

**1. Bayerischer  
Landespsychotherapeutentag**

**Psychotherapie im Wandel des Gesundheitssystems  
am Beispiel der Depression**

**Dokumentation**

PTK Bayern - Bericht 3

© Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten  
und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten 2005

Hausanschrift: St. Paul-Str. 9; 80336 München  
Postanschrift: Postfach 151506; 80049 München

Tel.: 089 / 51 55 55 - 0  
Fax.: 089 / 51 55 55 - 25

info@ptk-bayern.de  
<http://www.ptk-bayern.de>

PTK Bayern - Bericht 3  
Redaktion: Petra Kümmler. Stand 01.12.2005

## **Zusammenfassung**

Der 1. Bayerische Landespsychotherapeutentag fand am 12. November 2005 in der Ludwig-Maximilians-Universität München statt. Das Thema „Psychotherapie im Wandel des Gesundheitssystems am Beispiel der Depression“ verband zwei Aspekte - die Perspektive auf die Umbrüche im Versorgungssystem und die fachliche Sicht auf neue Behandlungsmodalitäten.

Das breite Interesse der Kammermitglieder, der Vertreter von Medien, Politik und Gesundheitswesen spiegelte sich in der hohen Teilnehmerzahl von rund 700 Teilnehmern wider.

Dieser Bericht stellt als Überblick alle Informationen zusammen, die im Vorfeld des Landespsychotherapeutentages, wähen der Tagung und im Nachhinein verfasst wurden und ist eine Dokumentation der Fachtagung.



## Inhaltsverzeichnis

1	Eröffnung .....	9
2	Grußworte .....	13
2.1	Grußwort von Staatsministerin Christa Stewens .....	13
2.2	Grußwort von Dr. Irmgard Pfaffinger, Vorstand BLÄK .....	15
3	Programm .....	17
4	Vorträge .....	19
4.1	Hauptvorträge .....	19
	<i>Uwe Koch, Dina Barghan, Timo Harfst, Holger Schulz: Zur aktuellen Situation der Psychotherapie in Deutschland – eine Analyse der Angebotssituation im stationären und ambulanten Setting .....</i>	19
	<i>Thomas Ballast: Psychotherapie in den Versorgungsstrukturen von heute und morgen .....</i>	20
4.2	Vorträge am Vormittag .....	21
	<i>Marianne Leuzinger-Bohleber: Neuere Entwicklungen der Psychotherapie von Depressionen .....</i>	21
	<i>Martin Hautzinger: Neuere Entwicklungen der Psychotherapie von Depressionen .....</i>	22
	<i>Klaus-Thomas Kronmüller: Neuere Entwicklungen der Depressionsbehandlung bei Kindern und Jugendlichen .....</i>	22
	<i>Jürgen Hardt: Prävention als psychotherapeutische Kulturarbeit .....</i>	23
	<i>Almuth Sellschopp: Geschlechtsspezifische Depressionsbehandlung .....</i>	24
	<i>Anna Auckenthaler: Veränderungen des Psychotherapiebegriffs am Beispiel der Versorgung von Depressionen .....</i>	25
4.3	Vorträge am Nachmittag .....	25
	<i>Rolf D. Hirsch: Besonderheiten der Behandlung von Depressionen im Alter .....</i>	25
	<i>Heiner Keupp: Die gesellschaftliche Verantwortung von Psychotherapie .....</i>	27
	<i>Christina Tophoven: Neue Versorgungsformen .....</i>	27
	<i>Gerd Dielmann: Vergütung angestellter Psychotherapeuten .....</i>	27
	<i>Alexander Hillers: Berufsordnung - Wirkung im Angestelltenverhältnis .....</i>	28
4.4	Workshops am Vormittag .....	29
	<i>Herbert König: Zur Differentialdiagnostik der Depression aus neuropsychologischer Sicht .....</i>	29
	<i>Regina Thierbach: Hypnotherapeutische Ansätze bei Depressionen .....</i>	30
	<i>Gisela Röper: Die Bedeutung von Entwicklung und Ressourcen bei der Behandlung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen .....</i>	30
4.5	Workshops am Nachmittag .....	32
	<i>Rita Rosner: Diagnostik und Therapie von Traumafolgestörungen .....</i>	32

<i>Thomas Giernalczyk: Suizidalität erkennen und hilfreich intervenieren.....</i>	32
<i>Doris Lange: Burn Out-Phänomene bei Psychotherapeuten. Möglichkeiten körperpsychotherapeutischer Selbstregulation .....</i>	34
5 Hintergrundmaterial .....	36
5.1 Informationen zu Depression und Psychotherapie .....	36
5.2 Psychotherapeuten als Teil des Gesundheitssystems von heute und morgen	37
5.3 Kurzportrait der Kammer.....	38
6 Öffentlichkeit.....	39
6.1 Presseinformation.....	39
6.2 Homepagebericht .....	40
7 Feedback .....	44
8 Berichte über den LPT .....	45
9 Personenverzeichnis .....	46
9.1 Referenten .....	46
9.2 PTK Bayern .....	48







## 1 Eröffnung

Sehr geehrte Gäste, liebe Kolleginnen und Kollegen,

die bayerische Landeskammer der PP und KJP repräsentiert zwei Berufe, die 1999 ihre gesetzliche Verankerung erhalten haben, die aber schon seit vielen Jahrzehnten maßgeblich zur Versorgung von Menschen psychischen Störungen beitragen. Heute wird von unseren Berufsangehörigen in der psychotherapeutischen Versorgung in Bayern und in Deutschland mit Abstand der größte Anteil geleistet.

Wir als junge Kammer wollen mit diesem Landespsychotherapeutentag nach innen: für die Mitglieder einen Raum für die fachlichen Fortbildung und Diskussion und des Zusammentreffens bieten, nach außen ein Signal setzen: - hierzu wollen wir: gemeinsam mit anderen wichtigen Vertretern des Gesundheitssystems über die aktuelle Versorgungssituation diskutieren.

Wir haben beim Thema des Landespsychotherapeutentages zwei miteinander verknüpfte inhaltliche Haupt-Schwerpunkte gewählt: Psychotherapie im Wandel des Gesundheitssystems und, - als Vertiefung und Verdeutlichung - am Beispiel der Depression.

Wir möchten also mit Ihnen gemeinsam darüber nachdenken, wo Psychotherapie und die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sich im Gesundheitssystem und damit in der gesamten gesellschaftlichen Verantwortung verorten. Wo wollen und wo sollen wir im System unseren Platz und unsere Funktion haben? Wie kann der Beitrag, den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten heute im Rahmen der Depressionsbehandlung leisten, dargestellt werden, wie können Zukunftsperspektiven aus fachlicher Sicht aussehen und – nicht zuletzt, was kann jedes Kammer-Mitglied tun, um zu einer optimalen Behandlung und Versorgungssituation auf dem neuesten Stand der wissenschaftlich fundierten Psychotherapieforschung mit beizutragen? D.h. es geht sowohl um die Suche nach der besten Arbeitsweise für die einzelne Patientin, den einzelnen Patienten, der zu uns kommt. Aber es geht auch darum, dass wir unsere Profession als zentralen Pfeiler in einer Gesellschaft begreifen, in der immer mehr Menschen leben mit der Diagnose einer behandlungsbedürftigen psychischen Krankheit, insbesondere auch einer Depression. Wir wollen hier unsere Verantwortung auch über die einzelne Therapiesitzung hinaus wahrnehmen und ausfüllen.

Depressive Stimmungen gehören als wichtiger Teil unserer Gefühls- und Erlebenswelt zum Menschsein. Heute werden aber psychische Störungen insbesondere mit Diagnosen aus dem Bereich der Depression, in bisher nicht gekanntem Ausmaß festgestellt - und nehmen weiter permanent zu. Depressive Störungen können als „Volkskrankheit“ ersten Ranges bezeichnet werden. Wir dürfen aber bei der Feststellung des Auftretens von depressiven Erkrankungen nicht stehen bleiben.

Die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und Lebenswelten der Menschen ändern sich in fortlaufend zunehmender Geschwindigkeit. Die Anpassungsleistungen, die der einzelne Mensch in seinem Umfeld als Teil einer globalisierten Wettbewerbssituation zu leisten

hat, nehmen weiter zu. Dieser Prozess muss im Subjekt verarbeitet werden in Form einer Anpassungsleistung mit dem Ziel, sich selbst als selbstverständlich guter Mittelpunkt der Welt zu begreifen und dort auch wohl zu fühlen. Psychische Störungen und insbesondere depressive Erkrankungen werden heute nicht nur bei der einzelnen Patientin, beim einzelnen Patienten besser erkannt, diagnostiziert. Psychische Störungen und die Patienten müssen auch im größeren Kontext gesehen werden.

Gerade in Zeiten, in denen sowohl psychische Störungen als auch die Wirkung von erfolgreicher Psychotherapie mit bildgebenden Verfahren im Gehirn lokalisiert dargestellt werden können und die biologische und pharmakologische Forschung massiv gefördert wird, muss ein verstehender Zugang zu den einzelnen Menschen Platz und Raum haben, ein Zugang dazu, wie das gesellschaftliche Umfeld verarbeitet wird und dabei eben oft nicht subjektive Zufriedenheit vor dem Hintergrund der eigenen Lebensgeschichte gefunden werden kann und psychische Krankheit entsteht. Unsere Profession zeichnet sich in ihrer wissenschaftlichen Fundierung dadurch aus, dass sie neben der erfolgreichen Anwendung des statistischen Modells, also des Zählens, auch in das Verstehen des „ER-Zählens“ der einzelnen Patienten eingebettet psychotherapeutisch handelt.

Wir finden im Erzählen unserer Patientinnen und Patienten sowohl individuelle Schicksale und Behinderungen, die wir in therapie- und störungsspezifische Modelle zuordnen, als auch die Auswirkungen gesamtgesellschaftlicher Tendenzen. So finden wir bei ihnen z.B. die direkten Auswirkungen der Notwendigkeit zur individualisierten Lebensgestaltung und den weiteren Rückgang der Einbettung in reale soziale Beziehungen und Netze für viele Menschen. Wir finden auch den zunehmenden Übergang zu virtuellen globalisierten Netzen.

Wir können die Stützung durch reale soziale Netzwerke nicht ersetzen durch unser Angebot Psychotherapie, auch wenn die fachkundige Psychotherapie immer eingebettet in die reale Begegnung und Beziehung mit dem Patienten ist und sein muss. Aber wir können den Menschen u.a. helfen, ihre eigenen Ressourcen durch fachliche Intervention so zu erkennen, zu fördern und zu nutzen, dass das Erleben der eigenen Person als wert- und hilflos überwunden werden kann und neue Ressourcen erschlossen werden.

Wir können eine Sitzung nur mit einem Patienten oder einer kleinen Gruppe verbringen, haben keine Geräte, die sich bei intensiver Nutzung besser rentieren, keine Medikamente, die von uns vermehrt verschrieben werden. Im Gegenteil. Gerade die Arbeit mit depressiven Patienten erfordert sowohl in der akuten Anfangsphase als auch im weiteren Therapieverlauf eine fundierte Ausbildung, Kraft und Erfahrung, um den Erfolg in kleinen Schritten und intensiver Arbeit eingebettet in die therapeutische Beziehung gemeinsam mit den Patienten zu erreichen. Im Unterschied zur Pharmako-Therapie oder auch therapeutischen Internet-Nutzungen ist unser Angebot nicht beliebig erweiterbar. Die Nachfrage, die an uns herangetragen wird, können wir nicht in dem Umfang erfüllen, wie wir uns das selbst oft wünschen würden.

Umso wichtiger erscheint mir, dass wir als praktisch tätige Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Augen aufmachen. Einerseits wird es immer Möglichkeiten geben,

das eigene therapeutische Handeln für Behandlung und Rückfallprophylaxe gerade in Bezug auf die große Volkskrankheit Depression zu verbessern, neue wirksame Behandlungselemente zu integrieren, und damit auch die Freude am eigenen Arbeiten immer wieder zu erneuern. Nach einer guten Fortbildung wird die alltägliche Praxis wieder um neue Aspekte erweitert und damit interessanter und auch effektiver. Hierzu will die heutige Tagung uns allen als praktisch Tätigen eine weitere Gelegenheit geben.

Darüber hinaus kommt uns aber auch eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung als Teil des Gesundheitssystems zu. Kaum eine Berufsgruppe ist so nah an den Funktionsmechanismen menschlichen Zusammenlebens. Wir können beurteilen, was Menschen in ihrer individuellen Lebensgestaltung und gelingenden Identitätsbildung brauchen, um sich - von der Kindheit an - möglichst gesund zu entwickeln und zufriedener leben zu können. Auch wenn wir eigentlich mit der Behandlung von Störungen und Krankheit im Einzelfall mehr als genug zu tun haben, werden wir in Zukunft vermehrt unser Know-how einbringen müssen, wenn es um Fragen der Prävention, Früherkennung bis hin zur Gestaltung von Lebensumfeld und Lebenswelten geht. Hierzu wird es vermehrt notwendig sein, mit anderen Berufsgruppen, z.B. den Hausärzten oder Psychiatern, und Initiativen, wie z.B. dem „Bündnis gegen Depression“ zusammenarbeiten, um eine möglichst breite Basis für Möglichkeiten zum Entstehen psychischer Gesundheit und zur Verhinderung psychischer Krankheit mit zu unterstützen.

