

Verankerung und Veränderung der psychotherapeutischen Versorgung seit dem Psychotherapeutengesetz – aktueller Stand und Ausblick

Rüdiger Nübling¹

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Zusammenfassung: Ausgehend von einer Skizze der Lage der Psychotherapie vor dem Psychotherapeutengesetz wird auf die aktuelle und künftige Versorgungssituation eingegangen. Dabei wird die Gleichstellung mit den anderen Heilberufen und die Chancen der in diesem Kontext unausweichlichen und notwendigen Verkammerung der Psychotherapeuten für die Versorgung diskutiert. Darüber hinaus wird eine systematische psychotherapeutische Versorgungsforschung (unter Initiative der Kammern) angemahnt. Der Autor stellt abschließend 13 Thesen zur (künftigen) psychotherapeutischen Versorgung zu Diskussion.

Einleitung

Dieser Beitrag befasst sich mit der Verankerung und Veränderung der psychotherapeutischen Versorgung seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes. Er ist aus der Sicht eines wissenschaftlichen Referenten einer Landespsychotherapeutenkammer geschrieben und ist insofern „parteiisch“ bzw. von den aktuellen (kammer-)politischen Diskussionen geprägt. Zum anderen ist der Beitrag aus der Sicht eines langjährig im Rahmen der Programmevaluationsforschung v. a. der Psychosomatischen Rehabilitation tätigen Wissenschaftlers verfasst, der sich mit methodologischen Fragen anwendungsbezogener Forschung, mit Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement, (stationären) Behandlungskonzepten und v. a. den Behandlungsergebnissen, auch unter gesundheitsökonomischer Perspektive befasst hat. Der Beitrag fokussiert eine persönliche Sichtweise, er versteht sich als Diskussionsbeitrag, der nicht den Anspruch erhebt, die Lage der Psychotherapie in

Deutschland allumfassend zu skizzieren. Er beleuchtet deshalb bewusst einzelne, dem Autor wichtig erscheinende Facetten und lässt dementsprechend selbstverständlich auch vieles aus, was ebenfalls zum Thema gehören würde. Er lädt deshalb auch ein zur kritischen Stellungnahme und vor allem zur Diskussion um die Zukunft der Psychotherapie.

Stand der Psychotherapie vor 1999

Bis 1999 war die Lage der Psychotherapie unübersichtlich und von mangelnder Absicherung geprägt. Zwar war sie nach der Studie von Dührssen (1962) zu einer Kassenleistung geworden, die damit auch nichtprivilegierten bzw. finanziell schwächeren Patienten die Möglichkeit zu einer ambulanten Psychotherapie eröffnete, aber eine „gesicherte“ Versorgung psychotherapiebedürftiger Patienten durch psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und

Jugendlichenpsychotherapeuten existierte nur über den Umweg der ärztlichen Psychotherapeuten im so genannten Delegationsverfahren, das immer die Gesamtverantwortung der Therapie beim Arzt beließ und die psychologische Psychotherapie zu einem abhängigen Assistenzberuf machte. Eine direkte Abrechnungsmöglichkeit mit Krankenkassen bestand nur im Rahmen der Kostenerstattung (die auch nur dann erfolgen konnte, wenn die Sicherstellung über KV-zugelassene Delegationspsychologen nicht gewährleistet werden konnte) sowie der Sondervereinbarung, die der Berufsverband Deutscher Psychologen (BDP) mit der psychotherapiefreundlichen Techniker Krankenkasse getroffen hatte (sog. „TK-Regelung“). Die Versorgung durch ärztliche Psychotherapeuten wurde dabei nur zu einem geringeren Teil von qualifizierteren, eine fundierte Ausbildung vorweisenden Therapeuten (vor allem von Psychoanalytikern) gewährleistet. Der Stand der meist gut (in Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie und weiteren humanistischen Verfahren oder Systemischer Therapie) ausgebildeten Psychologischen Psychotherapeuten

¹ Für hilfreiche und konstruktive Anregungen/Diskussionen ist der Verfasser folgenden Kollegen/Gutachtern zu Dank verpflichtet: Dr. Jürgen Schmidt (Stuttgart), Dr. Heiner Vogel (Würzburg), Dr. Matthias Ochs (Wiesbaden), Mareke de Brito Santos-Dodt (Heidelberg), Hans Metsch (Gerlingen), Trudi Raymann (Stuttgart) sowie einem unbekanntem Gutachter (Berlin).

(und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) war also alles andere als befriedigend, die Situation psychotherapiebedürftiger Patienten ebenso.

Demgegenüber hatte sich im stationären Bereich, v. a. im Rahmen der sogenannten „Psychosomatischen Rehabilitation“ eine durch Rentenversicherungsträger und Krankenkassen finanzierte psychotherapeutische Versorgung aufgebaut, die schon vor 1999 als ausgesprochen gut bezeichnet werden konnte. Aber auch hier spielte die Psychotherapie durch Diplom-Psychologen, zumindest in den seinerzeit noch überwiegend psychoanalytisch ausgerichteten Kliniken, eine eher untergeordnete Rolle, der Anteil von Psychologen gegenüber Ärzten war in den allermeisten Kliniken mehr als dürftig. Einzig die VT-Kliniken, die allerdings noch in deutlicher Minderheit waren, realisierten bereits früh eine paritätische Besetzung von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, sogar in der Klinikleitung.

Stationäre psychotherapeutische Versorgung fand daneben statt in den – wiederum ärztlich dominierten – Psychosomatischen Universitätsabteilungen sowie in den psychiatrischen (Landes-)Krankenhäusern. Ambulante Psychotherapie wurde auch geleistet in psychotherapeutischen Ambulanzen sowie in psychosozialen Beratungsstellen, in denen neben Diplom-Psychologen auch ganz unterschiedliche weitere Professionen arbeiteten (zur Situation der ambulanten Versorgung vor dem PsychThG vgl. Vogel, 1996).

Seit dem ersten Referentenentwurf 1978, der auf der Grundlage der Psychiatrie-Enquete entstanden war, wurde um ein Psychotherapeutengesetz gerungen, das wohl bei etwas einheitlicherem Vorgehen der unterschiedlichen Schulen und Verbände schon sehr viel früher hätte realisiert werden können. Die spätere Gesundheitsministerin (und Psychologin) Ursula Lehr hatte in der Folge der etwas unübersichtlichen Situation das „Forschungsgutachten zum Psychotherapeutengesetz“ vergeben, das unter Mitwirkung von Klaus Grawe sowie des heutigen BPTK-Präsidenten Rainer Richter 1991 erstellt wurde (Meyer, Richter, Grawe, Schulenburg & Schulte, 1991).

Dieses legte im Ergebnis ein Psychotherapeutengesetz nahe, das die Leistungen psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in das System der Gesetzlichen Sozialversicherung integrierte. Es dauerte weitere 8 Jahre, bis das Psychotherapeutengesetz (PsychThG) dann – endlich – Realität wurde (vgl. z. B. Best, 2008).

Aktuelle Versorgungslage

Mit dem am 16. Juni 1998 im Bundesgesetzblatt verkündeten und am 1. Januar 1999 in Kraft getretenen Psychotherapeutengesetz (PsychThG) wurden zwei neue Heilberufe geschaffen, nach dem Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erstmals weitgehend unabhängig von Ärzten im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung Patienten behandeln konnten. Sie wurden auch erstmals eigenständig in das kassenärztliche Vergütungssystem eingebunden, indem sie Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen wurden. Dies hatte eine weitgehende Existenzsicherung v. a. der niedergelassenen Kollegen zur Folge. Aber auch im Bereich der angestellten Psychotherapeuten, z. B. in der Rehabilitation, führte das PsychThG, zwar nicht so umfassend wie im Bereich der Niedergelassenen, aber doch zu einer deutlichen Stärkung der Position der Psychotherapie, sowohl in den somatischen als auch insbesondere in den psychischen Indikationsbereichen. So wurden z. B. psychotherapeutische Leistungen durch Psychologische Psychotherapeuten (PP) in der für Reha-Kliniken verbindlichen Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL; DRV Bund, 2007) aufgenommen.

