Schneider & Niebling 2008). Es ist daher von großer Bedeutung, dass der Prozess der Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen in der Gesellschaft

fortgeführt wird. Die Bevölkerung muss kontinuierlich informiert und über psychische Erkrankungen und ihre Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt werden. Psychisch Kranke müssen in allen Bereichen des öffentlichen Lebens gleichgestellt werden, und die Schwelle zur Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Hilfsangebote muss abgesenkt werden. Weltweit wurden Aktionsprogramme von internationalen und nationalen Gesellschaften ins Leben gerufen, die eine Gleichstellung und Gleichbehandlung psychisch Kranker in allen Bereichen des öffentlichen Lebens anstreben (Antistigmoprogramme). In verschiedenen Ländern wird gezielt an einer stärkeren Integration der psychischen Gesundheit in die Primärversorgung und einer Verbesserung der Koordination und Vernetzung mit dem psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungssystem gearbeitet.

Fazit

Angesichts der erheblichen Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf die Lebensqualität der Patienten und ihrer Angehörigen sowie auf die berufliche Leistungsfähigkeit und der damit verbundenen gesamtgesellschaftlichen Kosten (Arbeitsunfähigkeit, frühzeitige Berentung, Medikamentenabhängigkeit u.a.) ist eine frühzeitige Erkennung und adäquate Behandlung psychischer Störungen von größter Bedeutung. Die Mehrzahl der Patienten hat bei leitlinienorientierter Behandlung eine gute Chance auf Heilung oder Besserung ihrer Erkrankung. Von einer optimalen Versorgungssituation für psychisch erkrankte Patienten scheint die Realität noch weit entfernt zu sein. Die Einführung von Screeningverfahren und geregelten Konsiliarverfahren könnte hier einen großen Fortschritt bringen. ■



Literaturhinweise:

Bertelsmann Stiftung (2009). *Psychische Gesundheit in Deutschland: Erkrankungen bleiben oft unentdeckt*. Newsletter 1/2009.

Chenot, J.-F. et al. (2009). Kommunikation und Befundaustausch zwischen Hausärzten und Orthopäden bei Rückenschmerzen. *Der Schmerz* 23(2): 173–179.

Frieser, D. et al. (2009). *Der Einfluss depressiver Störungen auf somatoforme und organisch begründete Schmerzen*. Vortrag beim 27. Symposium der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs. Zürich, 22.05.2009

Gensichen, J. et al. (2005). Signalsituationen für den Beginn einer strukturierten Depressionsdiagnostik in der Allgemeinarztpraxis – Eine praxis-kritische Einschätzung internationaler Leitlinien. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 99(1):57–63.

Gmünder Ersatzkasse (2007). *GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung 2007*.

Höhne, A. et al. (im Druck). Hausarztzentrierte Versorgung in Deutschland. Der Hausarzt als Lotse? *Gesundheitswesen*.

Jacobi, F. et al. (2004). Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34 (5):597–611.

Kassenärztliche Bundesvereinigung. Altersstruktur der Vertragsärzte zum 31.12.2007. <http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSSLAVE&SystemType=2&LogonId=e1070fa9e490d4c054b0876a71b61caa&DocId=003756621&Page=1> (Stand 9.6.2009)

Kassenärztliche Bundesvereinigung. Versichertenbefragung 2009. <http://www.kbv.de/23794.html> (Stand 22.6.2009)

Knesebeck, O. v.d. (im Druck). Diagnose und Therapie einer Depression im höheren Lebensalter – Einflüsse von Patienten- und Arztmerkmalen. *Psychother Psych Med*.

Kratz, S. et al. (2003). Beratungsanlass und Diagnosestellung bei depressiven Patienten in der hausärztlichen Praxis. *Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 97 Suppl.4: 50–56.

Kruse, J. et al. (2004). Warum übersieht der Hausarzt die psychischen Störungen seiner Patienten? *Psychother Psych Med* 54: 45–51.

Linden, M. et al. (1996). Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in Allgemeinarztpraxen in Deutschland. *Nervenarzt* 67: 205–215.

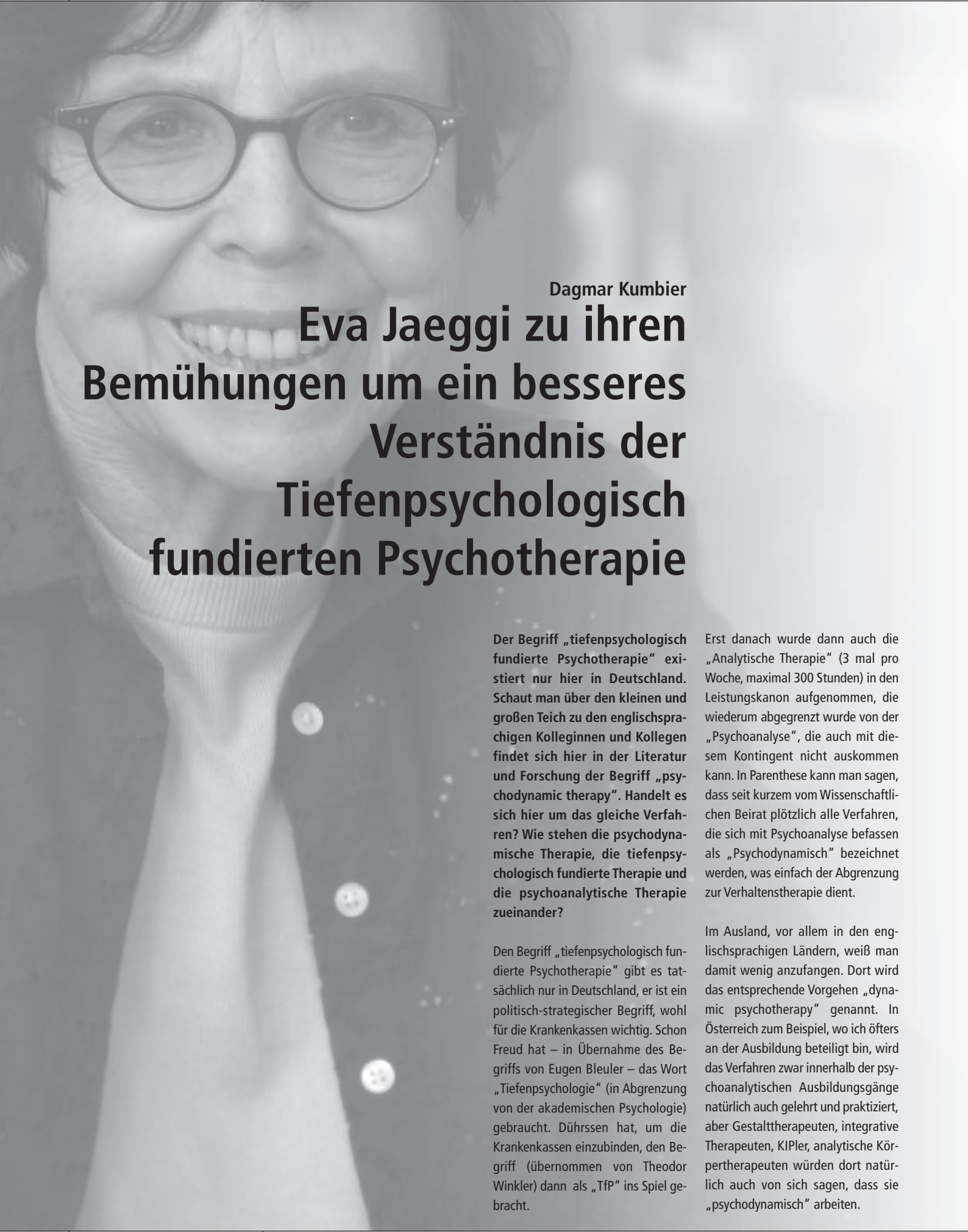
Mousquès, J. (2005). Psychiatric and Mental Health Plan 2005–2008.

Schneider, F. & Niebling, W. (Hrsg.). (2008). *Psychische Erkrankungen in der Hausarztpraxis*. Heidelberg: Springer.

Sielk, M. et al. (2009). Prävalenz und Diagnostik depressiver Störungen in der Allgemeinarztpraxis. *Psychiatrische Praxis*, 36:169–174.

Wittchen, H.U. et al. (1999). Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“. *Das Gesundheitswesen Sonderheft* 61.

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



Dagmar Kumbier

Eva Jaeggi zu ihren Bemühungen um ein besseres Verständnis der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie

Der Begriff „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ existiert nur hier in Deutschland. Schaut man über den kleinen und großen Teich zu den englischsprachigen Kolleginnen und Kollegen findet sich hier in der Literatur und Forschung der Begriff „psychodynamic therapy“. Handelt es sich hier um das gleiche Verfahren? Wie stehen die psychodynamische Therapie, die tiefenpsychologisch fundierte Therapie und die psychoanalytische Therapie zueinander?

Den Begriff „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ gibt es tatsächlich nur in Deutschland, er ist ein politisch-strategischer Begriff, wohl für die Krankenkassen wichtig. Schon Freud hat – in Übernahme des Begriffs von Eugen Bleuler – das Wort „Tiefenpsychologie“ (in Abgrenzung von der akademischen Psychologie) gebraucht. Dührssen hat, um die Krankenkassen einzubinden, den Begriff (übernommen von Theodor Winkler) dann als „TfP“ ins Spiel gebracht.

Erst danach wurde dann auch die „Analytische Therapie“ (3 mal pro Woche, maximal 300 Stunden) in den Leistungskanon aufgenommen, die wiederum abgegrenzt wurde von der „Psychoanalyse“, die auch mit diesem Kontingent nicht auskommen kann. In Parenthese kann man sagen, dass seit kurzem vom Wissenschaftlichen Beirat plötzlich alle Verfahren, die sich mit Psychoanalyse befassen als „Psychodynamisch“ bezeichnet werden, was einfach der Abgrenzung zur Verhaltenstherapie dient.

Im Ausland, vor allem in den englischsprachigen Ländern, weiß man damit wenig anzufangen. Dort wird das entsprechende Vorgehen „dynamic psychotherapy“ genannt. In Österreich zum Beispiel, wo ich öfters an der Ausbildung beteiligt bin, wird das Verfahren zwar innerhalb der psychoanalytischen Ausbildungsgänge natürlich auch gelehrt und praktiziert, aber Gestalttherapeuten, integrative Therapeuten, KIPLer, analytische Körpertherapeuten würden dort natürlich auch von sich sagen, dass sie „psychodynamisch“ arbeiten.



Eva Jaeggi

Univ. Prof. i. P. für Klinische Psychologie, Verhaltenstherapeutin und Psychoanalytikerin, Lehrtherapeutin und Supervisorin.

Autorin zahlreicher Publikationen. Wissenschaftliche Leiterin des tiefenpsychologischen Schwerpunkts an der Berliner Akademie für Psychotherapie.



Gemeint ist damit, dass man innerhalb des theoretischen Bezugsrahmens der Psychoanalyse (welche Richtung damit gemeint ist, bleibt immer offen) arbeitet, ohne das hochfrequente regressionsfördernde Setting der Couch zu benutzen; außerdem sind „Psychodynamische Therapeuten“ nicht gebunden an oft relativ strenge Regeln des technischen Vorgehens innerhalb des Couch-Settings, sondern sind freier, Methoden zu benutzen, die sich auch in anderen Zusammenhängen schon als sinnvoll erwiesen haben.

Die TFP wird oft als „kleine Schwester“ der eigentlichen, der psychoanalytischen Therapie betrachtet. Wie sehen Sie die TFP? Halten Sie diese für ein eigenständiges Verfahren (und warum)? Und wie schneidet diese aus Ihrer Sicht im Vergleich zur Psychoanalytischen Therapie ab?

Die „TFP“ als eine „kleine Schwester“ der Psychoanalyse zu bezeichnen, kann zu großen Missverständnissen führen. „Klein“ ist sie höchstens in Bezug auf ihre Frequenz, meist auch auf ihre Dauer. Als Methode ist sie weltweit die am meisten verwendete, die den Bedürfnissen des Großteils der Menschen angemessen ist. Wenn wir davon ausgehen, dass die Psychoanalyse (wie gesagt: mit all ihren inzwischen bestehenden Variationen) als Theorie uns alle begleitet, dann teilt sie diese Erbschaft mit sehr vielen Therapieformen. Von der Seite der Therapietechnik her ist sie viel variabler als die hochfrequente Analyse, was übrigens offenbar zu ihrer Wirksamkeit beiträgt, wenn man sieht, wie gut sie im Vergleich mit der Verhaltenstherapie (die ja schon lange sehr methodenvariabel arbeitet) abschneidet.

Es ist schwer, einen Vergleich mit der PA zu ziehen. Erstens gibt es wenig Arbeiten zur Erfolgskontrollforschung der Langzeitanalyse, sodass Vergleiche sehr schwierig sind, zweitens ist schon durch die erheblich längere Dauer ein Vergleich schwierig. Drittens sind bei den wenigen deutschen Vergleichsstudien die es gibt, meist Psychoanalytiker in ihrer Arbeit als Tiefenpsychologen und als Analytiker verglichen worden. Das aber bedeutet, wenn man die oft wenig sinnvolle Ausbildung zum tiefenpsychologischen Therapeuten in den analytischen Instituten bedenkt, in den meisten Fällen, dass diese Therapeuten von der TFP nicht überzeugt sind und sehr viel lieber Langzeitanalysen machen. Wie wir wissen, beeinflusst dies das Ergebnis infolge der hohen Suggestibilität der Patienten sehr stark. In Schweden, wo man den Vergleich machen konnte (weil es dort psychodynamische Therapeuten gibt), schnitten die Psychoanalytiker in den Psychodynamischen Therapien wesentlich schlechter ab als die dafür ausgebildeten Psychodynamischen Therapeuten.

Welche Erfahrungen, Eindrücke und Einsichten haben Sie selber bei der Entwicklung Ihres Verständnisses von TFP geprägt?

Ich habe in meiner Ausbildung zweimal 2 Stunden Seminar erlebt, wie TFP behandelt wurde. Selbstverständlich dachte ich, dass dies kein wirklich wichtiges Verfahren ist. Als ich gebeten wurde, die wissenschaftliche Leitung eines Ausbildungsinstituts für Tiefenpsychologie zu übernehmen, waren mir zwei Dinge klar: Erstens: ich war (und bin) fest davon überzeugt, dass man auch innerhalb eines von der PA unterschiedlichen Rahmens sinnvolle und gute Therapie



Dagmar Kumbier

Psychologische Psychotherapeutin (TP), niedergelassen in eigener Praxis. Einzel- und Gruppenpsychotherapie in psychosomatischen und psychiatrischen Kliniken seit 2007, seit 2008 auf einer Psychotherapiestation mit Schwerpunkt Strukturelle Störungen und Traumafolgeerkrankungen tätig. Autorin zahlreicher Publikationen.



machen kann. Zweitens, dass das Verfahren der TFP innerhalb der analytischen Institute oft recht stiefmütterlich behandelt wird.

Das bedeutet, dass man sich sehr viel mehr Gedanken darüber machen musste als man das (zumindest in Deutschland) bisher getan hatte. Und daran arbeite ich zusammen mit meinen Kollegen bis heute. Es gibt da immer wieder Meinungsverschiedenheiten, aber das ist ja selbstverständlich.

Dass ich meine Überlegungen in einem Institut machen konnte, das auch Verhaltenstherapie anbietet, hat mich gefreut, da ich überzeugt davon bin, dass man als psychoanalytisch orientierter Therapeut auch von anderen Therapierichtungen etwas lernen kann.

Sie haben kürzlich gemeinsam mit Volker Riegels ein Buch über den Einsatz erlebnisaktivierender Methoden in die TFP veröffentlicht. Was war der Anstoß für dieses Buch? Und welche Erfahrungen machen Sie bei der Integration erlebnisaktivierender Methoden (beispielsweise gestalttherapeutischer und psychodramatischer Ansätze) in eine psychodynamische Arbeitsweise?

Ich habe mit einem der Kollegen, Volker Riegels, das Ergebnis unserer Bemühungen um ein besseres Verständnis der TFP in unserem Buch (Jaeggi, Riegels: Techniken und Theorie der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, 2008) festgehalten, nachdem ich mit anderen Kollegen schon einige Jahre früher didaktische Überlegungen zur Ausbildung veröffentlicht habe (Jaeggi u.a.: Tiefenpsychologie lehren, Tiefenpsychologie lernen, 2003).

Im Buch mit Volker Riegels haben wir dargelegt, in welcher Form man die oft sehr sinnvollen Methoden, die wir von anderen therapeutischen (aber verwandten) Richtungen kennen, innerhalb eines psychoanalytischen Theorierahmens verwirklichen kann. Uns war die immer wieder wiederholte Kennzeichnung der TFP als „aktivzielgerichtet-weniger deutend-regressionsbegrenzend etc.“ ein wenig zu unspezifisch. Wir beide haben auch andere Verfahren gelernt (Psychodrama, Verhaltenstherapie) und deren sinnvolle Verwendung selbst erlebt. Bei manchen Patienten schien es uns wichtig, über den Rahmen des Nur-Verbalen hinauszugehen und mit Methoden zu arbeiten, die für diese

Patienten mehr in innere Bewegung versetzen als das Sprechen.

In vielen Diskussionen, auch mit anderen Psychoanalytikern und in vielen gemeinsamen Überlegungen haben wir daher für eine Reihe uns bekannter Techniken überlegt, wie sie in eine ursprünglich nur als verbale Therapie konzipierte Methode einzupassen wären, ohne dass die uns sehr wertvolle Theoriebindung angetastet wird. Wir hoffen, dass uns dies einigermaßen überzeugend gelungen ist.

Wie schätzen Sie die Gefahr des Agierens ein?

Wir beide versuchen auch in der Praxis immer wieder, psychodramatische, gestalttherapeutische oder körperorientierte Techniken einzuführen, die wir gerade im Moment bei einem Patienten als sinnvoll erleben. Das heißt beileibe nicht, dass wir dauernd herumprobieren und immer wieder die Techniken ändern. Das sind sehr gezielt eingesetzte, überlegte und in Folge mit dem Patienten verbal aufgearbeitete Erlebnisse, die wir damit intendieren. Der Vorwurf „blinden Agierens“ scheint uns bei diesem Vorgehen nicht relevanter als bei x-beliebig vielen Interventionen auch in anderen Therapien (psychoanalytischer oder tiefenpsychologischer Form). Eine Deutung kann – im entsprechenden Kontext – eine destruktive Abwehrform des Therapeuten sein, ein langes Schweigen kann ebenso „agiert“ werden wie zu viele persönliche Mitteilungen oder die Befriedigung narzisstischer Bedürfnisse des Therapeuten (ein besonders oft eingesetzter Modus des Agierens).

Welchen Einfluss hat der Einsatz solcher Methoden auf die therapeu-

peutische Beziehung? Wird Ihrer Erfahrung nach die Arbeit mit Szene, Übertragung und Gegenübertragung erschwert?

Die therapeutische Beziehung ist natürlich das A und O aller therapeutischen Bemühungen. Eigentlich wundern wir uns, dass einige psychoanalytische Kollegen immer wieder davon ausgehen, dass durch den Einsatz anderer Techniken als den üblichen „die Übertragung gestört“ würde. Sie ist ja DA, egal was wir tun – und durch jede Intervention wird sie verändert, überlagert auch von realen Beziehungselementen (das ist so gut wie immer der Fall) und schließlich, wenn es gut geht, aufgelöst zugunsten einer realistischen Erkenntnis über die Verzerrungen des Beziehungserlebens.

Wie kann man der oft beschworenen Gefahr eines ‚blindes Eklektizismus‘ in Praxis und Ausbildung begegnen?

Bei all dem scheint es uns folgerichtig, dass wir uns darüber klar sein müssen, WAS wir tun, in welcher Weise und wann wir eine Indikation haben für den Einsatz einer bestimmten Intervention, die aus anderen therapeutischen Zusammenhängen bekannt ist. Wenn wir sorgsam umgehen mit dem Patienten und gleichzeitig auch unsere Theorie im Kopf haben, wird die Gefahr des „blinden Eklektizismus“ wohl recht gering sein. Aber: Psychotherapie ist immer und in jeder Richtung ein labiles Geschäft. Die menschliche Seele ist nie ganz berechenbar und deshalb ist die Gefahr, die von jeder Psychotherapie ausgehen kann, auch nie ganz zu bannen. Unsere Indikation für dieses oder jenes Vorgehen ist in jedem Fall

unsicher, da sind die Gutachter kaum in einer besseren Lage als der Alltags-Psychotherapeut.

Sollte oder muss man TfpPler anders ausbilden als Psychoanalytiker – und wenn ja: worin sehen Sie die Unterschiede? Welche Veränderungen etablierter Lernformen sind sinnvoll und nötig? Was spricht dafür (oder dagegen), TfpPler nicht an analytischen Instituten, sondern an eigenen Ausbildungsinstituten auszubilden?

Ich denke, dass man in der Ausbildung des tiefenpsychologisch arbeitenden Psychotherapeuten recht vorsichtig umgehen muss mit dem Hinweis auf andere als die üblichen verbalen Techniken. Zuerst und vor allem sollte die psychoanalytische Theorie gut bekannt sein, damit man abwägen kann, welche Technik gerade in den Prozess „passt“. Man kann in einer Ausbildung natürlich nicht alle die von uns im Buch genannten Techniken erlernen – das ist Sache der Fortbildung. Aber eine gewisse Anschauung davon, was bei einigen verwandten Therapierichtungen gemacht wird, sollte man schon haben. Nebenbei: nicht jeder Therapeut fühlt sich wohl mit bestimmten Techniken, das muss er also ganz alleine fühlen, was ihm liegt und was nicht.

Und das spricht auch dafür, dass die Ausbildung nicht unbedingt in einem psychoanalytischen Institut gemacht wird. Im Prinzip ist dies natürlich denkbar und nach einigem Zögern haben sich die Institute ja auch meist darauf eingelassen. Meine Bedenken gelten solchen Instituten, wo noch immer Psychoanalytiker ausbilden (und solche sind meiner Meinung nach in der Mehrzahl), die in der TFP

eine „kleine Schwester“, ja eine „Stiefschwester“ sehen. Da wird dann bei schlechtem Therapieerfolg sehr rasch gesagt, dass dieser Fall „eigentlich eine Analyse“ braucht, was sehr oft nichts anderes ist als eine abwehrende Rationalisierung des Therapeuten, der mit einem Patienten nicht zurecht kommt.