Die Strukturen des Gesundheitssystems oder die sog. „Versorgungslandschaft“ in Bayern, Deutschland und Europa ist kein französischer und kein englischer Garten sondern ein äußerst kompliziertes historisch gewachsenes Angebotsspektrum. Gerade durch die Arbeit der Kammer ist vielen erst richtig deutlich geworden, dass wir Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Akteure, Player, und Teil des Wandels sind in dieser Landschaft sehr unterschiedlicher Interessen.

Da die gesetzliche Verankerung von Psychotherapie und Psychotherapeuten in Zeiten des Wandels kein Garant sein kann, begreifen wir insbesondere die aktuelle politische Situation als eine, in der wir uns stellvertretend für die 4700 bayerischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu Wort melden.

Wir haben uns z.B. in der letzten Zeit mit Schreiben an die bayerischen Arbeitsgruppenmitglieder in den Koalitionsgesprächen gewandt und warten darauf, ob und wie die neue Bundesregierung bei anstehenden Gesundheitsreformen dafür Sorge tragen wird, dass psychotherapeutisches Know-how mit allen seinen Möglichkeiten in Prävention, Behandlung und Rehabilitation berücksichtigt wird.

Wir haben so auch z.B. beim bayerischen Landesplan zur Versorgung psychisch kranker und behinderter Menschen mitgewirkt. Wir fordern die bayerische Staatsregierung auf, Frau Staatsministerin Stewens, ihre Einflussmöglichkeiten im Land und im Bund nutzen, um die psychische Gesundheit und die Behandlung psychischer Krankheiten wirklich „nachhaltig“ zu fördern. Wir wissen um die allseits diskutierten Finanzierungsfragen, aber es geht auch und vor allem um strukturelle Weichenstellungen.

Es ist ein Irrweg, nur auf die Kräfte des freien Wettbewerbs und des Gesundheitsmarktes zu setzen. Wir haben uns u.a. für die besonders schwer psychisch kranken Menschen und den Erhalt der Sozialpsychiatrischen Dienste in Bayern eingesetzt. Das finanziell gesteuerte Interesse großer und rein ökonomisch geführter Gesundheitskonzerne an dieser Thematik ist für mich schwer vorstellbar. Dies trifft natürlich auch auf andere Bereiche in ähnlicher Form zu.

Der Ausstieg der Krankenkassen aus der Finanzierung der Sozialpsychiatrischen Dienste in Bayern zeigt beispielhaft, wie auch sie sich dem finanziellen Druck beugen müssen. Werden die Krankenkassen zukünftig über die Unterstützung angemessener Modelle der integrierten Versorgung für die Integration psychotherapeutischen Sachverstands in das gesamte Gesundheitssystem sorgen können? - Besser als z.B. die Kassenärztlichen Vereinigungen? Wir dürfen gespannt sein, wie sie diese Aufgabe angehen.

Bei unseren Gesprächen bei der EU in Brüssel konnten wir feststellen, dass auf europäischer Ebene die Problematik psychischer Erkrankung sehr wohl gesehen wird, unsere Profession aber noch nicht angemessen wahrgenommen wird.

Gerade im Hinblick auf die Entwicklung in Europa muss unsere akademische Grundqualifikation auch im neuen Studien-System mit Bachelor und Master-Abschlüssen angemessen geregelt sein. Schon im Jahr 2000 hat das Bay. Gesundheitsministerium klargestellt, dass nach dem PTG der Master und nicht der Bachelor Zugangsvoraussetzung zur Psychotherapieausbildung ist. Dies ist auch unserer Auffassung nach zur Sicherung einer qualifizierten Versorgung der Bevölkerung in diesem sensiblen Versorgungsbereich unverzichtbar.

Das akademische Studium ist unsere Grundlage, an das sich unsere intensive Psychotherapieausbildung anschließt. Wir alle aber sind mitverantwortlich, unser Fach zu pflegen und weiterzuentwickeln, - intern und im Kontext. Ich hoffe, dass uns hierzu auch heute ein guter Beitrag gelingt.

Heute soll zentral Raum für unsere Fragen und Gedanken aus unseren verschiedenen Blickwinkeln sein. So unterschiedlich unsere Ausbildungen und theoretischen Bezugspunkte in vielen Bereichen sein mögen, so deutlich sind m.E. jedoch inzwischen die gemeinsamen Aufgaben und Fragen, die sich uns allen stellen.

Ich wünsche uns allen, dass wir heute ein gutes Stück weiterkommen - und ich wünsche mir, dass wir uns alle dabei auch ein Stück näher kommen! Vielen Dank!

*Dr. N. Melcop*  
*Präsident PTK Bayern*

## 2 Grußworte

### 2.1 Grußwort von Staatsministerin Christa Stewens

Es ist mir eine Ehre und Freude, heute anlässlich des 1. Bayerischen Landespsychotherapeutentages hier in München einige Grußworte an Sie zu richten. Ich überbringe Ihnen hierzu auch die besten Wünsche des Bayerischen Ministerpräsidenten, Herrn Dr. Edmund Stoiber, der gerne selber gekommen wäre, aber heute leider verhindert ist.

Der heutige 1. Landespsychotherapeutentag widmet sich in einem seiner Themenschwerpunkte der Behandlung von Depressionen. Depressive Störungen unterschiedlicher Schweregrade gehören zu den häufigsten Erkrankungen überhaupt. Aktuellen Schätzungen zufolge leiden ca. 5 % der deutschen Bevölkerung an einer behandlungsbedürftigen Depression. In Bayern sind über 600 000 Menschen betroffen.

Das sind dramatische Zahlen. Vor allem wenn man bedenkt, dass Depressionen eine der Hauptursachen der jährlich ca. 12 000 Suizide in Deutschland sind und dass sie sehr häufig gut behandelbar wären, wenn sie rechtzeitig entdeckt würden. Das heißt, zahlreiche Selbstmorde könnten verhindert werden, wenn Betroffene rechtzeitig einer Therapie zugeführt würden. Dabei sind ältere Menschen von der Selbsttötung überdurchschnittlich häufig betroffen: 40 % der Suizide werden von Menschen über 60 Jahren verübt.

Da Depressionen – vor allem im Alter – aber nur bei einem Teil der Erkrankten erkannt und bei einem weiteren Teil der Betroffenen zwar erkannt, aber nicht optimal behandelt werden, sind hier Bemühungen insbesondere auch im Bereich der Prävention dringend notwendig.

Die Bayerische Staatsregierung hat daher im Rahmen der Gesundheitsinitiative „Bayern aktiv“ das Projekt „Altenpflegekräfte als Partner in der Suizidprävention“ bayernweit unterstützt. Ziel des Projektes ist es, Mitarbeiter im Seniorenbereich für das Erkrankungsbild der Depression im Alter zu sensibilisieren. Das Projekt wird jetzt durch Unterstützung meines Hauses auf die Pflegekräfte in der ambulanten Pflege ausgeweitet.

Wie Sie vielleicht wissen, wird derzeit an der Fortschreibung des Zweiten Bayerischen Psychiatrieplans aus dem Jahr 1990 gearbeitet. In neun Arbeitskreisen wurde intensiv an den Schwerpunkten der künftigen Psychiatriepolitik gefeilt. Die Ergebnisse werden derzeit ausgewertet und sollen bei einem Runden Tisch Psychiatrie im Sozialministerium nochmals mit allen Beteiligten erörtert werden.

Viele Details sind noch offen und teilweise auch umstritten, aber soviel steht jetzt schon fest: Kernpunkt des Dritten Bayerischen Psychiatrieplans soll ein Paradigmenwechsel vom jetzt vielfach noch vorherrschenden institutsbezogenen Ansatz zu personenbezogenen Hilfen sein. Psychisch kranke Menschen sollen sich nicht mehr an das Anforderungsprofil einer Einrichtung anpassen müssen; vielmehr soll sich das gesamte psychiatrische Versorgungsangebot um die individuellen Bedürfnisse der Hilfe suchenden Personen gruppieren.

Einzelne Hilfeangebote sollen zu einem ganzheitlichen Konzept zusammengefasst werden, das die multiprofessionellen Hilfen integriert. Auf diese Weise kann auch den vielfältigen Störungsbildern und den individuellen Lebensentwürfen der betreuten Menschen besser Rechnung getragen werden.

Auf der Agenda Ihres 1. Landespsychotherapeutentages stehen aber auch die neuen Versorgungsformen im Gesundheitswesen.

Die sozialen Sicherungssysteme stehen vor enormen Herausforderungen. Ich nenne nur die Stichworte „demografischer Wandel“ und „Lage am Arbeitsmarkt“. Die anhaltend hohe Arbeitslosigkeit – derzeit gibt es in Deutschland beinahe fünf Millionen Arbeitsuchende – wirkt sich negativ auch auf der Einnahmenseite der Gesetzlichen Krankenversicherung aus.

Die demographische Entwicklung führt im Bereich der Krankenversicherung nicht nur zu geringeren Beitragseinnahmen aufgrund der im Vergleich zum Erwerbseinkommen regelmäßig geringeren Alterseinkünfte. Vielmehr nimmt auch die durchschnittliche Morbidität im Alter zu.

Und nicht zuletzt wird der medizinische und medizinisch-technische Fortschritt, der fraglos absolut wünschenswert ist, für weiter steigende Ausgaben im System der Gesetzlichen Krankenversicherung sorgen.

Die Koalitionsverhandlungen im Bereich der Zukunft der gesetzlichen Krankenversicherung haben sich äußerst schwierig gestaltet. Grundlegende Reformen sind daher zunächst nicht zu erwarten. Es wird deshalb zunächst darum gehen, das vorhandene Instrumentarium konsequent zu nutzen beziehungsweise erkannte Defizite zu korrigieren.

Der Gesetzgeber hat, um die vorhandenen Versorgungsstrukturen zu verbessern und die dringend notwendige Reduzierung von Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zu realisieren, neue Versorgungsformen eingeführt. Medizinische Versorgungszentren und integrierte Versorgungsverträge sollen die Grenzen der sektorierten Versorgung in Deutschland sprengen und durch die Sektionierung entstehende zusätzliche Kosten einsparen.

Eine bessere Verzahnung zwischen dem ambulanten und stationären Sektor ist seit Jahren ein gesundheitspolitisches Anliegen. Auch ich halte es für geboten, die immer wieder auftretenden Reibungsverluste, die sich unter anderem in Doppeluntersuchungen manifestieren, zu beseitigen. Schon vor mehreren Jahren wurde daher die „integrierte Versorgung“ in das Sozialgesetzbuch aufgenommen. Dieser Lösungsansatz wurde jedoch bis 2003 kaum umgesetzt.

Daher wurde mit dem GKV-Modernisierungsgesetz ein monetärer Anreiz in Form einer Anschubfinanzierung von einem Prozent der Gesamtvergütung gesetzt. Zugleich wurden die Kassenärztlichen Vereinigungen als angebliche Blockierer des Lösungsansatzes als Vertragspartner einer integrierten Versorgung ausgeschlossen. Dadurch ist es in der Tat gelungen, die Zahl der Integrationsverträge deutlich zu erhöhen.

Ob dadurch das Ziel der Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bürgerinnen und Bürger dieses Landes verwirklicht wird, bleibt jedoch abzuwarten. Die Bayerische Staatsregierung wird daher auch in Zukunft die weitere Entwicklung aufmerksam beobachten und – sollten sich Fehlentwicklungen abzeichnen – entschieden dagegen vorgehen. Denn im Zentrum aller Bemühungen steht die Gesundheit der Patientinnen und Patienten.

Ich wünsche dem 1. Bayerischen Landespsychotherapeutentag einen erfolgreichen Verlauf mit anregenden Vorträgen und interessanten Diskussionen. Und Ihnen, sehr verehrte Damen und Herren, einen schönen Tag in unserer Landeshauptstadt.

*Staatsministerin Christa Stewens*

## **2.2 Grußwort von Dr. Irmgard Pfaffinger, Vorstand BLÄK**

Sehr geehrte Frau Ministerin, sehr geehrter Herr Professor Butollo, sehr geehrter Herr Präsident, liebe Kolleginnen und Kollegen, sehr geehrte Damen und Herren,

Ich übermittle Ihnen die Grüße der Schwesternkörperschaft, der Bayerischen Landesärztekammer, zu Ihrem 1. Landespsychotherapeutentag.

Ich tue dies deshalb besonders gerne, weil ich selbst ärztliche Psychotherapeutin bin und als Vorstandsmitglied der Bayerischen Landesärztekammer Mitglied derjenigen Kommission bin, welche Probleme und Themen bearbeitet, die beide Kammern betreffen.