Mit dem PsychThG wurde eine deutliche Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Menschen eingeleitet. Der Zugang zur Psychotherapie wurde verbessert und – ebenfalls wichtig für die Qualität der Versorgung – der Titel bzw. die Bezeichnung „Psychotherapeut“ bzw. „Psychotherapeutin“ wurde gesetzlich geschützt (§ 1 Abs. 1 PsychThG), was qualifizierte Psychotherapie abgrenzt gegenüber dem weiten und bunten Strauß der selbsternannten und/oder sich auf mangelhafte

Ausbildung stützenden „Psychotherapeuten“ (allerdings auch um den fraglichen Preis des Ausschlusses qualifizierter Psychotherapeuten, die nicht in einem Richtlinienverfahren ausgebildet waren, z. B. in Gesprächspsychotherapie, systemischer Therapie, Transaktionsanalyse, Bioenergetik u. a.). Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wurden Ärzten, Zahnärzten oder Apothekern gleichgestellt. Durch die Verkammerung wurde der Berufsstand abgesichert, die Kammern sorgen seitdem für die Überprüfung und Einhaltung der Standards in Fort- und Weiterbildung sowie auch der Qualitätssicherung der durchgeführten Behandlungen. Verpflichtende Berufsordnungen definierten die Grundsätze einer qualitativ hochstehenden Psychotherapie bzw. der Vertreter ihrer Profession und die Einführung der Berufsgerichtsbarkeit dient dem Schutz vor allem der Patienten, aber auch der Therapeuten. Die Verkammerung bedeutet Selbstverwaltung eines (freien) Heilberufes gegenüber der Alternative einer externen staatlichen Kontrolle. Darüber hinaus haben die Psychotherapeutenkammern (als Hauptansprechpartner) dazu beigetragen, dass sich die Psychotherapie im Rahmen der Gesundheitspolitik einen bedeutenden und kontinuierlich steigenden Stellenwert erarbeitet hat. So gesehen hat das PsychThG, also der Gesetzgeber erreicht, was die – vor 1999 z. T. heillos zerstrittenen – Verbände so niemals geschafft hätten: durch die Verkammerung sprechen die Psychotherapeuten mit einer einheitlicheren Stimme (sie müssen das tun) und dies stärkt die Psychotherapie insgesamt, sie ist damit deutlich besser in der politischen Entscheidungsfindung vertreten!

Mit dem PsychThG wurde die Psychotherapie auch in die vertragsärztliche Bedarfsplanung integriert, die für diesen Bereich weitgehend die 1999 (nach Einschluss der PP und KJP) vorhandenen Versorgungslage festschrieb. Die seinerzeit definierte (und noch heute gültige) Grundlage für die Bedarfsplanung, die Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (aktuelle Fassung: G-BA, 2009) sieht vor, dass die Relation Einwohner zu Psychotherapeuten (wie die aller anderen „Arztgruppen“) nach insgesamt 10 so ge-

nannter „Raumgliederungstypen“ (von „Kernstädten“ und „hochverdichteten Kreisen“ bis hin zu „ländlichen Regionen“) errechnet wird. Für die Psychotherapie wurde die Relation entsprechend dem Stand der Versorgung 1999 auf 2.577:1 („Kernstädte“) bis 23.106:1 („ländliche Kreise“) angesetzt. Die Spannbreite der Relationen ist dabei deutlich größer als in den anderen Arztgruppen. Der aus dem Vergleich dieser Relation mit der tatsächlichen Versorgung ermittelte Grad der Über- oder Unterversorgung in den entsprechenden Städten und Kreisen führte schon kurz nach 1999 zur Sperrung vieler Zulassungsbezirke. Vor allem in Ballungsgebieten, in denen psychotherapeutische Ausbildungsinstitute ansässig waren, ergaben sich – auch heute noch – Werte von mehreren 100% Überversorgung. Die Bedarfsplanung ist aus heutiger Sicht allerdings überholt, weil sie a) nicht dem tatsächlichen epidemiologischen Bedarf entspricht und b) ein – epidemiologisch nicht nachweisbarer – Unterschied in der Häufigkeit psychischer Erkrankungen in Stadt- und Landbevölkerung angenommen wird.

Schulz, Barghaan, Harfst und Koch (2008) halten als Fazit ihrer Analyse der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland fest, dass eine „vielfältige und differenzierte Versorgungsstruktur im ambulanten und stationären Bereich mit einer erheblichen Versorgungskapazität“ (S. 34) existiert und dass diese in den letzten beiden Jahrzehnten deutlich ausgebaut wurde. Im internationalen Vergleich sei sowohl im stationären (Krankenhäuser, Kliniken), als auch im teilstationären (Tageskliniken) und ambulanten (Praxen, Ambulanzen, Beratungsstellen) Bereich ein besonders dicht ausgebautes System der psychotherapeutischen Versorgung verfügbar (S. 7). Diese Entwicklung hängt sicher nicht alleine mit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes zusammen, geht mit diesem aber parallel einher. Beigetragen haben hierzu auch epidemiologische Studien (u. a. Jacobi, Klose & Wittchen, 2004; Jacobi, 2009, Wittchen & Jacobi, 2001, 2006; Ravens-Sieberer, Wille, Bettge & Erhart, 2007) sowie Gesundheitsberichte diverser Krankenkassen (z. B. Barmer Ersatzkasse, 2009; BKK Bundesverband, 2008; Gmünder Ersatzkasse, 2007; Tech-

niker Krankenkasse, 2009), die immer deutlicher auf die enorme ökonomische Bedeutung psychischer Erkrankungen vor allem im Arbeitsleben hingewiesen haben. Europaweit verursachen psychische Erkrankungen nach aktuellen Schätzungen (Wittchen & Jacobi, 2005, 2006) jährliche Kosten von circa 300 Milliarden Euro, wobei der Hauptteil durch indirekte Kosten wie krankheitsbedingte Fehltagelose oder den früheren Eintritt ins Rentenalter bedingt sind. Inzwischen werden angesichts dieser Zahlen psychische Erkrankungen seitens der Kosten-/Leistungssträger in der Gesundheitsversorgung stärker wahrgenommen und es wächst die Bereitschaft, die entsprechenden Behandlungskosten zu finanzieren.

In Anlehnung an den 2008 innerhalb der Gesundheitsberichterstattung erschienenen Band zur psychotherapeutischen Versorgung (Schulz et al., 2008) kann die aktuelle Versorgungssituation zahlenmäßig wie folgt skizziert werden:

- Die ambulante Versorgung wird zu einem großen Teil von niedergelassenen Psychotherapeuten geleistet. Insgesamt sind (Stand 2004) ca. 12.500 Psychologische und ca. 3.750 ärztliche Psychotherapeuten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung tätig. Darüber hinaus ca. 2.500 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie ca. 500 Kinder- und Jugendpsychiater. Bei einer durchschnittlichen Fallstunden-dauer von 78 Stunden im Bereich der Erwachsenenpsychotherapie (Löcherbach et al., 2000) bzw. ca. 40 Stunden (Minimum) im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Nübling, Reisch & Raymann, 2006) werden so jährlich ca. 300.000 Patienten behandelt. Ein weiterer größerer Teil (ca. 180.000 Patienten) wird in Ambulanzen (Institutsambulanzen psychiatrischer Kliniken, Hochschulambulanzen sowie Ambulanzen der Ausbildungsinstitute) diagnostisch und psychotherapeutisch versorgt. Eine ebenfalls substantielle psychotherapeutische Versorgung wird im Bereich der Beratungsstellen sowie im Bereich der Tageskliniken geleistet. Nach Menne (2009) wurden 2008 in Beratungsstellen ca. 310.000 Beratungs-

fälle abgeschlossen, wovon ca. 15%, entsprechend ca. 46.000 im engeren Sinne der psychotherapeutischen Versorgung zugerechnet werden können. Weitere ca. 45.000 Behandlungsfälle sind dem Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Tageskliniken zuzuordnen. Insgesamt ergeben sich für den ambulanten Versorgungssektor ca. 560.000 Behandlungsfälle jährlich, wobei nicht einbezogen ist, dass ein Teil der Patienten innerhalb eines Jahres mehrere Bereiche durchläuft (vgl. Tab. 1).

- Die stationäre psychotherapeutische Versorgung teilt sich im Wesentlichen auf in den Bereich der Krankenhausbehandlung und den Bereich der Rehabilitationsmaßnahmen. Die mit Abstand größten Fallzahlen ergeben sich für die psychiatrische Versorgung, in der jährlich mit einer Kapazität von über 50.000 Betten ca. eine dreiviertel Million Patienten behandelt wird. Nach Schulz und Koch (2002) kann hiervon maximal ein Drittel (240.000) als psychotherapeutisch (mit-)behandelt gelten. In der psychosomatischen Akutversorgung besteht darüber hinaus eine Behandlungskapazität von ca. 45.000, in der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung von ca. 40.000 Behandlungsfällen jährlich. Für die Rehabilitation psychischer Erkrankungen steht demgegenüber eine Kapazität von ca. 160.000 jährlichen Behandlungsfällen in Psychosomatik und Psychiatrie/Sucht zur Verfügung. Insgesamt ergeben sich somit stationäre Behandlungsmöglichkeiten für ca. 500.000 Patienten jährlich (vgl. Tab. 2).

Meyer et al. (1991) hatten im Forschungsgutachten hervorgehoben, dass man bzgl. des Verhältnisses zwischen stationärer und ambulanter Psychotherapie (Ausgaben 1989: 1,2 Mrd. DM vs. 0,4 Mrd. DM, entsprechend 4:1) von einer „erheblichen Fehlallokation öffentlicher Mittel“ sprechen müsse (S. 41). Sie stellten fest, dass es „statt früh zu einer ambulanten (Psychotherapie) spät zu einer stationären“ (ebd.) komme. Dieser Befund kann auch heute noch Geltung beanspruchen. Bezüglich der Fallzahlen ergibt sich zwar ein Verhältnis von ungefähr 1:1, da die Fallkosten der

stationären Versorgung deutlich über denen der ambulanten liegen, besteht hier immer noch ein Missverhältnis. Auch im Vergleich innerhalb der stationären Versorgung könnte man bzgl. der Dominanz der psychiatrischen Einrichtungen das Thema Fehlallokation diskutieren (vgl. Nübling, Steffanowski, Löschmann, Wittmann & Schmidt, 2004). Im Vergleich zur ambulanten Psychotherapie (99% Einzeltherapie, monodisziplinärer Ansatz) kann der in der stationären Psychotherapie praktizierte multidisziplinäre Ansatz sowie die häufige Schwerpunktlegung auf gruppentherapeutische Verfahren demgegenüber als deutliche Vorteile herausgestellt werden.