Auf welche Hindernisse und Schwierigkeiten stoßen Sie in der Ausbildung von TfpPlern?

Schwierig wird die Ausbildung von TfpPlern nur dann, wenn sehr strenge Psychoanalytiker als Supervisoren und Lehrtherapeuten eingesetzt werden. Das verunsichert die Kandidaten. Aber der Engpass an Supervisoren wird bald behoben sein, weil eigens ausgebildete TfpPler schon bald die Ausbildung übernehmen können. Dasselbe hoffe ich übrigens auch von einer neuen Generation von Gutachtern. ■

 **Literaturhinweis:**

Eva Jaeggi/Volker Riegels
Techniken und Theorie der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie



1. Auflage 2008. Klett-Cotta
 245 Seiten, gebunden; 26,90 € (D)
 ISBN 978-3-608-94524-9

Silke Eggerichs-Petersen

Schmerz lass nach...!

Dieser Wunsch ist das zentrale Anliegen, mit dem sich Schmerzpatienten unterschiedlicher Art und Genese an den Arzt/die Ärztin bzw. an PsychotherapeutInnen wenden: der Schmerz möge nachlassen, erträglicher werden oder am besten ganz verschwinden. Schon Freud und Einstein haben jeweils zwei zentrale menschliche Grundbedürfnisse benannt:

1. die Befriedigung gefühlter Bedürfnisse
2. die Vermeidung oder Linderung von Schmerzen.

Hier wird deutlich, dass starke Motivationen im Spiel sind.

So kommen SchmerzpatientInnen dann auch in die Praxis: sie zeigen uns ihr großes „Weh“ und bringen einen starken Leidensdruck mit. Mit dem Aufsuchen professioneller Hilfe verbindet sich die Erwartung, dass der Schmerz nachlässt. TherapeutInnen sind in dieser Situation geneigt, mit der Erwartung konform zu gehen. Es werden Methoden und Arbeitsweisen zur Schmerzreduktion zum Einsatz gebracht. Da viele SchmerzpatientInnen die in der psychotherapeutischen Praxis vorstellig werden, bereits eine längere Behandlungs-„karriere“ hinter sich haben, ist die erlebte und transportierte Dringlichkeit oft recht hoch. Auf Seiten des/der TherapeutIn wird

dann, als Gegenübertragungsreaktion, ebenfalls ein hoher Erfolgsdruck in der Behandlung entstehen. Nicht selten entwickelt sich eine Dynamik aus Druck und Gegendruck, mit beidseitig hohen Erwartungen an das Behandlungsergebnis, auf der PatientInnenseite durch den hohen Leidensdruck, auf der BehandlerInnenseite durch die Motivation, „gute“ TherapeutInnen sein zu wollen, begründet.

„...der bellende Wachhund der Gesundheit...“

Der griechische Arzt Galen nannte schon in der Antike den Schmerz den „bellenden Wachhund der Gesundheit“. Schon damals verwies er damit auf die Signalfunktion des Schmerzes. Er übernimmt die wichtige Funktion, uns anzuzeigen, wenn etwas „nicht stimmt“, so dass Ursachen für das Schmerzgeschehen gesucht und nach Möglichkeit behandelt werden können. Solche Ursachen können nicht nur auf der somatischen Ebene, sondern häufig im Seelischen/Psychischen gefunden werden, so dass die Psycho-Somatik, der Zusammenhang zwischen seelischen und körperlichen Prozessen, im Schmerzerleben von großer Bedeutung ist.

Die Umgangssprache weiß um diesen Zusammenhang, wenn etwa gesagt wird, dass jemandem „etwas auf den Magen geschlagen“ ist, das Herz schwer wird, jemand „sich den Kopf zerbricht“ oder „hartnäckig“ etwas verfolgt. Diese Redeweisen verweisen auf Schmerzen und deuten den psychosomatischen Zusammenhang an. In der psychotherapeutischen Arbeit ist die Psychosomatik, also das in beiden Richtungen wirksame

Zusammenspiel von Psyche und Soma bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Schmerzen, eine grundlegende Annahme. Die 1965 von Melzack und Wall entwickelte Gate-Control-Theorie (Theorie der Schmerztor) stellt die theoretische Grundlage dafür bereit. Ihre zwei⁹⁾ zentralen Grundannahmen haben bis heute ihre Gültigkeit:

- Ein Nervenmechanismus in den Hinterhörnern des Rückenmarks funktioniert wie ein Tor.
- Das Schmerzgeschehen ist das Ergebnis einer komplizierten Wechselwirkung dreier unterschiedlicher Komponenten: einer sensorisch-diskriminativen, einer emotional-motivationalen und einer kognitiv-bewertenden.

Die zweite Grundannahme beinhaltet, dass an jedem Schmerzgeschehen, auch einem vordergründig rein somatisch erscheinenden, immer auch kognitive und emotionale Faktoren beteiligt sind. So mag etwa ein Fußballspieler, der während eines Spiels einen Tritt gegen das Schienbein bekommt (eindeutiger Schmerzreiz), den daraus resultierenden Schmerz zunächst gar nicht wahrnehmen, weil seine Aufmerksamkeit auf etwas anderes gerichtet ist, z.B. ein Tor zu schießen. Das Beispiel macht deutlich, wie sehr Aufmerksamkeitsfaktoren das Schmerzerleben beeinflussen. Larbig hat mit seinen Untersuchungen an Feuerläufern und Fakiren die Komplexität des Schmerzgeschehens eindrucksvoll aufgezeigt (Larbig 1982).

Die Verhaltenstherapie hat seit den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts wertvolle Arbeitsmittel zur psychologischen und psychotherapeutischen Bearbeitung von Schmerzen bereitgestellt. Insbesondere kommt den Entspannungsverfahren Progressive Relaxation und Autogenes Training eine wesentliche Bedeutung in der psychologischen Schmerzbeeinflussung zu. Die Progressive Relaxation wurde als wichtiger Bestandteil in das Pain Inoculation Program (Turk und Meichenbaum 1983) einem der ersten Schmerzbeeinflussungstrainings aufgenommen. Klassische verhaltenstherapeutische Methoden, wie Lernen durch Verstärkung, Modelllernen, Untersuchung von Vermeidungsstrategien und des sekun-

⁹⁾ Die Gültigkeit der Gate-Control – wurde in dem Workshop „Psychologische Schmerztherapie in der Entspannungstherapiewoche 2007 (dort wurde der vorliegende Artikel als Vortrag gehalten) sehr kontrovers diskutiert. Da ich sowohl im Handbuch chron. Schmerz, (Egle et. al. 2003) verschiedentlich Bezugnahme darauf gefunden habe, sowie auch später in einer Stellungnahme von Prof. Dr. E. Pöppel, Deutsches Ärzteblatt, Jg.104, Heft 21; 9, halte ich die grundlegende Relevanz der Theorie für gegeben.

dären Krankheitsgewinns gehören zum Interventionsspektrum der psychologischen Schmerzbeeinflussung seit den 80er Jahren. Zentrales Ziel ist dabei, den betroffenen Patienten einen „Selbsthilfekoffer“ zur Regulierung von Schmerzen an die Hand zu geben, um der mit Schmerzsituationen korrelierten Hilflosigkeit etwas entgegenzusetzen und also die Selbstwirksamkeit zu stärken.

Im Rahmen der psychotherapeutischen Arbeit besteht das angestrebte Ziel oft primär in einer Einstellungsveränderung. Ein Teilnehmer an einem psychologischen Schmerzbeeinflussungskurs der Rheuma-Liga hat es folgendermaßen ausgedrückt: „Der Schmerz ist zwar noch da, aber er macht mir nicht mehr soviel aus.“

Während das Spektrum schulmedizinischer Behandlungsformen durch die verhaltenstherapeutischen Methoden um ein wesentliches Element bereichert wurde, konnten doch einige von langandauernden und hartnäckigen Schmerzen betroffene Patienten davon nicht wirklich profitieren. Aus persön-

Krankheit oder Störung, sondern der Schmerz selbst ist zur zentralen Problematik geworden. Das Risiko für eine Chronifizierung wird weniger durch medizinische Faktoren, sondern entscheidend von psychosozialen und demografischen Faktoren bestimmt: Alter, Bildung, sozioökonomischer Status, Arbeitszufriedenheit sowie Kontrolle über die Arbeitsbedingungen haben entscheidenden Einfluss (Egle 2003).

Freud bemerkte schon 1895, dass manche Patienten lieber körperliche Schmerzen in Kauf nehmen als das Gefühl innerer Leere oder seelischer Schmerzen in Kauf nehmen zu müssen. Ein zentraler Mechanismus ist bei Freud der der Konversion.

„Der Mechanismus war der der Konversion, d.h. anstatt der seelischen Schmerzen, die sie sich erspart hatte, traten körperliche auf, es wurde so eine Umwandlung eingeleitet, bei der sich als Gewinn herausstellte, dass die Kranke sich einem unerträglichen psychischen Zustand entzogen hatte, allerdings auf Kosten einer psychischen Anomalie, der zugelassenen Bewusstseinspaltung und eines körperlichen

„Nicht mehr die zugrunde liegende Krankheit ..., sondern der Schmerz selbst ist zur zentralen Problematik geworden.“

licher Erfahrung verhilft der tiefenpsychologische Blick bei einigen Schmerzproblematiken, besonders bei chronifizierter Schmerzkrankheit, zu einem tieferen Verständnis des Geschehens.

Eine chronifizierte Schmerzkrankheit liegt dann vor, wenn Schmerzen seit mindestens 6 Monaten fortbestehen und eine Verselbständigung des Schmerzgeschehens stattgefunden hat. Nicht mehr die zugrunde liegende

Leidens, der Schmerzen...“ (Freud 1895a, S. 233f; zit. nach Hoffmann 2003, S. 83). In der psychodynamischen Auffassung wird etwas „altes Schlimmes“ symptomgebunden dargestellt, d.h. hier wird historisch schon früh ein Hinweis auf frühere Traumatisierungen, oder als unerträglich erlebte Lebensereignisse als mögliche Wirkfaktoren in der Schmerzgenese gegeben. Verschiedene Studien konnten zeigen (Linton 1997, große Querschnittsstu-

die in Schweden; Hotopf 1999, große angelegte Langzeitstudie über 33 Jahre in Großbritannien; beide zitiert nach Egle 2003), dass Patienten mit chronifizierten Schmerzleiden oft schon von Kindheit an großen psychosozialen Belastungen ausgesetzt waren. Besonders wurden gefunden: emotionale Vernachlässigung, körperliche Misshandlung, Bedrohung, Grenzverletzungen, Missbrauchserfahrungen, also auch sexueller Missbrauch, chronische Disharmonie in der Ursprungsfamilie oder chronische Erkrankung eines Elternteils.

Zusammengefasst bedeutet dies, dass frühere Traumatisierungen das Risiko für die Manifestation eines chronischen Schmerzleidens erhöhen. Daraus ergeben sich Konsequenzen für die Therapieplanung in der psychotherapeutischen Arbeit mit chronisch Schmerzkranken: es ist von zentraler Bedeutung, den Störungen im Selbstwahrnehmen sowie der Beziehungsgestaltung in der Therapie Rechnung zu tragen.

Auch die Bindungstheorie (Bowlby 1995) leistet einen Beitrag zum psychosozialen Verständnis der chronischen Schmerzkrankheit, indem das Bindungsbedürfnis des Menschen als zentrales menschliches Grundbedürfnis anerkannt wird. Um dieses Grundbedürfnis herum entwickeln sich motivationale Schemata, die lebenslang das Beziehungsverhalten eines Menschen wesentlich bestimmen. Das Kind verinnerlicht frühe Beziehungserfahrungen, so dass sich ein „inneres Beziehungsmodell“ entwickelt. Dabei wird zwischen vier unterschiedlichen Bindungsstilen unterschieden: sicherer Bindungsstil, unsicher-vermeidender Bindungsstil, unsicher-ambivalenter Bindungsstil und desorientierter Bindungsstil. In Prävalenzstu-

dien zeigen 60–65% der Kinder ein sicheres Bindungsverhalten, etwa 35% ein unsicheres (die 3 unsicheren Bindungsstile zusammengefasst).

Bei Schmerzpatienten kehren sich diese Zahlen etwa um: Patienten mit somatoformer Schmerzstörung sind zu 70% unsicher gebunden (Egle 2003). Unsicheres bzw. sicheres Bindungsverhalten geht schon bei Säuglingen und Kleinkindern mit schlechterer bzw. besserer Stressverarbeitung einher. Trifft das biologisch determinierte Bindungsbedürfnis des Säuglings auf Antwort bei der Mutter, i.S. einer responsiven Mimik, und insgesamt auf mütterliche Verfügbarkeit und Feinfühligkeit, so werden dopaminerge Fasern im Hirnstamm aktiviert und die Ausschüttung von Endorphinen in Gang gesetzt. Die längerfristige Folge ist, dass soziale Interaktionen und soziale Affekte von diesen Personen als angenehm erlebt werden. So entwickelt sich ein sicheres Bindungsverhalten.

Ein weiterer Ansatz aus der psychoanalytisch begründeten Arbeit mit Schmerzpatienten wird von Scheidt (2003) beschrieben: Er beschreibt seine Vorgehensweise in der Einzeltherapie mit PatientInnen, die an einer somatoformen Schmerzstörung leiden, in drei Schritten:

1. Symptomzentrierung. In dieser Phase ist ein anhaltendes und wiederholtes Beschreiben von Beschwerden, Behandlungsversuchen, Interaktionen mit Behandlern u. ä. im Vordergrund. In einem Fallbeispiel zeigt die Patientin immer wieder ihre Zunge. Scheidt spricht vom „Narrativ des Schmerzes“. Es geht für die/den PatientInnen darum, mit seiner Erzählung, dem



**Silke
Eggerichs-
Petersen**

Als Psychotherapeutin und Supervisorin in Hamburg tätig. Grundlage ihrer therapeutischen Arbeit ist eine Ausbildung in Gestalttherapie sowie Weiterbildungen in reichianischer Körperarbeit, die sie in die Konzepte der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie integriert. Leitung von Kursen und Gruppen zur psychologischen Schmerzbeeinflussung.



Leiden, dem „Weh“ ernst genommen zu werden.

- Zentrierung auf die interpersonellen Beziehungen und Konflikte der/des PatientIn. Hier werden Konflikte mit Bezugspersonen geschildert. Die eigenen Affekte werden der/dem PatientIn in dieser Phase langsam zugänglich.
- Bearbeitung der unbewussten intrapsychischen Konflikte und der Übertragungsbeziehung, also der Beziehungsdynamik, die sich in der therapeutischen Beziehung zwischen PatientIn und TherapeutIn wieder konstellierte und damit der therapeutischen Bearbeitung zugänglich wird.

Das eigentliche Kernstück der analytischen wie auch der tiefenpsychologisch fundierten psychotherapeutischen Bearbeitung wird nach Scheidt also erst in der dritten Phase möglich, während die symptomzentrierte erste Phase oftmals einen längeren Zeitraum einnimmt (bis zu 50 Stunden), was von der TherapeutIn eine sehr geduldige Einstellung verlangt.

Rudolf umreißt eine typische Dynamik zwischen PsychotherapeutIn und PatientIn, bei der ein depressiver Grundkonflikt – zu unterscheiden von einer manifesten depressiven Störung – zur Erklärung herangezogen wird. „Chronische Schmerzpatienten zeigen danach ein rigides aufrechterhaltenes Ich-Ideal, das vor allem von Wünschen nach Unabhängigkeit, Hyperaktivität und Altruismus gekennzeichnet ist. Dahinter verbergen sich jedoch gegenteilige Wünsche nach Abhängigkeit, Passivität und Versorgung, die verleugnet und durch Überaktivität und Übergenauigkeit kompensiert werden.

Schmerz dient der Legitimierung passiver Abhängigkeitswünsche, wodurch das Ich-Ideal aufrecht erhalten werden kann. Ausgeprägtes Kontrollverhalten, vor allem hinsichtlich Ärger und Wut bis hin zum Masochismus. Rudolf (1998) erweitert die intrapsychische Konfliktthematik um die Herausarbeitung interpersoneller Aspekte. Im Mittelpunkt steht für ihn das Gefühl von Deprivation und Verlust sowie das Fehlen einer tragfähigen Beziehung zu einer primären Bezugsperson, das sich in den Beziehungen im Erwachsenenleben, nicht zuletzt in der Beziehung zu Ärzten wiederholt. Die Enttäuschungswut über emotionales Desinteresse und Unverständnis wird nach Rudolf durch eine Abdrosselung des emotionalen Erlebens und der emotionalen Ausdrucksfähigkeit abgewehrt. Die als Überkompensation nach außen gezeigte Selbständigkeit führt immer wieder zur Bestätigung, dass echte soziale Resonanz und Unterstützung ausbleiben wird.“ (zit. nach Egle 2003, S.70). Ich habe diese Passage deshalb so ausführlich zitiert, weil sie aus meiner Sicht typische Dynamiken, die aus der Arbeit mit chronischen Schmerzpatienten wohlbekannt sind, sehr treffend beschreibt. Die Wahrnehmung einer solchen Dynamik verhilft in der psychotherapeutischen Arbeit zu einem tieferen Verständnis. Auch widerstreitende Emotionen der/des PatientIn können in den Behandlungsprozess einbezogen und bearbeitet werden, so dass die/der PatientIn schrittweise zur Annahme abgelehnter Emotionen und Bedürfnisse gelangen kann.

Ein solcher tieferer Blick kann helfen, zu dem drängend vorgebrachten Anliegen der/des PatientIn einen gesunden Abstand zu gewinnen und uns auf der therapeutischen Seite nicht unreflektiert mit der überhöhten,

idealisierenden Erwartung des Patienten zu verbünden.

Dem dringenden Appell des „Schmerz lass nach...!“ folgt auf Seiten der/des BehandlerIn nur allzu leicht ein „Das kriegen wir schon hin!“, womit der Weg in die nächste Enttäuschung vorgezeichnet ist. Eine andere, nicht weniger schädliche Verarbeitung eines weiteren gescheiterten Behandlungsversuchs besteht in einer erneuten Kränkung des Selbstwertgefühls auf Patientenseite. Wenn das „Hinkriegen“ nicht gelingt, kann dies leicht als erneutes Versagen aufgefasst werden und Hilflosigkeit bzw. Ohnmachtsgefühle, die häufig mit chronischen Schmerzkrankungen korreliert sind, noch verstärken. Sowohl verhaltenstherapeutische wie auch psychodynamische Behandlungsformen haben in der psychotherapeutischen Arbeit mit chronischen SchmerzpatientInnen ihre Berechtigung und können sich gegenseitig ergänzen. (Die hypnotherapeutischen Arbeitsformen, die einen eigenen großen Beitrag in der psychologischen Schmerztherapie leisten, werden hier nur am Rande erwähnt. In den letzten Jahren haben meditative Techniken (Kabat-Zinn 1999) erheblich an Bedeutung gewonnen).

Neben störungsspezifischen Indikationen ist die grundlegende Haltung der/des BehandlerIn von großer Bedeutung. Hugo Baar, langjähriger Vorsitzender der Deutschen Schmerzhilfe formuliert: „Kein höheres Lebewesen ohne Schmerzen“. Psychotherapeutische BehandlerInnen tun gut daran, sich diese Grundsituation gelegentlich vor Augen zu führen, um dem Postulat der Machbarkeit die Realität des Aushaltens und eben auch manchmal des Aushalten-Müssens entgegenzusetzen.

Mit einem Gedicht der Kollegin Ursula Frede, die seit mehreren Jahren von unheilbaren Trigeminusschmerzen betroffen ist, und die sich als Betroffene und Fachfrau zugleich sehr intensiv mit psychotherapeutischer Schmerzbeeinflussung auseinandergesetzt hat (Frede 2001), möchte ich schließen:

Tagwerk

*Alle Tage
überprüfe ich
die Deiche
gebaut gegen die
Flut der Schmerzen.
Ich bessere aus
erhöhe die Mauern
sehe die tiefen Risse
nach der Sturmflut.
Und es steigt die Angst
vor dem
„Land unter!“*



Literaturhinweise:

- Bowlby, J. (1995). Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung: Therapeutische Aspekte der Bindungstheorie. Heidelberg
- Egle, U.T. (2003). Psychosozialer Stress und Schmerz. In: Egle, U.T., Hoffmann, S.O., Lehmann, K.A., Nix, W.A. Handbuch chronischer Schmerz. Stuttgart, New York
- Frede, U. (2000). Leben mit chronischen Schmerzen. In: Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 21.JG. (2), 137–154
- Hoffmann, S.O. (2003). Psychodynamisches Verständnis von Schmerz. In: Egle, U.T. et al. Handbuch chronischer Schmerz. Stuttgart, New York
- Kabat-Zinn, J. (1999). Stressbewältigung durch die Praxis der Achtsamkeit. Freiamt
- Larbig, W. (1982). Schmerz-Grundlagen-Forschung-Therapie. Stuttgart
- Melzack, R. (1965). Pain Mechanisms: a new theory. Science, 150, 971–80
- Turk, D.C., Meichenbaum, D., Genest, M. (1983). Pain and behavioral medicine. A cognitive behavioral medicine. New York, London

Was tun, wenn wir von sexuellen Übergriffen in einer Psychotherapie erfahren?

Lisa Schneider

Plädoyer für die Etablierung einer interkollegialen, von offiziellen Stellen unterstützten „Kultur“ im Umgang mit sexuellen Übergriffen in Psychotherapien

Im Rahmen unserer psychosozialen Beratungsarbeit mit Frauen erfahren wir zwar nicht häufig, aber immer mal wieder von sexuellen Übergriffen in Psychotherapien. Für uns stellt sich dann die Frage, wie wir als Beraterinnen und Psychotherapeutinnen mit dieser Situation umgehen. Von den betroffenen Frauen erfahren wir häufig, dass sie von diesen Übergriffen auch schon an anderer Stelle, z.B. bei Institutionen wie der Krankenkasse, der KV, bei anderen Beratungsstellen und (Folge-) PsychotherapeutInnen berichtet haben. In den meisten Fällen ist daraufhin – zumindest nach dem Wissensstand der Klientin – nichts unternommen worden, um Schaden von anderen (potenziellen) Klientinnen des übergriffigen Kollegen abzuwenden. Den Klientinnen ist es oft selbst ein Anliegen, dass andere (potenzielle) Klientinnen des Täters geschützt werden. Sie sind mit der Situation aber meist völlig überfordert. Wir selbst haben gemerkt, dass es bei dem Versuch, über die individuelle Unterstützung für die betreffende Klientin hinaus, äußerst schwierig ist, gegen den übergriffigen Therapeuten vorzugehen. Bei jeder Überlegung,

welche Schritte in dieser Hinsicht unternommen werden könnten, gerieten wir in vielfältige Konflikte, die uns im Handeln blockierten. Wir vermuten nun, dass diese Art von Konflikten ein wesentlicher Grund auch für andere BeraterInnen und TherapeutInnen ist, sich auf die Arbeit mit der betreffenden Klientin zu beschränken und den übergriffigen Kollegen unbeteiligt zu lassen.