Dies ist heute aber nicht die Stunde, um von Problemen zu reden – hier gibt es ohnehin erfreulicherweise so gut wie nichts zu berichten –, sondern es gilt, das Gemeinsame hervorzuheben.

Da ist zunächst der Prozess der Gründung und Konsolidierung Ihrer Kammer zu nennen, den wir von Seiten der Bayerischen Landesärztekammer mit hohem Interesse verfolgt haben. In der Gründungsphase Ihrer Kammer waren diejenigen Argumente zu hören, die bei großen Teilen der Ärzteschaft nicht mehr recht überzeugen, bei denjenigen nämlich, die der Kammer überdrüssig geworden sind. Um nur einige davon zu nennen:

- Professionalisierung
- verbindliche Regelungen der Ordnung des Berufsstandes
- einheitliche Interessenvertretung nach außen
- last but not least die Möglichkeit, ein eigenes Versorgungswerk aufzubauen.

Dies stellen allesamt Vorteile dar, die für die Ärzteschaft längst selbstverständlich sind, aber einigen Mitgliedern nicht mehr „werthaltig“ erscheinen.

Unsere Glückwünsche für die erfolgreichen Schritte als Bayerische Landeskammer gelten Ihnen, Herr Präsident Dr. Melcop, den Mitgliedern des Vorstandes und der Delegierten-



versammlung Ihrer Kammer ebenso wie Ihren hauptamtlichen Mitarbeitern unter Leitung von Herrn Geschäftsführer Hillers. Diese verbinde ich mit dem Wunsch in Richtung meiner eigenen Berufskollegen, sich vom Interesse der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten an der Verkammerung auch ein Stück weit selbst wieder für die Sinnhaftigkeit der Organisation in einer Kammer begeistern zu lassen.

Das Gemeinsame zeigt sich aber nicht nur in den Grundsatzfragen der Kammer, sondern auch in der berufspolitischen Positionierung: Ich möchte zwei Punkte aus der aktuellen berufspolitischen Diskussion herausgreifen, in der Ihre Landeskammer und die Ärztekammer eindeutig gemeinsame Position bezogen haben: Dies ist zum einen die Analyse der Gefahrenmomente, die sich für beide Berufsstände aus dem Bologna-Prozess ergeben, das heißt aus der Einführung der Bachelor-/Master-Struktur in unsere Studiengänge. Hier haben unsere beiden Berufe zwar etwas unterschiedliche Ausgangspunkte, aber eine gemeinsame Position, dass es nicht zu einem Absinken des Niveaus der Ausbildung in Richtung „Barfuß-Arzt“ bzw. „Barfuß-Psychologe“ kommen darf.

Ein zweites gemeinsames berufspolitisches Thema sind die Bestrebungen der Staatskanzlei, die Berufszulassungsentscheidungen auf die Heilberufskammern zu übertragen. Auch hier sind sich die beiden Kammern einig, dass dies aus einer ganzen Reihe von Gründen nicht wünschenswert ist. Diese haben einen gemeinsamen Nenner: So imagefördernd die Erteilung von Berufsausübungserlaubnissen für die Kammern sein mag, so belastend ist eben auch die Verweigerung einer solchen Erlaubnis bzw. deren Rücknahme. Mit dem für derartige Verwaltungsverfahren notwendigen Beamtenapparat würde sich die Kammer ein deutliches Stück von ihrem Charakter als Interessenvertretung und Selbstverwaltungskörperschaft entfernen.

Doch zurück zu den originären Kammeraufgaben, zu denen fraglos die Fortbildung der Berufsangehörigen zählt – und damit bin ich wieder beim ersten Bayerischen Landespsychotherapeutentag, der sich ja in vollem Umfang der Fortbildung widmet. Ich bin mir sicher, dass auch eine Reihe von ärztlichen Psychotherapeuten hier zu Gast ist und das nicht nur, weil die Themen spannend sind, sondern auch weil die gegenseitige Anerkennung der Fortbildungspunkte (inzwischen) funktioniert.

Ich wünsche Ihnen namens der Bayerischen Landesärztekammer einen erfolgreichen Verlauf dieses ersten Bayerischen Landespsychotherapeutentages und uns, der Bayerischen Landesärztekammer, eine weiterhin so gute und fruchtbare Zusammenarbeit mit Ihnen.

An dieser Stelle möchte ich es in meiner Eigenschaft als Vorsitzende der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns nicht versäumen, Ihnen auch die Glückwünsche der anderen Schwesterkörperschaft zu übermitteln, und ich darf Ihnen allen auch im Namen des Vorstandes der KV Bayerns eine erfolgreiche Tagung mit interessanten Vorträgen und anregenden Diskussionen wünschen.

*Dr. Irmgard Pfaffinger*



### 3 Programm

Bayerische Landeskammer der  
Psychologischen Psychotherapeuten und der  
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten



Körperschaft des öffentlichen Rechts

#### 1. Bayerischer Landespsychotherapeutentag Raumbelegungsplan

##### *Große Aula:*

9.30 Uhr	Eröffnung, Grußworte
10.00 - 11.30 Uhr	<b>U. Koch:</b> Zur aktuellen Situation der Psychotherapie in Deutschland - eine Analyse der Angebotsituation im stationären und ambulanten Setting <b>T. Ballast:</b> Psychotherapie in den Versorgungsstrukturen von heute und morgen
12.00 - 13.30 Uhr	<b>M. Leuzinger-Bohleber &amp; M. Hautzinger:</b> Neuere Entwicklungen der Psychotherapie von Depressionen
14.30 - 16.00 Uhr	<b>Podiumsdiskussion:</b> Psychotherapeut/inn/en in der Depressionsbehandlung. Bestandsaufnahme und Perspektiven. Auckenthaler, Ballast, Hautzinger, Koch, Kronmüller, Leuzinger-Bohleber, Sellschopp. Moderation: Buchberger.
16.30 - 17.15 Uhr	<b>R. Hirsch:</b> Besonderheiten der Behandlung von Depressionen im Alter
17.30 - 18.15 Uhr	<b>H. Keupp:</b> Die gesellschaftliche Verantwortung von Psychotherapie

##### *Hörsaal 225:*

12.00 - 12.45 Uhr	<b>K. Kronmüller:</b> Neuere Entwicklungen der Depressionsbehandlung bei Kindern und Jugendlichen
13.00 - 13.45 Uhr	<b>J. Hardt:</b> Prävention als psychotherapeutische Kulturarbeit
16.30 - 18.00 Uhr	<b>C. Tophoven:</b> Neue Versorgungsformen

##### *Kleine Aula:*

12.00 - 12.45 Uhr	<b>A. Sellschopp:</b> Geschlechtsspezifische Aspekte der Depressionsbehandlung
13.00 - 13.45 Uhr	<b>A. Auckenthaler:</b> Veränderungen des Psychotherapiebegriffs am Beispiel der Versorgung von Depressionen
16.30 - 17.15 Uhr	<b>G. Dielmann:</b> Vergütung angestellter Psychotherapeuten
17.30 - 18.15 Uhr	<b>A. Hillers:</b> Berufsordnung - Wirkung im Angestelltenverhältnis

**Bitte Rückseite beachten**

**Bitte Rückseite beachten**

**Bitte Rückseite beachten**

Bayerische Landeskammer der  
Psychologischen Psychotherapeuten und der  
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten



Körperschaft des öffentlichen Rechts

### 1. Bayerischer Landespsychotherapeutentag Raumbelegungsplan: Workshops

*Bitte beachten Sie, dass die Teilnahme an einem Workshop nur möglich ist, wenn Ihre Anmeldung im Vorfeld bestätigt wurde!*

#### **Hörsaal 110:**

- |                   |  |
|-------------------|--|
| 12.00 - 13.30 Uhr | G. Röper: Die Bedeutung von Entwicklung und Ressourcen in der Behandlung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen |
| 16.30 - 18.00 Uhr | D. Lange: Burn Out - Phänomene bei Psychotherapeuten. Möglichkeiten körperpsychotherapeutischer Selbstregulation |

#### **Hörsaal 112:**

- |                   |   |
|-------------------|---|
| 12.00 - 13.30 Uhr | R. Thierbach: Hypnotherapeutische Ansätze bei Depressionen        |
| 16.30 - 18.00 Uhr | T. Giernalczyk: Suizidalität erkennen und hilfreich intervenieren |

#### **Hörsaal 117:**

- |                   |  |
|-------------------|--|
| 12.00 - 13.30 Uhr | H. König: Zur Differentialdiagnostik der Depression aus neuropsychologischer Sicht |
| 16.30 - 18.00 Uhr | R. Rosner: Diagnostik und Therapie von Traumafolgestörungen                        |

**Bitte Rückseite beachten**

**Bitte Rückseite beachten**

**Bitte Rückseite beachten**

## 4 Vorträge

### 4.1 Hauptvorträge

*Uwe Koch, Dina Barghan, Timo Harfst, Holger Schulz: Zur aktuellen Situation der Psychotherapie in Deutschland – eine Analyse der Angebotssituation im stationären und ambulanten Setting*

Gegenstand des Vortrags ist eine Strukturanalyse der aktuellen psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland. Einführend werden ausgewählte Daten zur Prävalenz psychischer Störungen und zur Inanspruchnahme von Hilfsangeboten berichtet. Diese basieren im Wesentlichen auf Ergänzungsuntersuchungen zum Bundesgesundheitsurvey 1998 der Arbeitsgruppe um Ulrich Wittchen (Dresden).

Das erste Kernthema bezieht sich auf die ambulante psychotherapeutische Versorgung. Dabei wird auf die Zahl der niedergelassenen psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten, deren Geschlecht, Profession, psychotherapeutische Orientierung und regionale Verteilung eingegangen. Weiterhin werden kurz weitere Institutionen, die in unterschiedlicher Form zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung beitragen - Beratungsstellen, Tageskliniken und Institutsambulanzen - beschrieben. Auf der Basis dieser Daten wird eine kritische Analyse der gegenwärtigen Versorgungssituation und -planung vorgenommen.

Das zweite Kernthema stellt die stationäre psychotherapeutische Versorgung dar. In diesem Kontext werden Daten zum Diagnosespektrum und zu den Behandlungsangeboten in den drei hier relevanten Versorgungseinrichtungen - Krankenhäuser/Abteilungen für Psychotherapie und Psychosomatik, Krankenhäuser/Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachkliniken für die Rehabilitation psychisch und psychosomatisch Kranker ("Psychosomatische Rehabilitation") - dargestellt. Die Forschungssituation im Bereich der stationären psychotherapeutischen Versorgung, und hier vor allem in der Psychosomatischen Rehabilitation, erlaubt auch die Darstellung ausgewählter Ergebnisse zu Prozessaspekten und zum Behandlungserfolg der stationären psychotherapeutischen Behandlung.

Am Ende des Beitrags werden einige Überlegungen zur Weiterentwicklung des psychotherapeutischen Versorgungssystems und zum bestehenden Forschungsbedarf vorgetragen.

*Thomas Ballast: Psychotherapie in den Versorgungsstrukturen von heute und morgen*

Die Psychotherapie hat mit dem Psychotherapeutengesetz ihre Stellung in den tradierten Versorgungsstrukturen gefunden. Mit der Integration in die Kassenärztlichen Vereinigungen und in die vertragsärztliche Versorgung wurden die psychologischen Psychotherapeuten aus der Rolle des Hilfsberufs für Ärzte und der Situation der überwiegend unregelmäßig und ungeordneten Kostenerstattung für ihre Leistungen herausgeholt.

Wir haben heute ein Versorgungsangebot für psychotherapeutische Leistungen, das international herausragt. Dieses Versorgungsangebot ist regional höchst differenziert. Defizite sind am ehesten in den neuen Bundesländern und bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen auszumachen.

Gerade in dem Moment, da die Psychotherapeuten „angekommen“ sind, lösen sich die alten Strukturen jedoch auf:

- Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden zunehmend in Frage gestellt; auch weil sie den Spagat zwischen Haus- und Fachärzten, zwischen Ärzten und Psychologen immer schlechter zu lösen im Stande sind.
- Die Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung verschwimmen; die Krankenhäuser drängen mit Macht in die ambulante Versorgung.
- Mit integrierter Versorgung und Disease-Management-Programmen entstehen völlig neue Vertrags- und Versorgungsstrukturen, die von neuen Gestaltern (Krankenkassen, Ärzteverbände) in neuem Umfeld (Direktverträge, Sondervergütungen, Versorgungscontrolling) etabliert werden.
- Der Qualitätstransparenz und –sicherung kommt auch in der Perspektive der Patienten eine wachsende Bedeutung zu.

Die Versorgungswelt schon der unmittelbaren Zukunft wird unübersichtlicher und herausfordernder sein – inhaltlich, aber auch ökonomisch. Die Psychotherapie muss sich diesen Herausforderungen stellen. Dabei steht im Vordergrund

- die Erarbeitung und Umsetzung sektorenübergreifender Versorgungsansätze unter Einbeziehung der Psychotherapeuten,
- die Erhöhung der Wahrnehmung der Rolle der Psychotherapie in Disease-Management-Programmen,
- das Bemühen um den Nachweis von Nutzen, Wirtschaftlichkeit und Qualität der Psychotherapie.