Man könnte nun versucht sein, die aktuelle Versorgung sehr positiv zu bewerten, vor allem auch, wenn man den internationalen Vergleich sucht. Schaut man sich hingegen die epidemiologischen Daten sowie die verfügbaren Daten über die Erkennung psychischer Erkrankungen sowie zur Inanspruchnahme näher an, so ist festzuhalten, dass nur ein Teil psychischer Erkrankungen auch richtig diagnostiziert wird und wiederum nur ein Teil der erkannten Erkrankungen entsprechend psychotherapeutisch behandelt wird. In der Primärversorgung wird nur etwa die Hälfte aller psychischen Erkrankungen erkannt und dann überwiegend hausärztlich behandelt (Kruse, Heckrath, Schmitz, Alberti & Tress, 1999; Wittchen & Jacobi, 2001). Diese Befunde sind möglicherweise noch sehr optimistisch: Aus aktuellen Daten der KV Bayern geht hervor, dass nur ca. 12% aller Patienten mit einer erkannten, d. h. diagnostizierten Depression psychotherapeutisch behandelt werden (BPtK, 2008). Auch im Bereich der Kinder und Jugendlichen nehmen nur circa 15-20% der Eltern von auffälligen Kindern und Jugendlichen eine psychologische Beratung oder gar psychotherapeutische Behandlung in Anspruch (Lehmkuhl et al., 1998). Und nach wie vor besteht zwischen dem ersten Auftreten psychischer Beschwerden und den Beginn einer therapeutischen Behandlung eine erhebliche Latenz, wobei die Daten des Forschungsgutachtens (Meyer et al., 1991) mit einer mittleren Chronifizierungsdauer von circa sieben Jahren auch heute noch bestätigt werden (z. B. Zielke et al., 2004; Schmidt, Steffanowski, Nübling,

Bereich	Stand	Anzahl	Dauer	Fälle/Jahr
Niedergelassene Psychotherapeuten Erwachsenenpsychotherapie	2004		Std./Fall	
Psychologische Psychotherapeuten		12.389	78	283.764
Ärztliche Psychotherapeuten Gebietsärzte		3.734		
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten		2.533	40	16.464
Kinder- und Jugendpsychiater		529	??	??
Ambulanzen	2004			
Psychiatrische Institutsambulanzen				175.000
Hochschulambulanzen		25		6.980
Ausbildungsinstitute		171		??
Beratungsstellen	2006	12.145		
davon Ehe-, Familien-, Partner-, Lebensberatung	2008 ¹	5.105		(310.000)
davon Erziehungsberatung/Beratung Kinder/Jug.		1.408		
			davon PT ca. 15%	46.500
Tageskliniken				
Psychiatrische Tageskliniken	2006	9.500	38,1	(91.000)
davon psychotherapeutisch (mit-)behandelt 33%				30.000
Psychosomatische Tageskliniken		324	17,5	6.800
Gesamt				558.714

Tab. 1: Ambulante Versorgung²

Bereich	Stand	Betten	Behandlungsdauer (Tage)	Patienten/Fälle/Jahr
Krankenhaus				
Psychiatrie davon ca. 33% psychotherapeutische (Mit-)behandlung	2006	52.923	24,2	(730.920) 241.204
Psychosomatische Medizin	2006	5.494	39,2	46.576
Kinder- und Jugendpsychiatrie	2006	5.065	42,5	39.415
Konsiliar-/Liaisondienst		??	--	??
Rehabilitation Psychischer Erkrankungen Bereich Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	2004	13.371	40,0	ca. 93.000
Bereich Psychiatrie und Psychotherapie	2004	12.477	62,8	ca. 65.000
Gesamt				485.195

Tab. 2: Stationäre Versorgung²

1 Menne (2009)

2 Alle Daten 2004 vgl. Schulz et al. (2008), alle anderen vgl. Statistisches Bundesamt (2008); ?? = nicht bekannt.

Lichtenberg & Wittmann, 2006; Steffanowski, Löschmann, Schmidt, Wittmann & Nübling, 2007). Ein weiteres immer noch manifestes Problem bezüglich der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Versorgung besteht in den Ängsten vieler Be-

troffener hinsichtlich einer Stigmatisierung. Wenngleich psychische Erkrankungen inzwischen eine deutlich höhere Akzeptanz in der Bevölkerung gefunden haben, kann doch davon ausgegangen werden, dass nach wie vor ein bedeutender Anteil

psychisch erkrankter Menschen bei Offenlegung ihrer Erkrankung Nachteile befürchten oder auch tatsächlich erfahren muss (z. B. bei der Übernahme von Referendaren in den Schuldienst, beim Abschluss einer privaten Krankenversicherung, bei der Freistellung/Unterbrechung der Arbeitszeit für eine Psychotherapiestunde etc.). Oft mit dieser Barriere hinsichtlich des Zugangs zu einer qualifizierten Versorgung im Zusammenhang steht auch die Tatsache, dass das Wissen in der Bevölkerung über Art, Inhalt, Erreichbarkeit, Erfolg und Finanzierungsmöglichkeit psychotherapeutischer Versorgung begrenzt ist (Schulz et al., 2008). Dies berührt Fragen bezüglich einer bedarfsgerechten Versorgung, in der neben der epidemiologisch begründbaren Behandlungsnotwendigkeit auch die Motivation zur Psychotherapie, das Bild der Psychotherapie in der Bevölkerung, die verbreiteten Krankheitskonzepte etc. eine wesentliche Rolle spielen (Schneider, Klauer, Janssen & Tetzlaff, 1999; Nübling, 1992).

Psychotherapeutische Versorgungsforschung

Zentrale Grundlage für die Bewertung der aktuellen Versorgungssituation sind Daten der psychotherapeutischen Versorgungsforschung. Diese wird dabei in Anlehnung an Kordy (2008) bzw. Schulz et al. (2006) verstanden als Forschung, die die konkrete geleistete psychotherapeutische Versorgung zum Gegenstand hat bzw. macht. Sie bezieht sich auf Strukturen, Prozesse und Ergebnisse, erforscht Bedarf, Indikation, Zugangswege, Inanspruchnahme von Psychotherapie, ihre Schnittstellen bzw. Vernetzung, Dosis-Wirkungs-Beziehungen, ihren Outcome (unter Alltagsbedingungen) oder ihre Kosten-Nutzen-Relation (Schulz et al., 2006). Bereits im Forschungsgutachten zum PsychThG (Meyer et al., 1991, S. 30, 153f) wurde hervorgehoben, dass die diesbezügliche Datenlage unbefriedigend ist. Auch heute, fast 20 Jahre später, muss dies weiterhin konstatiert werden (Schulz et al., 2008), obwohl zwischenzeitlich eine Reihe von Studien durchgeführt wurden, die der Versorgungsforschung zuzurechnen sind. Neben der zitierten Versorgungsanalyse im Rahmen der Gesundheitsbe-

richterstattung (Schulz et al., 2008) sind dies u. a.:

- die allgemeinen Versorgungsstudien zur ambulanten Psychotherapie von Löcherbach et al. (2000) und Zepf, Mengele, Marx und Hartmann (2001);
- im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie die Versorgungsanalysen für Hamburg (Albota, 2004), für Baden-Württemberg (Reisch, Raymann & Nübling, 2007; Nübling, Reisch & Raymann, 2006) sowie die auf vier Bundesländer bezogene Versorgungsstudie von Zepf, Mengele und Hartmann (2003);
- im Bereich der ambulanten Psychotherapie Erwachsener die sog. TRANSP-OP-Studie (Transparenz und Ergebnisorientierung zur Optimierung der psychotherapeutischen Versorgung; u. a. Kordy & Puschner, 2000; Puschner & Kraft, 2008), die Qualitätssicherungsstudie der TK (sog. TK-QS-Studie: Fydrich, Nagel, Lutz & Richter, 2003), die Freiburger Studie zur QS in der ambulanten Psychotherapie (Scheidt et al., 1998, 1999) oder die Praxisstudie Psychoanalytischer Langzeittherapie (PAL-Studie: Rudolf et al., 2001; Grande et al., 2006; Jacobsen et al., 2007);
- Programmevaluationsstudien im Bereich der stationären psychotherapeutischen/psychosomatischen Rehabilitation (zusammenfassend Steffanowski et al., 2007);
- Studien zur stationären psychiatrischen Versorgung: Baden-Württemberg-Studie (Härter et al., 2004) sowie Basisdokumentation der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung in Bayern (Heymann, Zaudig & Tritt, 2003);
- aktuelle Versichertenanalysen verschiedener gesetzlicher Krankenkassen (Gmünder Ersatzkasse, 2007; Techniker Krankenkasse, 2009; BKK Bundesverband, 2008; Barmer, 2009);
- Kosten-Nutzen-Analysen psychotherapeutischer Behandlungen (Margraf, 2009; Zielke, 2007, 2008; Wittmann, Nübling & Schmidt, 2002).