Solche Konflikte drücken sich unseres Erachtens in zahlreichen Fragen und Unsicherheiten aus:

Auf der Ebene FolgetherapeutIn – Klientin, z.B.:

- Unternehme ich Schritte, obwohl ich nicht sicher sein kann, in wie weit die Schilderungen der Klientin wirklich zutreffend sind?
- Wie gehe ich mit dem Thema um, wenn klar ist, dass die Klientin zu einer Anzeige nicht bereit, bzw. dazu psychisch nicht stabil genug ist?
- Was bedeutet in diesem Zusammenhang „Schweigepflicht“: Schweigen bezüglich der Tat, des Namens des beschuldigten Kolle-

gen, des Namens des Opfers? Berichte ich der Klientin von meinem Vorgehen gegen den beschuldigten Kollegen?

Auf der Ebene FolgetherapeutIn – beschuldigter Kollege, z.B.:

- Wende ich mich telefonisch/ brieflich/ persönlich an den beschuldigten Kollegen und bitte ihn um Stellungnahme oder Unterlassung?
- Wie gehe ich mit der Antwort (vermutlich Zurückweisung bzw. Leugnung der Vorwürfe) um?
- Schreibe ich ihm einen anonymen Brief, um mögliche Risiken für mich auszuschließen (z.B. Verleumdungsklage)?
- Kündige ich dem Beschuldigten eine Meldung bei der zuständigen Kammer an?
- Was, wenn ich den Kollegen persönlich kenne?
- Wie gehe ich um mit dem Wissen um die existenzgefährdenden Folgen für den beschuldigten Kollegen?

Auf der Ebene FolgetherapeutIn – andere FachkollegInnen, z.B.:

- Wie kann ich die Fachöffentlichkeit

informieren, damit KollegInnen nicht weitere (potenzielle) Klientinnen zum Beschuldigten schicken?

- Wie mache ich das, ohne dass der Verdacht der Verleumdung oder Rufschädigung eines Kollegen gegen mich aufkommt?
- Berichte ich im Team, in der Supervision, im Qualitätszirkel darüber?
- Was darf ich sagen (Schweigepflicht bezüglich der Tat, des Namens des Täters, dem Namen des Opfers)?
- Berichte ich auch von dem Gehörten, wenn ich nicht sicher bin, ob die Beschuldigung der Klientin tatsächlich so zutrifft, wie sie es berichtet hat, oder wenn ich den beschuldigten Kollegen kenne und ihm eine solche Tat nicht zutraue?
- Frage ich KollegInnen, ob sie von dem Beschuldigten Ähnliches gehört haben?
- Was, wenn ja, was, wenn nicht?

Auf der Ebene FolgetherapeutIn – zuständige Psychotherapeutenkammer, z.B.:

- Was könnten sinnvolle Maßnahmen vor der Einleitung juristischer Schritte sein?
- Wozu bin ich juristisch verpflichtet? Was muss ich der Kammer melden?
- Was wenn der juristische Weg blockiert ist? Trotzdem bei der Kammer melden?
- Welche Informationen sammelt die Kammer? Was macht die Kammer mit Informationen, die nicht juristisch verwertbar sind?
- Wie kann die KlientIn trotz Einleitung juristischer Schritte vor der Preisgabe ihrer Identität geschützt werden, wenn ein solcher Schutz fachlich notwendig erscheint oder von der Klientin gewünscht wird?

Angesichts dieser schwierigen und auch für die professionellen HelferInnen belastenden Entscheidungsprozesse wäre es unseres Erachtens sehr hilfreich, PsychotherapeutInnen und BeraterInnen Hilfestellung zu geben, wie sie mit dieser Situation professionell und ohne allzu große Risiken auf offiziellem und auf informellem Weg umgehen können. Das muss keine „Vorschrift“ oder Teil der Berufsordnung sein, sondern schon „Empfeh-

oben aufgeführten und weiterer, im Diskussionsprozess neu auftauchender Fragen. Es geht uns um die Etablierung einer von offiziellen Stellen unterstützten professionellen, interkollegialen „Kultur“ im Umgang mit übergriffigem Verhalten von TherapeutInnen.

Wir vermuten, dass ein Teil der (Folge-) TherapeutInnen durchaus bereit wäre, gegen den Kollegen in irgend-

Empfehlungen, die ein festgelegtes und damit „abgesichertes“ Vorgehen enthalten sollten, würden vermutlich dazu führen, dass die FolgetherapeutIn weitgehend davon entlastet wäre, die Konflikte in sich selbst auszutragen und in der Folge, dass einerseits häufiger KollegInnen Schritte zur Konfrontation des (vermeintlichen) Täters unternehmen würden und andererseits Täter sich nicht mehr in dem Maße in Sicherheit wähnen könnten wie bisher.

Natürlich bräuchte es ergänzend dazu auch Empfehlungen für den Umgang mit der Situation, dass ein Therapeut zu Unrecht beschuldigt wird.

Wir würden es sehr begrüßen, wenn es eine breite und vor allem öffentliche Diskussion unter den PsychotherapeutInnen zu diesem Thema gäbe und die Psychotherapeutenkammern und Therapeutenverbände sich stärker dieses Themas auch über die rein juristischen Fragen hinaus annehmen würden. ■

Anmerkung:
Bei der Kennzeichnung des grammatikalischen Geschlechts haben wir uns in diesem Fall in Übereinstimmung mit der realen Auftretenshäufigkeit dafür entschieden, die beschuldigten Kollegen in der männlichen und die betroffenen Klientinnen in der weiblichen Form zu benennen, wohl wissend, dass auch männliche Klienten Opfer und weibliche Therapeutinnen Täterinnen sein können.



Lisa Schneider

Jg. 1955, Studium der Sprach- und Literaturwissenschaften, Psychologische Psychotherapeutin, Mitbegründerin und seit 1987 Mitarbeiterin der Psychosozialen Frauenberatungsstelle donna klara e.V. in Kiel. Seit 1999 zusätzlich in eigener psychotherapeutischer Praxis tätig.

„Wir würden es sehr begrüßen, wenn es eine breite und vor allem öffentliche Diskussion...zu diesem Thema gäbe...“

lungen“ oder „Leitlinien“, die von einer offiziellen Institution (Psychotherapeutenkammer, Kassenärztlicher Vereinigung, DPTV etc.) herausgegeben werden. Sie könnten hilfreich sein und würden eine sinnvolle und notwendige Maßnahme der Qualitätssicherung in der Psychotherapie darstellen.

Bei solchen „Empfehlungen“ oder „Leitlinien“ wäre nicht nur das formal-juristische Vorgehen wichtig, sondern eben auch die Klärung all der

einer Form vorzugehen oder es vielleicht auch tatsächlich macht. Dieses Thema sollte aber unseres Erachtens nicht Einzelnen, Supervisionsgruppen oder Qualitätszirkeln überlassen bleiben, sondern am besten wäre es u.E., wenn möglichst allen PsychotherapeutInnen bundesweit solche Empfehlungen als eine Art „Leitfaden“ für das eigene Vorgehen zur Verfügung gestellt würden, so dass alle, auch potentielle Täter, wissen, was zu tun ist bzw. was ihnen bevorsteht, wenn Übergriffe bekannt werden.



Daniel Dommenz

Steuerberater, Geschäftsführer der ADVISA Berlin, spezialisiert auf die Beratung von Heilberuflern, Mitglied im ADVISION-Verband, der Kooperationspartner der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung ist.



Daniel Dommenz

Betriebswirtschaftliche Planung einer Anstellung in der Psychotherapeutischen Praxis

Für immer mehr niedergelassene Psychotherapeuten stellt sich aus verschiedenen Beweggründen die Frage, ob man einen Kollegen anstellen oder freiberuflich beschäftigen sollte. Gründe dafür sind z. B. die Vorbereitung der Praxisübernahme bei gleichzeitiger Verringerung der eigenen Tätigkeit, Wunsch nach mehr Freizeit, Überlastung oder Krankheit des Praxisinhabers, hohes Potential an Privatpatienten oder der Wunsch nach der Erweiterung des Angebotes durch Spezialisierungen.

von der Kassenärztlichen Vereinigung eine Festanstellung gefordert. Beispiel: Die Anstellung eines Kollegen sollte **betriebswirtschaftlich** gut geplant werden. Ausgehend von einem angenommenen möglichen Umsatz einer psychologischen Psychotherapeutenpraxis im GKV-Bereich von ca. 112.000 € jährlich (34 Psychotherapeutische Sitzungen bei 43 Arbeitswochen mit einem gemittelten Stundenhonorar von 77 €) und keinen weiteren Einnahmen aus Privatrechnungen, ergibt sich folgende Berechnung:

kulatorischen Unternehmerlohns in Höhe von ca. 36.000 € (die Einkommensteuer sowie die privaten Renten- und Krankenversicherungen müssen vom Unternehmerlohn beglichen werden) und abzüglich Rücklagen in Höhe von 20% vom Umsatz (Risiko Patientenausfall, Risiko eigene Krankheit, Rücklagen für Investitionen und Urlaubszeit, Risiko Rechtsstreitigkeiten usw.) verbleiben 20.000 € (78.400 ./. 36.000 ./. 22.400). Diese 20.000 € stehen dem Praxisinhaber aus betriebswirtschaftlicher Sicht zur

Muster-Berechnung für Anstellung einer/eines Kollegin/Kollegen:			
Praxiseinnahmen	112.000 €	100%	
Praxisausgaben	-33.600 €	30%	(ohne geringfügig Beschäftigte)
Praxisergebnis	78.400 €	70%	
Kalkulatorischer Unternehmerlohn	-36.000 €	32%	
Rücklagen	-22.400 €	20%	
Verbleiben	20.000 €	18%	(verfügbare Personalkosten)
Gehaltsabrechnung			
verfügbare Jahrespersonalkosten	20.000 €		
Arbeitgeberanteil			
Sozialversicherungsbeiträge	3.334 €		
Jahresbruttogehalt	16.666 €		
Berechnung des Arbeitsumfanges			
Angestellter öffentlicher Dienst	36.000 €	100%	
Angestellter in der Praxis	16.666 €	ca. 50%	(Teilzeitbeschäftigung)

Möglichkeiten für eine Zusammenarbeit sind entweder eine freiberufliche Zusammenarbeit oder aber die Beschäftigung im Rahmen des Anstellungsverhältnisses (§ 95 Abs. 9 SGB V). Eine freiberufliche Zusammenarbeit mit einem Kollegen lässt sich über eine Berufsausübungsgemeinschaft erreichen oder die Beschäftigung eines Kollegen als Vertreter. Meist wird aber

Bei einem Kostenanteil **ohne** Personalkosten (auch ohne Helferinnen) in Höhe von 30% des Umsatzes (z. B. Raumkosten, Instandhaltungen, Materialkosten, Abschreibungen, Werbung, Versicherungen, Beiträge, Gebühren, Fortbildung, Steuerberatung, Fahrzeugkosten) verbleibt ein steuerlicher Gewinn von ca. 78.400 € (112.000 x 70%). Abzüglich eines kal-

kulatorischen Unternehmerlohns in Höhe von ca. 36.000 € (die Einkommensteuer sowie die privaten Renten- und Krankenversicherungen müssen vom Unternehmerlohn beglichen werden) und abzüglich Rücklagen in Höhe von 20% vom Umsatz (Risiko Patientenausfall, Risiko eigene Krankheit, Rücklagen für Investitionen und Urlaubszeit, Risiko Rechtsstreitigkeiten usw.) verbleiben 20.000 € (78.400 ./. 36.000 ./. 22.400). Diese 20.000 € stehen dem Praxisinhaber aus betriebswirtschaftlicher Sicht zur freien Verfügung, allerdings

Wenn der Praxisinhaber nun überlegt, einen Kollegen anzustellen, entstehen zusätzliche Kosten.

Das jährliche Bruttogehalt eines Psychologischen Psychotherapeuten als Arbeitnehmer in Vollzeit beträgt ca. 36.000 € (Tarif öffentlicher Dienst; Tarifgruppe 12/13). Dazu kommt ein Aufschlag in Höhe von ca. 20% für den Arbeitgeberanteil für die Sozialversicherungsbeiträge (Renten-, Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung). Dies entspricht 7.200 €. Die Gesamtkosten für den Arbeitnehmer belaufen sich somit auf ca. 43.200 €.

Da dem Praxisinhaber betriebswirtschaftlich nur 20.000 € zur Verfügung stehen, kann ein Arbeitnehmer in Vollzeit nicht bezahlt werden. In dem Beispiel kann somit nur ein Psychologischer Psychotherapeut in Teilzeit oder auf Minijobbasis angestellt werden.

Soweit ohnehin weitere Mitarbeiter (Helferinnen, technische Assistenten, Auszubildende) beschäftigt werden, besteht somit von vornherein kein finanzieller Spielraum mehr für die Festanstellung eines Kollegen. Eine Festanstellung eines Kollegen in Vollzeit ist somit nur möglich, wenn zusätzliche Einnahmen aus Privatrechnungen erzielt werden oder der Praxisinhaber auf Teile seines Unternehmerlohns verzichtet.

Was ist Scheinselbstständigkeit?

Eine Scheinselbstständigkeit liegt vor, wenn eine erwerbstätige Person als selbständiger Unternehmer auftritt, obwohl sie von der Art ihrer Tätigkeit her zu den abhängig Beschäftigten (Arbeitnehmer) zählt.

Die Abgrenzung zwischen einem freien Mitarbeiterverhältnis und einem Anstellungsverhältnis hat erhebliche rechtliche Relevanz. Stellt sich heraus, dass der scheinbar Selbständige in einem Anstellungsverhältnis tätig ist, werden hohe Nachzahlungen an Sozialversicherungsbeiträgen fällig, da der Arbeitnehmer nur 3 Monate rückwirkend für seinen Anteil in die Haftung genommen werden kann. Alle darüber hinaus gehenden rückwirkenden Sozialabgaben trägt der Arbeitgeber. Um dies zu vermeiden, sollte von einem Rechtsanwalt der sozialrechtliche Status sowie der Freiberufler- bzw. Anstellungsvertrag geprüft werden.

Bei der Einstellung von Arbeitnehmern sollten Sie unbedingt vorab steuerlichen Rat von einem Steuerberater einholen.

Bei der individuellen Berechnung ist im Einzelfall zu beachten, dass Praxen in den neuen Bundesländern einen wesentlich geringeren Umsatz erwirtschaften als die Kollegen in den alten Bundesländern. ■



Information: Anstellung in einer Praxis

Ein niedergelassener Psychotherapeut, der zeitweise oder dauerhaft seine Tätigkeit in der Praxis reduzieren möchte, kann einen oder mehrere Kollegen als **Assistenten** anstellen (§ 95 Abs. 9 und 9a SGB V). Psychotherapeuten können aber auch Kollegen anstellen, um das Leistungsspektrum der Praxis zu erweitern. In **offenen Planungsbezirken** könnte so ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut einen Psychologischen Psychotherapeuten anstellen, damit in seiner Praxis auch Psychotherapie für Erwachsene angeboten werden kann. Ebenso kann ein Hausarzt einen Psychotherapeuten anstellen, jedoch kein Psychotherapeut einen Arzt. Letzteres verbietet die Berufsordnung der Ärzte.

Im **geschlossenen Planungsbezirk** ist eine Anstellung nur unter Psychologischen Psychotherapeuten einerseits und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten andererseits möglich.¹ Hier gelten die gleichen Leistungsbegrenzungen wie beim Job-Sharing. Der Vertragspsychotherapeut muss sich gegenüber dem Zulassungsausschuss verpflichten, dass er das Leistungsvolumen nicht nennenswert überschreitet. Auch hier legt der Zulassungsausschuss auf der Grundlage der gegenüber dem Vertragspsychotherapeuten in den vorausgegangenen mindestens vier Quartalen ergangenen Abrechnungsbescheide **quartalsbezogene Gesamtpunktzahlvolumina** fest. Diese Gesamtpunktzahlvolumina stellen die Obergrenze der von dem Vertragspsychotherapeuten und dem Antragsteller abrechenbaren Leistungen dar. Die Obergrenze ist so festzulegen, dass die in dem entsprechenden Vorjahresquartal anerkannten Punktzahlanforderungen um nicht mehr als 3% überschritten werden. Das Überschreitungsvolumen wird dabei auf den Fachgruppendurchschnitt des Vorjahresquartals bezogen. Überschreitet das ermittelte Gesamtpunktzahlvolumen den Fachgruppendurchschnitt bereits um 3%, ist eine Erhöhung im Rahmen der Festlegung der Obergrenze nicht mehr möglich.

Anders verhält es sich, wenn ein Vertragspsychotherapeut einen anderen Psychotherapeuten anstellt, der bereits eine Zulassung besitzt. Mit der Aufgabe seines bisherigen Vertragsarztsitzes kann er den **vollen Leistungsumfang mit in die Anstellung einbringen**. Dieser Schritt sollte wohl überlegt sein, denn eine Rückwandlung einer Anstellung in eine Zulassung ist nicht möglich. Er kann eine attraktive Möglichkeit für z. B. ältere Psychotherapeuten sein, die so ihren Ausstieg aus der Berufstätigkeit selbstbestimmter planen und sich nicht durch die Altersbeschränkungen eines SGB V vorgeben lassen möchten (wie auch immer die aktuelle Diskussion um die Altersregelung enden wird).

Die Anstellung eines Psychotherapeuten ist **genehmigungspflichtig** durch den Zulassungsausschuss der jeweiligen Landes-KV. Der anstellungswillige Psychotherapeut muss alle Kriterien einer Zulassung erfüllen. Dem Zulassungsausschuss ist der Arbeitsvertrag vorzulegen.

Ein angestellter Psychotherapeut kann weitere Beschäftigungsverhältnisse in Anstellung unterhalten. Die vom BSG erlassenen Vorgaben zur Nebentätigkeit von Vertragspsychotherapeuten finden hier in vielen KVen keine Anwendung.

Die **Vertragsgrundlage** für Psychotherapeuten im Angestelltenverhältnis ist der Arbeitsvertrag. Die Anstellung kann in Vollzeit aber auch nach Bedarf mit flexiblen Arbeitszeiten erfolgen. Der Assistent hat das Recht auf eine entsprechende Anleitung und Unterweisung seiner psychotherapeutischen Tätigkeit und auf eine angemessene Vergütung.

Viele KVen fordern die Festanstellung von Praxisassistenten. Bitte klären Sie vorab mit Ihrer KV vor Ort die Vertragsmodalitäten. Ist eine Anstellung auf Honorarbasis möglich und wird diese angestrebt, ist es ratsam, vorab die Frage der Scheinselbständigkeit

zu klären. Hierzu ist das Gesamtbild der Berufstätigkeit des Angestellten zu betrachten. Informationen und in Zweifelsfällen eine Statusabfrage erhalten Sie bei Rentenversicherung des Bundes www.bfa.de oder beraten Sie sich mit Ihrem Steuerberater.

Psychotherapeuten sind nach den Berufsordnungen der Landespsychotherapeutenkammern eigenverantwortlich psychotherapeutisch in der Praxis des Praxisinhabers tätig. Als Angestellte sind sie jedoch verpflichtet, Weisungen des Praxisinhabers im organisatorischen Bereich der Praxis zu entsprechen.

Grundsätzlich sollten im Wesentlichen folgende Punkte im **Arbeitsvertrag** geregelt sein:

- Art der Tätigkeit (besonders wenn der Psychotherapeut über die Psychotherapie noch andere Aufgaben übernimmt)
- Probezeit
- Lohn bzw. Gehalt (ggf. Regelung wie Grundgehalt, variabler Gehaltsanteil, Boni, Urlaubs- Weihnachtsgeld)
- Arbeitszeiten
- Urlaub
- Zeit für Fortbildungen
- Verschwiegenheitsverpflichtung
- Vergütungsfortzahlung
- Nachvertragliches Wettbewerbsverbot
- Nebentätigkeiten
- Kündigungsfristen.

Im Falle einer Aufgabe der Praxis durch den Praxisinhaber und eines Nachbesetzungsverfahrens zählt der angestellte Psychotherapeut ohne Wartezeit zu den bevorzugten Bewerbern (§ 103 IV 4 SGB V). Ein sachlicher Grund für die Ungleichbehandlung gegenüber dem beschränkt zugelassenen Psychotherapeuten ist nach Schallen (2008) nicht ersichtlich.

Bei einem angestellten Psychotherapeuten ist im Falle eines Nachbesetzungsverfahrens nicht per Gesetz eine Wartezeit von 5 Jahren definiert, nach

der er privilegiert ist, die Praxis zu übernehmen. Allerdings werden, so resümiert Rüping (2008) das Vorgehen der Zulassungsausschüsse, die Regelungen für die Job-Sharing-Angestellten angepasst, um eine Ungleichheit zu vermeiden. Nach fünfjähriger Angestelltentätigkeit in der Praxis geht im Falle einer Nachbesetzung so gut wie kein Weg mehr an dem bisher angestellten Psychotherapeuten vorbei.²

Die Genehmigung der psychotherapeutischen Leistungen bezieht sich auf den behandelnden Psychotherapeuten und die Betriebsstätte. Berichte im Gutachterverfahren müssen vom Praxisinhaber und vom Assistenten gemeinsam unterschrieben werden mit dem Hinweis, dass die Therapie von einem durch die KV genehmigten Assistenten durchgeführt wird. Der zugelassene Psychotherapeut rechnet gegenüber der KV die Leistungen seines angestellten Psychotherapeuten ab. Alle erbrachten Leistungen werden dem Praxisinhaber als persönliche Leistungen zugeordnet. **Mechthild Lahme** ■

(Muster-)Arbeitsverträge für Psychotherapeuten im Anstellungsverhältnis erhalten Mitglieder der DPTV kostenlos in der Bundesgeschäftsstelle bgst@dptv.de. Wir raten Ihnen jedoch, diese Musterverträge ausschließlich als Beispiel und zur Gedankenanstrengung zu nutzen. Es ist Aufgabe eines Rechtsanwaltes, Ihre Vorstellungen von der Zusammenarbeit mit einem angestellten Kollegen in einem rechtssicheren Vertrag zu formulieren.

