

**1. Bayerischer  
Landespsychotherapeutentag**

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

**Abstractband**

PTK Bayern - Bericht 2

© 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 2  
Redaktion: Petra Kümmler. Stand 12.11.2005

## 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.

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. N. 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.“

Die Abstractsammlung gibt Gelegenheit, sich mit den Inhalten der Vorträge vertraut zu machen.



## Inhaltsverzeichnis

1	Hauptvorträge .....	7
	Uwe Koch, Dina Barghan, Timo Harfst, Holger Schulz: Zur aktuellen Situation der Psychotherapie in Deutschland – eine Analyse der Angebotssituation im stationären und ambulanten Setting .....	7
	Thomas Ballast: Psychotherapie in den Versorgungsstrukturen von heute und morgen .....	8
2	Vorträge am Vormittag .....	9
	Marianne Leuzinger-Bohleber: Neuere Entwicklungen der Psychotherapie von Depressionen .....	9
	Martin Hautzinger: Neuere Entwicklungen der Psychotherapie von Depressionen .	10
	Klaus-Thomas Kronmüller: Neuere Entwicklungen der Depressionsbehandlung bei Kindern und Jugendlichen .....	10
	Jürgen Hardt: Prävention als psychotherapeutische Kulturarbeit .....	11
	Almuth Sellschopp: Geschlechtsspezifische Depressionsbehandlung .....	12
	Anna Auckenthaler: Veränderungen des Psychotherapiebegriffs am Beispiel der Versorgung von Depressionen .....	13
3	Vorträge am Nachmittag .....	13
	Rolf D. Hirsch: Besonderheiten der Behandlung von Depressionen im Alter .....	13
	Heiner Keupp: Die gesellschaftliche Verantwortung von Psychotherapie .....	15
	Christina Tophoven: Neue Versorgungsformen .....	15
	Gerd Dielmann: Vergütung angestellter Psychotherapeuten .....	15
	Alexander Hillers: Berufsordnung - Wirkung im Angestelltenverhältnis .....	16
4	Workshops am Vormittag .....	17
	Herbert König: Zur Differentialdiagnostik der Depression aus neuropsychologischer Sicht .....	17
	Regina Thierbach: Hypnotherapeutische Ansätze bei Depressionen .....	18
	Gisela Röper: Die Bedeutung von Entwicklung und Ressourcen bei der Behandlung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen .....	18
	Workshops am Nachmittag .....	20
	Rita Rosner: Diagnostik und Therapie von Traumafolgestörungen .....	20
	Thomas Giernalczyk: Suizidalität erkennen und hilfreich intervenieren .....	20
	Doris Lange: BurnOut-Phänomene bei Psychotherapeuten. Möglichkeiten körperpsychotherapeutischer Selbstregulation .....	22
5	Personenverzeichnis .....	24



## 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 unregelmäßigen 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.

## 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.

### **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: Verblassen 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 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 Thera-

pieplanung haben. Anhand von Fallbeispielen – bevorzugt aus dem Kreis der Teilnehmenden – 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.

## 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: BurnOut-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, Verschlossenheit 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 Personenverzeichnis

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 Jugendlichenpsychotherapeutinnen 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