Ein Problem der psychotherapeutischen Versorgungsforschung liegt darin, dass die vorhandenen Daten oft schwer zugänglich

und/oder nicht zusammengeführt sind bzw. sich nicht zusammenführen lassen. Dies ist auch ein Ressourcenproblem, weil viele Daten nicht publiziert sind (z. B. Krankenkassendaten, Daten der KVen etc.) und die Recherche einen erheblichen Zeitaufwand bedeutet, der Personal bindet (das meist nicht vorhanden ist bzw. das vorgehalten werden muss). Ein weit größeres Problem allerdings besteht darin, dass – trotz der o. g. und weiterer Projekte bzw. Studien – eine systematische psychotherapeutische Versorgungsforschung erst in Ansätzen vorhanden ist (Kordy, 2008) und dringend mehr Aufwand in diese Richtung angemahnt werden muss (vgl. Sachverständigenrat, 2002, 2007; Schulz et al., 2006). Hier könnte ein Blick in Richtung der Ärzteschaft hilfreich sein: Die Bundesärztekammer hatte auf dem 108. Ärztetag 2005 einen Schwerpunkt Versorgungsforschung ins Leben gerufen, den sie aufbaut und finanziert (vgl. Hoppe & Scriba, 2005; Bäsler, Fuchs & Scriba, 2006). Dieser Initiative gingen zwei Memoranden zur Versorgungsforschung in Deutschland voraus (Badura et al., 2004; Schrappe et al., 2005), in denen die Notwendigkeit zur Schaffung einer breiteren Datenlage in der Gesundheitsversorgung thematisiert und politisiert wurde. Im eigenen Interesse sollten hier auch die Psychotherapeutenkammern aktiv werden, v. a. um konkrete Daten zur Verfügung zu haben für die gesundheitspolitische Diskussion und (noch) besseren Positionierung der Psychotherapie im Gesundheitswesen. Dies bezieht sich auf die Erhebung neuer (z. B. zur Inanspruchnahme oder zur Ergebnisqualität von Psychotherapie) als auch auf die Zusammenstellung vorhandener Daten (z. B. der jüngst veröffentlichten Versichertendaten diverser Krankenkassen). Dabei sollte auch Berücksichtigung finden, dass ein bedeutender Anteil von Fragestellungen psychotherapeutischer Versorgungsforschung auch mit qualitativen Forschungsansätzen (oder einer Kombination von quantitativer und qualitativer Methodik) beantwortet werden können (z. B. warum bestimmte Problemgruppen große Schwierigkeiten haben, psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen; vgl. Ochs, 2009). Ein erster Schritt in Richtung einer verstärkten Initiative seitens der Psychotherapeutenkammern ist die bereits beschlossene

Schaffung eines bei der BPTK angesiedelten Referates für psychotherapeutische Versorgungsforschung.

Künftige Versorgungslage

Nach 10 Jahren PsychThG und den damit verbundenen Errungenschaften der weitgehenden Eigenständigkeit der beiden (neu geschaffenen) Heilberufe wird es Aufgabe der nächsten Dekade(n) sein, die bestehende psychotherapeutische Versorgung möglichst – und zwar dort, wo es nötig ist, z. B. im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, im Osten der Republik und/oder in ländlichen Regionen – auszubauen. Einige Landespsychotherapeutenkammern sowie die Bundespsychotherapeutenkammer haben zum künftigen „Bestand“ verfügbarer Psychotherapeuten bereits Prognosen vorgelegt (Kümmler, Tritt & Vogel, 2007; Hessisches Sozialministerium, 2007; Walz-Pawlita, 2007, 2008; Walz-Pawlita et al. 2008; PTK Schleswig-Holstein, 2007; BPTK, 2007). Sie prognostizieren z. T. einen Erhalt der aktuellen Anzahl von PPs (BPTK, 2007), sie legen aber z. T. auch eine mehr oder weniger deutliche Unterversorgung nahe (z. B. Kümmler et al., 2007). In den nächsten 20 Jahren werden bundesweit voraussichtlich ca. 70% der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten altersbedingt aus dem Beruf ausscheiden. Nach einer Modellschätzung für Baden-Württemberg für die Zeit bis 2028, bei der davon ausgegangen wurde, dass zumindest der heutige Stand an approbierten Psychotherapeuten gehalten werden sollte, ist zu befürchten, dass zum Ende dieses Zeitraumes eine deutliche (ca. 70% des aktuellen „Bestandes“ an Psychologischen Psychotherapeuten) bis dramatische (ca. 40%) Unterversorgung bestehen könnte (Nübling, Munz & Schmidt, 2009). Dabei ist ein wesentlicher, aber aus heutiger Sicht noch schwer abzusehender Parameter der Modellschätzung die Umstellung der Studiengänge vom Diplom auf Bachelor/Master (v. a. die Übergangsquoten von Bachelor auf Master) und der damit verbundenen künftigen Zahl der Studienabgänger, die für eine psychotherapeutische Ausbildung befähigt sein werden.

Ein unmittelbar für die künftige Versorgung wesentlicher Parameter besteht bezüglich der ambulanten Psychotherapie auch in der Grundlage Bedarfsplanung. Sowohl die absoluten Zahlen als auch das Verhältnis von 1:9 der Versorgung in ländlichen Regionen gegenüber städtischen Gebieten sind epidemiologisch nicht haltbar und bedürfen einer dringenden Änderung bzw. Anpassung. Welche Versorgungsquoten sich errechnen lassen, wenn die Planung auf epidemiologischer Datenbasis

erfolgen würde, zeigt die für den Bereich der kinder- und jugendpsychotherapeutischen Versorgung für Baden-Württemberg ermittelten Werte (Nübling et al., 2006; Reisch et al., 2007), die weit unter den offiziellen Versorgungsquoten liegen und – angesichts der langen Wartezeiten auf einen Therapieplatz – wahrscheinlich realistischer sind.

Ein weiterer wesentlicher Punkt für die künftige Versorgungslage liegt auch in der



INNENANSICHTEN DER PSYCHOTHERAPIE

Von den Differenzen der Theorie zu den Konvergenzen der Praxis

Eine Diskussion von Fällen mit Anna Buchheim (Psychoanalyse), Martin Hautzinger (Verhaltenstherapie), Eckhard Roediger (Schematherapie) und Siegfried Gauggel (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie).

EIN SYMPOSIUM DER EOS-Klinik für Psychotherapie | des PsychotherapeutInnen-Netzwerks Münster & Münsterland e. V. | des Zentrums für Psychotherapie, Chemnitz
Samstag 14. Nov. 2009 | 10–17 Uhr | Fürstenberghaus, F2 | Domplatz 20–22 | 48143 Münster

PRE-CONFERENCE WORKSHOPS Freitag 13.11.09 | 15:00 – 18:30 Uhr | EOS-Klinik
ANNA BUCHHEIM UND MARKUS PAWELZIK Was ist bindungsfokussierte Psychotherapie?
SIEGFRIED GAUGGEL Die Zukunft der Psychotherapieausbildung
ECKHARD ROEDIGER Einführung in die Schematherapie
MARTIN HAUTZINGER Rückfallverhinderung bei affektiven Störungen

ANMELDUNG ONLINE WWW.EOS-KLINIK.DE | E-MAIL REISER@EOS-KLINIK.DE | TELEFON 0251 6860-111
PREISE SYMPOSIUM 100€, NETZWERKER 80€, AUSBILDUNGSKANDIDATEN 80€, WORKSHOPS 60€

EOS-Klinik für Psychotherapie
Hammer Straße 18
48153 Münster | Tel. 0251 6860-0
www.eos-klinik.de