Weiterführende Literatur:
DPTV (2009). Start in die Selbständigkeit – Leitfaden zur Gründung einer Psychotherapeutischen Praxis. Berlin.

Stellpflug, M. & Warntjen, M. (2008). Anstellung in der niedergelassenen Praxis. In E. Behnsen, K. Bell, H. Gerlach, H.-D. Schirmer, & R. Schmid (Hrsg.), Management Handbuch für die Psychotherapeutische Praxis. Heidelberg: Psychotherapeutenverlag.

¹ Stellpflug, M. & Warntjen, M. (2008). Anstellung in der niedergelassenen Praxis. MHP

² Rüping, U. & Mittelstaedt, E. (2008). Abgabe, Kauf und Bewertung psychotherapeutischer Praxen. Heidelberg: Psychotherapeutenverlag





Praktische Tipps: Praxis mieten (Teil 2) Neue Praxisräume

Neu zugelassene Kolleginnen und Kollegen brauchen Praxisräume, andere wollen oder müssen umziehen. In Psychotherapie Aktuell 1.2009 haben wir uns mit empfehlenswerten Klauseln für den Praxis-Mietvertrag beschäftigt. Was bezüglich neuer Räumlichkeiten zu beachten ist, soll hier betrachtet werden. Zunächst sollte man in der eigenen **Berufsordnung** nach Vorschriften für die Ausstattung der Praxisräume nachsehen. So steht beispielsweise in der Berufsordnung Bayern: § 14 Anforderungen an Praxen „Psychotherapeutische Praxen müssen bedarfsgerecht ausgestattet sein, Räumlichkeiten müssen den Regeln der psychotherapeutischen Behandlung genügen und vom privaten Lebensbereich getrennt sein.“

Und in NRW: § 20 Anforderungen an die Praxen

- (1) „Praxen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten müssen den besonderen Anforderungen der psychotherapeutischen Behandlung genügen.
- (2) Räumlichkeiten, in den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ihren Beruf ausüben, müssen von ihrem privaten Lebensbereich getrennt sein.
- (3) Die Anforderungen nach den Absätzen (1) und (2) gelten für alle Orte psychotherapeutischer Tätigkeit entsprechend.“

Darüber hinaus sind jedoch weitere Überlegungen anzustellen. Muss ich nun **Gewerberaum** anmieten oder kann es einfach auch eine Wohnung sein?

In Berlin gibt es diese Verordnung nicht mehr, in Bayern gibt es sie noch, das Gesetz über das Verbot der Zweckentfremdung von Wohnraum. Danach können Gemeinden, in denen Wohnraumangel herrscht, nach eigenem Ermessen durch Satzung festlegen, dass eine Zweckentfremdung von Wohnraum nur mit einer Genehmigung zulässig sein soll. Da es sich hier um Bestimmungen handelt, die in jeder Gemeinde anders sein können, sollte man über sein Stadtplanungsamt klären, ob die geplante Nutzung planungsrechtlich zulässig ist, und sich diese gegebenenfalls genehmigen lassen. Andernfalls könnte die Baubehörde die Nutzung untersagen. In Kleinsiedlungsgebieten, reinen und allgemeinen Wohngebieten seien

Arztpraxen z.B. nur für Räume, nicht für ganze Gebäude, zugelassen. Das Bauamt könne schon mit der Anmeldung der Mülltonnen aufmerksam werden. So habe ein Gynäkologe die Nutzungsgenehmigung nachträglich erst erhalten, nachdem er eine Menge Geld für Parkplätze und eine Abstandssumme zahlte, und musste außerdem für die Zeit des Genehmigungsverfahrens den Praxisbetrieb einstellen. (Vgl. Ärzte-Zeitung v 08.12.2003).

Gibt es für das betreffende Gebiet einen **Bebaunungsplan**, gilt die „Privilegierung der freien Berufe“, d.h. Freiberufler wie Rechtsanwälte, Ärzte (in diese Gruppe gehören auch die Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten), Notare, Vermessungsingenieure, Architekten, Steuerberater, Wirtschaftsprüfer, Heilpraktiker, Fotografen oder auch Lotsen können sich sogar in reinen Wohngebieten niederlassen*, wenn die Nutzung sich in die Umgebung einfügt, der Gebietscharakter also gewahrt bleibt. Dann kann im Einzelfall der Vermieter nach Treu und Glauben verpflichtet sein, eine Erlaubnis zur teilgewerblichen Nutzung zu erteilen, wenn keine weitergehenden Einwirkungen auf die Mietsache oder die Mitmieter ausgehen als bei einer gewöhnlichen Wohnungsnutzung. Nach einem aktuellen Urteil des Bundesgerichtshofs vom 14. Juli 2009 (Az.: VIII ZR 165/08) muss der Vermieter aber dies nicht dulden, wenn die geschäftliche Aktivität nach außen in Erscheinung tritt. Wegen des Publikumsverkehrs tun Psychotherapeuten also gut daran, sich die (teil-)gewerbliche Nutzung als Praxis genehmigen zu lassen.

Wenn man Räume anmietet, die vorher schon gewerblich genutzt waren, oder als Klausel im Mietvertrag vereinbart, dass eventuelle **Auflagen der Baubehörde** vom Vermieter erfüllt werden sollen, ist man aus dem Schneider. Bei jeder Umnutzung aber müssten ganz komplizierte baurechtliche und planungsrechtliche Fragen beantwortet werden, die durch die Hinfälligkeit des Verbots der Zweckentfremdung von Wohnraum nicht außer Kraft gesetzt würden, so dass nun jede gewerbliche Nutzung einer Wohnung von den Behörden wie ein Neubau beurteilt werde und der Genehmigung bedürfe, so Dieter Blümmel, Sprecher des Wohnungseigentümer-

vereins „Haus & Grund“ im Tagesspiegel Berlin. Je nach Nutzung, muss die Bauaufsichtsbehörde die Anforderungen in folgenden Bereichen prüfen: Rettungswege, Treppenträume, Trennwände, Lärmschutz, Barrierefreiheit, Standsicherheit, Fluchtwege, Toiletten, Stellplätze für Autos und Fahrräder sowie Abstandsflächen zu Nachbargebäuden. An eine psychotherapeutische Praxis werden natürlich nicht so hohe Anforderungen gestellt wie beispielsweise an die Einrichtung eines Kaufhauses. Gibt es Stellplätze, sollte mit dem Vermieter eine schriftliche Nutzungsvereinbarung getroffen werden.

Übernimmt man die Räume so wie sie sind und findet auch keine Umnutzung von Wohnraum statt, wird man wohl unbehelligt von Auflagen des Bauamts bleiben. Durch einen (genehmigungspflichtigen) Umbau kann das Bauamt aufmerksam werden und die oben genannten Anforderungen an die fertigen Praxisräume stellen. Eine Kollegin musste beim Umbau einer Etage als Praxis in ihrem eigenen Haus einen Behindertenfahrstuhl einbauen lassen. Es können behindertengerechte Zugänge und Toiletten oder Stellplatznachweise gefordert werden, z.B. pro 30 qm Praxis ein Stellplatz oder Ablösegebühren hierfür in Höhe von ca. 10.000 – 15.000 € pro Stellplatz.

Bei zu hohen Anforderungen sollte mit der Behörde verhandelt werden. Nicht immer können sich die Behördenmitarbeiter die Gegebenheiten und Erfordernisse der psychotherapeutischen Praxis vorstellen. Man kann argumentieren, dass die psychotherapeutische Praxis als Bestellpraxis nicht die vorgesehene Menge an Parkplätzen benötigt. Die Gemeinde kann Ausnahmen genehmigen, wenn die Auflagen baulich nicht möglich oder unzumutbar sind. Im Einzelfall kann man vielleicht mit der Unterstützung des Gesundheitsamts rechnen, wenn man die Zweifel der Baubehörde nicht alleine ausräumen kann. Ein Architekt könnte auch vermitteln, notfalls muss man die Dienste eines Rechtsanwalts in Anspruch nehmen.

In einem Haus mit **Eigentumswohnungen** müssen alle Eigentümer die Erlaubnis zum Praxisbetrieb erteilen. Hier hatten schon ein paar mal Kolleg(inn)en Probleme, weil andere Eigentümer nach einer bestimmten Zeit

(z.B. nach 17.00 Uhr) keinen Praxisbetrieb mehr zulassen wollten. Eigentumswohnungen dürfen von Freiberuflern als Büro oder Praxis genutzt werden, auch wenn sie für Wohnzwecke vorgesehen und gemietet wurden. So hat das Oberlandesgericht Düsseldorf entschieden, dass ein Psychologe seine Praxis in einer gemieteten Wohnung einrichten und von montags bis freitags von 8.30 Uhr bis 18.30 Uhr öffnen darf (Az.: 3 Wx 500/97). Diese Nutzungsregelung bestätigt die Privilegierung der Freiberufler.

Anmelden muss man seine Praxis dann (regional unterschiedlich) beim Finanzamt, bei der Berufsgenossenschaft BGW (s. www.bgw-online.de), und die Praxisaufnahme sollte außerdem dem zuständigen Gesundheitsamt gemeldet werden.

Was geschieht nun, wenn der Praxismieter wegen schwerer Krankheit oder Tod die Räume nicht mehr nutzen kann? Bei Gewerberäumen gelten nicht die besonderen Schutzbestimmungen des Wohnungsmietrechts im BGB (Bürgerlichen Gesetzbuch § 564 Kündigungsfrist der Erben nach Tod des Mieters 1 Monat). Nach einer Entscheidung des Oberlandesgerichts (OLG) Düsseldorf gehe auch hier das Mietverhältnis auf die Erben über und es sei nicht treuwidrig, wenn der Vermieter an dem Vertrag festhalte. Das Risiko könne durch Untervermietung, der der Vermieter nur aus wichtigem Grund widersprechen dürfe, begrenzt werden (I-24 W 53/08 OLG Düsseldorf vom 25.07.2008). Da die Untervermietung mit Unsicherheiten behaftet ist, sind Ergänzungen des Gewerberaummietvertrags, von vornherein oder bei einer Verlängerung des Mietverhältnisses, um Regelungen, die die Risiken bei Insolvenz, Krankheit und Tod des Mieters begrenzen, empfehlenswert. **Anne Spreyer** ■

 **Literaturhinweise:**

Muster für einen Praxis-Mietvertrag: z.B. Christian Gerdtz, Thomas Raffelsieper, Der Mietvertrag für die Arztpraxis, mit umfangreichen rechtlichen und steuerlichen Erläuterungen, 2004, ISBN 978-3-8114-3149-2
Reihe: Gesundheitsrecht in der Praxis, C.F. Müller RWS

* Diese Privilegierung gilt jedoch nicht in Lagen, die nach dem Baunutzungsplan von 1958 (Berlin West) zu behandeln sind, und auch nicht im Ostteil Berlins, wenn kein Bebauungsplan besteht und die sog. Einführungsregel greift.



Barbara Lubisch

Die Zukunft der Psychotherapeutenausbildung

Das BMG vergab im Herbst 2007 einen Forschungsauftrag, um nach der Einführung der europäischen Studienabschlüsse mit Bachelor-Master-Systematik die Frage der zukünftigen Zugangsvoraussetzungen für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu prüfen. Darüber hinaus wurden vom Ministerium bei der Auftragsvergabe immer wieder vorgetragene Beschwerden zur Finanzierung der praktischen Tätigkeit (sogenanntes Psychiatriejahr) und verschiedene Reformvorschläge aufgegriffen.

Das Forschungsgutachten zur Zukunft der Psychotherapeutenausbildung wurde von einem Forschergremium unter der Leitung von Prof. Dr. Bernhard Strauß vom Universitätsklinikum Jena erstellt und am 7.5.2009 an Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt übergeben. Generelles Ziel des Gutachtens war eine Bestandsaufnahme der Ausbildungsbedingungen, -strukturen und -effekte zehn Jahre nach Einführung der Ausbildungsregelungen. In umfangreichen Befragungen wurden die Erfahrungen von Ausbildungsleitern, Lehrenden, Ausbildungsteilnehmern sowie Kammern und Verbänden erfasst und ausgewertet. Das Gutachten liefert Aus-

sagen zur ‚Ausbildungslandschaft‘, zu Verfahren, Dauer und Kosten der Ausbildung, zur Bewertung ihrer praktischen und theoretischen Anteile und gibt Empfehlungen zu verschiedenen Bereichen ab.

Ergebnisse des Forschungsgutachtens:

Die Ausbildung zum PP/KJP findet zum Erhebungszeitpunkt (Mai 2008) an mindestens 173 staatlich anerkannten Ausbildungsstätten statt, davon sind 32 universitäre bzw. universitär angebundene Ausbildungsstätten. Von den insgesamt ca. 11.000 AusbildungsteilnehmerInnen sind 72% in der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten (PP), 27% in der Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP). Bei beiden Ausbildungsgängen überwiegt mit ca. 75% zu 25% die Verhaltenstherapie-Ausbildung gegenüber der Ausbildung in psychodynamischen Verfahren. Es wird ein Einfluss der an den Universitäten vermittelten Studieninhalte auf die Wahl des Verfahrens vermutet.

Ca. 75% aller Ausbildungsteilnehmer sind Frauen. Die Ausbildung dauert durchschnittlich 4 Jahre und 7 Monate; die Mehrheit absolviert die Ausbildung im Teilzeit-Modell. Nur 36% der

TeilnehmerInnen wählen die Vollzeit-Ausbildung und beenden diese nach drei Jahren. Die Kostenstruktur ist sehr heterogen und intransparent; die mittleren Ausbildungskosten liegen – bei hoher Varianz – bei 20.000 bis 30.000 Euro. Diese Kosten können weitgehend durch die Ausbildungstherapien wieder ‚erwirtschaftet‘ werden, der Lebensunterhalt ist aber zusätzlich zu finanzieren.

Ausbildungsangebot und -qualität:

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

Bezüglich der Inhalte der Ausbildung werden die Praktische Ausbildung und die Einzelsupervision als am nützlichsten bewertet, am wenigsten hilfreich wird die ‚freie Spitze‘ eingeschätzt. (Die „freie Spitze“ ist die Differenz von 930 Stunden zwischen den Pflichtstunden aus Theorie, praktischer Tätigkeit, praktischer Ausbildung, Selbsterfahrung usw. und den gesetzlich vorgeschriebenen insgesamt 4200 Stunden. Der Inhalt der „freien Spitze“ ist nicht festgelegt.)

Praktische Tätigkeit: Die Befragten beurteilten die praktische Tätigkeit

Schreiben Sie uns!

In *Psychotherapie Aktuell* sollen auch Ihre Ideen und Meinungen mit einfließen.

Schicken Sie uns Ihre Anregungen, Themen, Leserbriefe und Artikel!

Wir freuen uns über Ihre Zuschriften.

PsychotherapieAktuell@dptv.de

relativ negativ. Die Gründe sehen die Gutachter darin, dass etwa die Hälfte der Ausbildungsteilnehmer überhaupt keine Vergütung erhält und in vielen Einrichtungen ein nur sehr eingeschränktes Spektrum psychischer Störungen und entsprechender Behandlungen kennengelernt werden konnte. Eine differenzierte Festlegung von Lernzielen und Aufgaben wird angeregt.

Zugangsvoraussetzungen: Nahezu einhellig befürworteten alle Befragten als zukünftig notwendige Zugangsvoraussetzung für beide Berufe (PP und KJP) den Master als Studienabschluss. Dies empfehlen auch die Gutachter. Alle Ausbildungsteilnehmer sollen nachweisen, dass die Hälfte ihrer Hochschulausbildung allgemein-psychologische und klinisch-psychologische Inhalte umfasst, wobei ein Teil davon ggf. nach dem Studium im Rahmen eines „Propädeutikums“ nachgeholt werden könne. Diese Zulassungsbedingungen sollen künftig Masterabschlüsse in den Studiengängen Psychologie, Soziale Arbeit und (Heil-)pädagogik und ggf. wenigen weiteren Studiengängen erfüllen können.

Postgraduale Ausbildung: Die Befragten sprachen sich mehrheitlich für die Beibehaltung der postgradualen Ausbildung aus. Für eine Direktausbildung nach dem Modell der Mediziner-Ausbildung sei „die Zeit noch nicht reif“, so Prof. Strauß. Die Gutachter empfehlen, dass zur Förderung von Weiterentwicklungen integrierte Modellausbildungsgänge (Masterstudium in Psychotherapie mit anschließender Weiterbildung) an Hochschulen ermöglicht und systematisch evaluiert werden.

„Common trunk“ für PP und KJP: Die Gutachter gehen davon aus, dass es einen breiten Bereich gemeinsamen Basiswissens („Common Trunk“) gibt, der für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen wie von Erwachsenen relevant ist und der in beiden Ausbildungen vermittelt werden sollte. Auf diese Weise könnten künftig Psychotherapeuten mit „Schwerpunkt Erwachsene“ oder „Schwerpunkt Kinder und Jugendliche“ gleichberechtigt ausgebildet werden. Die Gutachter lassen dabei offen, welchen Umfang der „Common trunk“ haben könnte und ob es sich weiterhin um zwei Berufe, ggf. mit Doppelapprobation, oder um einen Beruf „PsychotherapeutIn“ handeln soll.

Verfahrensorientierung: Die Verfahrensorientierung der Ausbildung wurde sowohl von den Ausbildungsteilnehmern als auch von den Lehrkräften als angemessen eingeschätzt, wobei zusätzliche Kenntnisse in störungsspezifischen Besonderheiten sowie Differentialdiagnostik für wichtig erachtet werden. Anteile des verfahrensübergreifenden Wissens ebenso wie Grundkenntnisse anderer Vertiefungsverfahren sollen nach Meinung der Befragten erhöht werden. Die LeiterInnen der Ausbildungsinstitute zeigten sich dabei als die deutlichsten Befürworter der verfahrensbasierten Ausbildung und der Ablehnung alternativer Ausbildungsansätze.

Neudefinition des Begriffs der ‚Heilkundlichen Psychotherapie‘: Im Gutachten wird vorgeschlagen, die Formulierung der psychotherapeutischen Tätigkeit im PsychThG zu erweitern um den Begriff der Methoden sowie um die Bereiche von Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation.

Kompetenzen (im Gutachten „Medizinorientierung“): Die Gutachtergruppe empfiehlt eine begrenzte Erweiterung des Kompetenzprofils. Eine entsprechende Qualifizierung vorausgesetzt, sollten Psychotherapeuten in Zukunft die Arbeitsunfähigkeit bescheinigen, psychotherapiele-

formbedarf des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) zu erwarten. Nach der Bundestagswahl wird eine Anpassung des PsychThG an die sich verändernden Bedingungen in der Versorgung psychisch kranker Menschen ein vorrangiges Ziel der Psychotherapeuten-schaft sein.

„...kann als dringendster Handlungsbedarf eine eindeutige Regelung der Zugangsvoraussetzung zur Psychotherapeutenausbildung angesehen werden.“

vante Heil- und Hilfsmittel verschreiben und Patienten zu (Fach-)Ärzten sowie zur stationären Heilbehandlung (in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken) überweisen können. Allerdings sollen sie nach Meinung der Gutachter auch zukünftig nicht berechtigt sein, Psychopharmaka zu verordnen bzw. abzusetzen oder Zwangseinweisungen zu veranlassen.

Verkürzung der Ausbildung: Das Gutachten empfiehlt eine Verkürzung der Ausbildung von 4.200 auf 3.400 Stunden. Dies könne durch Kürzung der praktischen Tätigkeit auf insgesamt 1.200 Stunden sowie eine deutliche Reduzierung der „Freien Spitze“ erreicht werden. Parallel sollten – entsprechend den Voten der Ausbildungsteilnehmer – die Anteile der Einzelsupervision, der Selbsterfahrung und der praktischen Ausbildung etwas erhöht werden. Die Gutachter regen auch eine Verbesserung der staatlichen Ausbildungsförderung durch Entwicklung geregelter Finanzierungsmöglichkeiten an.

Nachdem das Gutachten vorliegt, ist eine Diskussion um die angemessenen Schlussfolgerungen und den Re-

Als Schlussfolgerung aus den gutachterlichen Empfehlungen sowie den vorangegangenen Diskussionen in den Workshops der Bundespsychotherapeutenkammer kann als dringendster Handlungsbedarf eine eindeutige Regelung der Zugangsvoraussetzung zur Psychotherapeutenausbildung angesehen werden. Zurzeit wird in ca. der Hälfte der Bundesländer von den Landesprüfungsämtern der Bachelor-Abschluss als Eingangsvoraussetzung zur KJP-Ausbildung akzeptiert. Dies ist aufgrund der gegenüber dem Fachhochschulabschluss abgesenkten Studiendauer und der hohen Anforderungen an den Heilberuf zum Schutz der Gesundheit der Bevölkerung mit dem PsychThG nicht vereinbar. Zwingend erforderlich ist die umfassende wissenschaftliche Methodenkompetenz auf dem Niveau eines Masterabschlusses, verbunden mit einer Konkretisierung der klinisch-psychologischen Kompetenzen, die im Bachelor- und Masterstudium erworben werden müssen.

Unbedingt zu lösen ist die unbefriedigende Situation der Psychotherapeuten in Ausbildung insbesondere während der Praktischen Tätigkeit. Die Finanzierungsüberlegungen der



Barbara Lubisch

Psychologische Psychotherapeutin, niedergelassen in Aachen. Stellvertretende Bundesvorsitzende der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung, Landesvorsitzende Nordrhein der DPtV, Mitglied im Beratenden Ausschuss der KV Nordrhein, Mitglied der Kammerversammlung NRW, Delegierte des Deutschen Psychotherapeutentages.



Gutachter erweisen sich als nicht einfach umzusetzen; so müssten für Gewährung von BAföG und Meister-BAföG erst Gesetzesänderungen vorgenommen werden, was auch nicht leichter erscheint als eine Änderung des PsychThG.

