Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wegen der Erweiterung der Herausgeberschaft wurde der Schwerpunkt des Psychotherapeutenjournals erneut diskutiert. Das Psychotherapeutenjournal soll Mitteilungs- und Publikationsorgan für die Kammern und zugleich Publikations- und Diskussionsforum für Fragen von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten jeglichen Herkommens und in allen Tätigkeitsfeldern sein.

Wegen der Zweiteilung rechnet die Redaktion mit einer geteilten Leserschaft: Berichte über Kammerangelegenheiten werden wohl hauptsächlich von KollegInnen gelesen, die an berufspolitischen Fragen interessiert sind. Wir hoffen, dass es gelingt, auch Kammermitglieder zu erreichen, denen Kammerangelegenheiten fremd sind. Über mangelndes Interesse an Kammerangelegenheiten klagen alle, die sich für die Kammer engagieren, wenngleich die Kammern öffentliche Anerkenntnis der beiden Berufe darstellen.

An fachlichen Fragen interessierte Leser, wollen wir bewegen, notwendige Auseinandersetzungen untereinander zu beginnen. Diese sind bisher vorwiegend in den Diskurswelten der „Schulen" geführt worden. Ob Verständigungsbemühungen zwischen den verschiedenen Richtungen zu einer „Integration" führen werden – und ob und unter welchen Bedingungen das erstrebenswert ist – ist umstritten und diskussionswürdig. Wir bitten Sie, sich an dieser grundsätzlichen Diskussion zu beteiligen: Das Ergebnis wird über die Identität der neuen Berufe mit entscheiden. Genauer, diese Auseinandersetzungen machen es möglich, eine eigene Identität zu entwickeln und zugeschriebene, fremdbestimmte Anteile abzulegen oder zu integrieren.

Die Artikel von **Schmude** und **Pauli** sowie von **Fink** kann man als Beiträge zu dieser Thematik lesen. **Schmude** und **Pauli** zeigen, dass die „legale Definition" psychologischer Psychotherapie viele Tätigkeiten der Berufsgruppen nicht umfasst. Sie schlagen vor, die spezifische Fachkompetenz als Definitionskriterium im Gesetz zu verankern. Das würde die faktischen Tätigkeiten abdecken und zukünftige Tätigkeitsfelder eröffnen. In der Psychiatrie haben unsere Berufsgruppen Tätigkeiten übernommen, die vorher von anderen „dilettantisch" mitgemacht worden sind, es wird an uns liegen, hier die Selbstständigkeit zu erringen.

Die Arbeit von **Fink** thematisiert die fachgerechte Kooperation mit anderen Berufsgruppen. Er beklagt mit Recht die Begrenzungen therapeutischer Kompetenz in der Wahl geeigneter Behandlungsmaßnahmen. Eigenständiges psychotherapeutisches Handeln geht selbstständig auf „Spurensuche", um Behandlungsstrategien zu wählen: dann ist offen, ob der vorgestellte *Patient*, die Familie oder das soziale System das Zentrum therapeutischen Handelns sein muss. In diesem Beitrag wird deutlich, dass die Beschränkung der Psychotherapie auf das Individuum fragwürdig ist. Ein psychotherapeutisches Krankheitsverständnis einzufordern, wird von unseren Argumentationen abhängen.

Der Beitrag von **Vogel** führt in die Qualitätssicherung als Thematik mit großer Relevanz für die Praxis ein. Die Darstellungen von **Richard** werden bei einigen Lesern Befremden auslösen. Richard entwickelt seine spezifische Sicht der Thematik. Die mit den Projekten verbundenen Probleme sind, von Praktikern oft unbeachtet, in Fachkreisen kontrovers und ausführlich erörtert worden. Diese Diskussionen haben nur unzureichend diejenigen erreicht, die es angehen wird: **Sie alle, und zwar sowohl niedergelassene als auch angestellte Psychotherapeuten**. Diese Auseinandersetzungen berühren grundsätzliche Fragen der

Psychotherapie. Vom Ausgang der Diskussion wird die Zukunft der Praxis mit abhängen. Die Autoren fordern dazu auf, in Kontakt zu treten, zu kooperieren oder Bedenken mitzuteilen. Sie sollten von diesem Angebot Gebrauch machen. Repliken sollen einen festen Platz in jedem Heft einnehmen; bitte beteiligen Sie sich daran.

In den fachlichen Auseinandersetzungen werden oft die „Schulen" für Verständigungsschwierigkeiten und als Hindernis für die Zusammenarbeit der Psychotherapeuten angesehen. Im Redaktionsbeirat arbeiten Kollegen unterschiedlichsten Herkommens zusammen und das meist mit Erfolg. Trotz gelegentlicher grundsätzlicher Uneinigkeit machen wir öfter die Erfahrung, dass wir über die gleichen dummen Witze lachen und dabei Gemeinsamkeiten entdecken; sie hängen vielleicht damit zusammen, dass wir in Lebensdingen erfahren sind und gelernt haben, uns manchmal nicht ganz so ernst zu nehmen; gar in Frage zu stellen.

Jürgen Hardt (Hessen)
für den Redaktionsbeirat des
Psychotherapeutenjournals

Inhalt

Editorial 105

Artikel 108

Schmude, M. & Pauli, G.
Vom Schlechten des Guten
Kritischer Diskurs zu einer zukunftsorientierten Weiterbildung des Berufsstandes durch die Psychotherapeutenkammern aus Sicht institutionell integrierter Psychotherapie 108
Eine zukunftsweisende Berufspolitik darf sich nicht darin erschöpfen, auf den gegenwärtigen Status zu verweisen. Vielmehr muss sie auf die gesellschaftlichen Entwicklungen und die Veränderungen der Hilfebedarfe reagieren und ein Berufsbild erarbeiten, das die Mitgliedschaft integriert und neue Tätigkeitsfelder erschließt. Für das Selbstverständnis der Psychotherapeuten ist es am wichtigsten, die fachliche Kompetenz – und nicht die unmittelbare Tätigkeit – als zentrales Berufsmerkmal in den Mittelpunkt zu stellen. Kooperations- und Vernetzungskompetenzen werden immer stärker Teil der beruflichen Tätigkeit. Dieser Entwicklung müssen die Psychotherapeutenkammern Rechnung tragen.

Fink, A. M.
AD(H)S – Ein Diskussionsbeitrag aus der Praxis 115
Die Verabschiedung der Eckpunkte zur Versorgung von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung vor einem Jahr nimmt der Autor zum Anlass, die Behandlungssituation praxisnah zu reflektieren. Die Zunahme der Diagnosestellung wird in einen gesellschaftlichen Kontext gestellt und eine mehrdimensionale Diagnostik als Spurensuche nach den Wirkzusammenhängen des unaufmerksamen, unruhigen und impulsiven Verhaltens beschrieben. Das vorgestellte integrierte Behandlungsmodell bezieht die Familiendynamik mit ein. In der Prävention plädiert Fink für eine Ausrichtung der Elternschulungen an den psychosozialen Belastungsfaktoren der Familien. Abschließend wird die schleppende Vernetzung kritisiert und einen Bezug zu den Kürzungen in der Jugendhilfe, der Unterversorgung durch niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie zu den unzureichenden Abrechnungsmöglichkeiten für ein interdisziplinäres Arbeiten im Gesundheitswesen hergestellt.

Vogel, H.
Qualitätssicherung: ein Arbeitsprogramm im Spannungsfeld zwischen Förderung und Disziplinierung 121
Qualitätssicherung ist für alle Felder der Gesundheitsversorgung, so auch für die Psychotherapie, eine zentrale Herausforderung. Jedoch verbergen sich hinter dem allgemeinen Titel vielfältige Interessen und unterschiedliche Teilaufgaben. Als Einführung in das Themengebiet, dem in diesem und in den folgenden Heften einige weitere Beiträge gewidmet sein werden, bietet der Text eine Einführung in Grundkonzepte, Begrifflichkeiten und Problemstellungen der Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung.

Richard, M.
Systematische Verlaufsbeobachtung in der ambulanten Psychotherapie
Ein Vorschlag zur ergebnisorientierten internen Qualitätssicherung 128
Dieser Beitrag beschreibt ein Konzept zu einer in der Praxis durchführbaren, verfahrensunspezifischen, ergebnisorientierten und internen Qualitätssicherung für die ambulante Psychotherapie („Systematische Verlaufsbeobachtung", SVB). Der Kerngedanke besteht dabei darin, vom Patienten wichtige Parameter in der Therapie fortwährend zu erheben und ihren Verlauf an die Therapeuten zurückzumelden. Dieses Vorgehen geht damit über die bloße Dokumentation von Therapieverlauf und -ergebnis hinaus, bei dem die Resultate nach Abschluss der Therapie zwar vorliegen, aber weder dem Therapeuten noch dem Patienten mehr nützen können. Diese Arbeit betrachtet kritisch aktuelle Modelle des Qualitätsmanagements in der ambulanten Psychotherapie. Sie erläutert und illustriert das konkrete Vorgehen der SVB und umreißt kurz seinen Forschungshintergrund.

Recht: Aktuell 134
Gerlach, H.

Aktuelles aus der Forschung 138
Bunk, D.

Zur Diskussion 142

Zurhorst, G.
Stellungnahme zum Artikel von Fiedler, P. „Ressourcenorientierte Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen“ in: Psychotherapeutenjournal 1/2004 142

Hardt, J. & Hebebrand, M.
Stellungnahme zum Artikel von Fiedler, P. „Ressourcenorientierte Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen“ in: Psychotherapeutenjournal 1/2004 144

Fiedler, P.
Erwiderung auf die Stellungnahmen von G. Zurhorst und J. Hardt & M. Hebebrand 147

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern 151

Bundespsychotherapeutenkammer 151
Baden-Württemberg 156
Bayern 160
Berlin 164
Bremen 168
Hamburg 171
Hessen 176
Niedersachsen 180
Nordrhein-Westfalen 184
Rheinland-Pfalz 189
Schleswig-Holstein 193

Leserbriefe 196

Kleinanzeigen 198

Kontaktdaten der Kammern/Inserentenverzeichnis 199

Impressum 200

Diese Ausgabe enthält für Mitglieder folgender Kammern einen Einhefter:

- Bayern
- Berlin (Beilage)
- Hessen

Der Redaktionsbeirat des Psychotherapeutenjournals (dank moderner Technik in beinahe vollzähliger Besetzung)

Von links nach rechts (hinten): Dr. Heiner Vogel (Bayern), Jürgen Hardt (Hessen), Siegfried Schmieder (Baden-Württemberg), Dr. Nikolaus Melcop (Bayern), Dr. Lothar Wittmann (Niedersachsen), Karl Heinz Schrömgens (Bremen), Anne Springer (Berlin), Harry Askitis (Hamburg), Detlev Kommer (Baden-Württemberg), Karl Wilhelm Hofmann (Nordrhein-Westfalen), Dieter Best (Rheinland-Pfalz)
(vorne): Dr. Barbara Ripper (Redaktion), Dr. Angelika Nierobisch (Schleswig-Holstein), Gisela Borgmann (Berlin), Uta Cramer-Düncher (Hessen)

nicht abgebildet: Prof. Dr. Rainer Richter (Hamburg), Prof. Dr. Hans-Jochen Schwartz (Niedersachsen), Peter Koch (Schleswig-Holstein)

Vom Schlechten des Guten

Kritischer Diskurs zu einer zukunftsorientierten Weiterentwicklung des Berufsstandes durch die Psychotherapeutenkammern aus Sicht institutionell integrierter Psychotherapie

Gerd Pauli und Michael Schmude

Zusammenfassung: Eine zukunftsweisende Berufspolitik muss auf die Veränderungen der Hilfebedarfe und die gesellschaftlichen Entwicklungen reagieren und ein adäquates und hinreichend flexibles Berufsbild erarbeiten. In diesem müssen die verschiedenen und insbesondere auch die neueren Tätigkeitsfelder ihrer Mitglieder aufgehoben sein. Eine solche Politik bereitet auf zukünftige Anforderungen vor, erschließt und integriert bedarfsorientiert neue Tätigkeitsfelder. In diesem Artikel, der sich als Diskussionsbeitrag über Zukunftsperspektiven versteht, wird die Position vertreten, dass es für das Berufsbild der Psychotherapeuten wichtig ist, deutlicher die fachliche Kompetenz zu integrierten psychotherapeutischen Leistungen als Voraussetzung zum beruflichen Handeln und nicht vor allem die unmittelbare Tätigkeit – insbesondere der Einzeltherapie im typischen Setting – als zentrales Berufsmerkmal in den Mittelpunkt zu stellen. Kooperations- und Vernetzungskompetenzen werden immer stärker zur Basis facettenreicher integrierter psychotherapeutischer Leistungen in den verschiedensten Berufsfeldern. Dieser Entwicklung müssen die Psychotherapeutenkammern Rechnung tragen und aktiv die Zukunft gestalten.