Verfügbarkeit der einzelnen Verfahren. Hier ist zum einen nach Blick auf die aktuellen Ausbildungsdaten (Walz-Pawlita, 2007; Schmidt, 2008) absehbar, dass es – bei Anhalten des gegenwärtigen Trends – zu einer deutlichen Verlagerung der verfügbaren Therapieplätze in Richtung verhaltenstherapeutischer Verfahren kommen wird. Aktuell sind in den Ausbildungsinstituten, z. B. in Hessen und Baden-Württemberg, ca. 70-80% der Ausbildungsteilnehmer in verhaltenstherapeutischer Ausbildung (vgl. auch Strauß et al., 2009). Mittelfristig wird sich dieser Trend in der Versorgung niederschlagen und letztlich dazu führen, dass diese mehr und mehr nur noch auf einem Verfahren beruhen wird. Dies kann v. a. für die Wahlfreiheit der Patienten und für den „Wettbewerb“ psychotherapeutischer Verfahren keine gute Entwicklung sein, auch wenn die verhaltenstherapeutischen Interventionen unbestritten erfolgreich (v. a. auch empirisch bestätigt) sind. An dieser Stelle muss es – entgegen diesem Trend – auch um die Einbindung weiterer Verfahren gehen, z. B. der Gesprächspsychotherapie oder der systemischen Therapie, also um eine Erweiterung des Spektrums der im Rahmen der Sozialgesetzgebung anerkannten Verfahren. Hier ist deutlich schärfer als bislang eine kritische Auseinandersetzung mit den in der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA, 2006) festgelegten Kriterien für eine Zulassung von (psychotherapeutischen) Verfahren nötig. Die einseitige Festlegung auf die am Kriterium der Randomized Controlled Trials (RCTs) orientierten Evidenzstufen hat zur Folge, dass die Bewertung der empirischen Basis einzelner Verfahren sehr eingengt erfolgt. Jüngstes Ergebnis dieser eingengten Bewertung ist die Ablehnung der Gesprächspsychotherapie als wissenschaftlich anerkanntes Verfahren, obwohl der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP), das Gremium mit der deutlich höheren fachspezifischen und Forschungskompetenz, zu einer völlig anderen Bewertung gelangte und eine Zulassung empfahl. Hier ist eine Diskussion um die methodischen Grundlagen der Verfahrensordnung dringend geboten, richtungweisend ist dabei z. B. das aktuelle Methodenpapier des WBP (WBP, 2007; vgl. zusammenfassend auch Nübling, 2008). Wie bereits heute (oder wieder) mit z. T.

heftigen Mitteln um die künftigen Pfründe gestritten wird, zeigt die Kontroverse um die Effektivität psychoanalytischer Langzeittherapien, wie sie jüngst von Rief und Hoffmann (2009) als Kritik an der Studie von Leichsenring und Rabung (2008) im Nervenarzt entfacht wurde. Ohne auf die methodischen Details der Kritik einzugehen (die aus methodischer und v. a. auch wissenschaftstheoretischer Perspektive sehr unterschiedlich bewertet werden können; vgl. z. B. Slife, 2004), muss man sich wie schon zu Eysencks Zeiten fragen, ob solche Kontroversen (v. a. in der Art und Weise, wie sie geführt werden) der Psychotherapie nicht viel eher schaden, v. a. wenn man eigentlich gemeinsam überzeugt ist, dass psychische Erkrankungen häufig sind und häufig nicht psychotherapeutisch behandelt werden und es schon aus diesem Grund, im Interesse der Patienten, notwendig wäre, *gemeinsam* für eine umfangreichere psychotherapeutische Versorgung zu arbeiten. Aber dies nur am Rande.

Bewertung des Erreichten, Ausblick

Insgesamt kann alles in allem gesehen ein deutlich positives Resümee aus 10 Jahren PsychThG gezogen werden: aus Sicht der Patienten den verbesserten Zugang zur Psychotherapie durch die gesetzliche Verankerung der Behandlungsmöglichkeiten durch die Einbeziehung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die bessere Erkennbarkeit qualifizierter (und nicht qualifizierter) Verfahren, die verbesserte Qualitätssicherung, z. B. über die Berufsordnungen oder den Rahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildungen. Patienten können sich sicherer als vor dem PsychThG sein, dass sie es mit qualifizierten Psychotherapeuten zu tun haben, wenn sie sich im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung um einen Therapieplatz bemühen. Aus Sicht der Psychotherapeuten besteht seit 1999 v. a. für die niedergelassenen Kollegen eine deutlich verbesserte Existenzgrundlage, für die in Reha-Kliniken oder Beratungsstellen angestellten Kollegen eine deutlich verbes-

serte Wettbewerbssituation (im Verhältnis zu den anderen Berufsgruppen). Darüber hinaus besteht heute eine deutlich größere Autonomie v. a. gegenüber Ärzten, die gesetzliche Verankerung der beiden Heilberufe und eine schlagkräftigere Standsvertretung.

Aber auch kritische Punkte sind hervorzuheben: so wurden mit Inkrafttreten des PsychThG viele gut, aber nicht in den Richtlinienverfahren ausgebildete Psychotherapeuten (s. o.) – sofern sie sich nicht einer „Nachqualifizierung“ unterwerfen – nicht in das System integriert. Nach wie vor ist auch die Situation bzw. die Stellung vieler Psychotherapeuten in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken unbefriedigend. In Baden-Württemberg konnte z. B. trotz großen Einsatzes der Kammer nicht erreicht werden, dass die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gleichgestellt mit Ärzten in das Landeskrankenhausesgesetz aufgenommen werden. Kritisch sehen sicher viele Approbierte auch die Verpflichtung auf die Berufsordnungen der Kammern sowie die Verpflichtung zur kontinuierlichen Fortbildung (bzw. deren Überprüfung). Letzteres ist allerdings der Preis für die Schaffung der freien Heilberufe, man kann sich – dies sei aus Sicht des Verfassers kritisch angemerkt – diesen Verpflichtungen aber auch durch Rückgabe der Approbation entziehen.

Bzgl. der Kammern müssen verstärkte Anstrengungen unternommen werden in Richtung einer höheren Professionalisierung. Richtungweisend ist hier die Bundespsychotherapeutenkammer mit ihren fundierten, qualifizierten Stellungnahmen v. a. in Richtung Gesundheitspolitik (BMG, G-BA), aber auch zur kammer„internen“ Strategieplanung bzw. Schwerpunktsetzungen (z. B. Perspektiven 2011). Dies bedeutet, dass deutlich mehr entsprechend psychotherapeutisch und wissenschaftlich qualifiziertes Personal in den Kammern bzw. deren Geschäftsstellen benötigt wird, u. a. zur Erstellung fachlicher Expertisen, Versorgungsanalysen etc. Darüber hinaus sollte Professionalisierung auch hinsichtlich der Organisationsstrukturen thematisiert werden, sowohl hinsichtlich der Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Kammern

oder auch bzgl. der länderübergreifenden Strukturen. Hier könnte ein Mehr an gemeinsamer strategischer Abstimmung deutliche Synergieeffekte ergeben, die dann für zusätzliche wichtige Schwerpunktsetzungen offen stehen würden. Insgesamt sollte Abschied genommen werden vom immer noch weit verbreiteten Gedanken, dass die Kammern allein zur Verwaltung der Mitglieder zuständig sind („schlanke Kammern“). Demgegenüber sollten die Kammern (und damit alle ihre Mitglieder!) federführend in der Gestaltung der psychotherapeutischen Zukunft und damit auch der psychotherapeutischen Versorgung werden. Hierzu braucht es Ressourcen, im ureigensten Interesse aller Mitglieder.

Die künftige psychotherapeutische Versorgung wird von einer Reihe von bedeutenden Parametern abhängig sein. U. a. sind zu nennen: die Bedarfsplanung, die Nachwuchssituation, die Schaffung einer psychotherapeutischen Versorgungsforschung, die Honorierung von Psychotherapie, der Zugang zu einzelnen psychothe-

rapeutischen Verfahren oder die Öffnung gegenüber gesundheitsökonomischen Betrachtungsweisen.

Abschließend sollen an Stelle einer Zusammenfassung folgende Thesen zur Diskussion gestellt werden (ohne Anspruch auf Vollständigkeit):

1. Das PsychThG ist ein Glücksfall für die Psychotherapeuten, da es erreicht hat, dass Psychotherapeuten eine weitgehend gemeinsame Sprache gegenüber den Entscheidungsträgern in Politik und Gesundheitswesen sprechen (müssen).
2. Der Aufbau der Kammern nach Inkrafttreten des PsychThG stellt eine historische und hervorragende Leistung derer dar, die Verantwortung für die Errichtung übernommen haben.
3. Bei der nun beginnenden Konsolidierungsphase der Kammern liegt das zentrale Moment in der (vermehrten) Professionalisierung. Ziel dieser Professionalisierung ist v. a. eine noch deut-

lichere Positionierung der Psychotherapie in der aktuellen Gesundheits- und Sozialpolitik.

4. Eine deutlichere Professionalisierung erfordert eine Stärkung der fachlichen Kompetenzen und damit der personellen und fachlichen Ressourcen in den Geschäftsstellen der Kammern.
5. Die – vor allem in Zeiten von Kammerwahlen, aber auch sonst – immer wieder thematisierte These einer „schlanken“ Kammer bewirkt mittelfristig einen Stillstand der Arbeit in der Außenvertretung. Schlanke Kammern bedeuten schlanke Ressourcen und stehen damit einer Professionalisierung z. T. diametral entgegen.
6. Die künftige Bedarfsplanung muss sich an den epidemiologischen Befunden orientieren. Dies bedeutet v. a. in ländlichen Raum und bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen eine deutliche Erweiterung der Versorgung.
7. Hinsichtlich der mittel- und langfristigen psychotherapeutischen Versorgung müssen die Kammern (mit den

Sie suchen: Rechtsrat rund um ´s Psychotherapeutengesetz?