Die Ersatzkassen unterstützen derartige Bemühungen, wie das Projekt der integrierten, sozialpsychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Rheinland-Pfalz beweist. Das Projekt hat mit Anlaufschwierigkeiten zu kämpfen, die gelöst werden müssen, um mit einem erfolgreichen Leuchtturmprojekt Schneisen zu schlagen für die Integration der Psychotherapeuten auch in die neuen Versorgungsstrukturen.

## 4.2 Vorträge am Vormittag

*Marianne Leuzinger-Bohleber: Neuere Entwicklungen der Psychotherapie von Depressionen*

Die Depression wird nach Prognosen der WHO 2020 zur zweithäufigsten Volkskrankheit werden. Ihre Behandlung wird zunehmend auch als gesellschaftlich relevantes Problem erkannt. Psychoanalytische Fokal- und Kurztherapien kommen häufig und mit Erfolg bei Lebens- und Entwicklungskrisen sowie bei erstmaligen depressiven Erkrankungen zur Anwendung. Doch sind bei Patienten mit schweren Depressionen (major depression) die Rückfallquoten auf jede Form der Kurzbehandlung erschreckend hoch (über 50%). Zudem besteht bei 20-30% der Patienten die Gefahr einer Chronifizierung. Daher wird in diesem Vortrag, bezugnehmend auf Einsichten aus der Ergebnisstudie psychoanalytischer Langzeitbehandlungen der DPV und anderer Therapiestudien, postuliert, dass Psychoanalysen und psychoanalytische Langzeittherapien als die Indikation bei der Behandlung chronifizierter, multimorbider depressiv Erkrankter anzusehen sind. Diese These wird anhand verschiedener psychoanalytischer Depressionskonzepte diskutiert. Anhand eines Schemas von Hugo Bleichmar wird auf komplexe psychodynamische Faktoren verwiesen, die - meist in Zusammenhang mit erlittenen Traumatisierungen – in die Genese depressiver Erkrankungen einfließen und bei Behandlungen mit dauerhafter Wirkung berücksichtigt werden sollten. Nachhaltige, d.h. strukturelle Veränderungen chronisch Depressiver können, so die Ergebnisse einer Reihe von klinischen und extraklinischen Studien, nur durch die sorgfältige und emotional dichte Durcharbeitung der Traumatisierungen in der Übertragungsbeziehung erzielt werden.

Angesichts des Ausmaßes heutiger depressiver Erkrankungen scheint eine gemeinsame Anstrengung, sowohl von Praktikern verschiedenster Professionen, als auch von Forschern unterschiedlichster Disziplinen unverzichtbar. Ein Dialog ist notwendig, der über die engen Fachgrenzen hinausgeht, in dem das Wissen, das in anderen klinischen Tätigkeitsfeldern und Forschungsrichtungen gesammelt wurde, gegenseitig zur Kenntnis genommen wird. So einleuchtend diese simple Feststellung wirken mag: aus wissenschaftssoziologischen Gründen ist sie keineswegs selbstverständlich. Oft besteht nur ein minimaler Erfahrungs- und Wissensaustausch zwischen Psychiatern, Psychoanalytikern, Kognitiven Verhaltenstherapeuten, Psychopharmakologen, Genetikern und Sozialpsychologen, obschon sich alle als Experten im Gebiet der Depressionsbehandlung und/oder Forschung verstehen. Daher begrüßt die Referentin den Austausch mit einem der führenden Experten der kognitiv-behavioralen Depressionstherapien im Rahmen dieser Veranstaltung und plädiert für weitere, vergleichende Studien zur Langzeitbehandlung chronisch depressiver Patienten. Die begonnene Frankfurter Depressionsstudie verfolgt eine solche Zielsetzung.

*Martin Hautzinger: Neuere Entwicklungen der Psychotherapie von Depressionen*

Der Vortrag will neue Entwicklungen der kognitiven Verhaltenstherapie und der Interpersonalen Psychotherapie bei der Behandlung von Depressionen im Alter, rezidivierenden Depressionen, chronischen Depressionen und Bipolaren Störungen aufzeigen und anhand empirischer Befunde diskutieren. Es soll ferner um Prädiktion des Therapieerfolgs, um Wirkfaktoren und Wirkmechanismen dieser Psychotherapien gehen. Dabei wird auch deutlich werden, dass durch diese Psychotherapien nicht nur symptombezogene Veränderungen nachweisbar sind, sondern durch Psychotherapie neurobiologische Veränderungen bewirkt werden können. In der Diskussion könnte die Frage angegangen werden, wie es zu erklären ist, dass unterschiedliche Therapieansätze bei Depressionen oft vergleichbare Effekte erzielen.

*Klaus-Thomas Kronmüller: Neuere Entwicklungen der Depressionsbehandlung bei Kindern und Jugendlichen*

Depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen sind weit verbreitet. In epidemiologischen Studien wurden Lebenszeitprävalenzen von 15–20% bis zum Erwachsenenalter ermittelt. Dabei verlaufen depressive Störungen in der Adoleszenz häufig chronisch. Depressive Erkrankungen gehen zudem mit psychosozialen Beeinträchtigungen und ungünstigeren sozialen Beziehungen einher. Das hohe Suizidrisiko im Rahmen von depressiven Störungen gilt auch für die Gruppe der Jugendlichen.

Psychotherapie ist bei Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen besonders bedeutsam, da die Behandlung mit Psychopharmaka in dieser Altersgruppe einer sehr strengen Indikationsstellung unterliegt. Dennoch existiert für depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen nicht nur eine diagnostische Lücke nicht erkannter Betroffener, sondern auch eine therapeutische Lücke mit einem hohen Anteil von Patienten, die keine spezifische und adäquate Behandlung erhalten.

Störungsspezifische Behandlungsmethoden liegen vor allem aus dem Bereich der Verhaltenstherapie, der interpersonellen Psychotherapie, der psychodynamischen Psychotherapie und der Familientherapie vor. Die für die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Depressionen am besten evaluierte Therapierichtung ist die kognitive Verhaltenstherapie. In Metaanalysen konnte die Wirksamkeit kognitiv-verhaltenstherapeutischer Gruppentherapie nach dem Konzept von Lewinsohn nachgewiesen werden. Im Vergleich dazu ist die Wirksamkeit kognitiv-verhaltenstherapeutischer Einzelbehandlung weit weniger gut evaluiert.

Mittlerweile liegen aber auch aus Evaluationsstudien Belege für die Wirksamkeit der Interpersonellen Psychotherapie (IPT), der psychodynamischen Psychotherapie und der Familientherapie vor. Heterogen sind die Ergebnisse zur Frage inwieweit eine psychopharmakologische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen auch in Kombination mit Psychotherapie erfolgreich ist.

Im Rahmen der Veranstaltung werden neuere Konzepte zur Depressionsbehandlung bei Kindern vorgestellt, zudem wird auf den Stand der Evaluationsforschung dieser Verfahren eingegangen. Perspektiven, die sich aus den Therapiekonzepten und dem empirischen Forschungsstand ergeben, werden diskutiert.

*Jürgen Hardt: Prävention als psychotherapeutische Kulturarbeit*

Prävention, als Sorge für ein möglichst beschwerdefreies Leben, ist ein integraler Bestandteil jeder Kultur. Immer schon hat es traditionelle Anleitungen, Vorschriften und Regeln dafür gegeben, wie Krankheiten vorzubeugen und Leiden zu mildern sind. Die Frage stellt sich, was in unserer gesellschaftlichen / kulturellen Situation ein Präventionsgesetz nötig macht, welche Zwecke damit verfolgt werden und ob das Gesetz die mit ihm verbundenen Ziele erreichen kann.

Prävention ist Anleitung zum richtigen Leben und Hilfe bei der Bewältigung von unvermeidbaren Lebensaufgaben. Prävention strebt an, auf die Gestaltung von Lebensweisen Einfluss zu nehmen. Psychotherapeuten sind Fachleute für Lebensgestaltung und müssten zuerst in dieser Frage gehört werden; das ist nicht der Fall.

Die Situation der Nachkriegszeit bis heute ist durch eine Individualisierung des Gesundheitsbegriffs gekennzeichnet. Nur das Individuum kann krank sein, wie sich in den Auseinandersetzungen um Familientherapie gezeigt hat. Die Gesundheit ist in alleiniger Verantwortung und im Besitz des Einzelnen. Demgegenüber gab und gibt es andere kulturelle Positionen. Wir müssen daran erinnern und uns damit auseinandersetzen, dass die nationalsozialistische „Gesundheitserziehung“, mit den Konzepten von Volksgesundheit und Gesundheitspflicht, durchgreifend und in ihrer Weise erfolgreich war. Auch in der sozialistischen Gesundheitsversorgung der DDR war Gesundheit „Staatseigentum“. Es stellt sich die Frage, welche Legitimation es für eine staatlich verordnete Gesundheitsvorsorge in einer freiheitlichen Gesellschaft geben kann.

Durch den Rückzug des Staates aus der „Gesundheitserziehung“, verbunden mit dem Traditionsverlust unserer Kultur, ist eine Leerstelle entstanden, in die ökonomische Interessen der Lebens- und Genussmittelindustrie ungehindert eindringen. Dort werden Lebensweisen angeboten. Ihre Werbung sagt mit großem Nachdruck, was gut und was gesund ist. Risikogruppen, die besondere Aufmerksamkeit in Präventionsmaßnahmen verlangen, unterliegen der Konsummittelwerbung.



In dieser Situation stellt sich die Legitimationsfrage neu. Die grundlegende Position, dass der Staat freie Lebensgestaltung gewähren muss, wird als durch Wirtschaftsinteressen gefährdet sichtbar. Damit wird zugleich die ökonomische Legitimation von Gesundheits-erziehung, als Recht der Versichertengemeinschaft, Risiken durch Versprechen wirtschaftlicher Vorteile, als der gleichen Logik unterworfen, kenntlich. Prävention als Einflussnahme auf Lebensgestaltungen unterliegt der ökonomischen Logik, deren Auswirkung sie zu regulieren vorgibt.

Die Kulturarbeit der Psychotherapeuten (ein Anachronismus mit gefährlichem Beiklang, dem es sich zu stellen gilt) erweist sich als Pflicht einer „entfesselten Ökonomie“ (Udo Di Fabio) entgegenzutreten. Dabei zeigt sich eine Ungleichheit der Mittel: gemessen an den Aufwendungen der Konsummittelwerbung sind die Summen, die für Präventionsmaßnahmen vorgesehen sind, gering. Psychotherapeutische Kulturarbeit wäre das Eintreten für die freie Gestaltung des Lebens, die durch mächtige Einflussnahme wirtschaftlicher Interessen behindert wird.

#### *Almuth Sellschopp: Geschlechtsspezifische Depressionsbehandlung*

Geschlechtsspezifische Besonderheiten in Symptomverteilungen und Erkrankungshäufigkeiten bilden seit einiger Zeit den Fokus vermehrter Aufmerksamkeit in Diagnostik und Therapie.

Auch die Verteilung von Depressionen weisen einen je nach Untersuchung unterschiedlichen aber durchgehenden größeren Anteil in der Prävalenz bei Frauen auf. Sie zwingt uns auch, wegen bisher fehlender Behandlungskonzepte, diese Differenz unter diagnostischen und entwicklungspsychopathologischen Aspekten zu untersuchen. Dabei zeigt sich, dass die Differenz besonders im diagnostischen Bereich signifikant variiert, je nach Ausgangsposition von Diagnostiker und Patient, was den kontextuellen Variablen ein besonderes Gewicht gibt. Es werden in Übereinstimmung mit den Befunden von Blatt (2005) eine uns klinisch relevant erscheinende „Dimension“ des Konflikts und einige allgemeine Behandlungsempfehlungen formuliert.

Eingeschlossen sind Überlegungen zu Besonderheiten der Depression bei Krebserkrankungen.



*Anna Auckenthaler: Veränderungen des Psychotherapiebegriffs am Beispiel der Versorgung von Depressionen*

Mit dem Trend hin zu einer störungsspezifischen und manualisierten Psychotherapie wurde „Psychotherapie“ in den letzten Jahren zunehmend auf die Behandlung von Störungen reduziert. Im Vortrag soll aufgezeigt werden, woran sich das ablesen lässt, was damit aufgegeben wurde und was das im Einzelnen bedeutet. Vor dem Hintergrund der Ergebnisse einer inhaltsanalytischen Auswertung von Psychotherapiedefinitionen im letzten Viertel des 20. Jahrhunderts soll das „moderne“ Verständnis von Psychotherapie mit dem „traditionellen“ Psychotherapieverständnis kontrastiert werden. Außerdem sollen die beiden Konzeptionen von Psychotherapie in die Ergebnisse der Wirkfaktorenforschung eingeordnet werden.