Flächendeckende tarifvertragliche Regelungen mit Krankenhausträgern bedürfen vermutlich einer gesetzlichen Verpflichtung mit Beschreibung des Anforderungs- und Tätigkeitsprofils während der Praktischen Tätigkeit. Dazu sind Curricula und Mindeststandards vorzugeben, die einen inhaltlich sinnvollen Kompetenzerwerb ermöglichen. Des Weiteren braucht es einen rechtlichen Rahmen für die nach Darstellung der Gutachter schon jetzt qualifizierte Teilnahme an der Leistungserbringung, z.B. über eine vorläufige Berufsausübungserlaubnis, die nach dem Erwerb notwendiger theoretischer Kenntnisse

und Basiskompetenzen erteilt werden kann. Über die klare inhaltliche und rechtliche Definition der Praktischen Tätigkeit sollte es möglich werden, eine bundesweit verbindliche Vergütung dafür zu erreichen. Dabei wird eine Verkürzung der Praktischen Tätigkeit nicht als sinnvoll angesehen; vielmehr sollte dieser Teil der Ausbildung einer systematischen Vermittlung der Kompetenz zur psychotherapeutischen Behandlung im stationären und teilstationären Setting im multiprofessionellen Team dienen. Dann sollte die Ausbildungsdauer insgesamt beibehalten werden. Die zurzeit nach den Ergebnissen des Gutachtens nicht immer gut genutzte ‚freie Spitze‘ ist zum Erwerb spezieller auch sozialrechtlich relevanter Kompetenzen wie z.B. für Gruppentherapie zu nutzen.

Unter Versorgungsgesichtspunkten und zur besseren Einbindung der Psy-

chotherapeuten in die Kooperation mit anderen Gruppen im Gesundheitssystem sind die empfohlenen Befugnisse zur Einweisung, Überweisung und Verschreibung von Heil- und Hilfsmitteln sowie zur Ausstellung von AU-Bescheinigungen als sinnvoll anzusehen. Die fachlichen Voraussetzungen dafür sind mit dem Absolvieren der Ausbildung u.E. bereits heute gegeben. Auch die Veranlassung einer Zwangseinweisung sollte dem Psychotherapeuten möglich sein. Über die Berechtigung zur Verordnung von Medikamenten wird im Berufsstand noch zu diskutieren sein.

Nach dem Bericht der Gutachter ist eine Differenzierung zwischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und Erwachsenenpsychotherapie in der EU eher eine Ausnahme. Die berufsrechtlichen Konsequenzen ihrer Empfehlungen zur Neustrukturierung der Ausbildungsbereiche PP und KJP

bleiben unklar. Es ist schwer vorstellbar, dass die Gutachter empfehlen, die Approbation als PP im Zuge einer Reform der Ausbildung abzuwerten.

Die nächsten Monate versprechen eine spannende Meinungsbildung im Berufsstand – wenn denn Einigkeit hergestellt sein sollte, steht es immer noch an, die Politik für eine Reform des PsychThG zu gewinnen! ■



Literaturhinweis:

Strauss, Barnow, Brähler, Fegert, Fliegel, Freyberger, Goldbeck, Leuzinger-Bohleber, Willutzki, 2009: Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen, Berlin.

Mitgliederberatung

Sie erhalten als Mitglied der DPtV in der Bundesgeschäftsstelle **kostenfreie individuelle berufsbezogene Beratung**

- per Telefon, Telefax, schriftlich oder per Mail

in allen Fragen zu folgenden Themenschwerpunkten:

- Berufsrechtliche und sozialrechtliche Voraussetzungen des Berufes
- Praxisgründung, Kauf, Verkauf, Ruhenlassen, Zulassungsfragen
- Praxisorganisation, Praxismanagement, Qualitätsmanagement
- Psychotherapeuten in Anstellung
- Gestaltung der Psychotherapie, spezielle Probleme in der Psychotherapie und Nebenpflichten des Psychotherapeuten
- Finanzielle Absicherung der Psychotherapeuten, Honorare, Abrechnungsfragen EBM, GOP u.a.
- Neue Perspektiven durch das Vertragsarztsrechtsänderungsgesetz (VÄndG), Kooperationsmöglichkeiten, Integrierte Versorgung, Selektivverträge etc.
- u.v.m.

Die Sie beratenden Mitarbeiterinnen (Psychotherapeutin/ Psychologin) sind zu folgenden Zeiten erreichbar:

Montag und Freitag
9.00–14.00 Uhr
Dienstag bis Donnerstag
9.00–15.00 Uhr

Fon 030 23 50 09-0
Fax 030 23 50 09-44
E-Mail bgst@dptv.de

Die Abgabe und Übernahme halber vertragspsychotherapeutischer Praxen

Bernd Halbe
Jens-Peter Jahn

Mit dem VÄndG¹ wurde der neue § 19a Abs. 1 in die Zulassungsverordnung für Ärzte (Ärzte-ZV) eingefügt. Seitdem kennt das Vertragsarztrecht den halben Versorgungsauftrag und damit die halbe Zulassung. Zunächst war streitig, ob im Zuge der Reduzierung auf die Hälfte des Versorgungsauftrages eine Ausschreibung der anderen Hälfte der Zulassung (Teilzulassung) zulässig ist oder dieser Teil schlichtweg verfällt. Für die Ausschreibungsfähigkeit der Teilzulassung hat sich das Sozialgericht München ausgesprochen.²

Durch das GKV-OrgWG³ wurde klargestellt, dass insoweit § 103 Abs. 4 S. 1 SGB V auch anzuwenden ist, die halbe Zulassung also ausgeschrieben werden kann (§ 103 Abs. 4 S. 2 SGB V). Damit steht also fest, dass im Falle eines solchen Teilverzichts ein Nachbesetzungsverfahren stattzufinden hat und somit die halbe vertragspsychotherapeutische Praxis einschließlich Zulassung an einen Nachfolger weitergegeben werden kann. Ganz allgemein ist die Übergabe vertragspsychotherapeutischer Praxen geprägt durch das Nebeneinander von Zivilrecht und Vertragsarztrecht, d.h. Sozialrecht, so dass im Folgenden auf

diese beiden Rechtsgebiete eingegangen werden soll.⁴

Zivilrechtliche Fragestellungen

Grundsätzlich ist der Vertrag über die Praxisabgabe nicht formbedürftig. In jedem Fall ist aber anzuraten, mit Hilfe eines versierten Beraters einen schriftlichen Praxisübernahmevertrag abzuschließen. Auch bei der halben Zulassung gilt, dass klare nachweisbare Ansprüche auf Kaufpreiszahlung mit entsprechenden Sicherungen etc. notwendig sind, wenn ein Praxisnachfolger erst einmal bestandskräftig auf den halben Vertragspsychotherapeutensitz des Abgebers zugelassen ist.

Gegenstand des Praxisübernahmevertrages ist im Gegensatz zur vollständigen Praxisübernahme die halbe vertragspsychotherapeutische Praxis bzw. die Hälfte des ideellen Wertes des vertragspsychotherapeutischen Teils der Praxis des Abgebers. Auch hier gilt, dass die Teilzulassung selbst nicht veräußerbar ist und daher nicht Vertragsgegenstand sein kann. Dass auch gleichzeitig Teile der Privatpraxis übertragen werden, ist eher unüblich.

Der Vertrag muss eine Regelung über die Höhe des Kaufpreises enthalten. Daneben sollte sich aus dem Vertrag unmissverständlich ergeben, wann der Kaufpreis zur Zahlung fällig ist. Aus Sicht des Praxisabgebers ist eine Kaufpreissicherheit – in der Regel eine Bankbürgschaft – zu fordern. Nur so hat der Verkäufer die Gewähr dafür, dass er den Kaufpreis bei Fälligkeit auch in jedem Fall realisieren kann.

Der Kaufpreis ist in der Regel erst bei Rechtskraft der Zulassung des Praxisübernehmers zur Zahlung fällig, was für den Abgeber zwar unglücklich ist, sich aus Sicht des Übernehmers aber kaum verhindern lässt, da auch die Bewilligung der Finanzierung meist von dieser Bedingung abhängig gemacht wird. Neben den weiteren üblichen Regelungen zur Patientenkartei, Rücktrittsrechten, Vertragsstrafen und der obligatorischen aufschiebenden Bedingung⁵ ist bei der Abgabe halber Praxen von zentraler Bedeutung, wo die Übernahme der vertragspsychotherapeutischen Teilzulassung erfolgt, insbesondere also, ob der Übernehmer mit dem Abgeber am bisherigen Vertragspsychotherapeutensitz eine Praxisgemeinschaft führt. Will man an dieser Stelle Diskussionen über die Frage der Praxisfortführung vermeiden, sollte man auch dann Übergangsweise eine Praxisgemeinschaft eingehen, wenn dies nicht ohnehin schon geplant war. Insoweit bietet es sich an, über pauschale Kostenbe-

¹ Vertragsarztrechtsänderungsgesetz vom 22.12.2006, BGBl. I. 3439.

² SG München, Urt. Vom. 15.01.2008 (S 38 KA 17/08 ER)

³ Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 15.12.2008, BGBl. I. 2426.

⁴ Vertiefend zu den Einzelheiten der Praxisabgabe-/übernahme: Halbe/Jahn, Beitrag 1510 in Behnsen/Bell/Best/Gerlach/Schirmer/Schmid (Hrsg.), Managementhandbuch Psychotherapeutische Praxis (MHP); Rüping/Mittelstaedt, Abgabe, Kauf und Bewertung psychotherapeutischer Praxen.

⁵ Halbe/Jahn in MHP, Beitrag 1510 Rn 56 ff.

teiligungen eine übergangsweise Nutzungsmöglichkeit für Räume und Inventar einzuräumen.

Dass bei Teilpraxisabgaben auf das ansonsten übliche Wettbewerbsverbot verzichtet werden muss, liegt auf der Hand, da der Abgeber seine Tätigkeit ja gerade fortsetzen will und muss.

Sozialrechtlicher Teil

Auch an dieser Stelle kann überwiegend auf die einschlägige Literatur⁶ verwiesen werden, da die rechtlichen Fragestellungen bei der Abgabe von halben Praxen weitestgehend identisch sind. Auf einige Besonderheiten aber ist gesondert einzugehen.

Anlass für die Abgabe einer halben vertragspsychotherapeutischen Praxis wird in der Regel die Verzichtserklärung sein, so dass die Abgabe meist geplant erfolgen kann. Eine gezielte Auswahl des Übernehmers nach den Auswahlkriterien, die der Zulassungsausschuss gemäß § 103 Abs. 4 SGB V zugrunde zu legen hat, kann dabei die Abgabe erheblich erleichtern. Denkbar sind auch Teilpraxisabgaben, um mit dem Übernehmer künftig wieder eine Kooperation einzugehen. Zu denken ist etwa an die Umwandlung bestehender Job-Sharing-Gemeinschaftspraxen in Gemeinschaftspraxen zwischen zwei hälftig zugelassenen Vertragspsychotherapeuten, um keiner Leistungsmengenbegrenzung auf das bisherige Abrechnungsvolumen mehr zu unterliegen.

Wie bei der Abgabe der ganzen Praxis, hat auch hinsichtlich der Teilzulassung ein öffentliches Ausschreibungsverfahren stattzufinden, welches mit dem Antrag auf Ausschreibung des halben Vertragspsychotherapeuten-sitzes an die zuständige KV eingeleitet wird.

Schon auf der Ebene der Ausschreibungsfähigkeit wird von einigen KVen die Frage nach der Existenz einer fortführungsfähigen Praxis gestellt und geprüft, ob die vertragspsychotherapeutische Tätigkeit in einem Umfang ausgeübt wurde, der jedenfalls annähernd dem Fachgruppennschnitt entspricht. Die Ausschreibung einer Teilzulassung, zumindest aber deren Fortführung, soll bei einer nur beschränkt betriebenen Praxis nach der dieser Vorgehensweise zugrundeliegenden Auffassung nicht möglich sein.

Bei der Abgabe der ganzen Praxis gilt insoweit nämlich, dass der Schutzbereich des § 103 Abs. 4 SGB V verlassen wird, wenn eine Praxis nicht oder nicht mehr betrieben wird und daher letztlich nur die Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung „versilbert“ werden soll.⁷ Da die Zulassung an sich nicht verkehrsfähig ist, muss dem interessierten Nachfolger eine Praxisfortführung und nicht lediglich eine Zulassungsfortführung möglich sein, da andernfalls der Zulassungsausschuss berechtigt ist, eine Nachbesetzung des ausgeschriebenen Vertragspsychotherapeuten-sitzes abzulehnen.⁸

Von den Kassenärztlichen Vereinigungen werden diese Grundsätze auf den Fall der Ausschreibung und Nachbesetzung einer halben Zulassung übertragen. So gehört beispielweise die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein zu den KVen, die – wie oben beschrieben – vor der Ausschreibung prüft, in welchem Umfang die Praxis ausgeübt wird.

Offenbar wird dabei unterstellt, dass bei einer den Fachgruppennschnitt unterschreitenden Tätigkeit ei-



Dr. Bernd Halbe
Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht. Lehrbeauftragter für Medizinrecht der Universität zu Köln, Justitiar der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung e.V. (DPTV). Arbeitsschwerpunkte u. a.: Psychotherapeutenrecht, Kooperationen im Gesundheitswesen/Gesellschaftsrecht, Medizinische Versorgungszentren, Praxisgründung, -abgabe, -übernahme.





Jens-Peter Jahn
Rechtsanwalt Fachanwalt für Medizinrecht, Kanzlei Dr. Halbe RECHTSANWÄLTE. Besondere Schwerpunkte: Psychotherapeutenrecht, Arzthaftungsrecht/Zahnarzthaftungsrecht/Krankenhausträgerhaftung, Arztrecht/Zahnarztrecht, Berufsrecht der Heilberufe, Gebührenrecht (GOÄ/GOZ), Kooperationen im Gesundheitswesen/Gesellschaftsrecht, Medizinische Versorgungszentren, Medizinstrafrecht, Praxisgründung, -abgabe, -übernahme.



ne halbe Zulassung nicht ausschreibungsfähig ist. Dieser Ansatz geht aber von der falschen Prämisse aus, dass man die Zulassung und damit auch die vertragsärztliche Praxis schon vor einer Reduzierung des Versorgungsauftrages in einen ausgeübten und in einen nicht ausgeübten Teil aufteilen kann. Die Praxis muss aber als Ganzes betrachtet werden, so dass nach hier vertretener Auffassung die halbe Zulassung auch dann ausschreibungsfähig ist, wenn der Antragsteller weniger als den Fachgruppennschnitt erbringt. Um an dieser Stelle aber Schwierigkeiten zu vermeiden, sollte die Tätigkeit vor der Ausschreibung möglichst den Fachgruppennschnitt erreichen.

Ist dies nicht umsetzbar, könnte daran gedacht werden, zunächst einen Antrag auf teilweises Ruhen der Zulassung zu stellen, dann den gerade ausgeübten Teil der Praxis abzugeben, um anschließend das teilweise Ruhen zu beenden und den ruhenden Teil der Praxis wieder aufzunehmen. Bei einem solchen Vorgehen ist aber mit Widerstand der betreffenden Kassenärztlichen Vereinigung und des Zulassungsausschusses zu rechnen. Wichtig ist daher in jedem Fall, schon vor der geplanten Ausschreibung die

Auffassung der betreffenden KV und des Zulassungsausschusses in Erfahrung zu bringen.

Auch die Teilpraxisabgabe setzt aber voraus, dass der ausscheidende Vertragspsychotherapeut zum Zeitpunkt der Ausschreibung der halben Zulassung tatsächlich unter einer bestimmten Anschrift im nennenswerten Umfang vertragspsychotherapeutisch tätig gewesen ist, da ansonsten ja auch die Ausschreibung einer vollen Zulassung nicht möglich wäre.⁹

Praktisch bedeutsam und für die Teilzulassung bisher nicht geklärt ist die Frage, inwieweit im Rahmen der Ausschreibung einer Teilzulassung die Praxis später am selben Ort und in denselben Praxisräumlichkeiten fortgeführt werden muss. Da der Abgeber seine Praxis in diesen Fällen in der Regel fortführen wird, bestünde bei die-

⁶ vgl. dazu etwa Halbe/Jahn, MHP, Beitrag 1510; Rüping/Mittelstaedt, Abgabe, Kauf und Bewertung psychotherapeutischer Praxen; Ehlers, Fortführung von Arztpraxen; Herzog, Praxisübergabe und Nachfolgezulassung in gesperrtem Gebiet, MedR 1998, S. 297 ff; Klapp, Abgabe und Übernahme einer Arztpraxis.

⁷ vgl. Hesral, H. in: Ehlers, A. (Hrsg.): Fortführung von Arztpraxen, 2. Aufl. 2001, Rdn. 237 ff.; SozG Dortmund, Urteil vom 30. 5. 2001, Az.: S 9 KA 60/01, MedR 2002, S. 100 ff. m. w. N.

⁸ BSG, Urteil vom 29. 9. 1999, Az.: B 6 KA 1/99 R, ArztR 2000, S. 162 f.

⁹ BSG, Urteil vom 29. 9. 1999, Az.: B 6 KA 1/99 R, a. a. O.

ser Annahme praktisch eine Verpflichtung zum Abschluss eines Praxisgemeinschaftsvertrages.

Nach richtiger Auffassung aber ist eine Praxisfortführung i. S. d. § 103 Abs. 4 SGB V auch dann möglich, wenn der Übernehmer unmittelbar von seinem Verlegungsrecht gemäß § 24 Abs. 4 Ärzte-ZV Gebrauch macht. Der Sinn und Zweck des § 103 Abs. 4 SGB V wird hierdurch nicht vereitelt. Denn dieser besteht in erster Linie darin, dem Praxisabgeber eine wirtschaftliche Verwertung seiner Praxis auch im überversorgten Planungsbereich zu ermöglichen.¹⁰ Dieser Sinn und Zweck bleibt aber auch dann gewahrt und wird bei Abgabe einer Teilzulassung vielleicht sogar erst dann überhaupt erreicht, wenn die gleichzeitige Verlegung möglich ist. Auch das BSG hat insofern verdeutlicht, dass Praxisfortführungen nicht notwendigerweise verlangen, dass der Nachfolger auf Dauer die bisherigen Patienten in denselben Praxisräumen mit Unterstützung desselben Personals und derselben Infrastruktur behandelt oder behandeln will.¹¹

Daher ist eine Praxisverlegung immer dann zu genehmigen, wenn nicht im Einzelfall Interessen der Sicherstellung bzw. Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem entgegenste-

hen.¹² Dies muss auch im Zuge einer Teilpraxisabgabe gelten.

Nach Durchführung des Ausschreibungsverfahrens kommt es zum eigentlichen Nachbesetzungsverfahren vor dem Zulassungsausschuss. Dieser hat zwischen allen die allgemeinen subjektiven Zulassungsvoraussetzungen erfüllenden Bewerbern eine Auswahl nach pflichtgemäßem Ermessen zu treffen. Bei der Nachbesetzung halber Zulassungen gelten hier dieselben Grundsätze wie bei vollen Zulassungen, so dass es neben der beruflichen Eignung insbesondere auf das Approbationsalter, die Dauer der psychotherapeutischen Tätigkeit und ferner darauf ankommt, ob der Bewerber der Ehegatte, ein Kind oder ein Angestellter des bisherigen Vertragspsychotherapeuten ist. Die gemeinsame Ausübung der vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit im Job-Sharing privilegiert den betreffenden Bewerber im Vergleich zu anderen gemäß § 101 Abs. 3 Satz 4 SGB V erst nach der Dauer von fünf Jahren. Auch die Interessen des Praxisabgebers werden insoweit geschützt als dass der Übernehmer bereit sein muss, den Verkehrswert des Praxisanteils zu zahlen.¹³

Neben der Nachfolgebesezung gemäß § 103 Abs. 4 SGB V kommt auch hinsichtlich der halben vertragspsychotherapeutischen Zulassung bei Reduzierung des Versorgungsauftrages ein Vorgehen nach § 103 Abs. 4 a oder b SGB V in Frage. Der Abgabewillige kann also einen Teil seiner Praxis auch dadurch übertragen, dass er zugunsten eines anderen Vertragsarztes oder eines MVZ auf seine Zulassung verzichtet, um sodann als Angestellter in Teilzeit neben der Ausübung seines reduzierten Versorgungsauftrages tätig zu werden.¹⁴

Zwar sieht § 103 Abs. 4 S. 2 SGB V nur die analoge Anwendbarkeit von § 104 Abs. 4 S. 1 SGB V vor. Es gibt jedoch kei-

gilt dies dann bei einem Teilzulassungsverzicht für die entstehende halbe Psychotherapeutenstelle.

„Die Konsequenz ist, dass der Kaufpreis ... als laufender Gewinn zu versteuern ist.“

nen vernünftigen Grund, weshalb nicht ein voll zugelassener Vertragspsychotherapeut auf die Hälfte seiner Zulassung verzichten können soll, um später im Wege einer Teilzeitbeschäftigung auch als Angestellter an der Versorgung von GKV-Patienten teilzunehmen. Es wäre hier unsinnig, zunächst eine Aufspaltung der Zulassung über den Umweg der Nachfolgebesezung nach § 103 Abs. 4 SGB V zu verlangen, um erst dann den Verzicht auf die Teilzulassung zur Schaffung einer halben Psychotherapeutenstelle zuzulassen. Insofern müssen auch die Regelungen des § 103 Abs. 4 a) und b) SGB V analoge Anwendung auf den Fall der Reduzierung des Versorgungsauftrages finden.

Wie bei einem Verzicht auf die Vollzulassung wandelt sich die Teilzulassung dann unwiederbringlich in eine Psychotherapeutenstelle um, auf der dann Psychotherapeuten angestellt werden können.