Wir antworten:

auf Ihre Fragen zum **Berufsrecht** (bspw.: Fragen zur Approbation, zum Kammer- und Beitragsrecht, zu Beschwerden und Berufungsverfahren, zur Schweigepflicht und zum Datenschutz); zum **Sozialrecht** (bspw.: Fragen zum Erwerb der Fachkunde, zum Arztregistereintrag, zur Zulassung zur Vertragspsychotherapeutischen Versorgung, zum Gutachterverfahren, zur Abrechnung). Wir bieten Ihnen kompetente Lösungen und Antworten.

Wir bieten aber noch mehr, nämlich Rechtsvertretung von und vor Kammern, Behörden und (Berufs-) Gerichten, ebenso Seminare und Referate zu allen Fragen des Berufsrechts und Sozialrechts. Rufen Sie uns doch einfach mal an!

Kanzlei Hartmut Gerlach

Rechtsanwalt

Von 2002 - 2009 Justiziar der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Tullastr. 16

D-68161 Mannheim

Tel. 0621/412816, Fax 0621/413169

gerlach@ra-gerlach.de

Mitherausgeber und -autor des „Managementhandbuchs für die psychotherapeutische Praxis“, des Buches „Approbation – was nun?“, Seminare zum Berufsrecht und zur Berufsethik für Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) an den Universitäten Freiburg und Heidelberg, ebenso für Ausbildungsinstitute sowie für Berufsverbände der Psychotherapeuten, ferner zahlreiche Artikel im Psychotherapeutenjournal für die Rubrik „Recht – aktuell“, u. a. zu Themen der Vergütung im öffentlichen Dienst (TVöD, TV-L) und zur aktuellen Rechtsprechung. (Näheres siehe auch S. 289 in diesem Heft!)

- Universitäten und Ausbildungsinstituten) im Blick auf einen ausreichenden Nachwuchs künftig schon bei Studierenden aktiv werden (was weitere Ressourcen erfordern wird).
8. Eine bedeutende Aufgabe für die künftige psychotherapeutische Versorgung wird in der Sicherstellung der Verfahren liegen. Die abzusehende Verengung auf ein Verfahren (Verhaltenstherapie) kann nicht im Interesse der Patienten (und auch nicht der Psychotherapeuten) sein. Demgegenüber ist die Einbindung weiterer – wissenschaftlich abgesicherter bzw. durch den WBP geprüfter – Verfahren in die gesetzliche Sozialversicherung auch gegen den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) voranzutreiben.
 9. Das Verhältnis zwischen ambulanter und stationärer psychotherapeutischer Versorgung ist zu überdenken. Nach wie vor steht ein Zuviel an stationärer Versorgung (vor allem in der psychiatrischen Versorgung) einem Zuwenig an ambulanter gegenüber.
 10. Die u. a. in der Multidisziplinarität liegende Stärke der stationären Psychotherapie sollte mehr auch für die ambulante Versorgung geprüft werden. Umgekehrt kann die ambulante Versorgung nicht langfristig ausschließlich aus einzeltherapeutischen Ansätzen bestehen.
 11. Es ist dringend eine Verbesserung der Datenlage im Sinne einer systematischen Versorgungsforschung zu fordern bzw. nahezu legen. Dies kann z. B. auch finanzierbar sein durch einen Teil der von der Pharmaindustrie für sog. Anwendungsbeobachtungen ausgegeben Mittel (von mehr als 1 Mrd. Euro jährlich; vgl. Wittmann, 2009).
 12. Die Versorgungsforschung, insbesondere die Forschung zur Effektivität unter Realbedingungen muss dringend ausgebaut und in die Entscheidungen über die Zulassung von Verfahren Einzug halten (vgl. hierzu auch WBP, 2007).
 13. Und last but not least: Gesundheitsökonomische Betrachtungen dürfen für die Psychotherapie nicht länger „tabuisiert“ werden (vgl. Hardt, 2008). Sie müssen – auch weil die Psycho-

therapie gegenüber vielen anderen Bereichen im Gesundheitswesen gesundheitsökonomisch gut konkurrieren kann – neben oder parallel zur psychotherapeutischen Grundhaltung (die ja deswegen nicht aufgegeben werden muss) thematisiert werden.

Fazit: Die Kammern haben in 10 Jahren PsychThG außerordentlich viel geleistet, sie wurden gut positioniert. In den nächsten 10 Jahren steht eine (weitere) Professionalisierung an, die professionelle Ressourcen erfordert und die die Kammern weiter stärken wird. Dabei wird die Sicherung der psychotherapeutischen Versorgung einen Kern der Bemühungen darstellen. Stichworte sind: Schaffung einer am tatsächlichen Bedarf orientierten Versorgung, Erhöhung der Absolventenzahl einer PT-Ausbildung, Erweiterung der verfügbaren Verfahren und Stärkung der Versorgungsforschung sowie gesundheitsökonomischer Betrachtungen.

Literatur

- Albota, M. (2004). *Zur Situation der Versorgung von psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen in Hamburg. Expertise für die Psychotherapeutenkammer Hamburg*. Verfügbar unter: <http://www2.ptk-hamburg.de/uploads/Expertise.pdf> [29.07.2009].
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK). (2007). *Mitgliederdaten: Altersstruktur und Nachwuchsbedarf*. Unveröff. Paper, Berlin: BPTK.
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK). (2008). *BPTK-Spezial zum Morbi-RSA (Morbiditäts-Risiko-Strukturausgleich)*. Verfügbar unter: http://www2.bptk.de/uploads/bptk_spezial_morbi_rsa.pdf [29.07.2009].
- Badura, B., Busse, R., Gostomzyk, J., Pfaff, H., Rauch, B. & Schulz, K.D. (2004). Memorandum zur Versorgungsforschung in Deutschland, Situation – Handlungsbedarf – Strategien. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 129 (14), 771-773.
- Bäsler, F., Fuchs, C. & Scriba, P.C. (2006). Förderung der Versorgungsforschung durch die Bundesärztekammer. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 49, 130-136.

- Barmer Ersatzkasse (2009). *Barmer Gesundheitsreport 2009 – Psychische Gesundheit und psychische Belastungen*. Wuppertal: Barmer.
- Best, D. (2008, Juni). *10 Jahre Psychotherapeutengesetz – Rückblick und Ausblick*. Vortrag auf dem 4. Landespsychotherapeutentag, Stuttgart. Verfügbar unter: http://www.lpk-bw.de/archiv/lptage/lpt2008/080705_best_10%20jahre_ptg.pdf [29.07.2009].
- Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK BV). (2008). *BKK-Gesundheitsreport 2008 – Seelische Krankheiten prägen das Krankheitsgeschehen*. Essen: BKK-Bundesverband.
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2007). *KTL – Klassifikation Therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation*. Berlin: DRV Bund.
- Dührssen, A. (1962). Katamnestiche Ergebnisse bei 104 Patienten nach analytischer Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin*, 8, 94-113.
- Fydrich, T., Nagel, A., Lutz, W. & Richter, R. (2003). Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse. *Verhaltenstherapie*, 13, 291-295.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). (2006). *Verfahrensordnung. Bundesanzeiger*, 2006, S. 4876f.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). (2009). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie)*. *Bundesanzeiger*, 70, 1655.
- Gmünder Ersatzkasse (GEK) (Hrsg.). (2007). *GEK-Report ambulante-ärztliche Versorgung 2007*. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 59. St. Augustin: Asgard.
- Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, T., Keller, W., Krawietz, B., Langer, M., Oberbracht, C., Stehle, S., Stennes, M. & Rudolf, G. (2006). Differential effects of two forms of psychoanalytic therapy. Results of the Heidelberg-Berlin study. *Psychotherapy Research*, 16 (4), 470-485.
- Hardt, J. (2008, Juli). *Sinn und Ökonomie der Psychotherapie*. Vortrag auf dem 4. Landespsychotherapeutentag, Stuttgart. Verfügbar unter: <http://www.lpk-bw.de>

de/archiv/lptage/lpt2008/080705_hardt_sinn_und_oekonomie_pt.pdf [29.07.2009].

Härter, M., Sitta, P., Keller, F., Metzger, R., Wiegand, W., Schell, G., Stieglitz, R.-D., Wolfersdorf, M., Felsenstein, M. & Berger, M. (2004). Externe Qualitätssicherung bei stationärer Depressionsbehandlung. Modellprojekt der Landesärztekammer Baden-Württemberg. *Deutsches Ärzteblatt*, 101 (27), A1970-A1974.

Hessisches Sozialministerium & Hessisches Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen. (2007). *Evaluierung der Psychotherapieausbildung in Hessen*. Verfügbar unter: http://www.psychotherapeutenkammer-hessen.de/owcms/frontend/downloads/Evaluierung_Psychotherapieausbildung.pdf. [29.07.2009].

Heymann, F. v., Zaudig, M. & Tritt, K. (2003). Die diagnosebezogene Behandlungsdauer in der Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Medizin: eine homogene Größe? Erste Ergebnisse der Multicenter-Basisdokumentation

(Psy-BaDo-PTM) als Grundlage qualitätssichernder Maßnahmen in der stationären Psychosomatik. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 62, 209-221.