### **4.3 Vorträge am Nachmittag**

*Rolf D. Hirsch: Besonderheiten der Behandlung von Depressionen im Alter*

Depressive Störungen sind die häufigste psychische Erkrankung im Alter. Nehmen die schweren depressiven Formen im Alter auch ab, so treten depressive Symptome („subthreshold depression“, eine depressive Störung, die noch nicht die Kriterien einer Depression nach ICD-10 erfüllt) häufiger auf. Keinesfalls führt allerdings Altern per se zu einer Depression.

Eine Vielzahl von Faktoren (z.B. genetische, soziale und/oder Persönlichkeits-Prädisposition, Stressoren für die physiologische Regulation oder im psychosozialen Bereich) kann zum Entstehen einer Depression beitragen. Ältere Depressive zeigen gehäuft eine somatische Komorbidität. Ihre Suizidalität ist erhöht.

Depressive Zustände im Alter sind durch ihr eher „atypisches“ Erscheinungsbild und ihren „atypischen“ Verlauf gekennzeichnet: Verblässen der Affekte, Eintönigwerden der Inhalte und eine durchschnittlich länger dauernde depressive Episode. Häufig findet man auch hypochondrische Befürchtungen.

Depressive Symptome im Alter scheinen weniger von vitaler Traurigkeit und Gefühlen der Depressivität geprägt zu sein als von Unlustgefühlen, Verlustängsten und Schuldgefühlen bis hin zu Wahnvorstellungen. Häufige Klagen sind: Zukunftsängste, Gefühl der Sinnlosigkeit des Lebens, Schuldgefühle, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Selbstvorwürfe und pessimistische Gedanken, Suizidideen, Lust-, Freud-, Interesse- und Antriebslosigkeit, Konzentrationsstörungen, verminderte Leistungsfähigkeit, chronische Obstipation, Schlaflosigkeit und eine Vielzahl von körperlichen Beschwerden. Bekannt ist, dass Depressive und Suchtkranke erheblich häufiger zu Suiziden und Suizidversuchen neigen als Gesunde.

Die Behandlung von alten Menschen mit einer Depression wird mitgeprägt von der Einstellung und dem Menschenbild des Therapeuten zum Alter. Nachgewiesen werden konnte, dass eine psychotherapeutische Behandlung dieses Klientels genau so erfolgreich und effizient sein kann wie bei jüngeren Patienten. Eine oft noch vertretene Skepsis, die überwiegend auf einer Gerontophobie des Therapeuten basiert, ist nicht mehr zu akzeptieren.

Nach Schwere, Dauer, innerer Reflektionsfähigkeit und dem sozialen Umfeld richten sich die Behandlungsmethoden, die heute ambulant, teilstationär und stationär durchgeführt werden. Häufig bedarf es eines mehrschichtigen Behandlungskonzeptes, bei welchem z.T. auch Antidepressiva und Tranquilizer über kurze oder längere Zeit verabreicht werden. Wegen der Besonderheiten alter Menschen ist es z.B. wegen der Multimorbidität notwendig, sich auch mit dem behandelnden Arzt abzusprechen sowie Angehörige oder andere enge Bezugspersonen in die Behandlung einzubeziehen.

Psychotherapeutische Konzepte aus der Tiefenpsychologie und Verhaltenstherapie werden überwiegend angewendet, einzeln oder in Gruppe. Insbesondere werden psychodynamische Fokal- oder Kurzzeitpsychotherapie, Kognitive Verhaltenstherapie und Interpersonelle Psychotherapie durchgeführt. Ergänzend kommen Entspannungstraining, Selbstsicherheitstraining und soziale Trainings zur Anwendung. Empfohlen wird, die Gruppen- der Einzeltherapie bei alten Menschen vorzuziehen.

Entscheidend ist, den alten Menschen nicht wegen seines Alters als hilfs- und schonungsbedürftig zu sehen sowie überfürsorglich zu behandeln, sondern ihn als Menschen wahrzunehmen, der zwar alt ist, keinesfalls aber deshalb nur einer „abgespeckten“ Psychotherapie zugänglich ist. Nur reduktionistische therapeutische Ziele zu formulieren bedeutet die Störung und den kranken alten Menschen nicht ernst zu nehmen und einen möglichen Therapieerfolg zu schmälern.

*Heiner Keupp: Die gesellschaftliche Verantwortung von Psychotherapie*

Menschen fühlen sich in einer globalen kapitalistischen Netzwerkgesellschaft zunehmend kulturell „entbettet“ und das hat weitreichende Konsequenzen für ihre Identität. Sie verlieren die traditionellen Schnittmuster für ihre Selbstfindung wie Vorstellungen von einer Normalbiographie, einer durch Arbeit und Beruf gesicherten Identität oder nationaler Grenzziehungen. Zugleich sehen sich Menschen von Angeboten zeitgerechter und passformiger Lebenskonzepte umstellt, aus denen sie auszuwählen haben. Auch die Psychofachleute sind darunter gut vertreten. Nicht wenige ihrer Angebote bedienen fragwürdige Bedürfnisse. Da gibt es einerseits die Ermunterung zu einem allseits flexiblen und offenen Charakter, der sich dem neuen Kapitalismus distanzlos anschmiegt. Und da gibt es auf der anderen Seite die vielfältig vertretenen Formen eines Psychofundamentalismus, der die Wiedergewinnung von Lebenssicherheit durch die Orientierung an „ewigen Wahrheiten“ verspricht. Nach der kritischen Würdigung dieser Alternativen soll ein kritisch-reflexiver „dritter Weg“ skizziert werden, der sich aus gemeindepsychologischen Erkenntnissen ableiten lässt.

*Christina Tophoven: Neue Versorgungsformen*

Der Workshop gibt einen Überblick über unterschiedliche Modelle neuer Versorgungsformen von Hausarztmodellen über Disease-Management-Programme bis zu unterschiedlichen Konzepten Integrierter Versorgung. Chancen und Risiken dieser Konzepte werden diskutiert. Entwicklungsperspektiven werden vor dem Hintergrund gesundheitspolitischer Weichenstellungen – soweit bis dahin bekannt – umrissen.

*Gerd Dielmann: Vergütung angestellter Psychotherapeuten*

Vor dem Hintergrund der tarifpolitischen Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens, werden in diesem Beitrag die Grundzüge des neuen Tarifvertrags für den öffentlichen Dienst (TVöD) dargestellt.

Die Überleitungsregelungen zur Ablösung des Bundes-Angestelltarifvertrags (BAT) werden skizziert. Die geltende Eingruppierungssystematik für Psychologische Psychotherapeutinnen und -psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, Forderungen und Kontroversen bei der Entwicklung neuer Eingruppierungsvorschriften werden diskutiert.

*Alexander Hillers: Berufsordnung - Wirkung im Angestelltenverhältnis*

Der Vortrag stellt die Berufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeuten und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Bayerns (BO) vor, die am 1.1.2005 in Kraft getreten ist. Der Vortrag gliedert sich in zwei Teile. Im ersten Teil wird die Berufsordnung vorgestellt, die nachfolgend in Übersicht dargestellt ist:

A. Präambel

B. Regeln zur Berufsausübung

I. Grundsätze

- § 1 Berufsaufgaben
- § 2 Allgemeine Berufspflichten
- § 3 Notfalldienst
- § 4 Abstinenz
- § 5 Fortbildung
- § 6 Berufsbezeichnungsführung

II. Pflichten gegenüber Patienten

- § 7 Behandlungsgrundsätze und Sorgfaltspflichten
- § 8 Aufklärungspflicht
- § 9 Schweigepflicht
- § 10 Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht
- § 11 Honorar und Vergütungsabsprachen

C. Ausübung des Berufs in unterschiedlichen Berufsfeldern

I. Ausübung in eigener Praxis

- § 12 Niederlassung und Bezeichnung für Praxis
- § 13 Zusammenschlüsse zur gemeinsamen Berufsausübung
- § 14 Anforderungen an Praxen
- § 15 Erlaubte Information und berufswidrige Werbung

II. Andere Formen der Berufsausübung

- § 16 (Regelungen im Beschäftigungs- und Dienstverhältnis)

III. Weitere Berufsfelder

- § 17 Ausbildung, Lehre und Supervision
- § 18 Gutachtenerstellung und Bescheinigungen

D. Schlussvorschriften

- § 19 Berufsrechtsvorbehalt
- § 20 Inkrafttreten

Im Hinblick auf den zeitlichen Umfang des Vortrages, wird sich der erste Teil des Vortrages auf Schwerpunkte der psychotherapeutischen Tätigkeit und den zugehörigen Regelungen der BO konzentrieren, nämlich den Patientenschutz, den Schutz der freien Berufsausübung und die Sorgfaltspflichten. Letztere, soweit die allgemeine Aufklärungs-

und Schweigepflicht sowie die Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht tangiert sind. Ferner wird noch besonders auf die Abstinenzregel der BO und die Fortbildungspflicht eingegangen.

Der zweite Teil geht speziell auf zwei exemplarisch ausgewählte Anforderungen der Berufsausübung im Angestelltenverhältnis ein.

Zum einen wird das Spannungsverhältnis anhand von Beispielen beleuchtet, das dadurch entsteht, dass der abhängig beschäftigte Therapeut dem Berufsrecht und auch den Regelungen des Dienst- bzw. Arbeitsrechtes verpflichtet ist.

Ferner soll auf die Schweigepflicht noch einmal speziell anhand zweier Situationen aus der therapeutischen Praxis eingegangen werden. Das erste Problemfeld behandelt die Schweigepflicht innerhalb eines interdisziplinären Behandlungsteams, das zweite Beispiel beschäftigt sich mit der Schweigepflicht nach dem Tod eines Patienten.

Der Vortrag möchte die Regelungen der für die Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten neuen BO allgemein bewusst machen. Mögliche Spannungsfelder zur psychotherapeutischen Arbeit, speziell im Angestelltenverhältnis, sollen beleuchtet und Lösungswege anhand von Entscheidungshilfen aufgezeigt werden. Gleichzeitig soll deutlich gemacht werden, dass die BO auch eine Schutzfunktion für die Berufsangehörigen haben kann.

#### **4.4 Workshops am Vormittag**

*Herbert König: Zur Differentialdiagnostik der Depression aus neuropsychologischer Sicht*

Das Problem, das in diesem Workshop diskutiert wird, ist ein vielschichtiges: Zum einen zählen Depressivität und Depression zu den häufigen Folgen erworbener Hirnschädigungen. Andererseits sind kognitive Beeinträchtigungen bei affektiven Störungen - auch ohne morphologisch sichtbare Hirnschädigung – häufig zu beobachten. Und schließlich können die kognitiven und behavioralen Folgen erworbener Hirnschädigungen (z. B. im Sinne einer ausgeprägten Beeinträchtigung von Aufmerksamkeitsfunktionen) das klinische Bild einer Depression vermitteln. Insofern stellt die Differentialdiagnose der Depression eine Herausforderung dar. Dies ist keineswegs nur von akademischem Interesse, weil die Ergebnisse des differentialdiagnostischen Prozesses erheblichen Einfluss auf die Therapieplanung haben. Anhand von Fallbeispielen – bevorzugt aus dem Kreis der Teilneh-

menden – sollen differentialdiagnostische Überlegungen erarbeitet werden. Schwerpunkt des Workshops soll der Beitrag der Neuropsychologie mit seinen Möglichkeiten und Grenzen im diagnostischen Prozess sein. Ausblicke auf therapeutische Aspekte werden gegeben.

*Regina Thierbach: Hypnotherapeutische Ansätze bei Depressionen*

Depressive Patienten gelten als nicht einfaches Klientel in der psychotherapeutischen Praxis, da sie oft hartnäckig Veränderung verweigern. Die Hypnotherapie als ergänzendes Verfahren macht sich auf elegante Art und Weise die Energie des Patienten, die im interpersonellen Widerstand liegt, zu Nutze.

Die Hypnotherapie hebt dabei die verschütt gegangenen oder brach liegenden Ressourcen in den Vordergrund, anstatt Defizite abzubauen. Dabei werden Probleme bereits als Lösungen und als nützliche Informationsquellen dafür genutzt, welche Bedürfnisse des Patienten unbefriedigt sind. Depression verliert schon im verbalen Reframing als „Warnsignal“, „Leibwächter“ oder „Indikator für Bedürfnisse“ seinen Stellenwert als Schreckgespenst, das die Patientin unbedingt loswerden möchte.

Das Loswerden wollen der Erkrankung an sich wird zum Problem, weil bestimmte Gefühle vermieden werden sollen, die aber in der Folge vermehrt auftauchen. Es entsteht ein wenig gewinnbringender Kampf eines Don Quichotte im Kampf gegen die Depression und im Laufrad der eigenen Überlebensregel.

Hypnotherapie holt den Patienten in der Depressions-Trance ab, in die er sich mit permanenter Selbstabwertung- und ablehnung hypnotisiert und eigene Bedürfnisse dissoziiert. Ökologisch wird mittels Dissoziation, Metaphern und Symbolen versucht, mit geringstem Aufwand eine optimale Wirkung zu erzielen, um den Patienten von Anfang an aus der Rolle des Hilflosen zu führen und ihn nicht zu belehren.