Unklar ist noch die Frage, welches Abrechnungskontingent mit einer halben Zulassung verbunden ist. Nach der auch von den Verfassern für richtig gehaltenen Auffassung beispielsweise der KV Nordrhein, kann jeder Teilzulassungsinhaber die Hälfte des Zeitkontingents abrechnen, das einem Vollzulassungsinhaber zur Verfügung steht. Die beiden halben Zulassungen gelten also als vollkommen eigenständige halbe vertragspsychotherapeutische Zulassungen. Entsprechend

Steuerliche Prüfung

Abschließend soll an dieser Stelle noch der Hinweis erfolgen, dass die Abgabe oder Übernahme eines Praxisanteils ebenso wie die Übernahme einer ganzen Praxis aus steuerlicher Sicht durch einen Steuerberater geprüft und begleitet werden sollte. Insbesondere ist dabei zu bedenken, dass der sogenannte „Veräußerungsgewinn“ (Verkaufspreis abzüglich Buchwert der Praxis und der Kosten der Praxisabgabe) der Steuerpflicht unterliegt.¹⁵ Insbesondere die Abgabe nur eines Teils der Praxis ist in diesem Zusammenhang oftmals problematisch, da die derzeitigen Steuerprivilegien im Zuge der Praxisabgabe (Steuerfreibetrag, vergünstigter Steuerersatz) nur bei vollständiger Aufgabe der selbständigen Tätigkeit realisiert werden können. Genau diese Voraussetzung ist aber bei Abgabe halber Praxen in der Regel nicht gegeben. Die Konsequenz ist, dass der Kaufpreis in diesen Fällen in der Regel voll als laufender Gewinn zu versteuern ist.

Aus Sicht des Käufers einer halben Praxis muss insbesondere die Frage der Abschreibungsfähigkeit des Kaufpreises geklärt werden. Dies gilt umso mehr, wenn möglicherweise eine kurzfristige oder gar sofortige Praxisverlegung geplant ist. In diesem Zusammenhang haben ein Urteil des Niedersächsischen Finanzgerichts sowie die Verlautbarungen einiger Oberfinanzdirektionen für Verunsicherung gesorgt. ■

¹⁰ vgl. Bericht des Ausschusses für Gesundheit, BT-Drucksache 12/3937 S. 7.

¹¹ BSG, Urteil vom 29. 9. 1999, Az: B 6 KA 1/99 R., a. a. O., ausdrücklich auch SozG Dortmund, Urteil vom 30. 5. 2001, Az.: S 9 KA 60/01, MedR 2002, S. 100 f.; SozG Köln, Urteil vom 25. 10. 2000 (Az.: S 19 KA 124/99).

¹² BSG, Urteil vom 10. 5. 2000, Az: B 6 KA 67/98 R.

¹³ Vgl. zu den Auswahlkriterien und dem Verfahren im Einzelnen Halbe/Jahr MHP Beitrag 1510, Rn. 33 ff.

¹⁴ Vgl. zum Verfahren im Einzelnen Bäune/Mesche/Rothfuß Kommentar zur Zulassungsverordnung, Anhang zu § 18, Rn. 37 ff; Halbe/Jahr MHP Beitrag 1510, Rn. 45 ff.

¹⁵ Zu den steuerrechtlichen Aspekten der Praxisveräußerung siehe Karch, T. in MHP, Beitrag 2050 Rdn. 69 ff und 261 ff.

¹⁶ Niedersächsisches Finanzgericht, Urteil vom 28.09.2004 Az.: 13-K-412/01.

Praxis für Psychotherapie

Thomas Ufer

Bezeichnung „Praxis für Psychotherapie“ wettbewerbswidrig, wenn Hinweis auf Heilpraktiker-Erlaubnis fehlt

Auch im Rahmen einer erteilten Heilpraktiker-Berufserlaubnis kann die Psychotherapie ausgeübt werden. Wie dies aber nach außen hin dargestellt werden darf, ist umstritten. Jüngst hatte sich das Landgericht (LG) Oldenburg damit zu befassen, ob eine Bezeichnung als „Praxis für Psychotherapie und Traumatherapie“ zulässig ist, wenn dies ohne weiteren Hinweis auf die Qualifikation der dort tätigen Person als Heilpraktiker erfolgt (Urteil vom 25.09.2008, Az.: 15 O 1295/08).

In dem Sachverhalt, der dem Verfahren zugrundelag, war eine Heilpraktikerin im Bereich der Psychotherapie und Traumatherapie tätig. Sie benannte ihre Praxis als „Praxis für Psychotherapie und Traumatherapie“. Hiergegen ging die Psychotherapeutenkammer vor. Diese war der Auffassung, eine derartige Außendarstellung ohne weiteren Hinweis, dass die beklagte Heilpraktikerin nicht approbiert sei, also keine Psychotherapeutin im Sinne des Psychotherapeutengesetzes

(PsychThG), sei wettbewerbswidrig.

Dieser Sichtweise hat sich nunmehr das LG angeschlossen. Zwar sei es einem Heilpraktiker nicht verwehrt, die Bezeichnung „Heilpraktikerin für Psychotherapie“ zu führen. Lediglich die Berufsbezeichnung „Psychotherapeut“ sei nämlich nach § 1 Abs. 1 Satz 4 PsychThG geschützt.

Als unlauter, weil irreführend, wurde aber von Seiten des Gerichts die Bezeichnung „Praxis für Psychotherapie und Traumatherapie“ angesehen, weil hierdurch der Eindruck erweckt werde, „dass es sich bei der die Praxis führenden Person um eine solche mit einem abgeschlossenen Hochschulstudium handelt.“ Gleiches gelte auch für die Nennung des Tätigkeitsschwerpunktes „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“. Nur im Kontext mit einem gleichzeitigen Hinweis auf die Qualifikation der Beklagten als Heilpraktikerin sei eine derartige Außendarstellung zulässig, ohne derartigen Hinweis hingegen irreführend.



Dr. Dr.
Thomas Ufer

Rechtsanwalt und Arzt, Fachanwalt für Medizinrecht, Lehrbeauftragter für Medizinrecht der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und der Universität Witten-Herdecke. Schwerpunkte u. a.: Psychotherapeutenrecht, Praxisgründung, -abgabe, -übernahme, Arzt- und Zahnarzthaftungsrecht, Krankenhausträgerhaftung, Berufsrecht der Heilberufe



Die Schwierigkeit dieses Verfahrens, aber auch im Allgemeinen bei einer entsprechenden Außendarstellung von Heilpraktikern liegt darin, dass für Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten die Art der Außendarstellung gesetzlich festgelegt ist, nicht aber für Heilpraktiker, die ggf. nur auf dem Gebiet der Psychotherapie tätig sind. Hier ist also keinerlei Rechtssicherheit zu verzeichnen.

Jeder Berufsträger läuft daher Gefahr, im Rahmen seiner Berufsausübung mit derartigen Unterlassungsbegehren konfrontiert zu werden, wobei Urteile wie das vorliegende allenfalls eine Richtschnur geben können, wie die Situation von dem erkennenden Gericht gesehen wird. Allgemeingültigkeit können derartige Entscheidungen aber nicht erlangen. ■

Wolfgang Elbrecht

Die Krankentagegeldversicherung

Das Krankentagegeld dient ausschließlich dem Ausgleich des Verdienstaufschlags, der durch die Erkrankung des Versicherten eintritt. Der Selbstständige oder der Freiberufler hat ab dem ersten Tag einen Verdienstaufschlag, entweder in Form des entgehenden Gewinnes, des ausfallenden kalkulatorischen Unternehmerlohns oder der zusätzlichen Kosten für die Beschäftigung einer Vertretung.

Gegeben sei eine Tätigkeit als Freiberufler, bei der folgende Einkommensrisiken zu bedenken sind:

Möglicher Maximalumsatz der Praxis

Ausfälle durch Fortbildungen

+ Ausfälle aufgrund privater Veranlassungen

+ Ausfälle durch Feiertage

(an denen man durchaus arbeiten darf)

+ Ausfälle durch Urlaub

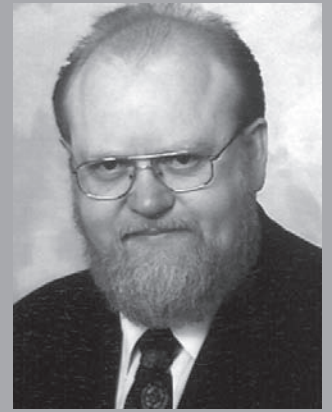
= **Summe der Gesamtausfälle**



Wolfgang Elbrecht

Psychologischer Psychotherapeut, seit 1991 niedergelassen in eigener Praxis in Essen.

Als Versicherungsmakler u. a. tätig für den Wirtschaftsdienst der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung.



Wenn unter Berücksichtigung des oben Gesagten eine nicht planbare Arbeitsunfähigkeit hinzukommt, dann kann man gegebenenfalls zur Kompensation auf einen nachfolgenden Urlaub oder eine Fortbildungsmaßnahme verzichten, um den Praxisumsatz noch halbwegs im Lot zu halten.

Wenn aber nach Urlaub und Fortbildung von z.B. insgesamt drei Wochen (andere Ausfälle jetzt außen vor gelassen) eine dreiwöchige Erkrankung folgt, dann kann in diesem Quartal gar nichts mehr kompensiert werden, so dass dann tatsächlich 50% des Praxisumsatzes weg brechen.

Ein Krankentagegeld von einer gesetzlichen Krankenversicherung zahlt frühestens ab der 7. Woche und ist in einer solchen Situation keine Hilfe. Benötigt wird also ein Krankentagegeld in Höhe des Einkommens nach Kosten und nach Steuern, dessen Beginn (Karenzzeit) klugerweise auf die eigene Risikobereitschaft und/oder die Vermögenssituation abgestimmt wird.

Im Unterschied zum Arbeitnehmer, der in den ersten sechs Wochen einer Erkrankung eine Lohn- und Gehaltsfortzahlung durch den Arbeitgeber genießt, muss der Freiberufler also für sich entscheiden, wie viele Tage Erkrankung er verkraften kann, ohne einen Ersatz des Verdienstaustauschs zu sichern zu müssen.

Die Tarife der GKV sind finanziell zu begrenzt für unseren Personenkreis, die Leistung ist zusätzlich zeitlich limitiert (Beginn erst ab der siebten Woche einer Arbeitsunfähigkeit und Aussteuerung nach 18 Monaten).



Ganz aktuell:

Der Deutsche Bundestag hat am 18.06.2009 das Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften (BT-Drs. 16/12256) beschlossen.

Darunter fällt auch die Regelung des Krankentagegeldes für freiwillig versichert Selbständige. Sie können einen Krankengeldanspruch ab der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit entweder über das „gesetzliche“ Krankengeld zum allgemeinen Beitragssatz oder über einen Wahltarif absichern.



Über die gesetzliche Regelung hinausgehende Absicherungswünsche (z.B. höhere oder früher einsetzende Krankengeldansprüche) können über Wahltarife realisiert werden, deren Bedingungen und Preiswürdigkeit ebenfalls zu prüfen sind. Die Tarife der privaten Krankenversicherung sehen unterschiedliche Karenzzeiten vor, zum Beispiel ab dem 4. Tag. Eine so frühzeitige Leistung generiert allerdings sehr hohe Beiträge und ist nur bei entsprechender Bonität und/oder hohem Sicherheitsbedürfnis angemessen. Auch hier sind Bedingungen und Preiswürdigkeit zu prüfen. Tagegelder dürfen in keinem Fall das Nettoeinkommen des Versicherten übersteigen. Beim Selbständigen/Freiberufler ist das durch die üblichen Regeln der Einnahme-Überschussrechnung oder der Bilanzierung festgestellte Einkommen abzüglich der zu zahlenden Steuern Grundlage.

In der Existenzgründungsphase wird oft kein angemessenes Tagegeld erreichbar sein, weil keine oder nur

geringe Gewinne aus Gewerbebetrieb anfallen. Deshalb muss der Existenzgründer anderweitig zusätzlich vorsorgen.

Das Einkommen aus selbständiger Tätigkeit schwankt oft stark und damit auch das höchstens zulässige Tagegeld, unabhängig von der tatsächlich versicherten Höhe. Deshalb ist jährlich zu prüfen und bei Bedarf eine Anpassung beim PKV-Unternehmen zu beantragen.

Bezieht ein Privatversicherter Krankentagegeld, so muss er die monatlichen Beiträge zur Versicherung weiterhin tragen. Bei den gesetzlichen Krankenkassen entfällt die Beitragszahlung. Daher sollte das private Krankentagegeld so hoch bemessen sein, dass auch die Beiträge für die Krankenversicherung enthalten sind.

Ein freiwillig gesetzlich Versicherter erhält ein Krankengeld von max. 70% der Beitragsbemessungsgrenze von 3.600,00 EUR. Gemeint ist hier das

monatliche Nettoeinkommen nach Kosten und nach Steuern. Dies entspricht einem monatlichen Krankentagegeld in Höhe von 2.520,00 EUR und somit einem Tagessatz in Höhe von 84,00 EUR.

Wenn also (höchstwahrscheinlich) ein deutlich höheres Nettoeinkommen aus einer Vollerwerbspraxis erzielt wird, ist das über die gesetzlichen Krankenkassen ohne Inanspruchnahme eines Wahltarifes erhältliche Krankentagegeld nicht hinreichend, um einen adäquaten Einkommensersatz im Krankheitsfall darstellen zu können.

Bei Wahlтарifen wird vermutlich zu unterscheiden sein zwischen

- Wahlтарifen der gesetzlichen Krankenkasse selbst und
- Wahlтарifen der gesetzlichen Krankenkassen, die über einen Kooperationspartner (eine PKV) angeboten werden.

Losgelöst von Wahlтарifen kann ein Krankentagegeld auch direkt über eine private Krankenversicherung vereinbart werden.

Die Einzelbedingungen der Wahlтарife sind äußerst vielfältig und zum Teil zum jetzigen Zeitpunkt noch gar nicht festgelegt, so dass auf jeden Fall eine Einzelberatung hilfreich erscheint.

Interessierte Kolleginnen und Kollegen haben die Möglichkeit, die Musterbedingungen Krankentagegeld der PKV als PDF-Datei bei uns anzufordern. Die Musterbedingungen Krankentagegeld sind die Grundlage, auf die sich die Versicherungswirtschaft als Basis geeinigt hat. Jede Versicherungsgesellschaft hat aber das Recht und die Möglichkeit, von diesen Bedingungen nach oben, aber auch nach unten abzuweichen. ■

Christina Seimetz

Psychotherapeuten: Kein Vorsteuerabzug bei Ausführung von steuerfreien Umsätzen

Die Frage, ob Psychotherapeuten Anspruch auf Vorsteuerabzug haben, wenn sie keine umsatzsteuerpflichtigen Umsätze tätigen, hatte jetzt der Bundesfinanzhof (BFH) in München zu entscheiden. Eine Psychotherapeutin wollte einen Vorsteuerabzug für ihre privat genutzte Wohnung geltend machen.

Der Fall: Die Psychotherapeutin nutzte ihr Gebäude zu knapp 75 Prozent für private Wohnzwecke. Im restlichen Teil war ihre Praxis für ihre ärztliche Tätigkeit als Psychotherapeutin untergebracht. Für die Jahre 1999, 2000 und 2003 hatte sie Umsatzsteuererklärungen bei ihrem Finanzamt eingereicht. In diesen Steuererklärungen setzte sie die Vorsteuer aus den Anschaffungskosten des Gebäudes ein, soweit diese auf den Teil entfielen, der für private Wohnzwecke genutzt wurde.

Übertragen auf die Klage zur Veranschaulichung ein Beispiel: Bei Aufwendungen in Höhe von 100.000 Euro netto zuzüglich 19.000 Euro Umsatzsteuer, also 19 Prozent Umsatzsteuer, ergibt sich ein Rechnungsbetrag in Höhe von 119.000 Euro. Im vorliegenden Fall wollte die Klägerin 19.000 Euro x 75 Prozent = 14.250 Euro als abziehbare Vorsteuer geltend machen. Dabei hat sie sich auf

die Auslegung des durch den Europäischen Gerichtshof entschiedenen Seeling Modells gestützt. Dieses Modell sieht vor, dass für ein umsatzsteuerlich zum Unternehmensvermögen zugeordnetes Gebäude, welches teilweise für eigene Wohnzwecke genutzt wird, auch ein Vorsteuerabzug für die privat genutzte Fläche beansprucht werden darf.

Demgegenüber steht allerdings folgende Gesetzesauslegung: Für einen Vorsteuerabzug setzt das Umsatzsteuergesetz (UStG) in § 15 UStG voraus, dass steuerpflichtige Umsätze ausgeführt werden. Bei der Tätigkeit eines Psychotherapeuten handelt es sich aber grundsätzlich um ärztliche Leistungen, die wiederum umsatzsteuerlich in den Bereich der humanmedizinischen Heilbehandlungen fallen. Heil-

behandlungen dieser Art sind nach § 4 UStG grundsätzlich steuerbefreit.

Der BFH folgte in seinem Urteil dem Umsatzsteuergesetz. Er stellte fest, dass für einen Vorsteuerabzug zumindest teilweise umsatzsteuerpflichtige Einnahmen gegenüberstehen müssen. Diese umsatzsteuerpflichtigen Einnahmen hatte die Klägerin aber nicht erzielt.

Fazit: Aus der Privatnutzung eines Gebäudes oder allgemein gefasst eines Gegenstandes, welcher sonst zur Erwirtschaftung umsatzsteuerfreier Umsätze dient, ergibt sich kein Vorsteuerabzug nach dem Seeling-Modell. Alle Heilberufler, die ausschließlich umsatzsteuerfreie Umsätze tätigen, können das Seeling-Modell somit nicht in Anspruch nehmen. ■



Christina
Seimetz

Steuerberaterin, Zertifizierte Fachberaterin für Heilberufe, ADCURA Steinfurt, spezialisiert auf die Beratung von Heilberufen. Mitglied im ADVISION-Verbund.



Der ADVISION-Verband kooperiert mit der Deutschen Psychotherapeuten-Vereinigung. Weitere Informationen zur Kooperation finden Sie unter www.dptv.de

Veranstungskalender

Oktober bis Dezember 2009

Oktober

01.10.2009–04.10.2009 (Berlin)
60. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) e.V.
Die Psychoanalyse im Pluralismus der Wissenschaften
 Auskünfte/Kontakt:
 Geschäftsstelle der DGPT
 Fon 040 3192619
 Fax 040 3194300
 E-Mail: psa@dgpt.de

02.10.2009–03.10.2009 (Westerland/Sylt)
QEP®-Einführungsseminar
 Auskünfte/Kontakt:
 DPtV-Bundesgeschäftsstelle
 Fon 030 2350090
 Fax 030 23500944
 E-Mail: bgst@dptv.de

03.10.2009 (Bonn)
10. Bonner Symposium zur Psychotherapie und Jahrestagung der Deutschen Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (DFT)
Traum-Bindung-Struktur. Der Beitrag der psychodynamischen Psychotherapie
 Auskünfte/Kontakt:
 Köln-Bonner Akademien für Psychotherapie
 Fon 0228 9638134
 Fax 0228 9650221
 E-Mail: info@kbap.de

03.10.2009 (Westerland/Sylt)
WS 6 „Richtig QEP®pen“
QM-Praxishandbuch
 Auskünfte/Kontakt:
 DPtV-Bundesgeschäftsstelle

10.10.2009 (Düsseldorf)
WS 7 „Richtig QEP®pen“
QEP®-Handbuch
 Auskünfte/Kontakt:
 DPtV-Bundesgeschäftsstelle

11.10.2009–15.10.2009 (Lübeck)
38. Lübecker Psychotherapietage
Gesellschaftliche Vielfalt – Therapeutische Antworten
 Auskünfte/Kontakt:
 Norddeutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychotherapie und Psychosomatik
 Fon 0451 4091921
 Fax 0451 4091991
 E-Mail:
 Inke.Moeller@luebeck-tourismus.de

24.10.2009–25.10.2009 (Bochum)
5. Jahreskongress Psychotherapie NRW
Wissenschaft – Praxis
 Auskünfte/Kontakt:
 Hochschulverbund Psychotherapie NRW
 Dr. Christoph Koban
 Fon 0234 3227716
 Fax 0234 3207716
 E-Mail: koban@kli.psy.rub.de

25.10.2009–28.10.2009 (Lindau)
Arbeitstagung der Internationalen Gesellschaft für Tiefenpsychologie
Weisheit und Wissen – interdisziplinär
 Auskünfte/Kontakt:
 Internationale Gesellschaft für Tiefenpsychologie
 Fon 07153 21062
 Fax 07153 73793
 E-Mail: info@igt-plochingen.de

28.10.2009–01.11.2009 (Bad Salzungen)
16. Psychotherapietage NRW
„Wieviel Wandel verträgt der Mensch?“
 Auskünfte/Kontakt:
 Psychotherapietage NRW e. V.
 Fon 02182 9108
 Fax 02182 69643
 E-Mail: HPult@t-online.de

29.10.2009–01.11.2009 (Heidelberg)
6. Kindertagung
Kinder- & Jugendpsychotherapie: Systemische und Hypnotherapeutische Konzepte für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen
 Auskünfte/Kontakt:
 Milton Erickson Institut Rottweil
 Fon 0741 41477
 Fax 0741 41773
 E-Mail: kontakt@meg-rottweil.de

30.10.2009–31.10.2009 (Hamburg)
QEP®-Einführungsseminar
 Auskünfte/Kontakt:
 KV Hamburg, Frau Backhaus
 Fon 040 22802633
 Fax 040 22802420

30.10.2009–01.11.2009 (Köln)
Kölner Therapietage 2009
PERSON - PERSÖNLICH - PERSÖNLICHKEIT
 Auskünfte/Kontakt:
 Akademie für Verhaltenstherapie Köln
 Fon 0221 2585640
 Fax 0221 25856420
 E-Mail: info@avt-koeln.org

31.10.2009 (Frankfurt)
WS 5 „Richtig QEP®pen“
Von der Qualitätspolitik zum QM-Praxishandbuch
 Auskünfte/Kontakt:
 DPtV-Bundesgeschäftsstelle

31.10.2009 (Berlin)
WS 6 „Richtig QEP®pen“
QM-Praxishandbuch nach G-BA
 Auskünfte/Kontakt:
 DPtV-Bundesgeschäftsstelle

November

05.11.2009 (Frankfurt)
Manipuliert die Pharmaindustrie die Seele?
Nutzen und Risiken der Psychopharmakabehandlung.
 Auskünfte/Kontakt:
 DPtV-Landesgeschäftsstelle Hessen
 Fon 06451 718557
 Fax 06451 718556
 E-Mail:
 dptvereinigung-hessen@t-online.de

06.11.2009 (Dresden)
10. Sächsischer Psychotherapeutentag
 Auskünfte/Kontakt:
 DPtV-Landesgeschäftsstelle Sachsen
 Fon 03523 78025
 Fax 03523 78022
 E-Mail: dptv.sachsen@gmx.de