Hoppe, J. & Scriba, P.C. (2005). Förderinitiative der Bundesärztekammer zur Versorgungsforschung. *Deutsches Ärzteblatt PP*, 4 (10), 469-470.

Jacobi, F. (2009). Nehmen psychische Störungen zu? *Report Psychologie*, 34 (1), 16-28.

Jacobi, F., Klose, K. & Wittchen, H.-U. (2004). Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 47, 736-744.

Jakobsen, T., Rudolf, G., Brockmann, J., Eckerts, J., Huber, D., Klug, G., Grande, T., Keller, W., Staats, H. & Leichsenring, F. (2007). Ergebnisse analytischer Langzeitpsychotherapien bei spezifischen psychischen Störungen: Verbesserungen in der Symptomatik und in inter-

personellen Beziehungen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 53 (2), 87-110.

Kordy, H. (2008). Psychosoziale Versorgungsforschung. Eine wissenschaftliche und politische Herausforderung. *Psychotherapeut*, 53, 245-253.

Kordy, H. & Puschner, B. (2000). Aktive ergebnisorientierte Qualitätssicherung als Mittel zur Optimierung psychotherapeutischer Versorgung. In H. J. Freyberger, G. Heuft & D. J. Ziegenhagen (Hrsg.), *Ambulante Psychotherapie: Transparenz, Effizienz, Qualitätssicherung* (S. 97-117). Stuttgart: Schattauer Verlag.

Kruse, J., Heckrath, C., Schmitz, N., Alberti, L. & Tress, W. (1999). Zur hausärztlichen Diagnose und Versorgung psychogener Kranker. Ergebnisse einer Feldstudie. *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie*, 49, 14-22.

Kümmeler, P., Tritt, K. & Vogel, H. (2007). *Nachwuchssituation und Bedarfsprognose der Berufsgruppe der Psychologischen Psychotherapeuten in Bayern*. München: Bayerische Landesärztekammer

milton erickson institut berlin

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

Hypnose und Behandlung chronischer Schmerzen

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

Fortbildung Energetische Trauma- und Psychotherapie

Dr. Fred Gallo Beginn: Do 19. - So 22. Nov. 2009, 645 € *

Fortbildung Klinische Hypnose und Hypnotherapie

LehrtherapeutInnen der Milton Erickson Gesellschaft
Beginn: Sa 13. - So 14. März 2010, 250 € *

Hypnotherapeutische Raucherentwöhnung

Dr. Cornelia Schweizer
Sa 17. - So 18. April 2010, 250 € *

Energetische Trauma- und Psychotherapie

Dr. Wolfgang Lenk
Sa 01. - So 02. Mai 2010, 265 € *

Therapie von Depressionen

Ortwin Meiss, Dipl.-Psych.
Sa 05. - So 06. Juni 2010, 250 € *

Therapie irrationaler Kognitionen und einschränkender Glaubenssätze

Dr. Wolfgang Lenk
Sa 26. - So 27. Juni 2010, 250 € *

* zertifiziert von der Psychotherapeuten-Kammer Berlin

EMDR-Institut Deutschland

der autorisierte Partner des Instituts
von Francine Shapiro PhD, USA



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

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

EMDR-Einführungs-Seminare mit Praxistag

23.-25.10.09 + 28.11.09 **München**
05.-07.11.09 + 04.12.09 **Köln**
27.-29.11.09 + 23.01.10 **Königsplatz**
04.-06.02.10 + 12.03.10 **Köln**
19.-21.02.10 + 24.04.10 **Berlin**
25.-27.02.10 + 08.05.10 **Oberursel/Frankfurt**
11.-13.03.10 + 16.04.10 **Bad Mergentheim**

Info und Anmeldung:

D - 51427 Bergisch Gladbach
Telefon: +49 - (0) 22 04 - 2 58 66
Telefax: +49 - (0) 22 04 - 96 31 82

EMDR-Institut
Dolmanstraße 86 b
www.emdr.de
info@emdr-institut.de

- für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Verfügbar unter: http://www.ptkbayern.de/startseite/stellungnahmen/19_02_2007_PTK-Bericht-11_%20Bedarfsprognose.pdf [29.07.2009].
- Lehmkuhl, G., Döpfner, M., Plück, J., Berner, W., Fegert, J., Huss, M., Lenz, K., Schmeck, K., Lehmkuhl, U. & Poustka, F. (1998). Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten und somatische Beschwerden bei vier- bis zehnjährigen Kindern in Deutschland im Urteil der Eltern – ein Vergleich normorientierter und kriterienorientierter Modelle. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 26, 83-96.
- Leichsenring, F. & Rabung, S. (2008). Effectiveness of Long-term Psychodynamic Psychotherapy. A Meta-Analysis. *JAMA*, 300, 1551-1565.
- Löcherbach, P., Henrich, T., Kemmer, H., Kinstler, H.-J., Knopp-Vater, M., Rieckmann, N., Schneider, A. & Weber, I. (2000). *Indikatoren zur Ermittlung des ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Band 125. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Margraf, J. (2009). *Kosten und Nutzen der Psychotherapie*. Heidelberg: Springer.
- Menne, K. (2009, April). *Der stumme Skandal der Erziehungsberatung. Stagnation oder Innovationspotential in der Krise?* Vortrag auf der efb-Fachtagung 2009, Berlin.
- Meyer, A.E., Richter, R., Grawe, K., Schulenburg, J.-M. & Schulte, B. (1991). *Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes*. Hamburg: Univ.-Krankenhaus Hamburg-Eppendorf.
- Nübling, R. (1992). *Psychotherapiemotivation und Krankheitskonzept*. Frankfurt: VAS.
- Nübling, R. (2008). Das Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie – Definierte Hürden für die Zulassung von Psychotherapieverfahren für Ausbildung und Berufsausübung. *Psychotherapeutenjournal*, 7 (2), 101-109.
- Nübling, R., Munz, D. & Schmidt, J. (2009). *Zur künftigen psychotherapeutischen Versorgung in Baden-Württemberg – eine Prognose des Bedarfs an Psychologische Psychotherapeuten 2009 – 2028*. Unveröff. Paper, Stuttgart: Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg.
- Nübling, R., Reisch, M. & Raymann, T. (2006). Zur psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Baden-Württemberg. *Psychotherapeutenjournal*, 5 (3), 247-257.
- Nübling, R., Steffanowski, A., Löschmann, C., Wittmann, W.W. & Schmidt, J. (2004). *Effektivität und Effizienz psychosomatischer Rehabilitation am Beispiel einer multizentrischen Studie zur Erfassung der Ergebnisqualität (EQUA-Studie)*. DRV-Schriften, Band 52 (S. 539-541). Frankfurt: VDR.
- Ochs, M. (2009). Methodenvielfalt in der Psychotherapieforschung. *Psychotherapeutenjournal*, 8 (2), 120-130.
- Puschner, B. & Kraft, S. (2008). Kosteneffektivität ambulanter Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 53, 268-276.
- Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein. (2007). *Nachwuchssituation und Bedarfsprognose der Berufsgruppe der Psychologischen Psychotherapeuten in Schleswig-Holstein*. Verfügbar unter: http://www.pksh.de/_joomla/uploads/dateien/pdfs/aktuelles/bedarfsprognose_fr_sh_2007_fr_homepage.pdf [29.07.2009].
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S. & Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGs). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, 871-878.
- Reisch, M., Raymann, T. & Nübling, R. (2007). Zur regionalen Struktur der psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Baden-Württemberg. *Psychotherapeutenjournal*, 6 (2), 129-138.
- Rief, W. & Hofmann, S.G. (2009). Die Psychoanalyse soll gerettet werden – Mit allen Mitteln? *Nervenarzt*, 80, 593-597.
- Rudolf, G., Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, T.H., Keller, W., Oberbracht, C., Pauli-Magnus, C., Stehle, S. & Wilke, S. (2001). Strukturelle Veränderungen in psychoanalytischen Behandlungen – Zur Praxisstudie analytische Langzeittherapie (PAL). In U. Stuhr, M. Leuzinger-Bohleber & M.E. Beutel (Hrsg.), *Langzeitpsychotherapien – Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler* (S. 238-259). Stuttgart: Kohlhammer.
- Sachverständigenrat Gesundheit (2002). *Gutachten 2000/2001 – Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit*. Baden-Baden: Nomos.
- Sachverständigenrat Gesundheit (2007). *Gutachten 2007 – Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*. Bundestags-Drucksache 16-6339. Verfügbar unter: <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht07/Kurzfassung%202007.pdf> [29.07.2009].
- Scheidt, C.E., Seidenglanz, K., Dieterle, W., Hartmann, A., Bowe, N., Hillenbrand, D., Sczudlek, G., Strasser, F., Strasser, P. & Wirsching, M. (1998). Basisdaten zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. Ergebnisse einer Untersuchung in 40 psychotherapeutischen Fachpraxen. Teil 1: Therapeuten, Patienten, Interventionen. *Psychotherapeut*, 43, 92-101.
- Scheidt, C.E., Seidenglanz, K., Dieterle, W., Hartmann, A., Bowe, N., Hillenbrand, D., Sczudlek, G., Strasser, F., Strasser, P. & Wirsching, M. (1999). Basisdaten zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. Ergebnisse einer Untersuchung in 40 psychotherapeutischen Fachpraxen. Teil 2: Behandlungsverlauf und Behandlungsergebnisse. *Psychotherapeut*, 44, 83-93.
- Schmidt, J. (2008). *Befragung der Ausbildungsstätten in Baden-Württemberg zur Belegung der Ausbildungsplätze für PP und KJP Ergebnisse*. Unveröff. Paper, Stuttgart: LPK Baden-Württemberg.
- Schmidt, J., Steffanowski, A., Nübling, R., Lichtenberg, S. & Wittmann, W.W. (2006). Assessment of outcome quality in inpatient psychosomatic rehabilitation – Comparison of different evaluation strategies and development of new assessment instruments. In: W.H. Jäckel, J. Bengel & J. Herdt (Hrsg.), *Research in Rehabilitation – Results from of a Research Network in Southwest Germany* (pp. 124-139). Stuttgart: Schattauer.