I. Die berufliche Identität der Psychotherapeuten

Die wenigen Jahre seit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes haben noch nicht gereicht, um beiden neuen psychotherapeutischen Berufen zu einer gemeinsamen beruflichen Identität zu verhelfen. Die Ausgangslage war allerdings sehr heterogen: Das Spektrum reicht von Psychotherapeuten, die sich vorrangig als Psychoanalytiker, Verhaltenstherapeuten usw. definieren, über Kollegen, die sich über ihr Tätigkeitsfeld beruflich bestimmen, bis hin zu Kollegen, die sich mit der Institution, in der sie tätig sind, identifizieren.

Bei näherer Betrachtung stellt sich die Frage, ob die gegebenen Schwierigkeiten bei der Herausbildung einer gemeinsamen beruflichen Identität einfach ein natürlicher Prozess im Rahmen der Entstehung eines bzw. zweier neu geschaffener Berufe sind, die sich noch finden müssen, oder ob hier Bedingungen aufzufinden sind, die ein Zusammenwachsen unseres Berufsstandes mit einer gemeinsamen beruflichen Identität behindern.

Das Problem nimmt seinen Ausgang von der Gesetzesformulierung „Ausübung von Psychotherapie im Sinne dieses Gesetztes ist jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist. (…) Zur Ausübung von Psychotherapie gehören nicht psychologische Tätigkeiten, die der Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben" im PsychThG § 1. Diese Formulierung wird vielfach so interpretiert, dass damit erstens nur eine unmittelbar krankheitsbezogene Tätigkeit „legaldefiniert", also durch das Gesetz als Psychotherapie gedeckt ist und dass zweitens diese Psychotherapie im klassischen Setting der Einzelpsychotherapie stattzufinden hat. Die verengende Interpretation „Psychotherapeuten machen (Einzel-) Psychotherapie und heilen Krankheiten" – und die daraus folgende Herleitung, dass sie nicht die Beziehungen eines Patienten bzw. Klienten zum Thema der Therapie machen, andere Settings und Methoden nutzen dürfen – blockiert ein gemeinsames Berufsverständnis der Psychotherapeuten, forciert den Schulenstreit und verhindert eine Entwicklung unseres Berufes.

Dabei verweist das Gesetz bei der Frage, wann eine behandlungsbedürftige seelische Erkrankung vorliegt in SGB V § 92 Abs. 6a auf die „Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie". In diesen Psychotherapie-Richtlinien wird seelische Krankheit verstanden „als krankhafte Störung der Wahrnehmung, des Verhaltens, der Erlebnisverarbeitung, der sozialen Beziehungen und der Körperfunktion"(vgl. Kap III). Hier wird also im Kontext von Erkrankung ausdrücklich auf die sozialen Beziehungen hingewiesen, woraus folgt, dass die Störung dieser Beziehungen (und der Beziehungsfähigkeit) Gegenstand und Thema der sog. heilkundlichen Psychotherapie ist, wie auch, dass selbstverständlich Methodik und Setting der Behandlung an der Störung und dem Stand der Wissenschaft zu orientieren sind. Der Krankheitswert der Störung sozialer Beziehungen ist im Übrigen auch in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) dokumentiert.

Letztlich ist aber für eine berufspolitische Perspektive in Institutionen die gegenwärtige Gesetzeslage ohnehin weder gegenwarts- noch zukunftsleitend. Es wird unter ausschließlicher direkter Bezugnahme auf gegenwärtige gesetzliche Rahmenbedingungen in einer Zeit der allseits leeren Kassen in der mittleren Zukunft sicher noch schwerer werden, eine sozialpolitisch verantwortungsbewusste zukunftsorientierte und damit erfolgreiche Fachpolitik zu machen. Aber oft entstehen im flächendeck-

enden gesellschaftlichen Umbau aufgrund von leeren Kassen auch Möglichkeiten, auf notwendige Veränderungen erfolgreich Einfluß zu nehmen, vorausgesetzt, man kann gute Problemlösungen insbesondere auch für fehlentwickelte vorhandene Versorgungsstrukturen liefern.

Die Chance von Kammerpolitik liegt daher u. E. im beharrlichen Verweis auf durch Wissenschaft und Praxis begründeten Nachweis von Versorgungs-Bedarfen. Es gibt versorgungsbezogen nur wenige Bereiche, in denen nicht u. a. auch durch psychotherapeutische Leistungen (aber insbesondere auch integrierte psychotherapeutische Leistungsanteile) Versorgungsstrukturen qualitativ erheblich zu verbessern wären. Häufig sind die tatsächlich qualitativ besseren Leistungen schließlich auch die preiswerteren.

Eine zukunftsorientierte Kammerpolitik könnte hier besonders wichtige Beiträge leisten durch Entwicklung bzw. Förderung der besseren und tatsächlich innovativen Versorgungskonzepte und dem entsprechenden Engagement für die Verbesserung der Rahmenbedingungen solcher integrierter Leistungen.

Die Psychotherapeutenkammern könnten hierbei auch eine wichtige Rolle einnehmen und an der Verbesserung der leichteren und klareren Verknüpfbarkeit psychotherapeutischer Leistungen mit den Leistungen anderer Berufsgruppen und Bereiche arbeiten.

Eine erhebliche Gefahr für die Entwicklung unseres Berufsstandes sehen wir darin, dass – statt sich den hier dargestellten Anforderungen insgesamt zu stellen – die zukünftige Kammerpolitik sich zu stark in vor allem verfahrensbezogenen Streitereien entlang den Richtlinien verfängt und ein zu isoliertes Berufsbild verfolgt. Dann würde es eben nicht gelingen, den Psychotherapeuten nicht nur an und für sich, sondern gerade auch im Zusammenhang mit seinen Verknüpfungen und Schnittstellen zu anderen Berufsgruppen und Dienstleistungen klar und zukunftsweisend zu definieren.

Gesetze werden verändert, insbesondere im sozial- und berufsrechtlichen Feld wie dies die Diskussionen in der neusten Gesundheitspolitik mit dem GMG, der Arbeitsmarktpolitik usw. zeigen. Eine zukunftsweisende Berufspolitik kann sich nicht darin erschöpfen, den gegenwärtigen Status wie eine Bastion zu halten, vielmehr muss sie orientiert an gesellschaftlichen Erfordernissen und dem Gesamtwohl Zukunftsperspektiven aufzeigen und langfristig entwickeln. Nur mit einer solchen Grundhaltung kann ein Berufsstand seiner besonderen Rolle im Rahmen von Kammerpolitik gerecht werden.

Ein erhebliches Geburtsproblem der neuen Berufe liegt in der Bindung des Berufes an bestimmte psychotherapeutische Verfahren. Diese Tunnelblickausrichtung bleibt aus institutioneller Perspektive befremdlich und etwas Vergleichbares gibt es in keinem anderen Beruf. Nicht die Dienstleistung oder deren Ergebnis steht im Mittelpunkt des Selbstverständnisses, sondern eine bestimmte Auffassung von der Störung, ihrer Ursache und ihrer Heilung. Die Relativität dieses Zugangs zeigt sich schon in der Widersprüchlichkeit der beiden zentralen Positionen, der Psychoanalyse und der Verhaltenstherapie. „Insbesondere (…) die mangelnde Berücksichtigung verschiedener Evidenzgrade bei der wissenschaftlichen Anerkennung und die Schulenorientiertheit stehen im eklatanten Widerspruch zu den übrigen Normen der Gesundheits- und Sozialgesetzgebung" schreibt Wolfgang M. Groeger in Heft 4/2003 dieser Zeitschrift. Eine Folge dieser Situation ist, dass erforderliche und häufig auch praktizierte Spezialisierungen ideologisch abgelehnt werden. Stattdessen herrscht das Postulat, dass jeder Psychotherapeut jede seelische Störung behandelt, obwohl wir sowohl aus der Forschung wie auch der Praxis wissen, wie problematisch dies ist.

Die Schulenbindung unseres Berufes behindert auch die Kooperation mit anderen Berufsgruppen und macht die Position angestellter und beamteter Psychotherapeuten schwierig. Gerade in Institutionen sind die übergreifenden, kommunikativen Fähigkeiten Vorraussetzung für berufliches Handeln. Es wird in fast allen Institutionen erwartet, dass der Psychotherapeut die Zugänge der verschiedenen psychotherapeutischen Schulen beherrscht und deren Sprachen spricht, also z. B. die Ebenen Deutung, Verstärkung und systemische Interventionen Anderen kommunizieren kann und handwerklich beherrscht. Für die Arbeit in Beratungsstellen hat dies Michael Borg-Laufs auch für den Bereich der Diagnosenstellung im Psychotherapeutenjournal 3/2003 überzeugend belegt.

II. Psychotherapeuten in Institutionen

Die in Institutionen arbeitenden Psychotherapeuten sind im Bereich des SGB V (Ge-

PSYCHOHOLIC®
Psychologie & Neue Medien

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

DiagnoPro
Kassengutachtenerstellung schnell und einfach per PC

- Komplett integrierter ICD-10 Katalog
- Erstellen individueller Behandlungspläne
- Formulierungs- und Behandlungsvorschläge
- Beispielgutachten und Textbausteine
- EDV-Anamnesebogen

Psydea
Fragebogendiagnostik direkt am Computer

- Generieren von Fragebogenbatterien
- Übertragen eigener Paper&Pencil-Formulare auf den PC
- Automatisches Erstellen von Normtabellen
- Grafische und numerische Auswertungen
- Ausführliche Berichte zum Ausdrucken

Rheindorfer Str. 55 - 53225 Bonn - Tel.: 0228-9469780 - info@psychoholic.de - www.psychoholic.de

sundheitswesen), aber auch des SGB IX (Rehabilitation), des SGB VIII (KJHG), dem BSHG bzw. SGB XII, der Justiz, des Schulwesens usw. tätig. Sie arbeiten in Kliniken, Beratungsstellen, Ambulanzen, Vollzugsanstalten, Schulen, Heimen und anderen Einrichtungen und sind vorrangig dem Auftrag dieser Institutionen verpflichtet. Psychotherapie in Institutionen ist eingebettet in einen Tätigkeitsrahmen, der in der Regel nicht originär psychotherapeutisch, sondern sehr viel weiter gesteckt ist. Sie findet in einem beruflichen Kontext statt, der seine professionelle Identität auch oder weitgehend aus anderen Quellen als denen der Psychotherapie schöpft. Das wird etwa am Beispiel von Institutionen des Gesundheitswesens (Krankenhäusern, medizinischen Ambulanzen) und solchen der Kinder- und Jugendhilfe (Beratungsstellen, stationäre Einrichtungen) deutlich. Sind die einen ärztlich-medizinischer Provenienz, so arbeiten die anderen in multiprofessionellen Teams und/oder hierarchisch gegliederten Einrichtungen. In beiden Fällen (wie auch in anderen z.B. im Strafvollzug, Schulwesen usw.) sieht sich die Psychotherapie mit ihren Funktionen innerhalb der jeweiligen Institution von einer Aufgabe dominiert, deren Lösung nicht allein von der psychotherapeutischen Profession her definiert wird, sondern integriert ist in andere Problemzugänge und professionelle Arbeitsweisen. Das bleibt nicht ohne Auswirkungen auf die Ausübung von Psychotherapie in diesen Institutionen – hinsichtlich der Therapieziele, hinsichtlich des Settings, hinsichtlich der Einflüsse der Institution auf Therapieverlauf und Erfolgskriterien, aber auch hinsichtlich der Wertschätzung von Psychotherapie verglichen mit anderen professionellen Tätigkeiten innerhalb der Institution.