07.11.2009–08.11.2009 (Magdeburg)
8. DGVT-Praxistage
Vater, Mutter, Kind - ein Kinderspiel? Bezugspersonen in der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen
 Auskünfte/Kontakt:
 DGVT e. V.
 Fon 07071 94340
 Fax 07071 943435
 E-Mail: awk@dgvt.de

07.11.2009 (Rheinland-Pfalz)
Informationsveranstaltung für Psychotherapeuten
Zukunftsorientierte Modelle von Psychotherapiepraxen
 Auskünfte/Kontakt:
 DPtV-Landesgeschäftsstelle Rheinland-Pfalz
 E-Mail: peter.a.staub@dptv-rlp.de

20.11.2009 (Düsseldorf)
WS 7 „Richtig QEP®pen“
QEP®-Handbuch
 Auskünfte/Kontakt:
 DPtV-Bundesgeschäftsstelle

21.11.2009–21.11.2009 (Berlin)
Forum für Persönlichkeitsstörungen
5. Symposium: Zwanghafte Persönlichkeitsstörung
 Auskünfte/Kontakt:
 Institut für Verhaltenstherapie Berlin
 Fon 030 89538316
 Fax 030 89538314
 E-Mail: forum@ivb-berlin.de

25.11.2009–28.11.2009 (Berlin)
DGPPN Kongress 2009
Psychische Erkrankungen in der Lebensspanne
 Auskünfte/Kontakt:
 Fon 030 3006690
 Fax 030 30066950
 E-Mail: dgppn09@cpo-hanser.de

Dezember

19.09.2009 (Berlin)
QM-Praxishandbuch nach G-BA
QEP®-Handbuch
 Auskünfte/Kontakt:
 DDPtV-Bundesgeschäftsstelle

05.12.2009 (Köln)
WS 7 „Richtig QEP®pen“
QEP®-Handbuch
 Auskünfte/Kontakt:
 DPtV-Bundesgeschäftsstelle

15.12.2009 (Düsseldorf)
WS 7 „Richtig QEP®pen“
QEP®-Handbuch
 Auskünfte/Kontakt:
 DPtV-Bundesgeschäftsstelle

16.12.2009 (Bremen)
WS 6 „Richtig QEP®pen“
QEP®-Handbuch
 Auskünfte/Kontakt:
 DPtV-Bundesgeschäftsstelle



Kleinanzeigen

Praxissuche/Praxiskauf/ Praxistausch/Praxisverkauf

KV-Bezirk Wilhelmshaven: Vollausgestattete VT-Praxis (Erw.-KiJu) zum 1.7.2010, 2 Behandlungsr., 2 Therapier. f. KiJu (Spiel- u. Musik), kl. Werkraum, etc., ca. 150 qm, Miete/NK ca. 750,- €, repräsent. Lage (Villa), Parkpl., Kinderarzt i. Hs., sehr umsatzstark, volle Warteliste gleich zu Beginn vorhanden. Angebot an: ka5210-456@online.de

Berlin: Psychologische Psychotherapeutin (VT, Erw.) sucht 1 KV-Sitz. E-Mail: praxissuche.berlin@arcor.de

Herrenberg, BaWü: Suche PraxisassistentIn für gut eingeführte VT-Praxis, Approbation VT Erwachsene und/ oder KiJu, Eintrag ins Arztregister und Bereitschaft zur Supervision sind Voraussetzung. C. Schröder, Bahnhofstr. 15, 71083 Herrenberg, Fon 07032 287617

Nordschwaben: KV-zugelassene Praxis (PP) in Nordschwaben zu verkaufen, Zeitpunkt: 01/2010; E-Mail: Vt-Praxis-Nordschwaben@freenet.de, Fon 0176 51041119

Bayern: Halber Praxissitz PT (Erw. VT) zum 1.1.2010 in Bayern, Region 10, zu verkaufen. Kontakt: m.kauderer-huebel@t-online.de

Marburg: Psychologischer Psychotherapeut (TP, Erwachsene), gibt gut eingeführten KV-Praxissitz ab. AW unter Chiffre 0902/1 an die DPtV-Bundesgeschäftsstelle

Offenbach/Main + 150 km: PP (VT) sucht KV-Sitz, auch 50%, baldmöglichst. almassy@web.de

Speyer / Raum Vorderpfalz: Psych. Psychotherapeutin (VT, Erwachsene, 36 J.) mit langjähriger psychotherapeutischer Erfahrung sucht halben oder vollen KV-Sitz oder Job-Sharing zu sofort o. später. Fon 0041 41 5342236 oder Mail an s.noerenberg@datazug.ch

Kreis Steinfurt: Psychologischer Psychotherapeut (TP) sucht halben oder vollen KV-Sitz zu sofort oder später. Fon 0541 3327003

Räume/Vermietung

Berlin: 2 ruhige Räume in gut eingeführter psychotherapeutischer Praxis in Berlin/Hermsdorf ab 10/09 zu vermieten; Einstieg in Mietvertrag möglich. Fon 030 40578608

Anzeigenannahme:

DPtV Psychotherapie Aktuell
Am Karlsbad 15
10785 Berlin
Fon 030 235 009-0
Fax 030 235 009-44
E-Mail:
anzeigen@psychotherapieaktuell.de

Die Mediadaten unserer Zeitschrift sowie Anzeigen- und Beilagenpreise finden Sie auf www.psychotherapieaktuell.de

Gern können Sie Kontakt zu unserer Anzeigenabteilung aufnehmen, wir erstellen Ihnen auf Wunsch ein individuelles Angebot.

Zuschriften auf Chiffre-Anzeigen richten Sie bitte unter Angabe der Chiffre-Nr. an die Adresse der DPtV.

QEP®-Einführungsseminare und Workshops von Psychotherapeuten für Psychotherapeuten Termine 2009

Deutsche PsychotherapeutenVereinigung



Folgende Einführungsseminare und Anwenderworkshops „Richtig QEP®pen“ veranstaltet die Deutsche PsychotherapeutenVereinigung mit ihren KBV-lizenzierten QEP®-Trainern. Anmeldungen werden von der Bundesgeschäftsstelle der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung entgegengenommen:

Fon 030 235009-0 – Fax 030 235009-44 – E-Mail bgst@dptv.de

Seminargebühr: 230,00 € (inkl. Qualitätszielkatalog und kostenlose Beigabe der Materialien-CD für Mitglieder)

Gebühr für WS 2, 4 u. 6:

je 96,00 € für Mitglieder; 120,00 € für Nicht-Mitglieder der DPtV

Gebühr für WS 5:

128,00 € für Mitglieder; 160,00 € für Nicht-Mitglieder der DPtV

Gebühr für WS 7:

144,00 € für Mitglieder; 180,00 € für Nicht-Mitglieder der DPtV

(Teilnehmer, die mehr als eine Veranstaltung an einem Tag bzw. einem Wochenende besuchen, erhalten auf die zweite Veranstaltung einen Preisnachlass von 20%)

Berlin

WS „QM-Praxishandbuch nach G-BA“

26.09.2009 / WS 6

31.10.2009 / WS 6

05.12.2009 / WS 6

Frankfurt

WS „Qualitätspolitik“

31.10.2009 / WS 5

Bremen

WS „QM-Praxishandbuch nach GB-A“

23.10.2009 / WS 6

16.12.2009 / WS 6

Köln

Einführungsseminar

25.09.–26.09.2009

Workshops „QEP®-Handbuch“

19.09.2009 / WS 7

05.12.2009 / WS 7

Düsseldorf

WS „QEP®-Handbuch“

10.10.2009 / WS 7

20.11.2009 / WS 7

12.12.2009 / WS 7

Westerland/Sylt

Einführungsseminar

02.10.–03.10.2009

WS „QM-Praxishandbuch nach G-BA“

03.10.2009 / WS 6



Adressen DPTV

Bundesgeschäftsstelle

Am Karlsbad 15
10785 Berlin
Fon 030 235009-0
Fax 030 235009-44
Geschäftsführer: Carsten Frege
CarstenFrege@dptv.de
Mo u. Fr 9.00 – 14.00 Uhr
Di, Mi, Do 9.00 – 15.00 Uhr
bgst@dptv.de

Bundesvorstand

Bundesvorsitzender Dieter Best
Postfach 140116
67021 Ludwigshafen
Fon 030 235009-0
Fax 030 235009-44
Best.Dieter@t-online.de
DieterBest@dptv.de

Stellv. Bundesvorsitzender
Gebhard Hentschel
Neubrückerstr. 60
48143 Münster
Fon 0251 4829061
Fax 0251 4829062
GebhardHentschel@dptv.de

Stellv. Bundesvorsitzende
Barbara Lubisch
Schmiedstr. 1
52062 Aachen
Fon 0241 4011539
Fax 0241 5791183
B.Lubisch@t-online.de

Stellv. Bundesvorsitzender
Dr. Hans Nadolny
Schwachhauser Ring 5
28213 Bremen
Fon 0421 490322
Fax 0421 2237144
DrHansNadolny@dptv.de

Stellv. Bundesvorsitzende
Sabine Schäfer
Tobelwasenweg 10
73235 Weilheim
Fon 07023 749147
Fax 07023 749146
SabineSchaefer@dptv.de

Stellv. Bundesvorsitzender
Hans-Jochen Weidhaas
Wellsring 43a
67098 Bad Dürkheim
Fon 06322 8172
Fax 06322 66903
HansJochenWeidhaas@dptv.de

**Ansprechpartner
in den Bundesländern**

Baden-Württemberg
Landesvorsitzender
Dr. Alessandro Cavicchioli
Zollhüttengasse 18
74523 Schwäbisch Hall
Fon 0791 94016973
Fax 0791 857026
Gs-bw@dptv.de

Bayern
Landesvorsitzender Rudolf Bittner
Klötzlmüllerstr. 14
84034 Landshut
Fon 0871 45018
Fax 08704 928649
Rudi-Bittner@t-online.de

Berlin
Landesvorsitzender Winfried Jaksch
Ringstr. 52
12205 Berlin
Fon 030 88629478
Fax 030 88629479
mail@dptvberlin.de

Brandenburg
Landesvorsitzender Hartmut Hül
Benzstr. 89
14482 Potsdam
Fon 0331 7481478
HU0331@aol.com

Bremen
Landesvorsitzende
Helga Friehe-Rüdebusch
Lüneburger Str. 20
28203 Bremen
Fon 0421 705902
Fax 0421 7940962
helga@friehe.com

Hamburg
Landesvorsitzende Heike Peper
Max-Brauer-Allee 45
22765 Hamburg
Fon 040 41912821
Fax 040 41912972
Heike.Peper@web.de

Hessen
Landesvorsitzende Else Döring
Am Weißen Stein 11
60431 Frankfurt
Fon 069 515351
Fax 06451 718556
elsedoering@t-online.de

Mecklenburg-Vorpommern
Landesvorsitzende Karen Franz
Rudolf-Breitscheid-Str. 7
23936 Grevesmühlen
Fon 03881 79050
Fax 03881 7589924
Karen.franz@deutschepsychotherapeu-
tenvereinigung-mv.de

Niedersachsen
Landesvorsitzender Wilfried Hauer
Magnitorwall 4
38100 Braunschweig
Fon 05333 1301
(Mi 10.00 – 12.00 Uhr)
Fon 0531 2338192
Fax 0531 6176226
Hauer-Scheiber@t-online.de

**Nordrhein-Westfalen
Nordrhein**
Landesvorsitzende Barbara Lubisch
Schmiedstr. 1
52062 Aachen
Fon 0241 4011539
Fax 0241 5791183
gs-nordrhein@dptv.de

Westfalen-Lippe
Landesvorsitzender Gebhard Hentschel
Neubrückerstr. 60
48143 Münster
Fon 0251 4829061
Fax 0251 4829062
GS-Westfalen-Lippe@dptv.de

Rheinland-Pfalz
Landesvorsitzender Peter Andreas Staub
Bahnhofstr. 65
67251 Freinsheim
Fon 06353 5080573
(i.d.R. tägl. 11.30 – 12.00 Uhr)
peter.a.staub@dptv-rlp.de

Saarland
Landesvorsitzender Bernhard Petersen
Bahnhofstr. 41
66111 Saarbrücken
Fon 0681 9385045
Fax 0681 9385046
Bernhard.Petersen@t-online.de

Sachsen
Landesvorsitzender Dr. Peter Schuster
Goetheallee 20
01309 Dresden
Fon 0351 3140120
Fax 0351 8048415
schuster@dpa.de

Sachsen-Anhalt
Landesvorsitzende Christiane Dittmann
Bahnhofstr. 32
39638 Gardelegen
Fon 03907 739369
Fax 03907 420693
christianedittmann@hotmail.com

Schleswig-Holstein
Landesvorsitzende
Corinna Bestmann-Seidel
Küsterstr. 2
22880 Wedel
Fon 04103 82576
Fax 04103 7458
c.bestmann-seidel@dptv.de

Thüringen
Landesvorsitzende Christiane Rottmayer
Schöne Aussicht 12
98617 Meiningen
Fon 03693 9300045
Fax 03693 9300045
Rottmayer-Meiningen@t-online.de

Vorstand der Delegiertenversammlung
Vorsitzender der DV Michael Ruh
Steinweg 11
35066 Frankenberg
Fon 06451 716700 (9.30 – 11.30 Uhr)
Fax 06451 718556
Michael.Ruh.Praxis@t-online.de

Impressum

Die Zeitschrift „Psychotherapie Aktuell“ hat sich zum Ziel gesetzt, die Anliegen der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in den Mittelpunkt zu stellen. Sie widmet sich regelmäßig aktuellen gesundheitspolitischen und juristischen Themen und gibt praktische Hilfestellung für den Praxisalltag. Sie ist Verbandszeitschrift der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPTV) e.V.

Die Zeitschrift „Psychotherapie Aktuell“ erscheint i. d. R. viermal jährlich. Sonderausgaben sind möglich. Für Mitglieder der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung ist der Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

Verlag und Herausgeber
Deutsche Psychotherapeutenvereinigung
Am Karlsbad 15 · 10785 Berlin
Fon 030 2350090 · Fax 030 23500944
E-Mail bgst@dptv.de – Internet www.dptv.de

Verantwortliche Schriftleitung
Sabine Schäfer (v.i.s.d.P.)
Tobelwasenweg 10 · 73235 Weilheim/Teck
Fon 07023 749147 · Fax 07023 749146
E-Mail SabineSchaefer@dptv.de

Kontaktanschrift der Redaktion
Regine Holtz
Dohlenstr. 36 · 46145 Oberhausen
Fon 0208 6282701 · Fax 0208 6282702
E-Mail psychotherapieaktuell@dptv.de

Anzeigen und Beilagen
Mary Anne Gottwald
Deutsche Psychotherapeutenvereinigung
Bundesgeschäftsstelle
Am Karlsbad 15 · 10785 Berlin
Fon 030 2350090 · Fax 030 23500944
E-Mail anzeigen@psychotherapieaktuell.de

Redaktionsbeirat
Dieter Best, Sabine Schäfer, Carsten Frege,
Mechthild Lahme

Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Fotos wird keine Haftung übernommen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sowie die Darstellung der Ideen sind urheberrechtlich geschützt. Alle Angaben erfolgen nach bestem Wissen, aber ohne Gewähr. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung, auch in Auszügen, ohne schriftliche Einwilligung des Verlages unzulässig.

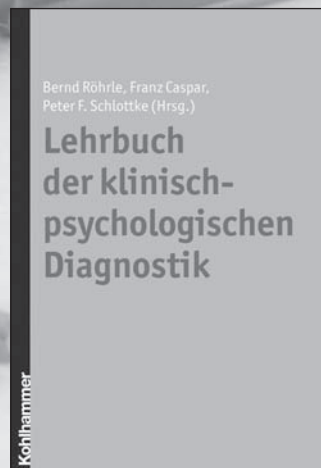
Nachdruck, Aufnahme in Online-Dienste und Internet sowie Vervielfältigung, Einspeicherung oder Verarbeitung der auch in elektronischer Form erscheinenden Beiträge in Datensysteme nur nach vorheriger schriftlicher Zustimmung des Verlages. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten.

Hinweise für Autoren
Ein Informationsblatt zur Manuskriptgestaltung ist über die Kontaktanschrift der Redaktion (s. o.) erhältlich.

Layout
Andreas Klein
Güntzelstraße 24–25 · 10717 Berlin

Druck
Brandt GmbH
Rathausgasse 13 · 53113 Bonn

ISSN 1869-0335



Bernd Röhrle, Franz Caspar,
Peter F. Schlottke (Hrsg.)
Lehrbuch der klinisch-psychologischen Diagnostik
2008. Kohlhammer Verlag
926 Seiten
59,90 € (D)
ISBN/Artikel-Nr: 978-3-17-015017-1

Rezensiert von
Prof. Dr. Johannes Schaller

Warum ein neues Lehrbuch der klinisch-psychologischen Diagnostik? Diese nahe liegende Frage stellt sich der kritische Leser. Auch die Herausgeber fragen dies und versuchen, sowohl im Vorwort als auch auf über 900 imposanten Seiten eine Antwort. Und – um es gleich vorweg zu nehmen – die Antwort ist doch sehr überzeugend gelungen.

Im Gegensatz zum englischsprachigen Bereich „dominieren entweder modellspezifische Publikationen zur Problemanalyse und Fallkonzeptionen oder es wird Spezialwissen für die Diagnostik bestimmter Gruppen bzw. Vorgehensweisen angeboten oder man orientiert sich vornehmlich an der Diagnostik bestimmter therapeutischer Schulen.“ Diese Lücke – so

die Autoren – soll mit diesem Band in insgesamt vier großen Abschnitten geschlossen werden.

In einem theoretischen, von Franz Caspar und Bernd Röhrle verfasstem ersten allgemeinen Teil (S. 11–85) geht es einleitend übersichtlich, knapp und dennoch verständlich um diagnostische Aufgaben und Hintergründe (Kapitel 1), den Prozess der klinisch-psychologischen Diagnostik (Kapitel 2) und Allgemeine Modelle der klinisch-psychologischen Diagnostik (Kapitel 3).

Der zweite (S. 87–272) der insgesamt vier Abschnitte des Buches (Kapitel 4–11) trägt die Überschrift „Diagnostik im Kontext verschiedener therapeutischer Orientierungen“ und bietet in insgesamt acht Kapiteln eine äußerst lesenswerte Zusammenschau verschiedener diagnostischer Ansätze und stellt Instrumente auf dem Hintergrund einzelner Therapieschulen vor. Hierzu konnten die Herausgeber eine Reihe von kompetenten Autoren gewinnen, so dass sich hier aufschlussreiche Ausführungen zu verhaltenstheoretisch orientierten Modellen (Bernd Röhrle), kognitiv orientierter klinisch-psychologischer Diagnostik (Anja Hilbert et al.), zur Plananalyse (Franz Caspar), zur gesprächspsychotherapeutischen Diagnostik (Rainer Sachse), psychoanalytisch orientierten Diagnostik (Bernhard Strauß), Diagnostik dynamischer Systeme (Günter Schiepek et al.) und zur Familiendiagnostik finden. Besonders hervorzuheben ist die Tatsache, dass es den Herausgebern eine Selbstverständlichkeit ist (wie im Vorwort erwähnt), Ressourcendiagnostik (Ulrike Willutzki) in einem gesonderten Kapitel aufzunehmen. Insgesamt ein sehr gelungener Abschnitt, faszinierend diese Synopse

der verschiedenen therapeutischen Denkrichtungen und deren Sicht von Diagnostik – eine Herausforderung für die tägliche psychotherapeutische Arbeit.

Im Mittelpunkt des dritten Abschnitts (S. 273 – 362) stehen in drei Kapiteln Überlegungen zur Klassifikation (Thomas Heidenreich et al.) und Klassifikationssystemen wie ICD und DSM (Thomas Heidenreich et al.), sehr schön auch der Beitrag von Günther Krampen über die Bedeutung und Probleme der Prozessdiagnostik und Veränderungsmessung im Rahmen einer „kontrollierten Praxis“. Abschließend ein Überblick über klinisch-psychologische Erhebungsverfahren (Rolf-Dieter Stieglitz), der zum großen vierten Abschnitt (S. 363–887) überleitet.

In diesem Hauptteil werden in 23 kurzen Texten namhafter Autoren knapp und verständlich verschiedene Störungsbilder vorgestellt, ihre Einordnung in die gängigen Klassifikationssysteme begründet, das prinzipielle diagnostisch-therapeutische Vorgehen erläutert und zudem ein Überblick über gängige Testverfahren gegeben. Dabei wird kein Störungsbereich ausgelassen, es finden sich neben den „klassischen“ Themen (Depressionen, Ängste, Zwänge...) Beiträge zu Neuropsychologischen Störungen, Suizidalität, Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen, Schmerzdiagnostik, Lernstörungen, Dystonie, Tic und Tremor und forensisch-psychologischer Diagnostik u.v.m. Ein umfassendes, detailreiches Kapitel auf dem aktuellen Stand von Wissenschaft und Praxis, das einen raschen Überblick verschafft und zum Nachschlagen einlädt.

In der Heterogenität dieses Abschnitts zeigt sich dann auch das vielleicht einzige Manko dieses Bandes. Durch die vielen Autoren ergibt sich doch eine gewisse Heterogenität in der Struktur der Artikel mit unterschiedlichen Gewichtungen einzelner Bereiche. Hier wäre eine einheitliche Strukturvorgabe von Seiten der Herausgeber vielleicht förderlich gewesen, um den Lehrbuchcharakter noch mehr heraus zu heben.

Insgesamt aber präsentieren die Autoren einen exzellenten Herausgeberband mit einer gut nachvollziehbaren Struktur, einer Fülle von kompetenten Autoren und umfangreichen Literaturverweisen, der den Ansprüchen an ein modernes, fachlich fundiertes und auch praxisrelevantes Lehrbuch mehr als gerecht wird. Die Synthese zwischen Wissenschaftlichkeit und Praxis gelingt auf eine überzeugende Art und Weise, so dass sich das Werk durchaus zum Standardwerk im Bereich klinisch-psychologischer Diagnostik entwickeln kann.