*Gisela Röper: Die Bedeutung von Entwicklung und Ressourcen bei der Behandlung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen*

Eine entwicklungspsychologische Perspektive, die eine gezielte Nutzung von intrapsychischen Ressourcen beinhaltet, stützt sich auf eine duale parallele Sichtweise von Normalität und Pathologie. Beachtet wird also neben einer manifesten Symptomatologie auch der Entwicklungsverlauf mit seinen normativen Entwicklungsstufen und Entwicklungsauf-

gaben. Dabei werden sowohl die gelungenen Entwicklungsschritte als auch die individuellen Entwicklungskrisen beleuchtet.

Ob bewusst oder intuitiv, jeder Kliniker bewegt sich im Entwicklungsraum des Patienten. Der Therapeut kann seinen Patienten dabei helfen, erfolgreich auf seinem Entwicklungsniveau zu leben oder er kann mit den Patienten daran arbeiten, neue Entwicklungsaufgaben zu lösen und seine Selbst- und Weltsicht zu erweitern. Er kann sein Wissen darüber nutzen, wo der Patient sich entwicklungsmäßig gerade befindet, um seinen Stil den kognitiven Fähigkeiten des Patienten anzupassen. Bei der Unterstützung der individuellen Entwicklung ist zu beachten, dass das Erreichen einer umfassenderen affektiv-kognitiven Sichtweise den Vorteil beinhaltet, gegenwärtige Konflikte und vergangene Erlebnisse und Erfahrungen neu und differenzierter betrachten zu können, es birgt jedoch auch die Gefahr einer größeren inneren Belastung (Depression) aufgrund einer differenzierteren Betrachtungsweise des eigenen Lebens.

In diesem Workshop wird ein Entwicklungsmodell vorgestellt, das die affektiv-kognitive Entwicklung für den relevanten Altersabschnitt von Jugendlichen und jungen Erwachsenen beschreibt. Es handelt sich hierbei um das Modell von R. Kegan, das die Entwicklungsstufen des Selbst darstellt. Da affektiv-kognitive Entwicklung nur lose an Alter und Intelligenz gekoppelt ist, können besonders Personen mit Entwicklungsvorsprung oder Entwicklungsverschleppung missverstanden werden oder sich unverstanden fühlen. Dieses Modell ermöglicht dem Kliniker wie kein anderes, das Entwicklungsniveau einzuschätzen und den Klienten so weder zu unter- noch zu überfordern. Da der Schritt in eine höhere Entwicklungsstufe Chancen und Gefahren birgt, soll für verschiedene Übergangsstufen dargestellt werden, welche Chancen zu nutzen und welche Gefahren zu beachten sind.

Neben der Darstellung des Modells werden klinische Beispiele angeführt, in denen die Beachtung der entwicklungspsychologischen Perspektive zu einem besseren Verständnis des Falles bzw. zur Überwindung von Therapiekrisen geführt haben. Gemeinsam sollen Lösungen für vorgegebene therapeutische Dilemmata erarbeitet werden.

Wenn Pathologie und Entwicklung gemeinsam berücksichtigt werden sollen, verbündet sich der Therapeut sinnvollerweise mit den Ressourcen des Patienten. Diese Erweiterung um eine ressourcenorientierte Perspektive erweist sich besonders bei der Arbeit mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen als hilfreich, wenn es darum geht, ein stabileres Selbstwertgefühl aufzubauen. Es geht um das Identifizieren, Herauslocken und Verankern von persönlichen Stärken. Anhand von klinischen Beispielen und Rollenspielen soll diese Vorgehensweise illustriert werden. Eigene Fälle können eingebracht werden.

#### 4.5 Workshops am Nachmittag

*Rita Rosner: Diagnostik und Therapie von Traumafolgestörungen*

Nach einem traumatischen Ereignis kann es bei den Überlebenden zum gehäuften Vorkommen sogenannter Traumafolgestörungen kommen. Ziel dieses Workshops ist es, einige solcher Störungen, nämlich die Posttraumatische Belastungsstörung, die Komplizierte Trauer und die Anpassungsstörungen genauer vorzustellen. Dazu wird im ersten Teil des Workshops auf die jeweiligen Störungsbilder und die damit verbundenen Komorbiditäten und Differentialdiagnosen eingegangen. Weiterhin werden diagnostische Instrumente für die jeweiligen Störungsbilder vorgestellt. Der zweite Teil des Workshops besteht aus einer Übersicht zu evidenzbasierten Interventionen und der anschließenden vertieften Darstellung einzelner kognitiv-verhaltenstherapeutischer Interventionen. Einzelne Interventionsschritte sollen im Workshop vorgestellt und im Rahmen kurzer Übungen erprobt werden.

*Thomas Giernalczyk: Suizidalität erkennen und hilfreich intervenieren*

Der Workshop setzt sich mit suizidalen Gefährdungslagen und entsprechenden professionellem Hilfsangebot auseinander. Neben Risikogruppen und Grundprinzipien therapeutischer Interventionen werden typische Gegenübertragungskonstellationen in Kontakt mit suizidalen Patienten diskutiert. Die folgenden Thesen geben dazu einen inhaltlichen Überblick:

In Deutschland nehmen sich jedes Jahr zwischen 11 000 und 13 000 Menschen das Leben. Diese Zahl ist deutlich höher als die der Verkehrstoten. Darüberhinaus werden etwa zehnmal so viele Suizidversuche jährlich verübt.

*Risikogruppen für suizidales Verhalten*

Die Kenntniss der suizidalen Risikogruppen ist eine wichtige Voraussetzung für Suizidprävention. Zu Ihnen zählen:

- Menschen mit psychischen Störungen (Depression, Sucht, Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen)



- Menschen mit bereits vorliegender Suizidalität (Suizidankündigung, nach Suizidversuch)
- Alte Menschen mit Vereinsamung, schmerzhaften und chronischen Erkrankungen
- Jugendliche in Entwicklungskrisen (Drogen-, Beziehungs-, Familien- und Ausbildungsproblemen)
- Menschen in traumatischen und lebensverändernden Krisen (Beziehungskrisen, Partnerverlust, Kränkungen, Verlust des sozialen Lebensraumes)
- Körperlich kranke Menschen (mit schmerzhaften, chronischen und terminalen Erkrankungen)

#### *Grundprinzipien hilfreicher Interventionen bei Suizidalität*

Die Grundprinzipien hilfreicher Intervention lauten:

- Ein Gesprächs- und Beziehungsangebot, in dem ein offenes Ansprechen möglicher Suizidalität erfolgt und bei bestehender Suizidalität die Hintergründe dafür reflektiert werden können.
- Eine Diagnostik in der die momentane Gefährdung, der aktuelle Handlungsdruck, die Form und Funktion der Suizidalität unter Berücksichtigung der Gegenübertragung sowie die Bedeutung psychischer Störung abgeklärt wird.
- Interventionen die dem Management der aktuellen Notlage und Krisensituationen dienen (Planung der nächsten Schritte, ggf. Bezugspersonen und andere Hilfssysteme hinzuziehen).
- Psychotherapeutische Interventionen, zu denen Klärung des Auslösers, Bearbeitung des emotionalen Befindens (Trauer, Wut, Angst), problemlösende und beziehungsregulierende Interventionen, Einordnung in den persönlichen biographischen Kontext, Zukunftsplanung zählen.
- Eine Therapieplanung nach der Akutintervention, die eine längerfristige Linderung dahinterliegender Problemlagen und Störungen ermöglicht.

#### *Typische Gegenübertragungskonstellationen bei Suizidalität*

In der psychotherapeutischen Behandlung von suizidalen Patienten entstehen teils negative Gegenübertragungsreaktionen, die ein psychodynamisches Verständnis der Funktion der Suizidalität eröffnen.

Zu Ihnen zählen

- Die manipulative Konstellation: Der Therapeut fühlt sich erpresst, ohnmächtig, wütend und hilflos.
- Konstellation des aufgegebenen Objekts: Der Therapeut fühlt sich überflüssig und unbeteiligt.
- (Narzisstischer) Machtkampf: Der gekränkte Therapeut kränkt seinerseits.
- Gemeinsamer Höhenflug: Die Problemlage wird verleugnet, Therapeut und Patient konzentrieren sich auf Größenselbstaspekte.
- Gegenübertragungshass: Je nach Abwehr reichen die Reaktionen von Todeswünschen gegenüber dem Patienten bis zur Selbstaufgabe und Überversorgung.

*Allgemeine therapeutische Strategien in verhaltenstheoretischen und psychodynamischen Ansätzen zur Therapie der Suizidalität*

Verhaltenstheoretische Ansätze verstehen suizidales Verhalten als dysfunktionales Problemlöseverhalten. Aus dieser Sicht entsteht Suizidalität dann, wenn das Individuum mit Problemen konfrontiert wird, die es aufgrund eigener und äußerer Ressourcen nicht bewältigen kann. Deshalb werden antezedente Stimulusbedingungen für Suizidalität, ebenso wie Verhaltensketten, die vor suizidalen Handlungen stehen untersucht und modifiziert. Folgerichtig werden die kognitiven Konstrukte des Suizidalen hinterfragt und problemlösende Copingstrategien gestärkt.

Psychodynamische Ansätze fokussieren auf (unbewusste) Beziehungskonflikte mit verinnerlichten Objekten und realen Personen. Suizidalität entsteht in diesem Verständnis, um innere negative Zustände und unerträgliche Beziehungskonstellationen zu mildern. Dabei werden psychische Funktionen von Suizidalität unterschieden: Fusionäre Suizidalität in Folge von Kränkung und Verlust dient der regressiven Verschmelzung mit einem bergenden Objekt im Jenseits, antifusionäre Suizidalität schützt dagegen vor Verschmelzungsängsten, manipulative Suizidalität wehrt Angst vor Einsamkeit und Verlassenheit ab und integrationsnahe Suizidalität ist durch Schuldgefühle motiviert.

*Doris Lange: Burn Out-Phänomene bei Psychotherapeuten. Möglichkeiten körperpsychotherapeutischer Selbstregulation*

Es werden Ergebnisse wissenschaftlicher und informeller Studien zum Thema "BurnOut-Syndrom bei Psychotherapeuten" referiert.

Psychotherapeuten sind im Kontakt mit ihren Patienten einem erheblichen psychophysischen Spannungsfeld ausgesetzt: ihr Organismus (Körper-Geist-Seele) ist im Rahmen von Resonanzphänomenen in der Gegenübertragungsreaktion einem erheblichen, nur schwer "fassbaren" Verschleiß unterworfen. Zur Verhinderung der Beeinträchtigung emotionaler Schwingungsfähigkeit, der Beeinträchtigung physischer Regenerationsfähigkeit bzw. vorzeitiger Erkrankungen wird ein körperpsychotherapeutisches Konzept angeboten.

Die "Funktionelle Entspannung" (nach M. Fuchs) wird vorgestellt:

Die F.E. ist eine deutsche Körpertherapiemethode, die in den 50-iger Jahren des 20. Jahrhunderts zur Behandlung psychosomatischer Krankheitsbilder entwickelt wurde. Sie hat ihre theoretischen Wurzeln in der Tiefenpsychologie und in der Anthropologischen Medizin. Sie erfuhr eine Erweiterung ihrer theoretischen Verankerung durch die Adaptation der Ergebnisse der empirischen Säuglingsforschung und der Psychoanalytischen Selbstpsychologie.

Hier wird die Methode als Möglichkeit zur körperorientierten Selbstregulation des Psychotherapeuten vorgestellt:

Die F.E. ist kein "übendes" Entspannungsverfahren. Sie ist eine "dialogische" Methode, analog dem psychotherapeutischen Vorgehen, sowohl verbal als auch nonverbal. In der Selbsterfahrung steht das individuelle körperliche Erleben im Mittelpunkt. Es werden Fehlspannungen, Verhaltenheiten, Verschllossenheit in ihren jeweiligen Körperrepräsentanzen gespürt, entdeckt und gelöst. Dabei wird im Zusammenspiel der Gelenke der Aufbau und Zusammenhalt des Skelettes erarbeitet, der „innere Halt“. Die Innenräume wie Mundraum, Brustkorb, Bauchraum, Becken werden gespürt und in ihren Möglichkeiten, Grenzen und ihrem Kontakt zueinander erlebt. Die Haut als Körpergrenze und Kontaktorgan nach außen wird gespürt. In der Auflösung solcher Blockaden wird der Atem unbewusst vertieft und reguliert. Ziel der Bemühungen ist ein frei schwingendes Zwerchfell als Sitz, Inbegriff und Symbol für autonomen Rhythmus und Balance.

Es werden Verbindungen zwischen körperlichem Empfinden, emotionalem Erleben, psychischem Befinden und sozialen Beziehungen und Konflikten vor dem Hintergrund der persönlichen Lebensgeschichte erarbeitet. Als Zielvorstellung der körperpsychotherapeutischen Selbsterfahrung gilt die Fähigkeit zum "Selbstdialog", zum Auffinden von Ressourcen und Selbstregulationsmöglichkeiten, auch und speziell im Berufsalltag, aber auch in der Freizeit- und Beziehungsgestaltung.