Psychotherapeuten üben ihre Tätigkeit innerhalb von Institutionen in der Kooperation mit anderen Professionen aus. Im Idealfall beziehen sich die in einer Institution vertretenen Disziplinen in einem Team arbeitsteilig aufeinander und leisten ihren Beitrag zu einem gemeinsamen Arbeitsergebnis. Die Rolle des Psychotherapeuten ist dabei nur eine unter anderen. Das relativiert die Position des Psychotherapeuten insofern, als er nicht autonom, unabhängig von der Mitsprache anderer und unabhängig von Weisungen, allein seinem Berufsverständnis folgen kann. Wenn andererseits die Arbeitsbedingungen und der Status des Psychotherapeuten innerhalb der Institution es zulassen, kann die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Team und in der Institution aber auch die Handlungs- und Einflussmöglichkeiten des Psychotherapeuten bereichern und erweitern und als Ressource zur Sicherung der Qualität von Psychotherapie genutzt werden.

Relativ wenige Menschen sind in umgrenzter Weise „nur" psychisch krank, derart, dass sie ausschließlich eine psychotherapeutische Behandlung (ohne andere medizinische und/oder psychosoziale Hilfen) benötigen. Zugleich machen viele Versorgungsbausteine im Gesundheitsbereich, im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe und in anderen psychosozialen Hilfesystemen nur wenig Sinn und bleiben oftmals unwirksam, wenn nicht psychotherapeutische Leistungsanteile bzw. psychotherapeutische Kompetenzen in sie integriert sind.

Integrierte Leistungen dieser Art werden zumeist von multidisziplinären Teams in Institutionen erbracht. Psychotherapeuten, die an der Erbringung solcher Gesamtleistungen beteiligt sind, haben es in der Regel nicht nur mit Klienten-/Patientengruppen zu tun, die außerhalb eines institutionell organisierten Hilfesystems unversorgt blieben, sie interagieren immer auch relativ unmittelbar einerseits mit hochkomplexen Zusammenhängen in der Lebenswelt ihrer Klienten, andererseits mit geregelten Expertenkulturen angrenzender Versorgungssegmente. Um wirksam sein zu können, müssen sich Psychotherapeuten, die in solchen Zusammenhängen tätig sind, über die psychotherapeutische Arbeit mit ihren Klienten hinaus qualifiziert und zielorientiert mit den systemischen Aspekten und den Akteuren in den Lebenswelten der Klienten wie in den von ihnen beanspruchten Hilfesystemen auseinandersetzen können.

Damit sind Kompetenzanforderungen bezeichnet, die über das in der bisherigen Ausbildung vermittelte und geprüfte Wissen deutlich hinausgehen. Psychotherapie in Institutionen setzt nicht weniger, sondern eine andere, weil umfassendere Qualifikation, voraus.

Was bedeutet dies für das Selbstverständnis der Psychotherapeuten in Institutionen? Von der Tätigkeitsrealität ausgehend steht für den angestellten Psychotherapeuten nicht die Durchführung der klassischen (Einzel-) Psychotherapie im Mittelpunkt, sondern seine fachliche Kompetenz als Psychotherapeut, die er in verschiedenen Tätigkeiten wie der Leitung von Patientengruppen, Durchführung von Beratungsgesprächen, diagnostischen Entscheidungen, Gutachtenerstellung, Teamleitung, Fortbildung usw. umsetzt. In vielen Tätigkeitsbereichen ist er verantwortlich für das therapeutische Milieu ganzer Einrichtungen und damit nicht nur für die psychotherapeutischen Leistungsanteile selbst, sondern auch für die fachgerechte Einbindung solcher Leistungen in ganze Leistungspakete. So ist beispielsweise die Arbeit eines Krisendienstes keine reine psychotherapeutische Leistung, aber ein Krisendienst ohne deutliche psychotherapeutische Leistungsanteile wäre kein Krisendienst. Solche Einrichtungen werden auch schon heute zum Teil im Rahmen verschiedener psychotherapeutischer Ausbildungen anerkannt.

Im Editorial des Psychotherapeutenjournals 1/2004 versuchte Rainer Richter eine Korrektur bzw. Neuorientierung unseres Berufsbildes als Psychotherapeuten und mahnte die Notwendigkeit einer Diskussion hierzu an. Korrigiert wird das Bild der typischen Arbeitsweise der niedergelassenen Kollegen mit Bezug auf die Vorgaben neuer Strukturen nach dem GMG um die Tätigkeitsfelder der Psychotherapeuten, die als Angestellte in Institutionen tätig sind. Hier wird insbesondere der Bereich der stationären Versorgung hervorgehoben.

Tatsächlich ist es gegenwärtig so, dass in vielen Psychotherapeutenkammern die Mehrheit der Kammermitglieder nicht als niedergelassene Psychotherapeuten tätig sind, sondern im Bereich der öffentlich-institutionellen Versorgung. Hier werden richtigerweise neue Tätigkeitsfelder für Psychotherapeuten gesehen. Richtig ist auch, dass die in diesem Bereich tätigen Kollegen sich in fach- und berufspolitischen Diskussionen seltener aktiv beteiligen bzw. beteiligt werden, in unseren Selbstverwaltungsgremien unterrepräsentiert sind und dass sie bei der Konzeption des Psychotherapeutengesetzes schlicht vergessen wurden. Allerdings betrifft dies nicht nur die im stationären Bereich der öffentlichen

Versorgung tätigen Psychotherapeuten, sondern auch die im teilstationären und im ambulanten Bereich schon gegenwärtig tätigen Psychotherapeuten.

Bezogen wird die postulierte zukunftsorientierte Umorientierung unseres Berufsbildes insbesondere auf die Psychotherapeuten in Ausbildung (PiAs). Die Kammern werden aufgerufen, auf die veränderten Versorgungsbedarfe in unserem Gesundheitswesen hinzuweisen sowie Maßnahmen zur Anpassung und Veränderung auch der Ausbildung vorzuschlagen.

Tatsächlich sind die Ausbildungsvorgaben für die nachwachsenden Kollegen zur Zeit nicht nur nicht ausreichend zukunftsorientiert, sondern es fehlt schon an einer hinreichenden Gegenwartsorientierung der Ausbildungsvorgaben, da diese ganze Bereiche der in den letzten Jahren vollkommen veränderten Versorgungsstrukturen regelrecht ausklammern und systematisch ausblenden. Die Ausbildungen rekurrieren auch aufgrund ihrer viel zu ausgeprägten Schulenorientierung immer noch auf Versorgungsstrukturen, wie sie bis in die 80er und 90er Jahre bestanden. Die in den letzten 20 Jahren höchst erfolgreichen flächendeckenden Veränderungen der Versorgungslandschaften, die eben nicht nur den überall einsetzenden Sparmaßnahmen geschuldet waren, haben weder im Berufsbild der Psychotherapeuten – noch weniger im Selbstbild als in dem Fremdbild – noch in den Ausbildungsgängen einen Niederschlag gefunden.

Wir arbeiten aufgrund vielfältiger Kompromissbildungen, die für die Durchsetzung der Psychotherapie als krankenkassenfinanzierte Leistung erforderlich waren, bezüglich des gegenwärtigen Berufsbildes des Psychotherapeuten tatsächlich mit so realitätsfernen Zerrbildern, dass dies für die Psychotherapeuten in Ausbildung (PiAs) leicht zur Folge haben kann, „am Markt vorbei" für viele Tätigkeitsfelder im institutionellen Bereich nicht annähernd berufsfeldadäquat ausgebildet zu werden.

Zur Veranschaulichung möchten wir exemplarisch etwas genauer einen Versorgungsbereich in seiner Gesamtentwicklung betrachten und die Auswirkungen auf die zu erbringenden psychotherapeutischen Leistungen prüfen.

III. Zur Rolle der Psychotherapie in der Psychiatrie

Wir möchten dies schlaglichtartig einmal am Beispiel der Entwicklung der Psychiatrie in Berlin deutlich machen. In den 80er Jahren gab es in Berlin die klassische Psychiatrie mit Psychiatrischen Kliniken mit bis zu 1300 Betten, durchschnittlichen Verweildauern von mehreren Monaten und einer medizinischen Versorgung, die auf einer vorwiegend psychiatrisch-medikamentösen Behandlung fußte. Große Teile der Kliniken bestanden aus Langzeitbereichen und waren geprägt von Chronisch Kranken.

Auf dem Hintergrund einer weit entwickelten, innovationsfreudigen psychosozial-gemeindepsychiatrischen Projektelandschaft wurde seit Ende der 80er Jahre ein Prozess des stetigen Abbaus psychiatrischer

WEISSER RING
Gemeinnütziger Verein zur Unterstützung von Kriminalitätsopfern und zur Verhütung von Straftaten e.V.

16. Opferforum am 29./30.09.2004 in Berlin

Opfer bleibt Opfer?

„Offene Fragen der Opferversorgung, Traumatherapie und Rehabilitation"

Jährlich über 230.000 Gewaltopfer bedeuten fachlich und materiell eine große Herausforderung. Namhafte Experten aus

Sozialrecht und Psychotherapie

(u.a. D. Kommer, H. Kilger, Prof. Dr. Dr. A. Maercker, PD Dr. G. Seidler, Dr. C. Lüdke) diskutieren die Fragen:

- Wie kann die Psychotherapie die Anforderungen quantitativ und qualitativ bewältigen?
- Wie sieht es mit der Finanzierung aus? Gerät die Opferentschädigung in den Sog der Einschnitte im Gesundheitswesen?

Das Ziel des 16. Opferforums ist es, dass Opfer bei der Behandlung der Tatfolgen nicht auch noch Opfer von Unterversorgung und behördlichen Einschränkungen werden.

Weitere Informationen und Anmeldung unter:
Tel.: 06131-830330
E-Mail: theobald.karl@weisser-ring.de
http://www.weisser-ring.de

GNP-Akademie bei
Herbert König & Gerhard Müller
Semmelstraße 36/38, 97070 Würzburg
Tel.: 0931 – 46079033, Fax: 0931 – 46079034
GNP-Akademie@neuropsychologie.de
http://www.neuropsychologie.de

10.09.2004 Marburg (Kursnr. FB040910B) **
Neuropsychologische Diagnostik und Psychopathometrie bei psychischen Störungen
Dr. Thomas Beblo, Dipl.-Psych., Krankenanstalten Gilead, Psychiatrische Klinik, Bielefeld & Prof. Dr. Stefan Lautenbacher, Dipl.-Psych. & Dipl.-Psych. Anita Albert, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Marburg
160,00 Euro* / GNP-Mitglied: 145,00 Euro*, 8 Std.; GNP-Akkr.: Punkt 6.2 (Psychiatrie / Psychopathologie)

17. 09.2004 Würzburg (Kursnr. FB040917C) *
Demenz - Grundlagenwissen
Prof. Dr. med. Wolfgang Meins, Dipl.-Psych., Hamburg
1 Modul: 160,00 Euro* / GNP-Mitglied: 145,00 Euro*,
2 Module: 280,00 Euro* / GNP-Mitglied: 255,00 Euro*, 8 Std.; GNP-Akkr.: Punkt 6.7 (Entwicklungsneuropsychologie/Gerontologie)

18. 09.2004 Würzburg (Kursnr. FB040918A) **
Demenz – Vertiefungskurs
Prof. Dr. med. Wolfgang Meins, Dipl.-Psych., Hamburg
1 Modul: 160,00 Euro* / GNP-Mitglied: 145,00 Euro*,
2 Module: 280,00 Euro* / GNP-Mitglied: 255,00 Euro*, 8 Std.; GNP-Akkr.: Punkt 6.7 (Entwicklungsneuropsychologie/Gerontologie)