- Schneider, W., Klauer, T., Janssen, P.L. & Tetzlaff, M. (1999). Zum Einfluß der Psychotherapiemotivation auf den Psychotherapieverlauf. *Nervenarzt*, 70, 240-249.
- Schrappé M., Glaeske G., Gottwik, M., Kilian, R., Papadimitriou, K., Scheidt-Nave, C., Schulz, K.D., Ziegenhagen, D. & Pfaff, H. (2005). Ständige Kongresskommission Versorgungsforschung – Memorandum II: „Konzeptionelle, methodische und strukturelle Voraussetzungen der Versorgungsforschung“. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 99, 648-651.
- Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T., Dirmaier, J., Watzke, B. & Koch, U. (2006). Versorgungsforschung in der psychosozialen Medizin. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 49, 175-187.
- Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T. & Koch, U. (2008). Psychotherapeutische Versorgung. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, Heft 41.
- Schulz, H., & Koch, U. (2002). Zur stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung in Norddeutschland – Expertise zu Fragen des Bedarfs und zur Versorgungsstruktur. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 52, 244-247.
- Slife, B. D. (2004). Theoretical challenges to therapy practice and research: the constraint of naturalism. In M. L. Lambert (Ed.), Bergin and Garfields *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (5th Edition) (pp. 44-83). New York: Wiley & Sons.
- Statistisches Bundesamt (2008). *Statistisches Jahrbuch 2006*. Verfügbar unter: <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1018645> [29.07.2009].
- Steffanowski, A., Löschmann, C., Schmidt, J., Wittmann, W. W. & Nübling, R. (2007). *Metaanalyse der Effekte psychosomatischer Rehabilitation*. Bern: Huber.
- Strauß, B., Barnow, S., Brähler, E., Fegert, J., Fliegel, S., Freyberger, H.J., Goldbeck, L., Leuzinger-Bohleber, M. & Willutzki, U. (2009). *Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen*. Verfügbar unter: http://www.bmg.bund.de/cln_151/SharedDocs/Downloads/DE/Standardartikel/P/Psychotherapie/Psychotherapeuten_Gutachten,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Psychotherapeuten_Gutachten.pdf [29.07.2009].
- Techniker Krankenkasse (Hrsg.). (2009). *Gesundheitsreport 2008 – Daten und Fakten bei Arbeitsunfähigkeiten und Arzneiverordnungen. Schwerpunkt: Psychische Störungen*. Hamburg: Techniker Krankenkasse.
- Vogel, H. (1996). Psychotherapie in der ambulanten Versorgung – eine kritische Übersicht. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 28, 105-126.
- Walz-Pawlita, S. (2007). *Zur Nachwuchs- und Ausbildungssituation Psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten*

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR HYPNOSE UND HYPNOTHERAPIE (DGH)

HYPNOTHERAPIEWEITERBILDUNG

für
DiplompsychologInnen, ÄrztInnen

KONSTANZ und WIESBADEN

- Referent:** Prof. Dr. Walter BONGARTZ
www.hypnose-kikh.de
- Beginn des curriculums:** Konstanz: 03.10.2009
Wiesbaden: 17.10.2009
- Kursinformationen/
Anmeldung:** K.I.K.H. (Klingenberger Institut für Klinische Hypnose)
Bleicherstr. 12/Färberstr. 3A
78467 Konstanz
Fon/Fax: 07531 - 6060350
bongartz@hypnose-kikh.de

Zusatzseminar: Archaische Muster der Selbstentwicklung in der Hypnotherapie Konstanz: 18. - 20.9.09

COESFELD

- Referent:** Dr. Helga HÜSKEN - JANSSEN
www.dgh-hypnose.de
- Beginn des curriculums:** COESFELD: 09.10.2009
- Kursinformationen/
Anmeldung:** Westfälisches Institut für Hypnose und Hypnotherapie
Druffelsweg 3
48653 Coesfeld
Fon: 02541 - 6500
HHueskenJanssen@aol.com



© Christoph-Dornier-Klinik 2009

[0251] 48 10-110
Finden Sie Ihren persönlichen Weg!

Magersucht und Bulimie ...bewältigen

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

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

Kostenübernahme: Beihilfe, Privatversicherungen, GKV-Einzelfallentscheidung.

Wir bieten spezifische Interventionen insbesondere bei:

- Angststörungen
- Zwangserkrankungen
- Essstörungen
- Depressionen
- Menschen mit **Asperger-Syndrom**

Christoph-Dornier-Klinik
für Psychotherapie

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

Ärztliche Leitung: Dr. med. Schide Nedjat

- in Hessen. Unveröff. Paper, Wiesbaden: LPPKJP Hessen.
- Walz-Pawlita, S. (2008). *10 Thesen zur psychotherapeutischen Ausbildung – Bilanz und Perspektiven. Vortrag beim Landespsychotherapeutentag Baden-Württemberg*, Stuttgart: LPK Baden-Württemberg. Verfügbar unter: http://www.lpk-bw.de/archiv/lptage/lpt2008/080705_walz_pawlita_vortrag.pdf [29.07.2009].
- Walz-Pawlita, S., Bataller, I., v. Boxberg, F., Corman-Bergau, G., Loetz, S., Münch, K., Rumpeltes, R., Munz, D. & Springer, A. (2008). Psychoanalytische Ausbildung und Forschungsgutachten. eine Standortbestimmung. *Forum Psychoanalyse*, 24, 367-381.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (WBP). (2007). *Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie – Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie. Version 2.6 vom 21.11.2007*. Verfügbar unter: <http://www.wbpsychotherapie.de/downloads/Methodenpapier20090514.pdf> [29.07.2009].
- Wittchen, H.-U., & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 44 (10), 993-1000.
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 357-376.
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2006). Psychische Störungen in Deutschland und der EU – Größenordnung und Belastung. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 38, 189-192.
- Wittmann, L. (2009). Psychotherapie in der Praxis: ein Stimmungsbild und ein Plädoyer. *Psychotherapie aktuell*, 1, 10-13.
- Wittmann, W. W., Nübling, R. & Schmidt, J. (2002). Evaluationsforschung und Programmevaluation im Gesundheitswesen. *Zeitschrift für Evaluation*, 1, 39-60.
- Zepf, S., Mengele, U., Marx, A. & Hartmann, S. (2001). *Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgungslage in der Bundesrepublik Deutschland*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Zepf, S., Mengele, U. & Hartmann, S. (2003). Ambulante Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. *Psychotherapeut*, 48, 23-30.
- Zielke, M. (2007). Stationäre Psychotherapie und medizinische Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen aus gesundheitsökonomischer Perspektive. In Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) (Hrsg.), *Stand und Perspektiven der psychotherapeutischen Versorgung. Tagungsdokumentation ver.di Fachtagung vom 29.11.2006*. (S. 41-99). Berlin: ver.di.
- Zielke, M. (2008). Kosten-Nutzen-Relation der psychosomatischen Rehabilitation aus gesundheitsökonomischer Pers-

pektive. In G. Schmid-Ott, S. Wiegand-Grefe, C. Jacobi, G. Paar, R. Meermann & F. Lamprecht (Hrsg.), *Rehabilitation in der Psychosomatik* (S. 399-443). Stuttgart: Schattauer.

Zielke, M., Bogart, E.-J., Carls, W., Herder, F., Lebenhagen, J., Leidig, S., Limbacher, K., Meermann, R., Reschenberg, I. & Schwickerath, J. (2004). *Ergebnisqualität und Gesundheitsökonomie verhaltensmedizinischer Psychosomatik in der Klinik*. Pabst: Lengerich.



Dr. Rüdiger Nübling

Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg
Jägerstr. 40
70174 Stuttgart
nuebling@lpk-bw.de



DiagnoPro 2.0

Das Computerprogramm zur Unterstützung
in Ihrer psychotherapeutischen Praxis

- Berichterstellung
- Dokumentation
- Anamnese
- Praxisverwaltung

Jetzt
neu!!!



Psychoholic Software - Konrad-Adenauer-Str. 16 - 85221 Dachau - Tel.: 08131-2976847 - Fax: 08131-2976848 - info@psychoholic.de - www.psychoholic.de