Den Teilnehmern wird eine kurze Selbsterfahrungssequenz angeboten. Transfermöglichkeiten in das therapeutische Setting können erarbeitet werden.

In einer Fallvignette wird verdeutlicht, wie die Selbstwahrnehmung und Selbstregulation des Therapeuten im Kontakt mit einem "schwierigen" Patienten selbststabilisierend aufrechterhalten werden kann.

## 5 Hintergrundmaterial

### 5.1 Informationen zu Depression und Psychotherapie

(Beilage zur Pressemappe)

Depressionen äußern sich in einem charakteristischen Beschwerdemuster, das psychische, körperliche und verhaltensmäßige Symptome umfasst.

Kernsymptome sind dabei gedrückte Stimmung, Niedergeschlagenheit, Interessenverlust, Verlust an Lebensfreude und Energieverlust. Halten diese Beschwerden durchgängig zumindest zwei Wochen lang an und sind dabei zugleich mit einigen der im Folgenden aufgeführten typischen Symptome verbunden, so spricht man von einer „Depressiven Episode“.

**Wenn ein Psychotherapeut oder Arzt diese Diagnose stellt, besteht eine behandlungsbedürftige psychische Erkrankung.**

*Kernsymptome:*

- Gedrückte Stimmung, Niedergeschlagenheit
- Interessens- und Energieverlust mit Ermüdbarkeit und Aktivitätseinschränkung

Typische *weitere Symptome* können sein:

- Gefühle und Gedanken: Gefühle der eigenen Wertlosigkeit, Schuldgefühle, Ineffizienzgefühle, Hoffnungslosigkeit, Zukunftssorgen
- Suizidgedanken oder -versuche
- Müdigkeit nach nur kleinen Anstrengungen
- Konzentrationsstörungen
- andauernde Störungen von Appetit, Schlaf und / oder Libido
- Morgentief
- psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung
- Gewichtsverlust
- Gefühl der „inneren Leere“

*Auftretenshäufigkeit*

Nach neuesten Zahlen sind dies in Deutschland je nach Breite der Krankheitsdefinition zwischen 3% und 10% der erwachsenen Bevölkerung, d.h. zwischen rund 2,5 und 8,3 Mio Erwachsener in Deutschland haben pro Jahr eine behandlungsbedürftige depressiven

Erkrankung. In Bayern sind rund 612.000 Menschen erkrankt. Die Wahrscheinlichkeit im Laufe des Lebens eine Depression zu erleiden, liegt bei ca. 12% für Männer und ca. 26% für Frauen. Laut WHO-Weltgesundheitsbericht wird die Depression bis zum Jahr 2020 zur zweithäufigsten Volkskrankheit werden und damit auch die zweitgrößten Kosten verursachen. Depressive Erkrankungen sind zudem häufig Ursache frühzeitiger Berentung, Arbeitsunfähigkeit und reduzierter Arbeitsleistung.

Weniger als die Hälfte dieser Menschen sucht professionellen Rat. Rund 54% der Frauen haben innerhalb eines Jahres wenigstens einmal Kontakt mit einer professionellen Institution wegen Depressionen, dagegen nur rund 43% der Männer. Vorurteile, Unkenntnis und Scham hindern die Betroffenen noch oft am Aufsuchen fachlicher Hilfe durch Ärzte und Psychotherapeuten.

Die fachgerechte Behandlung kann sowohl durch Psychotherapie als auch medikamentös erfolgen.

### *Psychotherapie*

Wissenschaftliche Studien belegen seit vielen Jahren die Wirksamkeit fachgerechter psychotherapeutischer Interventionen bei fast allen Formen von depressiven Erkrankungen.

Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten leisten den Großteil der psychotherapeutischen Versorgung.

## **5.2 Psychotherapeuten als Teil des Gesundheitssystems von heute und morgen**

(Beilage zur Pressemappe)

In der Öffentlichkeit wird die Problematik psychischer Erkrankung trotz noch vorhandener Tendenzen zur Verleugnung und Stigmatisierung zunehmend wahrgenommen. Die Profession der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten kann sowohl im Einzelfall als auch strukturell zur Bekämpfung der Volkskrankheit wesentlich mit beitragen.

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind wichtige Akteure in der Versorgungsstruktur. Sie erbringen heute einen den Großteil der psychotherapeutischen Versorgung, auch bei depressiven Erkrankungen. Darüber hinaus wird ihr Sachverstand aber zukünftig in allen Bereichen einer vernetzten Gesundheitsversorgung und auch -vorsorge verstärkt benötigt werden. Sie werden vermehrt ihr Know-how einbringen müssen, wenn es um Fragen der Prävention, Früherkennung bis hin zur Gestaltung von Lebensumfeld und Lebenswelten geht. Psychotherapeuten können wichtige Beiträge liefern zu der Frage, was Menschen in ihrer individuellen Lebensgestaltung und gelingenden Identitätsbildung

brauchen, um sich von Kindheit an möglichst gesund zu entwickeln und zufriedener leben zu können.

Sowohl die Struktur der Versorgung, insbesondere die Vermittlung angemessener Behandlung für Menschen mit depressiven Erkrankungen, als auch Maßnahmen zum besseren Schutz vor Depression und psychischer Krankheit sollten weiterentwickelt werden in Kooperation mit anderen Heilberufen (z.B. Hausärzten und Psychiatern) und den relevanten gesundheitspolitischen Kräften.

### 5.3 Kurzportrait der Kammer

Die Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) ist eine gesetzliche Berufsvertretung mit Sitz in München. Die Kammer wurde auf der Grundlage des Heilberufekammergesetzes am 9. April 2004 konstituiert und ist als Körperschaft des öffentlichen Rechts organisiert.

Mitglieder sind alle Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die in Bayern ihren Beruf ausüben oder in Bayern ihren Hauptwohnsitz haben. Insgesamt hat die Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten derzeit etwa 4.700 Mitglieder.

Die Aufgaben der Kammer sind u.a.:

- Wahrnehmung der beruflichen Belange der Psychotherapeuten (PP/KJP)
- Mitwirkung an der öffentlichen Gesundheitsversorgung
- Förderung der psychotherapeutischen Fortbildung
- Schaffung sozialer Einrichtungen für Psychotherapeuten und deren Angehörige (z.B. Versorgungswerk)
- Überwachung der Erfüllung der psychotherapeutischen Berufspflichten

Die Organe der Kammer sind die Delegiertenversammlung (45 gewählte Delegierte) und der Vorstand. Der Vorstand wird von der Delegiertenversammlung gewählt und besteht aus dem Präsidenten, zwei Vizepräsidenten sowie vier weiteren Mitgliedern. Präsident ist Dr. Nikolaus Melcop, die Vizepräsidenten sind: Gerda B. Gradl und Peter Lehndorfer, die Vorstandsmitglieder: Ellen Bruckmayer, Rainer Knappe, Dr. Karin Tritt und Dr. Heiner Vogel.

## 6 Öffentlichkeit

### 6.1 Presseinformation

*Psychotherapeuten engagieren sich in der Bekämpfung der Volkskrankheit Depression*

*1. Landespsychotherapeutentag am 12. November in München an der LMU*

München – Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erbringen den größten Teil der psychotherapeutischen Versorgung in Bayern. Am 12. November veranstaltet ihre junge Berufskammer den ersten bayerischen Landespsychotherapeutentag zum Thema: "Psychotherapie im Wandel des Gesundheitssystems am Beispiel der Depression".

Angesichts knapper Kassen einerseits und zunehmenden Behandlungsmöglichkeiten und auch Behandlungsbedarf andererseits sind Reformen des Gesundheitssystems auf der Tagesordnung. Im Bereich der Depression, eine der größten Volkskrankheiten in unserem Land mit steigender Tendenz, ist eine Analyse der Angebotssituation in der Versorgung und die Entwicklung von zukunftsweisenden Versorgungsmodellen besonders wichtig. Depressionen können heutzutage sehr wirksam durch Psychotherapeuten behandelt werden. Aber die Versorgung weist insgesamt noch viele Defizite auf, Spar-Reformen können sogar Verschlechterungen bringen und nicht zuletzt werden Möglichkeiten zur der Verhinderung des Auftretens von Depressionen im gesellschaftlichen Umfeld kaum thematisiert. Psychotherapeuten können in Gesundheitsreformen, die auch die Bekämpfung der Depression verbessern sollen, wichtige Beiträge liefern und Funktionen übernehmen.

Das Themen Wandel des Gesundheitssystems und Behandlungsmöglichkeiten der Depression stehen deshalb im Mittelpunkt des 1. Landespsychotherapeutentages, der am 12. November in München an der Ludwig-Maximilians-Universität stattfindet. Er wird von der Bayerischen Landeskammer der psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten organisiert.

Am Landespsychotherapeutentag wird folgendes Programm angeboten:

9.30 Uhr: Eröffnung durch den Präsidenten der Kammer, Dr. Nikolaus Melcop.

10.00 Uhr: Hauptvorträge zur derzeitigen Situation der Psychotherapie von Prof. Dr. Uwe Koch vom Universitätsklinikum Hamburg und Thomas Ballast vom Verband der Angestellten-Krankenkassen.

14.30 Uhr: Podiumsdiskussion zum Thema "Psychotherapeut/inn/en in der Depressionsbehandlung." Es diskutieren Prof. Anna Auckenthaler (FU Berlin), Thomas Ballast (VdAK/AEV, Siegburg), Prof. Martin Hautzinger (Universität Tübingen), Prof. Uwe Koch (Universitätsklinikum Hamburg), Dr. Klaus-Thomas Kronmüller (Psychiatrische Universi-

tätsklinik Heidelberg), Prof. Marianne Leuzinger-Bohleber (Sigmund-Freud-Institut Frankfurt/M.) und Prof. Almuth Sellschopp (TU München). Die Moderation übernimmt Werner Buchberger vom Bayerischen Rundfunk.

Im weiteren Verlauf der Veranstaltung bis 18.00 Uhr Vorträge und Workshops vorwiegend zur Behandlung von Depressionen.

Weitere Details bitten wir dem beigefügten Programm zu entnehmen.

*Pressesetelle*

## **6.2 Homepagebericht**

*1. Bayerischer Landespsychotherapeutentag am 12. November 2005  
„Psychotherapie im Wandel des Gesundheitssystems am Beispiel der Depression“*

Großes Interesse fand der 1. Bayerische Landespsychotherapeutentag sowohl bei unseren Mitgliedern, als auch bei Vertretern von Medien, Politik und Gesundheitswesen. Rund 700 Teilnehmer belegten das Bedürfnis nach einem gemeinsamen Forum für berufspolitischen und fachlichen Austausch. „Mit dieser Tagung wollen wir nach innen für die Mitglieder einen Raum für die fachliche Fortbildung, der Diskussion und des Zusammentreffens bieten“ sagte Präsident Dr. Melcop in seiner Eröffnungsrede, „und nach außen ein Signal setzen, ...um über die aktuelle Versorgungssituation zu diskutieren“. Das Thema der Tagung, das zwei Aspekte verband - die Perspektive auf die Umbrüche im Versorgungssystem und die fachliche Sicht auf neue Behandlungsmodalitäten - traf auf breites Interesse bei den Kammermitgliedern.

„Es geht sowohl um die Suche nach der besten Arbeitsweise für die einzelne Patientin, den einzelnen Patienten, der zu uns kommt. Aber es geht auch darum, dass wir unsere Profession als zentralen Pfeiler in einer Gesellschaft begreifen, in der immer mehr Menschen leben mit der Diagnose einer behandlungsbedürftigen psychischen Krankheit... Wir wollen hier unsere Verantwortung auch über die einzelne Therapiesitzung hinaus wahrnehmen und erfüllen“ führte Dr. Melcop weiter aus.

Staatsministerin Christa Stewens unterstrich in Ihren Grußworten die Bedeutung von Prävention, Diagnostik und effizienter Behandlung psychischer Erkrankungen. Sie beschrieb das Bestreben, einen Paradigmenwechsel hin zu personenbezogenen Hilfen, vor allem im Bereich der schweren psychischen Störungen, zu vollziehen: „Einzelne Hilfskonzepte sollen zu einem ganzheitlichen Konzept zusammengefasst werden, das die multiprofessionellen Hilfen integriert. Auf diese Weise kann auch den vielfältigen Störungsbildern und den individuellen Lebensentwürfen der betreuten Menschen besser



Rechnung getragen werden.“ Sie betonte in Ihrer Rede die Notwendigkeit von Reformen des Versorgungssystems. Sie verwies dabei jedoch auch auf die Notwendigkeit, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen weiter eine zentrale Rolle spielen.

Prof. Butollo überbrachte die Grüße des Rektors der Ludwig-Maximilians-Universität, Frau Dr. Pfaffinger die der bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und Herr Prof. Richter begrüßte die Anwesenden als neu gewählter Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer.

Die beiden Hauptvorträge befassten sich mit den Versorgungsstrukturen von Psychotherapie, analysierten dabei die jetzige Versorgungslandschaft und gaben Ausblick auf zukünftige Entwicklungen.