ZUKUNFTSWERKSTATT KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGIE: PROFILE UND KONZEPTE DER THERAPEUTISCHEN ARBEIT
02. – 03.10.2004 Iphofen (Kursnr. FB041002A)
Diskussionsforum um Therapiekonzepte, Evidenzbasierung und Qualitätssicherung in der Klinischen Neuropsychologie. Die Tagung ist als Zukunftswerkstatt konzipiert – die Entwicklung von Perspektiven, Visionen und Utopien ist hierbei Ziel und Programm. Im gemeinsamen Gespräch zwischen Referentinnen und Teilnehmerinnen sollen theoretische Grundannahmen und Zielsetzungen der Klinischen Neuropsychologie reflektiert und argumentativ gebündelt werden.
Unter Mitwirkung von: PD Dr. S. Bodenburg, Prof. Dr. W. Fries, Prof. Dr. Siegfried Gauggel, S. Heel, Prof. Dr. E. von Kardorff, Prof. Dr. G. Lucius-Hoene, Dr. M. Pawelzik, Dr. C. Wendel, Prof. Dr. W. Wittmann, Prof. Dr. K. Willmes-von-Hinckeldey
90,00 Euro*

Bitte fordern Sie unser vollständiges Programm an! *Kosten incl. Mehrwertsteuer

Betten vorangetrieben. Mit dem Psychiatrieentwicklungsprogramm (PEP) gelang es einer sehr an der Sache orientierten Fachverwaltung in einer konstruktiven Auseinandersetzung mit den Fachverbänden die zwar fachlich offene, aber relativ lose organisierte ambulante Projektelandschaft zu bündeln und klare Versorgungsstandards für den ambulant-psychiatrischen Bereich der Stadt einzuführen. Mit dem zunehmenden Kostendruck der Krankenkassen, konnte Ende der 90er Jahre ein Enthospitalisierungsprogramm mit dem Abbau von weiteren ca. 2.000 Betten – auf der Grundlage eines deutlichen parallelen systematischen Ausbaus der gemeindepsychiatrisch-ambulanten Versorgung – erfolgreich umgesetzt werden.

Allein in den Jahren 1993 bis 2000 wurde so die Bettenmessziffer mehr als halbiert (von 1,51 auf 0,68 pro 1000 Einwohner), die durchschnittliche Verweildauer schrumpfte auf ein Drittel (von 69,0 auf 22,9 Tage) während die Zahl der Fälle um ein Drittel zunahm (von 7,4 auf 9,8 je 1000 Einwohner).

Der im Mai 2003 von dem unabhängigen Institut ‚consens Hamburg' erstellte (vom Land Berlin beauftragte) Stadtstaatenvergleich zwischen Berlin, Hamburg und Bremen kam zu dem Ergebnis, dass Berlin im Städtevergleich (vereinfacht zusammengefasst) bei der deutlich geringsten Bettendichte im stationären Bereich ein sehr effektives, gut gesteuertes und preiswertes ambulantes psychiatrisches Versorgungssystem aufgebaut hat.

Mit dieser Entwicklung ist der ambulante Bereich zur tragenden Säule der Versorgung Psychisch Kranker geworden. Es wurden hier im Zuge der Enthospitalisierung mit dem Bettenabbau nicht etwa neue stationäre Einrichtungen wie Heime aufgebaut, sondern ein gut gesteuertes Netzwerk facettenreicher Bausteine der ambulanten Versorgung hat die sog. „Pflichtversorgung" – ähnlich einem Krankenhaus – auch für die ehemaligen Psychiatriepatienten übernommen.

An dem Aufbau, der erfolgreichen Entwicklung dieses Bereichs waren u. a. auch sehr viele Psychotherapeuten engagiert beteiligt, diese ordnen sich dann allerdings in ihrer beruflichen Identität weniger spezifischen Psychotherapieschulen als vielmehr der Gemeindepsychiatrie zu.

Was bedeutet dies für die psychotherapeutische Arbeit? Bei Aufenthaltsdauern von 3 Wochen und weniger in den Psychiatrischen Kliniken ist deutlich, dass psychotherapeutische Arbeit im klassischen Setting dort kaum umgesetzt werden kann. Realistischerweise findet so etwas statt wie Abklärung und Behandlung durch ein multiprofessionelles Team. Dabei steht die Frage des Verbleibs des Patienten nach dem stationären Aufenthalt nicht am Ende der Krankenhausbehandlung, sondern ist allein schon wegen der Kürze der Behandlungsdauer von Anfang an Teil der Arbeit mit dem Patienten. Die psychotherapeutische Versorgung ist damit weitgehend nach außerhalb der Klinik verlagert.

Dafür mussten auch neue psychotherapeutische Konzepte entwickelt und erprobt werden. Die klassischen therapeutischen Settings waren für viele der Klientengruppen wenig brauchbar, therapeutische Vorgehensweisen mussten als integrierte therapeutische Leistungen speziell auf bestimmte Zielgruppen ausgerichtet, letztlich personenzentriert abgestimmt sein auf den einzelnen Klienten, aber insbesondere auch mit den anderen Akteuren des Betreuungs- und Hilfesystems.

Den gemeindepsychiatrischen Leistungserbringern der ambulanten Versorgung der Stadt Berlin ist es mit der „Änderung der Leistungsbeschreibungen und Umsetzung eines hilfebedarfsgruppenbezogenen Vergütungssystems" im Bereich der Leistungen zum § 93 BSHG nun auch gelungen, als ergänzende Leistung auch „Integrierte Psychotherapeutische Leistungen" anzubieten und zukünftig nach einem einigermaßen akzeptablen Entgeltsatz abzurechnen.

Auch dieser Erfolg wäre ohne die im Rahmen der Gemeindepsychiatrie engagierten Psychotherapeuten nicht möglich gewesen.

Heute erfolgt die psychotherapeutische Behandlungsplanung auch formal im Rahmen des Behandlungs- und Rehabilitationsplans (BRP), der neben vielen anderen Betreuungsleistungen auch „integrierte psychotherapeutische Leistungen" umfasst. Richtigerweise sind die psychotherapeutischen Leistungen hier ein spezieller abgestimmter Teil der gesamten personenzentrierten Hilfeplanung.

Dies ist natürlich nicht so zu verstehen, dass integrierte psychotherapeutische Leistungen für Psychisch Kranke damit zur Nebensache würden, ganz im Gegenteil. Nur müssen solche Leistungen bei dieser Klientel verknüpft sein mit allen anderen Betreuungsleistungen des Systems. Psychotherapie von außerhalb des gesamten Betreuungssystems geht bei Menschen, für die eine Psychotherapie als unabhängiger Prozess nicht ausreicht, ins Leere.

Wenn heute in Berlin ca. 50% der früher stationär-psychiatrisch behandelten Patienten in der Gemeinde menschenwürdiger leben, betreut und behandelt werden, dann stellt dies bei Chronisch Kranken wegen der Vielschichtigkeit wieder in Gang gekommener Lebensprozesse sehr hohe und komplexe Anforderungen an jede Form psychotherapeutischer Leistungen, ganz gleich, ob diese als direkte integrierte psychotherapeutische Leistung oder als Leistungsanteile in eher milieutherapeutischen Zusammenhängen durch Psychotherapeuten in multiprofessionellen Teams erbracht werden. Bei dieser Klientel werden gegenüber der stationären Behandlung in der Klinik nicht weniger, sondern außerhalb der Mauern werden mehr und vielfältigere psychotherapeutische Leistungen gebraucht.

Andere Klientengruppen finden anders als früher bei dem niedrigschwelligen Netz gemeindepsychiatrischer Einrichtungen häufig erstmalig Zugang über den ambulanten Bereich des Hilfesystems – z.B. über den Krisendienst – und können unter anderem auch durch die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen bzw. Leistungsanteile einen nicht ohne weiteres erforderlichen Krankenhausaufenthalt vermeiden.

Integrierte psychotherapeutische Leistungen müssen zum unverzichtbaren Bestandteil psychiatrischen Handelns werden. Obwohl kaum eine Patienten- bzw. Klientengruppe so klar die Kriterien der Behandlungsbedürftigkeit erfüllt und obwohl auch

die neueren Ergebnisse der Psychotherapieforschung fast durchweg nachweisen, dass auch psychoseerkrankte Patienten z.T. mit angepassten Settings sehr erfolgversprechend psychotherapeutisch behandelbar sind und damit sehr deutlich in den Rahmen der Legaldefinition zu fassen sind, hat diese veränderte Praxis z.B. in der psychiatrischen Versorgung hingegen in den Ausbildungsgängen der verschiedenen Therapieschulen und ihrer Ausbildungsinstitute kaum zu veränderten Inhalten geführt.

Darauf hinzuweisen ist eine vordringliche Aufgabe der Psychotherapeutenkammern. Im Kompetenzbereich der Landeskammern liegt es, in ihren Fortbildungsordnungen ihre Anerkennungskriterien der klinischen Inhalte danach auszurichten und dementsprechend Fortbildungsveranstaltungen anzuerkennen.

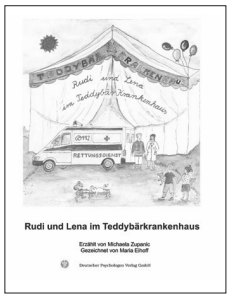
Die hier am Beispiel der Berliner Psychiatrie aufgezeigten Veränderungen, Auswirkungen und hergeleiteten Schlussfolgerungen gelten in ähnlicher Weise für viele andere Krankheitsgruppen, bei denen eine isoliert durchgeführte Psychotherapie allein eben nicht wirksam werden kann. Dazu gehören Menschen mit einer geistigen Behinderung, Menschen mit einer ausgeprägten Suchtproblematik, psychisch kranke Jugendliche und weitere Gruppen.

IV. Berufspolitische Perspektiven und die Psychotherapeutenkammern

Für die niedergelassenen Psychotherapeuten hatte die Aufwertung zu selbständigen Heilberuflern durch das Psychotherapeutengesetz unmittelbare Konsequenzen. Für die angestellten Psychotherapeuten änderte sich in der Regel zunächst wenig. Ihre Loyalität gilt der Aufgabe der Einrichtung und dem Arbeitgeber. Darüber hinaus entspricht die Psychotherapiedefinition des Gesetzes nicht ihrer Erfahrung im beruflichen Alltagshandeln und oftmals auch nicht der Aufgabe der Institution. In der institutionellen Praxis ist die einzeltherapeutische Arbeit nur eine unter mehreren, gefragt ist die psychotherapeutische Fachkompetenz und die Kooperationsfähigkeit, da psychotherapeutische Interventionen oft erst im Kontext anderer wirksam werden. Auch wenn mittlerweile die Anerkennung des Status angestellter Psychotherapeuten sich deutlich verbessert hat, bleibt noch viel zu tun. Was können nun die Psychotherapeutenkammern beitragen?