Daher ist dem Klappentext und seinem Anspruch nur zuzustimmen. Der Band ist nicht nur zum Nachschlagen und Wiedererinnern für die tägliche klinisch-psychologische Arbeit wertvoll, sondern auch für die Ausbildung im klinisch-psychologischen Bereich an Hochschulen und Therapieausbildungsinstituten unverzichtbar. Insgesamt bleibt zu hoffen, dass diese Art von Lehrbuch mit seinem integrativen Ansatz auch in anderen psychologischen Anwendungsbereichen noch mehr Nachahmer findet. Sehr beachtenswert! ■



Gerhard Zarbock
Praxisbuch Verhaltenstherapie. Grundlagen und Anwendungen biografisch-systemischer Verhaltenstherapie

2008, Pabst
484 Seiten
29,90 € (D)
ISBN 978-3-89967-471-2

Rezensioniert von Dr. Alessandro Cavicchioli

Gerhard Zarbock ist ein erfahrener Psychotherapeut, Ausbilder, Supervisor und Gutachter. Er betont weiterhin, dass ihm eine wissenschaftliche Fundierung wichtig sei. Von diesen Eigenschaften profitiert offensichtlich dieses Buch.

Vom Basiswissen aus dem Studium über bewährte Techniken bis zu neueren Entwicklungen in der Verhaltenstherapie. Zarbock scheint tatsächlich seinen Erfahrungsschatz in vermittelbaren Buchstaben übersetzen zu wollen. Es gelingt ihm meiner Meinung nach wirklich gut, was nicht selbstverständlich ist. Jemand der viel Wissen und Erfahrung hat, muss dies auch vermitteln können.

So wird nach einleitenden Abschnitten im Kapitel biographische Analyse (Kap. 3) kurz, aber nicht zu knapp dargestellt, welche Sichtweisen einem Therapeuten helfen können, den Patienten besser zu verstehen und ihm eine Änderung bzw. Akzeptanz von Teilen des status quo zu ermöglichen. Durch die Schwerpunktsetzung erhebt er nicht den Anspruch auf Vollständigkeit, nennt jedoch die aus seiner Sicht wichtigen Variablen beim Namen: Pläne, Kognitionen, Persönlichkeitsstile, Genetik, Grundbedürfnisse, Verhaltensdefizite und -exzesse, Big Five usw. Systemische Gesichtspunkte ergänzen diese Darstellung. Dabei werden wichtige Hinweise (nicht nur für die PiAs) für die Antragsstellung gegeben.

Im Kapitel 4 wird auf feinfühligste Art und Weise die Beziehungsgestaltung in der Psychotherapie beschrieben und mögliche Fallen werden aufgezeigt. Die konkreten Beispiele helfen bei der Veranschaulichung der Lösungsvorschläge.

Das Thema Motivation wird im darauffolgenden Abschnitt unter die Lupe genommen. Hier wird deutlich, dass Linehan für Zarbock einen nicht unwesentlichen Einfluss in seinem beruflichen Werdegang gehabt haben muss. Unter anderem wird der Widerstand des Patienten in der Therapie analysiert und Möglichkeiten aufgezeigt, wie der Therapeut damit umgehen kann.

Verhaltensanalyse, noch besser: das individuelle Störungsmodell empfehle ich nicht nur den PiAs, sondern durchaus auch erfahrenen Kolleginnen und Kollegen zur Erweiterung der Kompetenzen bei der Antragsstellung zu diesem Punkt. Besonders anschaulich sind hierbei die störungsspezifischen

Teufelskreise. Dieses Thema wird so entwickelt, dass wertvolle Hinweise die Antragsstellung erleichtern.

Im 7. Kapitel, Therapieziele, wird das Spannungsfeld der Zieldefinition beschrieben. Wieder so knapp, wie nötig, werden die aus der Sicht des Verfassers wichtigen Themenkomplexe mit hilfreichen Beispielen entwickelt.

Nachdem das „Was“ angesprochen wurde, widmet sich Zarbock dem „Wie“, die Therapieplanung. Und dies wird sehr ausführlich behandelt. Die Reihenfolge der Ziele, die Adaptation an den Therapieprozess, die Therapiephasen, Rückfallprofilaxe usw. stellen wichtige Schwerpunkte dar.

Der Teilabschnitt über Medikamente erzeugte bei mir einige kritische Fragen. Gerade die Nennung der Preise mit dem Anspruch einer wirtschaftlichen Behandlung ist für mich als Psychotherapeut (und nicht als Gutachter) zumindest kritikwürdig. Ist es das Medikament der ersten Wahl, dann muss es auch verordnet werden. Auch der Einsatz von Benzodiazepinen bei Angst- und Zwangsstörung wird vom Autor in bestimmten Situationen als angemessen angesehen. Da können Meinungen auseinander gehen. Die Darstellung ist darüberhinaus insgesamt sehr praktisch orientiert und gibt dem Leser die Möglichkeit, Handlungsanweisungen zu entwickeln.

Eine Perle stellt aus meiner Sicht der Teil über den Erstkontakt und die probatorische Phase dar. Der Autor beschreibt sehr detailliert, was der Therapeut wann während dieses Abschnitts sinnvollerweise abklären könnte.

Es sei hier erwähnt, dass als Anhang eine Vielzahl von praktischen Frage-

bögen und Listen beigelegt wurde, die zum Teil während der Probatorik eingesetzt werden können.

Das Durchlesen des Kapitels über Therapiedurchführung, ad hoc Heuristiken und schwierige Therapiesituationen kann auch für den erfahrenen Kollegen sehr hilfreich sein. Ausgehend von der Arbeit von Grawe leitet Zarbock verschiedene therapeutisch relevante Elemente (ad hoc Heuristiken) ab: Therapie als Bindungserfahrung, Annäherungspriming (mache es dem Patienten leichter), Konfrontation nur nach Ressourcenaktivierung, Veränderung durch Emotionen, positive Gesamtbilanz, Sicherung des Transfer, Wiederholungen. Wie strukturierst du die Therapiesitzungen, Spannungsfeld der Ziel- bzw. Prozessorientierung? Diese Themen werden praxisnah aufgegriffen.

Der Umgang mit traumatisierten Patienten, der Umgang mit suizidalen Patienten, die Analyse von Interaktionsproblemen bzw. Therapeutenproblemen und die Frage, unter welchen Umständen eine Therapie nicht zu einem Erfolg führt und wie damit umzugehen ist, stellen vertiefende Einheiten dar, die nicht nur für erfahrene Kollegen interessant sein könnten.

Und dann geht es im letzten Teil weiter in die Tiefe. Der Autor beschreibt sehr ausführlich verschiedene Basistechniken, wie z.B. achtsamer Kontakt, explorieren, biographische Validierung, Echtheit, nonverbale Kommunikationstechniken, Psychoedukation, Mikroanalysen, Rollenspiele, SKT usw. Immer wieder detailreich und mit entsprechenden Therapiesequenzen bespickt.

Vielleicht wird der eine oder andere

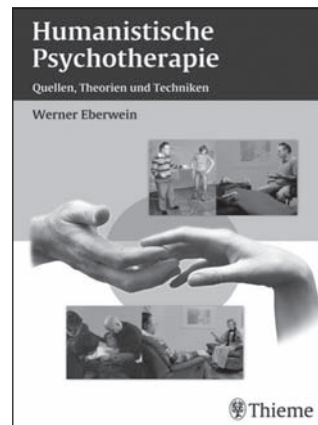
Therapeut sich an die Hervorhebungen in diesem Buch stören (im Text: fett). Einem Kollegen in Ausbildung bzw. zu Beginn seiner Tätigkeit als PP/KJP mag dies die Lektüre erleichtern, einem erfahrenen Kollegen helfen, die für ihn relevanten Stellen schneller zu finden.

Fazit: Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der praktischen Ausbildung werden dort abgeholt, wo sie sich gemäß ihres Curriculums befinden (sollten). Ich werde dieses Buch meinen Kolleginnen und Kollegen in Ausbildung gerne empfehlen.

Auch erfahrene Kollegen können für schwierige Situationen die eine oder andere Empfehlung umsetzen. Dies mag daran liegen, dass eine weitere Perspektive aufgezeigt wird, ein anderer Blickwinkel. Nicht dass diese Sichtweise grundsätzlich neu wäre. Bereits Guidano und Liotti z.B. haben vor etlichen Jahren in ihren Publikationen Verhaltenstherapie, systemische Therapie und eine psychoanalytisch-biographische Sichtweise vorgeschlagen. Ähnliche Themen und doch unterschiedliche Schwerpunkte. Insgesamt stellt die Darstellung des Kollegen Zarbock nicht eine Wiederholung des bereits Gesagten dar, sondern lässt sich meiner Meinung nach als eine sehr persönliche (das Ganze ist eben mehr als die Summe seiner Teile), fachlich fundierte und praktisch orientierte Sichtweise des therapeutischen Handelns beschreiben. Das macht dieses Buch besonders wertvoll, Danke, noch mehr davon! ■

 **Aktuelle
Rezensions-
angebote**

Unsere aktuellen Rezensionsangebote finden Sie im Internet unter www.dptv.de.



Werner Eberwein

Humanistische Psychotherapie Quellen, Theorien und Techniken

2009, Thieme-Verlag

232 Seiten, 69 Abbildungen, kart.

29,95 € (D)

ISBN: 9783131439215

Rezensiert von

Prof. Dr. Dirk Revenstorf

Der Humanistischen Psychotherapie gehört die Zukunft, da sie auf einem positiven Menschenbild beruht, ohne dass der Umgang mit Menschen zu einer Hülse wird. Die knappe und übersichtliche Einführung von Werner Eberwein in dieses lohnende und komplexe Tätigkeitsfeld trägt die wesentlichen Gedanken, Modelle und theoretischen Voraussetzungen sowie die praktischen Vorgehensweisen auf diesem Gebiet zusammen und stellt sie in gut verständlicher Form auf dem neuesten Wissensstand dar.

Die Humanistische Psychotherapie und Psychologie hat sich immer in der Philosophie westlicher und östlicher Traditionen verankert gesehen und diesem Gesichtspunkt wird der Autor in seinem geschichtlichen Überblick und seinen theoretischen Ausführungen gerecht. Aber auch die Darstellung der Psychopathologie und der Salutogenese, der Bindungs-

theorie und der strukturellen Störungen ist einheitlich aufeinander bezogen und in transparenter Weise gelungen. Mit der Diskussion der therapeutischen Beziehung inklusive der Regelung von Distanz und Übertragungsphänomenen sowie der Darstellung der Psychodynamik emotionaler Prozesse wird das Bild einer ganzheitlichen Darstellung menschlichen Denkens, Verhaltens und Fühlens einleuchtend begründet und sowohl durch eine tiefenpsychologische Sichtweise wie eine Humanistische Perspektive verständlich.

Im Anschluss an die theoretische Einbettung nimmt der Autor dann eine Einteilung in die wichtigsten Humanistischen Therapieformen vor, dabei werden die Gesprächstherapie ebenso wie die Körpertherapie und die Gestalttherapie in ihren wichtigsten Verfahren der Behandlung und Diagnostik beschrieben und aufeinander bezogen. Hinzu kommt die Hypnotherapie, die vom Autor folgerichtig mit ihrem humanistischen Ansprüchen ebenso wie das Psychodrama gesehen wird. Das Buch wird abgerundet durch die Darstellung neuerer dynamischer Ansätze wie der provokativen Therapie von Farrelly der psychodynamischen Kurzzeittherapie von Davanloo und der schon bekannten Primärtherapie von Janov.

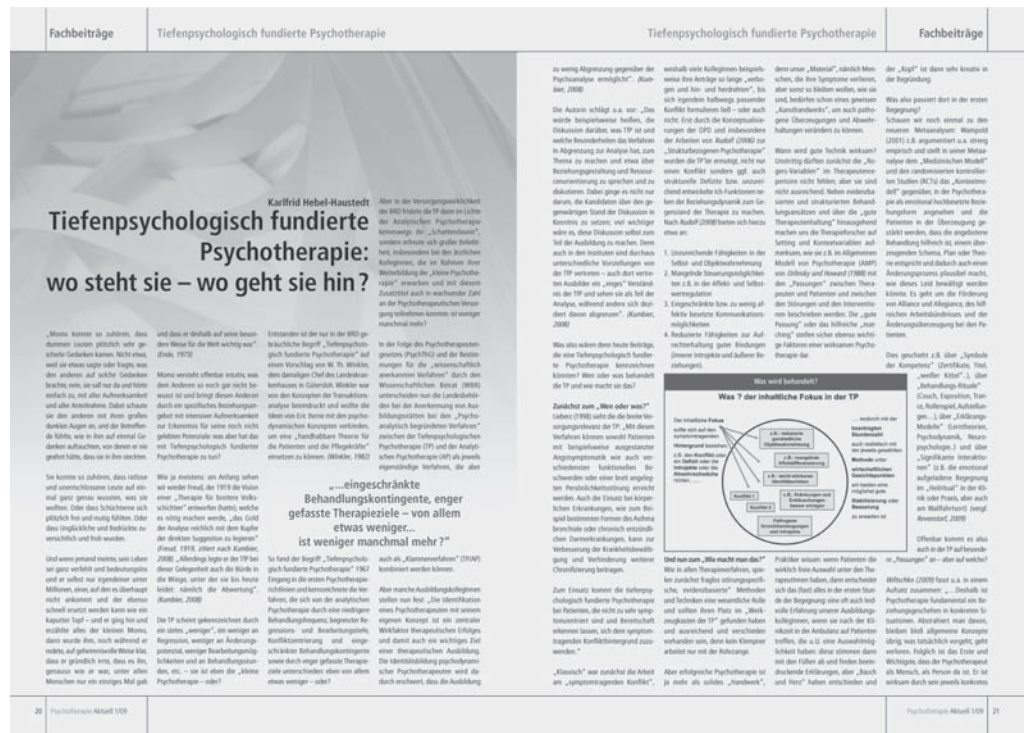
Das Buch besticht durch Klarheit und ist auch durch die zahlreichen Abbildungen trotz der komplexen Materie leicht lesbar. Eine gelungene Synthese verschiedenartiger Denkansätze und Handlungsmodelle, die alle den gemeinsamen Nenner Humanistische Psychotherapie verdienen. Es gibt wohl kaum ein vergleichbares Buch, indem so wesentliche Bestandteile aus unterschiedlichen Wissensbereichen zu einem homogenen Therapiekonzept zusammengeführt werden. ■

Leserbrief zum Beitrag von Karlfried Hebel-Haustedt „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie: wo steht sie – wo geht sie hin?“ in: Psychotherapie Aktuell 1.2009

Sehr geehrte Damen und Herren, Sehr geehrter Herr Hebel-Haustedt,

die Sichtweise von Ihnen, Herr Hebel-Haustedt, auf die TfP ist sehr interessant und auch, sich auf diese Weise mit der TfP zu beschäftigen, hat was. Gerne würde ich etwas ergänzen: Bei einer solchen Auseinandersetzung mit diesem Thema besteht die Gefahr, dass der Artikel auch so interpretiert werden kann, das die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie eben auch nur innerhalb eines deutlichen inhaltlichen Fokus angewendet werden könnte oder nur dann ihre Wirksamkeit hätte. In der Praxis ist das aber durchaus nicht der Fall. Auch wenn es in den Psychotherapierichtlinien entsprechende Vorgaben gibt, gibt es meines Wissens bisher keine wissenschaftlichen Untersuchungen, die eine solche Unterscheidung rechtfertigen könnten. Aus meiner Praxis kann ich sagen, dass Behandlungen mit der TfP durchaus auch Sinn machen können, wenn ein Grundkonflikt vorliegt und es keinen besonderen Fokus gibt. Die methodenübergreifende Psychotherapieforschung bestätigt dabei eher, dass die in den Psychotherapierichtlinien angenommenen Differenzierungen an Hand der Psychotherapieverfahren eher nicht zutreffen.

Auch wäre ein Blick über die Grenze Deutschlands hinaus sehr wünschenswert. Der Begriff tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ist



im Ausland praktisch gar nicht bekannt. Hier wird in der Regel allgemein von psychodynamischen Verfahren gesprochen. Auch die psychoanalytische Psychotherapie gehört hier zu den psychodynamischen Verfahren. Die Sonderstellung in Deutschland und die Versuche, in Deutschland eine deutliche Trennung und einen deutlichen Unterschied zwischen psychoanalytischer Psychotherapie und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie bzw. anderen psychodynamischen Verfahren zu finden, ist eher auf die Sonderstellung zurückzuführen, die Psychoanalytiker in Deutschland einnehmen und Angst vor einer „Verwässerung“ der Psychoanalyse haben.

Zumindest einige der vom Autor als typische tiefenpsychologisch fundierte Interventionsmöglichkeiten und

Sichtweisen gab es z.B. schon bei Sandor Ferenczi. Die TfP ließe sich so auch als eines der Psychotherapieverfahren sehen, dass sich sehr konsequent aus der Psychoanalyse entwickelt hat, und insofern eine Weiterentwicklung der Psychoanalyse ist und keine Rückentwicklung oder abge-speckte Version, wenn vielleicht ursprünglich auch so gesehen! Gleichzeitig behält auch die Psychoanalyse mit Sicherheit ihre Berechtigung - als eine der wirklich wichtigen Grundlagen aller psychodynamischen Verfahren und für eine bestimmte Form der Selbsterfahrung und Psychotherapie. Eine allgemeine Vormachtstellung bzw. eine Unterteilung und Spaltung, wie sie bisher oder ursprünglich in den Psychotherapieverfahren vorgenommen wurde, haben im Grunde schon jetzt in der Praxis immer wieder keine besondere Relevanz mehr.

Mit freundlichem Gruß Sebastian Rühl Per E-Mail

Schreiben Sie uns!
In Psychotherapie Aktuell sollen auch Ihre Ideen und Meinungen mit einfließen.
Wir freuen uns über Ihre Anregungen, Leserbriefe und Artikel!
PsychotherapieAktuell@dptv.de

Die Zukunft ?



Psychotherapie-Hotline
0180 0815

Hallo, dies ist die Psychotherapie-Hotline.

Wenn Sie eine Zwangserkrankung haben, drücken Sie bitte wiederholt die 1.

Wenn Sie unsicher-dependent sind, bitten Sie jemanden, die 2 zu drücken.

Haben Sie eine gesplante Persönlichkeit, drücken Sie bitte die 3, 4 und 5.

Wenn Sie paranoid sind, wissen wir schon, wer Sie sind und was Sie wollen.
Bleiben Sie einfach am Apparat, damit wir Ihren Anruf zurückverfolgen können.

Wenn Sie schizophren sind, hören Sie bitte aufmerksam zu. Eine kleine Stimme wird
Ihnen sagen, welche Nummer Sie drücken müssen.

Sind Sie depressiv, so spielt es keine Rolle, welche Taste Sie drücken. Es
wird sowieso niemand auf Ihren Anruf reagieren.

In einem größeren Haus hat sich der junge Psychoanalytiker im 1. Stock niedergelassen. Im 5. Stock hat ein älterer Kollege seine Praxis. Der läuft beschwingt und munter jeden Abend nach acht Stunden Therapie die Treppe runter während der junge Kollege abends immer fix und fertig ist. Eines Abends nimmt er allen Mut zusammen und fragt den alten Herrn: „Guten Abend, Herr Kollege, entschuldigen Sie, wenn ich Sie anspreche, aber ich wundere mich immer wieder darüber, wie munter Sie am Ende des Arbeitstages sind; gar nicht so erschöpft wie ich. Wie machen Sie das bloß?“ Da hält der ältere Psychoanalytiker die Hand ans Ohr und sagt: „Hä....?“

Eingesandt von M. von Manteuffel



**Schreiben
Sie uns!**

Wir wünschen uns Humorvolles aus
und für den Praxisalltag.

Der Abdruck Ihres Witzes wird mit
einer kleinen Überraschung belohnt.
Wir freuen uns über Ihre Zuschriften.

PsychotherapieAktuell@dptv.de

Zwei Analytiker treffen sich immer morgens im Aufzug. Der Große spuckt dabei dem Kleinen jedes Mal auf die Glatze. Als der Kleine mal alleine fährt, fragt ihn der Fahrstuhlführer „Warum lassen Sie sich das denn gefallen?“ „Wieso?“ antwortet der Kleine, „Das ist doch dem sein Problem.“

Eingesandt von Miliane Molsen

Qualitätsmanagement für Ihre Praxis

Für alle Kolleginnen und Kollegen die Ihr **QM-Praxishandbuch (QM-H)** einfach und unkompliziert als Papierversion erstellen möchten, erscheint neu von der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung ein QM-H, das die Mindestanforderungen der Qualitätsmanagementrichtlinie des G-BA erfüllt.

Darin finden Sie zugeschnitten auf eine Einzelpraxis ohne Mitarbeiter:

- Bearbeitungsvorschläge für ca. 33 QEP®-Kernziele¹
- Beispielprozessbeschreibungen, die
 - *einfach individualisiert* und/oder
 - *einfach übernommen* werden können

Wir bieten Ihnen das QM-Praxishandbuch im praktischen Ordner mit farbigen Taben komplett sortiert an.

Bei Bestellung bis zum 30.09.2009 erhalten Sie das Handbuch zum einmaligen Subskriptionspreis* von

39,90 €

*Sichern Sie sich Ihr Exemplar per E-Mail unter bgst@dptv.de, per Fax unter 030/235 009 44 bis einschließlich 30.09.2009.

Wenn Sie eine größere Praxis führen, umfangreichere Veränderungen und Erweiterungen in unsere (Muster-) Ablaufbeschreibungen einfügen und weitere Kernziele bearbeiten möchten, empfehlen wir auf die digitale Bearbeitung mit Hilfe unserer QEP®-Material-CD zurückzugreifen.



¹Die Definition der QEP®-Qualitätsziele basiert auf den Kriterien des QEP®-Qualitätszielkatalogs der KBV von 2005.

Steuern Strategie Erfolg im Gesundheitswesen

Beratung vom Konzept
bis zur Umsetzung

ETL

 **ADVISION**[®]

Steuern und Strategie für Psychotherapeuten

GUTSCHEIN*

Exklusiv für Leser der
„Psychotherapie Aktuell“

Betriebswirtschaftliche Erstberatung durch einen ADVISION-Steuerberater

Steuerliche und betriebswirtschaftliche Beratung für
Psychotherapeuten an über 140 Standorten bundes-
weit. Gerne vermitteln wir Ihnen einen ADVISION-
Steuerberater in Ihrer Nähe.

 **ADVISION**

Telefon: (030) 22 64 12 15

Fax: (030) 22 64 12 35

advision@etl.de

*Gültig bis 31. Dezember 2009

Bitte senden Sie diesen Gutschein per Post oder Fax (030/22 64 12 35)
an die ADVISION Berlin oder rufen Sie uns an (030/22 64 12 15)



www.ADVISION.de