### *Prävalenz psychischer Störungen*

In einem State-of-the-Art Vortrag zu Fakten und Zahlen des Versorgungssystems in Deutschland belegte Prof. Uwe Koch (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf) eindrucksvoll die hohe Prävalenz psychischer Störungen und die Bedeutung der psychotherapeutischen Behandlung psychischer Erkrankungen.

Man könne davon ausgehen, dass ca. 1/3 aller Erwachsener in Deutschland innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten „irgendeine behandlungsbedürftige psychische Störung“ aufwiesen, mehr als 10% aller Erwachsenen in Deutschland eine behandlungsbedürftige affektive Störung, d.h. vereinfacht gesagt eine Depression, eine Manie oder eine bipolare Störung (Bundesgesundheitsurvey, 1998). Zudem gebe es in Deutschland einen erheblichen Anstieg der Arbeitsunfähigkeitsfälle, –tage und auch der vorzeitigen Berentungen aufgrund psychischer Erkrankungen (AOK-Daten, Badura et al., 2005; DAK, 2005). Ein eindrucksvolles Beispiel dafür sei die Aufschlüsselung der Berentungen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bei Frauen: Während in den letzten 20 Jahren die Berentungen aufgrund von Herz-/Kreislauferkrankungen von rund 45% auf 15% abgenommen hätten, hätten Berentungen aufgrund psychischer Erkrankungen drastisch zugenommen und seien mittlerweile der häufigste Berentungsgrund bei Frauen (ca. 37% der Berentungen).

### *Bedeutung von Psychotherapie*

Innerhalb der Versorgungsstrukturen zeige sich, dass ein Großteil der ambulanten Leistungen im Bereich psychischer Erkrankungen von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erbracht werde. Im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung psychischer Erkrankungen stellten PPs mit rund 67% die größte Berufsgruppe dar, KJPs seien mit rund 13,5% vertreten. Der Schweregrad der psychischen Erkrankungen könne mit ca. 40-45% an schweren Fällen und rund 40% mit mittlerem Schweregrad angenommen werden. Die sinkende Verweildauer in den Kliniken

und der hohe Anteil an schwerer Erkrankten (die eher in den Kliniken behandelt werden) machen deutlich, wie wichtig die ambulante psychotherapeutische Versorgung sei.

Koch forderte eine größere Transparenz von Spezialisierungen und der Steuerungsprozesse der Art der Inanspruchnahme ambulanter Angebote. Unklarheiten bestünden demnach bezüglich des Beitrags zur Versorgung hinsichtlich der nicht ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte, der nach dem Heilpraktikergesetz Tätigen, der Beratungsstellen, Ambulanzen und Tagkliniken.

### *Wettbewerbsfähigkeit und Kooperation*

Thomas Ballast (Abteilungsleiter Vertrags- und Versorgungsmanagement der VdAK/AEV) entwickelte in seinem Vortrag „Psychotherapie in den Versorgungsstrukturen von heute und morgen“ Perspektiven für mögliche zukünftige Vertragsstrukturen und Organisationsformen der Versorgungslandschaft. Gefordert sei ein größerer Wettbewerb der Versorgungsangebote und Versorgungserbringer, zum einen bezüglich der monetären Aspekte, aber auch bezüglich der Qualität der Versorgung. Ballast forderte überzeugende, evidenzbasierte Psychotherapiekonzepte für die Zukunft, er forderte dass PP und KJP die Bereitschaft zur Qualitätssicherung und –kontrolle mitbrächten, sich zu Effizienz verpflichteten und auch ihre Bereitschaft zur Kooperation mit anderen Berufsgruppen deutlich machten.

### *Herausforderungen für die Zukunft*

Auf der Podiumsdiskussion zum Thema „Psychotherapeut/inn/en in der Depressionsbehandlung. Bestandsaufnahme und Perspektiven“ diskutierte das Publikum mit Prof. Anna Auckenthaler (FU Berlin), Thomas Ballast (VdAK/AEV), Prof. Martin Hautzinger (Universität Tübingen), Prof. Uwe Koch (Universität Hamburg), Dr. Klaus-Thomas Kronmüller (Psychiatrische Universitätsklinik Heidelberg), Prof. Marianne Leuzinger-Bohleber (Sigmund-Freud-Institut Frankfurt/M.) und Prof. Almuth Sellschopp (TU München) unter Moderation von Werner Buchberger (BR2, München). Dr. Melcop fasste in seinem Redebeitrag am Schluss die Diskussion zusammen: „Ich erlebe hier im Saal ein Innehalten. Zum einen haben wir als Berufsgruppe vergleichsweise viel erreicht bei der Etablierung von Psychotherapie im Gesundheitssystem. Wenn wir in die Zukunft schauen, stehen aber schon wieder enorme Herausforderungen vor uns, auf die wir uns einstellen müssen. Die Kammer will hier für alle eine wichtige Unterstützung bieten.“

Im fachlichen Teil wurde in zwölf teilweise parallelen Vorträgen und Workshops zu vielfältigen Themen referiert, rege Diskussionen schlossen sich an. Bitte beachten Sie unseren ausführlichen Abstractband auf unserer Homepage zu den Inhalten! Den Abschluss des Tages bildete ein geselliges Beisammensein.

### *Rückmeldungen der Teilnehmer*

Vielen Dank für Ihre Rückmeldungen! Wir verwerten die ausführlichen inhaltlich-qualitativen Rückmeldungen für unseren nächsten Landespsychotherapeutentag und versuchen, möglichst viele Anregungen zu berücksichtigen. Hauptsächlich bezog sich die Kritik der Rückmeldungen auf die Zahl der Workshop-Plätze und stammte von denen, die keinen Platz mehr finden konnten. Leider wird es uns auch in Zukunft sicher nicht ganz gelingen, allen Anforderungen und Wünschen gerecht zu werden, Kompromisse zwischen der Anzahl und der Art möglicher Veranstaltungen (Informationsvermittlung versus Forum für vertiefende Reflexion) werden nötig sein.

Insgesamt haben wir von den 700 verteilten Bögen 153 ausgefüllt zurück erhalten (vielen Dank auch für die nachträglich per Post eingegangenen!). Dies entspricht einer Ausschöpfung von 21,9%, kann daher leider nicht als repräsentativ angesehen werden. Die „Durchschnittsnoten“ für „Informationsgehalt“, „Themenauswahl“, „Qualität“ und „thematische Ausgewogenheit“ liegen zwischen 2 und 2,5. Am besten wurde die „Organisation der Veranstaltung“ bewertet (2,0), auch über das „Gesamturteil über die Veranstaltung“ von 2,4 freuen wir uns sehr.

## 7 Feedback

Tabelle: Kennwerte der Rückmeldebögen

	1 (sehr zufrieden)		2		3		4		5		6 (nicht zufrieden)		M (SD)	N
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Wie beurteilen Sie Workshops, Vorträge und die Podiumsdiskussion in Bezug auf:														
Informationsgehalt	15	10,3	73	50,0	43	29,5	9	6,2	5	3,4	1	0,7	2,4 (0,9)	146
Themenauswahl	28	18,8	57	38,3	47	31,5	12	8,1	4	2,7	1	0,7	2,4 (1,0)	149
Qualität	20	13,8	76	52,4	33	22,8	12	8,3	2	1,4	2	1,4	2,4 (1,0)	145
Nutzen für die eigene praktische Arbeit	4	2,7	40	27,4	56	38,4	26	17,8	13	8,9	7	4,8	3,2 (1,2)	146
Wie beurteilen Sie die Veranstaltung als Ganzes in Bezug auf:														
Informationsgehalt	13	9,1	68	47,6	50	35,0	6	4,2	5	3,5	1	0,7	2,5 (0,9)	143
Thematische Ausgewogenheit	15	10,1	54	36,5	53	35,8	22	14,9	4	2,7			2,6 (0,9)	148
Kontaktmöglichkeiten	29	19,9	54	37,0	42	28,8	16	11,0	5	3,4			2,4 (1,0)	146
Vorbereitung (Anmeldung, Vorinformationen etc.)	40	27,2	56	38,4	26	17,7	12	8,2	9	6,1	4	2,7	2,4 (1,3)	147
Organisation der Veranstaltung	55	36,4	62	41,1	23	15,2	4	2,6	6	4,0	1	0,7	2,0 (1,0)	151
Gesamturteil über die Veranstaltung	11	7,5	83	56,5	44	29,9	5	3,4	3	2,0	1	0,7	2,4 (0,8)	147

Ausschöpfung: 153 von 700 (21,9%); 109 PPs, 29 KJPs, 6 ÄPs, 47 angestellt, 76 niedergelassen, 8 in Ausbildung (Angaben unvollständig)

## 8 Berichte über den LPT

Dr. Martina Koesterke: „Wenn sich Schatten auf die Seele legen – Depression im Mittelpunkt des ersten Landespsychotherapeutentages“. Bayerische Ärzteblatt; Ausgabe 12/2005

Bayerisches Fernsehen: Rundschau, 12.11.2005, Bericht zum 1. Bayerischen Landespsychotherapeutentag: „Volkskrankheit Depression“.

## 9 Personenverzeichnis

### 9.1 Referenten

Prof. Dr. Anna Auckenthaler  
 Freie Universität Berlin  
 Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie  
 Arbeitsbereich Klinische Psychologie und Psychotherapie  
 Habelschwerdter Allee 45  
 14195 Berlin

Thomas Ballast  
 Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) e.V.  
 Abteilung Vertrags- und Versorgungsmanagement  
 AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.  
 Frankfurter Str. 84  
 53721 Siegburg

Gerd Dielmann  
 ver.di Bundesvorstand  
 Fachgruppenleiter Gesundheitsberufe  
 Paula-Thiede-Ufer 10  
 10179 Berlin

Prof. Dr. Thomas Giernalczyk  
 Franz-Joseph-Str. 35  
 80801 München

Jürgen Hardt  
 Präsident der Landeskammer für Psychologische  
 Psychotherapeutinnen und –therapeuten und Kinder- und Jugendlichen-  
 psychotherapeutinnen und –therapeuten Hessen  
 Gutenbergplatz 3  
 65187 Wiesbaden

Prof. Dr. Martin Hautzinger  
 Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Tübingen  
 Christophstr. 2  
 71071 Tübingen

Alexander Hillers  
 Geschäftsführer der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen  
 Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten  
 Post: Postfach 151506; 80049 München  
 St.-Paul-Str. 9; 80336 München

Prof. Dr. Dr. Rolf Hirsch  
 Rheinische Kliniken Bonn  
 Psychiatrie und Psychotherapie I  
 Gerontopsychiatrie und –psychotherapie  
 Kaiser-Karl-Ring 20  
 53111 Bonn

Prof. Dr. Heiner Keupp  
Ludwig-Maximilians-Universität München  
Department Psychologie  
Reflexive Sozialpsychologie  
Leopoldstr. 13  
80802 München

Prof. Dr. Dr. Uwe Koch  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Martinistraße 52  
20246 Hamburg

Herbert König  
Zentrum für klinische Neuropsychologie  
Semmelstr. 36-38  
97070 Würzburg

Dr. med. Dipl.-Psych. Klaus-Thomas Kronmüller  
Psychiatrische Klinik der Universität Heidelberg  
Voßstraße 4  
69115 Heidelberg

Doris Lange  
Badborngasse 1a  
35510 Butzbach

Prof. Dr. Marianne Leuzinger-Bohleber  
Sigmund-Freud-Institut  
Myliusstr. 20  
60323 Frankfurt/M

Dr. Gisela Röper  
Ludwig-Maximilians Universität München  
Department für Psychologie  
Leopoldstr. 13  
80802 München

PD Dr. phil Dipl.-Psych. Rita Rosner  
Ludwig-Maximilians Universität München  
Department für Psychologie  
Leopoldstr. 13  
80802 München

Prof. Dr. Almuth Sellschopp  
Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München  
Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und  
Medizinische Psychologie  
Langerstr. 3  
81675 München

Dr. Regina Thierbach  
Ludwig-Maximilians-Universität München  
Department Psychologie  
Klinische Psychologie und Psychotherapie  
Leopoldstr. 13  
80802 München

Dr. Christina Tophoven  
Geschäftsführerin der Bundespsychotherapeutenkammer  
Klosterstr. 64  
10179 Berlin

## 9.2 PTK Bayern

Vorstand: Dr. N. Melcop, Präsident  
Gerda B. Gradl, Vizepräsidentin  
Peter Lehndorfer, Vizepräsident  
Ellen Bruckmayer, Vorstand  
Rainer Knappe, Vorstand  
Dr. Karin Tritt, Vorstand  
Dr. Heiner Vogel, Vorstand

Das Organisationsteam der Geschäftsstelle: Petra Kümmler, Wis.Ref.  
Astrid Petersdorf  
Elfriede Baumann, Buchhaltung  
Karin Welsch, Wis.Ref.

Tagungsbüro: Eiber COM, Großvenedigerstr. 37a, 81671 München