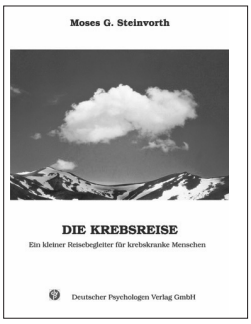
Für das Selbstverständnis der Psychotherapeuten ist am wichtigsten, die fachliche Kompetenz – und nicht die unmittelbare Tätigkeit – als zentrales Berufsmerkmal in den Mittelpunkt zu stellen. Aus seiner psychotherapeutischen Kompetenz heraus führt ein Psychotherapeut Psychotherapien (in verschiedenen Settings) durch, diagnostiziert, berät, macht Krisenintervention, schreibt Gutachten, führt Supervisionen und Fortbildungen durch, leitet Teams usw. Nach Auffassung nicht nur der Berliner Kammer gilt als psychotherapeutische Tätigkeit jede

Rudi und Lena im Teddybärkrankenhaus
Erzählt von Dr. Michaela Zupanic, gezeichnet von Maria Eihoff
ca. 18 Seiten, incl. farbigen Zeichnungen, ISBN 3-931589-62-5, 13,00 EUR



Das Teddybärkrankenhaus ist eine Präventionsmaßnahme für Kinder, die europaweit an medizinischen Fakultäten von den Studierenden angeboten wird. Vorschulkinder begleiten als »Eltern« ihr Stofftier ins Teddybärkrankenhaus und verlieren dabei ihre Angst vor einer medizinischen Untersuchung und Behandlung.
Michaela Zupanic ist als promovierte Psychologin in der Forschung tätig, zuletzt in der Medizinpsychologie. Als Dr. ted. im Teddybärkrankenhaus des Universitätsklinikums der RWTH Aachen 2003 begegneten ihr Rudi und Lena, deren Geschichte sie weitererzählt hat.
Maria Eihoff hat als Bautechnikerin unzählige Häuser gezeichnet, als freischaffende Künstlerin lieber Landschaften, Menschen und Tiere in Aquarell und Öl. Mit dem Teddybärkrankenhaus hat sie Rudi und Lena ein Gesicht und zwei armen Mäusen ein Zuhause gegeben.

Die Krebsreise
Moses G. Steinvorth
48 Seiten, ISBN 3-931589-63-3, 10,00 EUR



Die Broschüre ist als »Reisebegleiter« gedacht. Sie will dabei helfen, die Krebserkrankung als eine Art »Reise« zu betrachten und möchte Orientierungspunkte für diese Reise geben, wie man selbst diese »Reise« sinnvoll gestalten kann. Der Autor versucht, sich auf die wesentlichsten Gesichtspunkte zu beschränken und das Thema in einfacher und verständlicher Sprache zu erläutern, ohne wissenschaftliches »Brimborium«, auch wenn vieles von dem, was er schreibt, durchaus wissenschaftlich untermauert ist (wenn auch nicht alles). Die Broschüre stellt eine kleine Ergänzung zu dem vom Autor bereits veröffentlichten, 211 Seiten starken Buch »Psychoonkologie in freier Praxis – Psychotherapeutische Langzeitbegleitung von krebskranken Menschen« dar.

Deutscher Psychologen Verlag GmbH
Oberer Lindweg 2, 53129 Bonn
T 0228/98731-18, **F** 0228/641023
E verlag@psychologenverlag.de **www.psychologenverlag.de**

Tätigkeit, bei der psychotherapeutische Kenntnisse vorausgesetzt, eingesetzt oder mitverwendet werden oder verwendet werden könnten. Diese verschiedenen Tätigkeiten werden nicht nur von angestellten Psychotherapeuten geleistet, sondern auch viele Niedergelassene machen diese Arbeit.

Der erste Schritt zu der postulierten Zukunftsorientierung der Psychotherapeutenkammern heißt, dass diese in viel stärkerem Maße als bisher die gegenwärtig **nicht** als Niedergelassene tätigen Psychotherapeuten mit ihren vielfältigen Tätigkeitsfeldern in die Selbstverwaltungsgremien einbeziehen müssen. Dies fördert ein vollständiges Berufsbild und eine echte Integration muss über den Status der „Zusätzlichkeit" im Sinne von „auch noch anzuhörenden Fachkollegen" deutlich hinausgehen.

Die Psychotherapeutenkammern sollten sich zur Aufgabe machen, Einfluss auf die Ausbildungen zu nehmen, und deutlich auf die hier dargelegten Bedarfe hinweisen.

Erstens: Die Ausbildungen durch die Institute müssen mehr als bisher den Psychotherapeuten als kompetenten Fachmann ausbilden, der therapieschulenspezifische Anteil darf die Ausbildung nicht in dem bisherigen Maße dominieren. Ein Psychotherapeut muss die verschiedenen Methoden kennen, ihre „Sprachen" beherrschen und kommunizieren können.

Die praktische Tätigkeit der Psychotherapeuten in Ausbildung (PiAS) muss zumindest die Teilnahme an Vernetzungs- und Kooperationsarbeit in angemessenem Umfang ermöglichen und mit entsprechender auch formaler Anerkennung solcher Tätigkeiten deren Bedeutung und Unabdingbarkeit für psychotherapeutisches Handeln betonen. Das bedeutet, dass die praktische Tätigkeit in Beratungsstellen und allen Formen integrierter psychotherapeutischer Versorgung ermöglicht, wenn nicht gar zur Bedingung sine qua non gemacht werden muss.

Zweitens: Die Kammern müssen auf eine Änderung des PsychThG dringen, dahingehend, dass auch Prävention und Rehabilitation unabdingbare Teile der psychotherapeutischen Tätigkeit sind. Es ist nachgerade absurd, dass ein Heilberuf installiert wird, dessen Beteiligung an der Prävention und Rehabilitation aber nicht ausdrücklich erwähnt wird.

Drittens: Die Psychotherapeutenkammern sollten die Chance wahrnehmen, gegenüber den (potenziellen) Nutzern von Psychotherapie serviceorientierter zu werden. Wer heute in der Hoffnung auf seriöse Unterstützung bei einer Psychotherapeutenkammer anruft und eine Erziehungsberatungsstelle, eine Psychotherapeutin, die mit der Nachsorge brustamputierter Frauen Erfahrungen hat, eine Therapeutische Wohngemeinschaft für Jugendliche oder eine Gruppe für Essgestörte sucht, wird in der Regel keine umfassende Auskunft bekommen. Hier ist ein Internetverzeichnis kassenzugelassener Psychotherapeuten keine Lösung.

Die Psychotherapeutenkammern bieten sich nachgerade dazu an, eine Servicestelle (keine neue Beratungsstelle) hierfür einzurichten. Die Berliner Kammer wird eine telefonische Sprechstunde anbieten, aufbauend auf einem an alle Mitglieder versandten Fragebogen. Voraussetzung für sachkompetente Auskünfte ist ein umfassendes Verzeichnis auch der Institutionen, in denen Psychotherapeuten in ihren speziellen Tätigkeitsfeldern arbeiten und qualitätsgestützte Listen derjenigen Kolleginnen und Kollegen, die besondere Kenntnisse, Erfahrungen und praktische Bedingungen bieten, so für geistig oder körperlich behinderte Klienten, Fremdsprachen beherrschen, mit anderen Kulturkreisen bzw. Migrantengruppen besonders vertraut sind, bereit und fähig sind, auch mit auf Menschen mit einer geistigen Behinderung abgestimmten Settings zu arbeiten usw.

Viertens: Die Kammern sollten sich gegenüber Kooperationspartnern psychotherapeutischer Leistungen als kompetente und vernetzungsbereite Ansprechpartner erweisen, z. B. für Kliniken, die psychotherapeutische Nachsorger suchen, Rehabilitationseinrichtungen, die rollstuhlgerechte Beratungsstellen und Praxen benötigen, staatliche Stellen, die kompetente Kooperationspartner für den Fall von Großschadensereignissen oder Gutachter für traumatisierte politische Flüchtlinge brauchen.

Hier bedarf es eben nicht der Entwicklung eines weitgehend autonom definierten und sich additiv definierenden Berufsbildes, sondern vielmehr auch der klaren und nach vorn gerichteten Definition von Schnittstellen zu anderen Bereichen, Nahtstellen mit anderen Berufsgruppen und Institutionen. Erforderlich ist die Klärung der Rolle, der Verantwortungsbereiche der Psychotherapeuten in berufsübergreifenden Verbund- bzw. Netzwerkleistungen, ohne die in vielen Bereichen eine erfolgreiche Arbeit nicht möglich ist, besonders wenn es um schwierige und zum Teil auch sehr kostenintensive Patientengruppen geht.

Solche Serviceleistungen sind zugleich eine Entwicklung und Zukunftssicherung unserer Berufe. Wer hier Perspektiven entwickeln will, muss – wie beschrieben – die Fixierung auf die unmittelbare einzelpsychotherapeutische Tätigkeit und die Verfahrens- (und Verbands-) orientiertheit überwinden und die fachliche Kompetenz der Psychotherapeuten wie auch die Bedeutung integrierter psychotherapeutischer Leistungen insgesamt herausstellen.

Diese Arbeit wird uns keine andere Berufsgruppe und kein Gesetzgeber abnehmen.

Dipl.-Psych. Michael Schmude

Psychologischer Psychotherapeut
Vorstandsmitglied der Psychotherapeutenkammer Berlin
Fachleitung eines Projekts für Therapeutische Wohngruppen für Jugendliche
Wiesbadener Str. 86
12161 Berlin
mischmude@web.de

Dipl.-Psych. Gerd Pauli

Psychologischer Psychotherapeut
Schwerpunkt Sozial-/Gemeindepsychiatrie
Sprecher des Ausschusses „öffentliche psychotherapeutische psychosoziale Versorgung" der Psychotherapeutenkammer Berlin
Leitung eines Trägers der gemeindepsychiatrischen Versorgung in Berlin-Mitte
Heineallee 12
14612 Falkensee
g.pauli@berliner-krisendienst.de

AD(H)S – Ein Diskussionsbeitrag aus der Praxis

Matthias Fink

Psychologische Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche der Stadt Wermelskirchen

Zusammenfassung: Die Verabschiedung der Eckpunkte zur Versorgung von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung vor einem Jahr nimmt der Autor zum Anlass, die Behandlungssituation praxisnah zu reflektieren. Die Zunahme der Diagnosestellung wird in einen gesellschaftlichen Kontext gestellt und eine mehrdimensionale Diagnostik als Spurensuche nach den Wirkzusammenhängen des unaufmerksamen, unruhigen und impulsiven Verhaltens beschrieben. Das vorgestellte integrierte Behandlungsmodell bezieht die Familiendynamik mit ein. In der Prävention plädiert der Autor für eine Ausrichtung der Elternschulungen an den psychosozialen Belastungsfaktoren der Familien. Abschließend wird die schleppende Vernetzung kritisiert und ein Bezug zu den Kürzungen in der Jugendhilfe, der Unterversorgung durch niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie zu den unzureichenden Abrechnungsmöglichkeiten für ein interdisziplinäres Arbeiten im Gesundheitswesen hergestellt.

Prävalenz

Schätzungen zur Prävalenz von ADHS zeigen zum Teil recht große Schwankungen. Während in dem oben genannten Eckpunktepapier noch von einer Häufigkeit von 2 bis 6% betroffener Kinder und Jugendlicher im Alter zwischen 6 und 18 Jahren ausgegangen wird, werden von Lehmkuhl und Döpfner (2003) erheblich höhere Zahlen genannt. Auf der Basis von Eltern- und Lehrerfragebögen ermittelten sie Prävalenzraten zwischen 3 und 17% in der Altersgruppe der bis zu 10 Jahre alten Kinder (vgl. ebenda, S. 526). Wie schwierig und fragwürdig die Erhebung solcher Zahlen sein kann, zeigt darüber hinaus eine an derselben Stelle zitierte, 1999 von Gomez et al. (vgl. ebenda, S. 526) durchgeführte Studie: Die Einschätzungen von Eltern und Lehrern stimmten zwar einerseits hinsichtlich der Höhe der geschätzten Prävalenzraten nahezu überein (9,9 bzw. 8,8%), die Zusammenschau der Eltern- und Lehrerfragebögen legte jedoch den Schluss nahe, dass sich diese Schätzungen offensichtlich auf unterschiedliche Gruppen von Kindern bezogen. Die Gesamtprävalenz betrug hier lediglich noch 2,4%!

Es muss der Schluss gezogen werden, dass die Einschätzung der Auffälligkeiten der Kinder durch die Eltern und LehrerInnen in den Fragebögen ausgesprochen subjektiv ist. Sie wird von der Belastungsfähigkeit der jeweiligen Personen und ihrer Systeme beeinflusst. Bei der Diagnose von Aufmerksamkeitsstörungen sollten darum immer auch die Toleranzgrenzen der Erziehenden und ihre pädagogischen Leitlinien mit berücksichtigt werden.

Veränderte pädagogische Grundprinzipien – *Kindern möglichst früh ein hohes Maß an Selbstbestimmung und Eigenverantwortung einzuräumen, ihnen möglichst viele Möglichkeiten bis hin zur Reizüberflutung anzubieten und nur wenige Begrenzungen zuzumuten* – überfordern offensichtlich viele Kinder. Kinder mit einer eher schwachen Impulskontrolle und wenig ausgeprägter Selbstorganisation haben in offenen Systemen, sei es nun Elternhaus, Kindergarten oder Schule, weniger Hilfestellungen durch klare Regeln und Strukturen. Fehlende personale Autorität von Erwachsenen kann bei Kindern mit Bindungs- und Selbstunsicherheiten zur Desorientierung, Unruhe und Unaufmerksamkeit führen.

Ohne die Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung als Krankheitsbild grundsätzlich in Frage zu stellen, ist die Tendenz, Kinder mit einer Verhaltensauffälligkeit zu psychiatrisieren und entsprechend mit Psychopharmaka zu behandeln, besorgniserregend. Wenn LehrerInnen und ErzieherInnen Eltern unter Druck setzen, ihr verhaltensauffälliges Kind medikamentös behandeln zu lassen, damit es nicht aus der Gruppe ausgeschlossen wird, hat die Aufklärungsinitiative AD(H)S ihr Ziel verfehlt.

Spurensuche nach den Wirkzusammenhängen des unaufmerksamen, impulsiven und hyperaktiven Verhaltens

In der aktuellen Fachdiskussion wird die Position vertreten, psychosoziale Belastungen nicht als primäre Ursachen für eine hyperaktive Störung in Betracht zu ziehen (vgl. Lehmkuhl & Döpfner, 2003, S. 532). Meine 30-jährige Erfahrung mit verhaltensauffälligen Kindern in verschiedenen Kontexten sowie die fachliche Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Störungsbildern stellt diese Aussage in Frage.

In meinem Aufsatz „Integrative Therapie in der Arbeit mit hyperaktiven Kindern" (Fink, 1998) habe ich ein Modell der Spurensuche nach den Wirkzusammenhängen des hyperaktiven Verhaltens vorgestellt. Neben den bio- und neurochemischen Veränderungen im Hirnstoffwechsel werden Störungen der sensorischen Integrations-, Regulations- und Steuerungsfähigkeit sowie Reizdiskriminations- und Aufmerksamkeitsdefizite als Wirkfaktoren vorgestellt. Darüber hinaus setzt sich dieser Aufsatz jedoch insbesondere mit den möglichen psychosozialen Ursachen für hyperaktives Verhalten auseinander. Einen ähnlichen Ansatz vertreten Adam und Peters (2003), die auf mögliche und sehr unter-

schiedliche Zusammenhänge von AD(H)S und Persönlichkeitsentwicklungsstörungen hinweisen (vgl. Adam & Peters, 2003, S. 79 ff.).

Neurobiologische Spuren

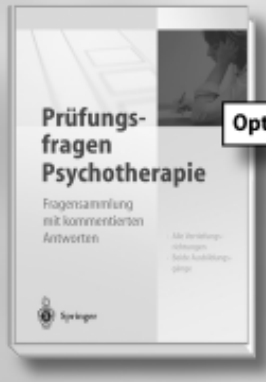
Für eine Vorstellung der neurobiologischen Erklärungsmodelle, die von einer grundlegenden Dysfunkion im kortiko-striatalen Netzwerk ausgehen, ist in diesem praxisbezogenen Aufsatz nicht der Raum. Ich verweise auf die Arbeiten von Lehmkuhl und Döpfner und ihre Literaturangaben, aber auch auf die kritischen Arbeiten von Prof. Gerald Hüther. In seinen Veröffentlichungen weist Prof. Hüther auf die Auswirkung von psychischen Belastungen auf den Hirnstoffwechsel hin (Hüther & Bonney, 2002). Damit stellt sich wiederum die Frage nach Ursache und Wirkung und bestätigt sich eine kritische Haltung gegenüber eindimensionalen Erklärungsmodellen.

Neuropädiatrische Spuren

Durch die Verbreitung der Diagnose Aufmerksamkeit-/Hyperaktivitätsstörung ist eine umfassende Diagnose einer Teilleistungsproblematik bei Kindern auf die Bereiche Sprache, Lesen, Rechtschreibung und Rechnen reduziert worden. Die Diagnose MCD (minimale cerebrale Dysfunktion) ist, sicher auch zu recht, völlig in den Hintergrund getreten. Diese bot jedoch den Vorteil, dass sich die Fachleute dessen bewusst waren, mit dieser Diagnose eine wenig spezifische Aussage gemacht zu haben, die folglich auch nicht ein Patentrezept für die Beseitigung der Störung implizieren konnte. Dementsprechend waren die Behandlungsansätze so vielschichtig wie die möglichen Erscheinungsformen und die angenommenen Ursachen.

In den Behandlungsleitlinien der Gesellschaft für Neuropädiatrie hat Prof. Dr. R. Michaelis, Universitätskinderklinik Tübingen, eine sehr differenzierte Beschreibung motorischer Koordinationsstörungen und Wahrnehmungsstörungen vorgelegt (Michaelis, 1999). Er beschreibt dort die Schwierigkeiten, die mit der Diagnosestellung für die im ICD 10 (Weltgesundheitsorganisation 1991) unter F 82 aufgeführte „Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktion" verbunden sind. Unter den sekundären Symptomen führt er eine hohe Ablenkbarkeit, starke Vigilanzschwankungen sowie Hyperaktivität auf. Als zentrale Aufgabe einer Therapie dieser Kinder nennt er das Ver-

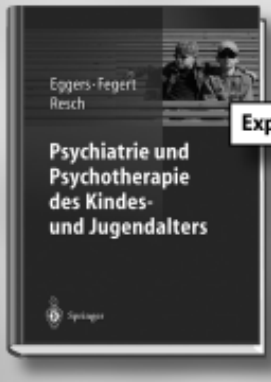
Wissen mit Tiefenwirkung.



Optimal vorbereitet

2004. 251 S. Brosch.
€ 19,95; sFr 34,00
ISBN 3-540-20181-5

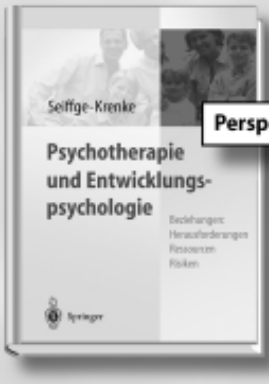
• Berücksichtigt Prüfungsinhalte beider Ausbildungsgänge und der Vertiefungsrichtungen.
• Alle Antwortvarianten mit ausführlichen Kommentaren.



Expertenwissen

2004. 1001 S. 87 Abb.
131 Tab. Geb.
€ 129,95; sFr 205,50
ISBN 3-540-42916-6

• Erläuterung aller Krankheitsbilder, von A wie Angststörung bis Z wie Zwangserkrankung.
• Geeignet für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychiater.



Perspektiven integrieren

2004. 282 S. 93 Abb.
7 Tab. Geb.
€ 39,95; sFr 68,00
ISBN 3-540-20900-X

• Integration der Perspektiven und Aspekte beider Disziplinen.
• Hilft bei allen psychotherapeutischen Behandlungen durch besseres Verständnis von Entwicklungsprozessen.

dkp 011000x

Die €-Preise für Bücher sind gültig in Deutschland und enthalten 7% MwSt. Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten.

Jetzt in Ihrer Buchhandlung.

springer.de

Springer

mitteln von konstruktiven Handlungsstrategien im Umgang mit den Teilleistungsschwächen. Aufgrund der zu erwartenden Schulprobleme dieser Kinder weist er auf die Notwendigkeit der Erkennung und Förderung dieser Kinder bereits im Vorschulalter hin. In seinem Beitrag beschreibt Michaelis Kinder, die heute eine ADHS-Diagnose erhalten würden.

In den im Februar 2002 aktualisierten Leitlinien der Gesellschaft für Neuropädiatrie (vgl.: http://leitlinien.net/) ist die oben zitierte Beschreibung von Michaelis gestrichen und durch jeweils eigene Leitlinien für den Bereich der Wahrnehmungsstörungen sowie für die motorischen Koordinationsstörungen ersetzt. Neben den unterschiedlichen Behandlungsansätzen wird sehr klar auf die „unspezifischen Wirkungen als Folge einer intensiveren Zuwendung" (Karch, 2002, S. 4) hingewiesen. Die Stärkung der Motivation und die Verbesserung des Selbstwertgefühls durch einen verständnisvollen Umgang im Alltag und die Förderung der übrigen Fähigkeiten tragen demnach dazu bei, sekundäre Verhaltensstörungen zu vermindern. Darüber hinaus wird es als notwendig angesehen, die Eltern über die Teilleistungsprobleme des Kindes zu informieren, sie in die Behandlung einzubeziehen und entsprechend anzuleiten.

Psychodynamische Spuren

Der Analytiker Hans Hopf sieht in dem Hyperkinetischen Syndrom eine schwerwiegende Störung der Psychomotorik. Im hyperaktiven Verhalten agiert das ES (Hopf, 2000, S. 282). Die expressive und affektive Motorik *(Ausdrucksmodalität)* stelle ein Abwehrverhalten dar und diene der Abfuhr von Spannungen. Bewusstes und zielgerichtetes Handeln *(Leistungsmotorik)* sei Bestandteil des autonomen reifen Ichs. Das hyperaktive Kind habe eine ausgeprägte *„Ich-Schwäche"*, es sei unkonzentriert, kaum in der Lage, Spannungen auszuhalten sowie Regeln und Grenzen zu befolgen. Ein sprunghafter Wechsel zwischen verwöhnender Unterforderung und leistungsorientierter Überforderung verhindere eine adäquate Gefühlsreifung und führe zur *„Inkontinenz der Gefühle"* (Hopf, 2000, S. 283 ff.).

Psychosoziale Spuren

Menschen reagieren nicht nur auf innere Impulse mit auffälligem Verhalten, sondern ebenso auf Situationen, denen sie durch ihre Umgebung ausgesetzt sind. Steht die Unruhe in einem direkten Zusammenhang zu einem klar erkennbaren Ereignis wie z.B. der Aufregung vor dem Geburtstag, der Einschulung, einer Klassenarbeit o.Ä., so muss sie schon eine besondere Ausprägung haben, um als auffallend und unnormal bewertet zu werden. Bei den hyperaktiven Kindern sind die „Unruheherde" wie z.B. Aufregungen, Spannungen, Konflikte, Überforderungen, Ängste und Bedrohungen in der Regel nicht so offensichtlich und damit für die Familie, ErzieherInnen und LehrerInnen nicht direkt nachvollziehbar. Das auffällige Verhalten ist oft die einzige Möglichkeit, auf ihre Not hinzuweisen, und muss darum immer auch als Signal verstanden werden. Manche Kinder leben in einer ständigen Anspannung, sind ständig auf der Hut, um sich schützen zu können.

Mit einem Blick auf die Therapie des 10-jährigen Markus, dessen klinische Diagnose ADS – also eine Aufmerksamkeitsstörung ohne motorische Unruhe – lautet, soll das Zusammenwirken von Psychodynamik und psychosozialen Belastungsfaktoren verdeutlicht werden:

Markus wird von seiner Mutter auf dringende Empfehlung der Klassenlehrerin in der Beratungsstelle angemeldet. Markus besucht die 3. Klasse der Grundschule und fällt mit seiner Langsamkeit, seinen Tagträumen und seiner Unaufmerksamkeit auf. Obwohl er in einigen Situationen seine gute Leistungsfähigkeit zeigt, sind seine Noten in Mathe und Deutsch, insbesondere beim Diktat, nicht ausreichend. Frau A. berichtet von erheblichen Problemen mit dem sonst hilfsbreiten und freundlichen Jungen in der Hausaufgabensituation. Sorgen bereite ihr jedoch vor allem die Unfähigkeit ihres Sohnes, sein Wissen und Können in der Schule bei den Klassenarbeiten zu zeigen.

Markus präsentiert sich bei der Kontaktaufnahme lächelnd, offen und erwartungsvoll. Als Gründe für die benötigte Unterstützung nennt er seine schlechten Noten, dass ihm bei den Klassenarbeiten nichts einfalle und dass er nur so langsam schreiben könne. Meiner Bitte, ein Bild zu malen, kommt er gerne nach, vergewissert sich noch, auch wirklich nichts Bestimmtes malen zu sollen, und malt dann über zwei Stunden lang an einem differenzierten Bild vom Spiel der Kinder auf dem Schulhof. Mit Lineal und Bleistift gestaltet er zunächst den Grundriss, beschäftigt sich lange mit den Wegen, dem Spielgerät und dem Rasen, um dann in der zweiten Stunde Fußball spielende Kinder und den Hausmeister einzufügen.

Obwohl Markus sozial integriert ist und mit einem offenen Gesicht in Kontakt tritt, entsteht bei mir der Eindruck von einem sehr unsicheren Jungen, der sehr viel Struktur braucht und auf die Begleitung eines Erwachsenen angewiesen ist. Eine – aufgrund seiner Aussage zum Schreiben vermutete – Auffälligkeit seiner Feinmotorik ist beim Malen nicht wahrnehmbar.

Nach einem sehr intensiven Gespräch über seine Gefühle in der Schule bei den Klas-

Die führende Fachzeitschrift für Kinder- und Jugendlichen-Psychoanalyse

AKJP

ISSN 0945-6740

Das Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom
Heft Nr. 112 / 2. Aufl., 4/2001
Beiträge von G. Hüther, G. Häußler, H. Hopf, M. E. Pozzi, C. Schaff, M. T. Diez Grieser.

Unruhige Kinder und Jugendliche
Heft Nr. 117, 1/2003
Beiträge von H. Hopf, E. Heinemann, A. Israel, H. F. Schäberle, R. Funk, H. Wurster.

Probeheft und Psychoanalyse-Prospekt anfordern bei:

Brandes & Apsel Verlag
Scheidswaldstr. 33
D-60385 Frankfurt a. M.
www.brandes-apsel-verlag.de

senarbeiten bitte ich ihn, bis zur nächsten Stunde ein Bild davon zu malen. Markus präsentiert mir in der nächsten Stunde ein eindrucksvolles Bild von einem Schlosspark mit einem im Hintergrund wunderschön gold glänzenden Schloss. Im Vordergrund hat er sich sehr viel Mühe mit einem großen schmiedeeisernen Tor gegeben, das nicht zu überwinden ist. Markus erlebt sich oft vor dem Tor stehend und vom Schloss träumend, ohne eine Idee zu haben, wie er dahin gelangen kann (fehlende Vorstellung von Selbstwirksamkeit).

In der Diagnostik, die in diesem Fall parallel in einer Klinik zur Abklärung des ADS durchgeführt wird, bestätigt sich eine durchschnittliche Intelligenz mit Stärken im Sprachverständnis. Teilleistungsprobleme werden nicht gefunden, allerdings wird eine hohe Selbstunsicherheit festgestellt. Die Mutter vertraut sich dort der Therapeutin an und spricht mit ihr über die Alkoholprobleme ihres Mannes. Aus ihrer Enttäuschung über ihren Mann sei eine sehr enge Beziehung zwischen ihr und ihrem Sohn entstanden. Es wird deutlich, dass Frau A. ihren Sohn, in dem Versuch, alle Belastungen von ihm abzuwenden, viel zu wenig fordert. Im gemeinsamen Gespräch mit den Eltern in der Klinik wird die Notwendigkeit der Auseinandersetzung mit dem Alkoholmissbrauch auf der Paarebene besprochen und den Eltern werden Informationen über Gruppen für Abhängige und Angehörige gegeben. Parallel zur Einzeltherapie mit Markus versucht die Mutter nun durchaus erfolgreich, Markus stärker zu fordern und ihm Verantwortung zu überlassen.

Seine Tagträume und seine Verweigerungen nehme ich als Abwehrmechanismen wahr, die dazu dienen, seine Hilflosigkeit und die Enttäuschung über die für ihn aussichtslos scheinende Situation nicht weiter ertragen zu müssen. Mit diesem Verständnis für sein Verhalten und seine Strategie arbeite ich mit ihm und dem Bild. Zunächst besprechen wir auf der Symbolebene Möglichkeiten, wie er das Tor überwinden und zum Schloss gelangen könnte. Diese reichen vom Besorgen des Schlüssels, über das Klettern über das Tor bis hin zur Suche nach anderen Zugängen. Im Anschluss übertragen wir die Ziele und Strategien aus der Symbolebene auf seine Probleme beim Verfassen von schriftlichen Leistungen und unangenehmen Lernaufgaben. Die notwendigen Veränderungen stückeln wir dabei in überschaubare Aufgaben und definieren kleine Schritte. Markus entwirft Protokollbögen, in denen er seine Erfolge einträgt oder sich von der Lehrerin oder der Mutter bestätigen lässt. Das gelungene Zusammenwirken der Einzeltherapie mit den Veränderungsprozessen in der Familie ermöglicht, dass Markus relativ schnell erfolgreich sein kann und sich seine Abwehr gegen unüberwindbar scheinende Aufgaben deutlich reduziert.

Bei der Spurensuche nach den Wirkmomenten aus der psychosozialen Lebenssituation der Kinder häufen sich folgende Belastungsfaktoren: Gewalterfahrungen innerhalb der Familie, Trennungs- und Scheidungsprobleme, Suchtmittelmissbrauch sowie die zu enge Bindung eines Elternteils, der nicht in der Lage ist, eine befriedigende Partnerschaft zu leben, an das Kind.

Mehrdimensionale Diagnostik

Das oben genannte Eckpunktepapier (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit, 2002) beschreibt ein Mosaik aus Diagnostikbausteinen. Neben der klinischen Differenzialdiagnostik sowie der Intelligenz- und Teilleistungsdiagnostik wird auf die notwendige Einbeziehung des Umfeldes Familie und Schule hingewiesen. Eine Familiendynamik kann jedoch nicht nur durch einen störungsspezifischen Fragenkatalog, der das auffällige Verhalten des Kindes abfragt, erfasst werden. Hierzu bedarf es spezieller Verfahren der Familiendiagnostik, in denen die Interaktionen der Familienmitglieder beobachtet werden können. Die Diagnose- und Behandlungsleitlinien beschreiben idealtypische Settings. Leider ist die Realität der Diagnosestellung gerade außerhalb der Großstädte weit von der in der Literatur beschriebenen mehrdimensionalen Diagnostik entfernt. Kinderärzte und überlastete Kinderpsychiater geben häufig dem Druck der Eltern und Lehrer nach und verschreiben das Wundermittel Methylphenidat, ohne die aufwendige Diagnostik durchgeführt zu haben und eine begleitende psychotherapeutische Behandlung anbieten oder vermitteln zu können. Die unbedingt notwendige Abgrenzung von Verhaltens- und Erziehungsproblemen auf der einen Seite und einer psychiatrischen Erkrankung des Kindes auf der anderen Seite findet unzureichend statt. Auch wenn diese Abgrenzung wegen der großen Schnittmengen nicht eindeutig zu treffen ist, muss eine Diskussion und Abwägung stattfinden, weil sich daraus die Behandlungsschwerpunkte ergeben.

Viele Eltern wenden sich sehr bewusst an ihnen empfohlene Ärzte und Kliniken, von denen sie eine medikamentöse Behandlung erwarten. Andere wiederum suchen Beratungsstellen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auf, weil sie einer medikamentösen Behandlung kritisch gegenüberstehen. Statt mit einer Problemschilderung und der Frage nach Behandlungsmöglichkeiten wenden sich Eltern zunehmend direkt mit Behandlungsanfragen an Leistungserbringer aus dem Gesundheitswesen oder der Jugendhilfe. Von einer Zusammenarbeit und Vernetzung der unterschiedlichen Berufsgruppen, wie sie das Eckpunktepapier fordert, ist die Realität noch weit entfernt. Immer noch werden viele Kinder viel zu schnell psychiatrisiert und medikamentös behandelt, während andere Familien mit ihren kranken Kindern keine fachgerechte Behandlung erhalten.

Die Notwendigkeit einer verbindlichen Vernetzung soll folgende Fallvignette unterstreichen:

Der achtjährige Peter wird von seinem Vater in der Beratungsstelle angemeldet. Vom Vater erfahre ich mit einem deutlich anklagenden Vorwurf, dass Peters Mutter vor drei Monaten nach wiederholten Konflikten mit dem Vater ausgezogen ist. Der Vater hat zunächst die Verantwortung für Peter übernommen. Er ist selbstständiger Handwerker und regelt die Versorgung des Jungen mit Unterstützung durch die Ganztagsbetreuung im Hort.

Peter fällt in der Schule durch unkonzentriertes und aggressives Verhalten massiv auf. Auf Empfehlung der Schule wird Peter in einer Klinik vorgestellt und erhält die Diagnose ADHS. Es wird eine medikamentöse Behandlung mit Methylphenidat eingeleitet. Für eine begleitende Kindertherapie erhält der Vater unsere Adresse.

Als im Anmeldegespräch auch die Familiendynamik thematisiert wird und Herr M. die Information erhält, dass in den therapiebegleitenden Gesprächen mit den Eltern auch ein Kontakt zur Mutter erwartet wird, wird dieser zunehmend reservierter. Es wird deutlich, dass seiner Erwartung nach eine isolierte Therapie mit dem Jungen durchgeführt werden sollte. Außerdem ist er von dem wöchentlichen Setting überrascht. Nachdem er sich noch über die Inhalte der Therapiestunden informiert hat, verabschiedet er sich mit der Option, sich „die Sache noch einmal zu überlegen". Herr M. meldet sich nicht mehr.

Durch die völlig offene Empfehlung der Klinik gab es in diesem Fall keine Möglichkeit, ohne Auftrag des Vaters eine Rückmeldung zu geben. So blieb offen, ob Peter jetzt ohne psychotherapeutische Begleitung weiterhin medikamentös behandelt werden würde, ob der Vater sich an anderer Stelle um eine Therapie für den Jungen bemühen oder ob er die gesamte Behandlung abbrechen würde.

Auf dem 1. Landespsychotherapeutentag in NRW im September 2003 kritisierte Prof. Dr. Gerhard Lauth in seinem Vortrag „Psychotherapie in der multimodalen Behandlung emotionaler und psychosozialer Entwicklungsstörungen am Beispiel hyperkinetischer Kinder" ebenfalls unzureichende Diagnosen und eine mangelnde Vernetzung bei den hyperkinetischen Störungsbildern. In den von ihm genannten Fallbeispielen ging es immer wieder um spezifische, alltagsnahe Interventionen beim Kind und bei dessen Bezugspersonen. Hauptthemen waren die Hausaufgabensituation und der Medienkonsum. Dabei handelt es sich um klassische Konflikte, die tausendfach in den Erziehungsberatungsstellen thematisiert und auch erfolgreich beraten werden.

Behandlungskonzepte bei Kindern und Jugendlichen mit einer Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung

Das multimodale Behandlungskonzept muss sich an dem komplexen Bedingungsgefüge der Symptomatik orientieren und an den unterschiedlichen Wirkfaktoren mit unterschiedlicher Intensität je nach Ausprägung ansetzen. In den vom Döpfner, Schürmann und Fröhlich veröffentlichten Entscheidungsbaum (Döpfner et al., 1998, S. 44) einer multimodalen Therapie fehlt der Bezug zum komplexen Bedingungsgefüge. Eine Pharmakotherapie wird hier nur von der Stärke und Ausprägung der Symptomatik sowie vom Erfolg der Therapie- u. Beratungsprogramme abhängig gemacht. Eine notwendige Reflektion der Therapiemethode sowie eine Überprüfung der Diagnose beim Ausbleiben einer positiven Veränderung fehlt in diesem Behandlungskonzept.

Eine medikamentöse Behandlung kann eine eingehende Beratung der Eltern, oft auch der ErzieherInnen und LehrerInnen und eine Psychotherapie des betroffenen Kindes nicht ersetzen, sondern diese lediglich in schwerwiegenden Fällen unterstützen.

Einige der veröffentlichten Selbstinstruktionstrainings verlangen eine hohe Ich-Stärke oder – wie heute formuliert würde – ausreichende persönliche Ressourcen. Das von Döpfner, Schürmann und Fröhlich veröffentlichte Therapieprogramm „THOP" (Döpfner et al., 1998) verlangt nicht nur vom Kind, sondern auch von der Familie und der Schule einen Zeitaufwand, der außerhalb eines klinischen Settings nur in Ausnahmefällen geleistet wird und geleistet werden kann.

Der Wunsch der Eltern und Pädagogen, oft auch der Therapeuten nach einer schnell wirkenden Intervention erklärt sich aus der Symptomatik der aufmerksamkeitsgestörten Kinder. Sie bringen ihre Mitmenschen an ihre Grenzen und verursachen ein Gefühl von Hilflosigkeit. Sie „entwerten" den Augenblick durch ihre Unruhe und Impulsivität, sie sind verbal nur schwer erreichbar, sie hören nicht, sie haben unzureichende Vorstellungen von Handlungsabläufen und Konsequenzen, sie nehmen ihr Verhalten und ihre Steuerungsmöglichkeiten unzureichend wahr.

In dem oben dargestellten Fallbeispiel des 10-jährigen Markus wurde ein integriertes Behandlungsmodell beschrieben, das nicht allein auf die Symptomatik des Kindes ausgerichtet ist, sondern auch die Familiendynamik erfasst und dort interveniert. In der Behandlung des Kindes wurden Therapiemethoden aus tiefenpsychologisch-psychodynamischen Konzepten mit verhaltenstherapeutischen Vorgehensweisen kombiniert. Ein Behandlungsverlauf eines motorisch unruhigen Jungen ist in meinem Aufsatz von 1998 dokumentiert (Fink, 1998).

In den Veröffentlichungen von Krowatschek (2001), Gebauer und Hüter (2001), Lauth et al. (1998) und Armstrong (2002) werden unterschiedliche Konzepte vorgestellt, die darauf abzielen, diesen Kindern im Alltag zu begegnen, den Tag und Situationen zu strukturieren, sie darin anzuleiten, Verantwortung für die eigene Verhaltenssteuerung zu übernehmen und nicht zuletzt ihr Selbstwertgefühl zu erhöhen. Über die therapeutische Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen hinaus stellen diese Handlungsanweisungen wertvolle „Rezepte" für die präventive Arbeit mit Eltern, ErzieherInnen und LehrerInnen dar.

Einen Auszug und eine Zusammenfassung der Anregungen für den Alltag mit Kindern, deren Aufmerksamkeit in besonderer Weise unterstützt werden muss, finden Sie in der folgenden Auflistung:

- Kinder nicht nur verbal ansprechen, sondern Blick- und Körperkontakt herstellen
- Handlungsabläufe strukturieren und diese visuell darstellen
- Situationen vorplanen – Konfliktpunkte benennen und Lösungen vereinbaren
- klare und überschaubare Regeln vereinbaren
- Bewegungen erlauben und einplanen (z.B. arbeiten auf dem Sitzball, Mandalamalen)
- „Schokoladenseiten" der Kinder beachten und fördern
- Anreize und Belohnungen für kurze Sequenzen schaffen
- Bewegungs- und Freiräume schaffen
- Überforderungen vermeiden
- Rituale einführen
- Wechsel von selbst- und fremdbestimmten Handlungen
- regelmäßiges und häufiges Feedback

Prävention

Während auf der einen Seite die Aufklärung der Eltern, LehrerInnen und ErzieherInnen

über das AD(H)S vielerorts durch zahlreiche Veranstaltungen und Presseberichte sowie durch eine inflationäre Bücherflut stattgefunden hat, mangelt es andererseits an Elterntrainings und speziellen Fortbildungen für Fachkräfte. Gerade die pädagogische Fortbildung von Eltern und Fachkräften jedoch ist notwendig, damit diese in die Lage versetzt werden, wieder Bedingungen zu schaffen, in denen sich auch aufmerksamkeitsschwache und unruhige Kinder entwickeln können, ohne ausgegrenzt oder medikamentös behandelt werden zu müssen.

Inhalte von präventiven Elternschulungen müssen sich an den vorgenannten psychosozialen Belastungsfaktoren orientieren: Erziehungsunsicherheiten, Kinder in Trennungs- und Scheidungssituationen, Beratung von Alleinerziehenden, gewaltfreie Erziehungsmodelle, Stressbewältungskonzepte, Vermittlung von Medienkompetenzen und Hilfen zur Begleitung der Kinder bei den Hausaufgaben. Für Teilbereiche liegen erfolgreich evaluierte Konzepte für Elternschulungen vor, wie z.B.: „Starke Eltern – Starke Kinder" (Honkanen-Schoberth, 2003) und „Tripel P" (Kuschel et al., 2000). Auch die Konzepte der Gruppenarbeit für Kinder in Trennungs- und Scheidungsfamilien (bke, 2000) haben sich bewährt.

Strukturelle Überlegungen zum Abschluss

In den Erziehungsberatungsstellen werden die KollegInnen von Kinderärzten und den umliegenden Kliniken verstärkt angefragt, die von ihnen pharmakologisch behandelten Kinder psychotherapeutisch zu begleiten und die Beratung der Eltern zu übernehmen. Formal handelt es sich hier zunächst um eine Verschiebung der Kosten aus dem Gesundheitswesen in die Jugendhilfe, da bei der Notwendigkeit einer medikamentösen Behandlung von einer Störung mit Krankheitswert auszugehen ist. Aber selbst die Weiterleitung der Kinder ohne ein solch ausgeprägtes Störungsbild wird zunehmend schwieriger, da die Kapazitäten der Erziehungsberatungsstellen reduziert werden, während gleichzeitig von den Fachkräften der Ausbau ihrer Aktivitäten in der Präventionsarbeit erwartet wird.

Durch diese Entwicklung erhöht sich der Druck auf das Gesundheitswesen, endlich eine bedarfsgerechte Versorgung der Kinder und Jugendlichen durch niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu gewährleisten.

Die im Eckpunktepapier geforderte enge Zusammenarbeit der mit der Symptomatik beschäftigten Berufsgruppen aus den ärztlichen, psychotherapeutischen, psychologischen, heilpädagogischen, pädagogischen und erzieherischen Bereichen in Netzwerken ist erst vereinzelt begonnen worden.

Für niedergelassene Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen müssen Möglichkeiten geschaffen werden, die Aufwendungen für eine Vernetzung abrechnen zu können.

Literatur

Adam, A. & Peters, M. (2003). *Störungen der Persönlichkeitsentwicklung bei Kindern und Jugendlichen.* Stuttgart: Kohlhammer.

Armstrong, T. (2002). *Das Märchen vom ADHS-Kind.* Paderborn: Junfermann.

bke – Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e. V. (2000). *Kindergruppen bei Trennung und Scheidung.* Fürth: bke.

Bovensiepen, G., Hopf, H. & Molitor, G., (Hrsg.) (2002). *Unruhige und unaufmerksame Kinder.* Frankfurt: Brandes & Apsel.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2002). *1. Eckpunkte Konsenskonferenz.* Pressemitteilung 2002 v. 27.12.2002.

Döpfner, M., Fröhlich, J. & Lehmkuhl, G. (2000). *Hyperkinetische Störungen – Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie.* Göttingen: Hogrefe.

Döpfner, M., Schürmann, S. & Fröhlich, J. (1998). *Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten THOP.* Weinheim: Beltz.

Fink, A. M. (1998). Integrative Therapie in der Arbeit mit hyperaktiven Kindern: *Integrative Therapie 3-4/1998.* Paderborn: Junfermann.

Gebauer, K. & Hüther, G. (2001). *Kinder brauchen Wurzeln.* Düsseldorf: Walter.

Honkanen-Schoberth, P. (2003). *Starke Kinder brauchen starke Eltern. Der Elternkurs des Deutschen Kinderschutzbundes (DKSB).* Berlin: Urania.

Hopf, H. (2000). Zur Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms. in: *AKJP Heft 107, XXXI Jg. 3/2000.*

Hüther, G. & Bonney H. (2002). *Neues vom Zappelphilipp.* Düsseldorf: Walter.

Karch, D. (2002). *Motorische Koordinationsstörungen: Umschriebene Motorische Entwicklungsstörung (Kurzfassung).* In: Leitlinien der Gesellschaft für Neuropädiatrie. AMWF-Leitlinien-Register Nr. 022/017 Entwicklungsstufe 2. awmf@uni-duesseldorf.de [12.06.2002].

Krowatschek, D. (2001). *Alles über ADS.* Düsseldorf: Walter.

Kuschel, A., Miller, Y., Köppe, E., Lübke, A., Hahlweg, K. & Sanders, M. R. (2000). Prävention von oppositionellen und aggressiven Verhaltensstörungen bei Kindern: Triple P – ein Programm zu einer positiven Erziehung. In: *Kindheit und Entwicklung, 9. Jg. 1/2000* S. 20-29. Göttingen: Hogrefe.

Lauth, G.-W., Schlottke, P. F. & Naumann, K. (1998). *Rastlose Kinder, ratlose Eltern.* München: DVT.

Lehmkuhl, G. & Döpfner, M. (2003). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). In Herpertz-Dahlmann, Resch, Schulte-Markwort, Warnke (Hrsg.), *Entwicklungspsychiatrie* (S. 524-540). Stuttgart: Schattauer.

Michaelis, R. (1999). *Motorische Koordinationsstörungen und Wahrnehmungsstörungen.* In: Leitlinien der Gesellschaft für Neuropädiatrie. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 022/017 Entwicklungsstufe 1. awmf@uni-duesseldorf.de [5.7.2001].

Weltgesundheitsorganisation (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F).* Hrsg. von H. Dilling, W. Mombour u. M. H. Schmidt. Bern/Göttingen: Huber.

A. Matthias Fink

Dipl. Sozialpädagoge, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
Psychologische Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche der Stadt Wermelskirchen
Jahnstraße 20
42929 Wermelskirchen
matthias.fink@stadt.wermelskirchen.de

Qualitätssicherung: ein Arbeitsprogramm im Spannungsfeld zwischen Förderung und Disziplinierung

Heiner Vogel

Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie,
Universität Würzburg

Zusammenfassung: Qualitätssicherung ist für alle Felder der Gesundheitsversorgung, so auch für die Psychotherapie, eine zentrale, gesetzlich verankerte Herausforderung, die dazu dienen soll, die Qualität der Versorgungsleistung auf möglichst hohem Niveau zu halten. Der Beitrag erläutert Grundlagen und zentrale Begriffe der Qualitätssicherung im Bereich der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung und beschreibt fünf wesentliche Bereiche, denen sich die meisten aktuellen Entwicklungen in diesem Feld zuordnen lassen: Dokumentation, Leitlinien/evidenzbasierte Medizin, Zertifizierungen, Supervision/Qualitätszirkel und externe Qualitätssicherung. Abschließend erfolgt eine resümierende Stellungnahme zu den gegenwärtigen Problemstellungen, die sich auch als Herausforderungen für die weitere Entwicklung der Qualitätssicherung verstehen lassen: Die Gefahr einer Überreglementierung, die Vernachlässigung der Qualitätsentwicklung der Versorgungsstruktur und die begrenzte Einbindung der Nutzer in die Evaluation der Qualitätssicherung.

Vor gut zehn Jahren konnte man Qualitätssicherung noch als Modewort apostrophieren, das zur Verzierung jeder Fachtagung geeignet war (Kordy, 1992). Manche Referenten und Forscher verwendeten Qualitätssicherung wie einen Fantasiebegriff, der je nach Belieben mit Bedeutung belegt wurde. Aber es gibt seit dieser Zeit gleichzeitig auch ein intensives Bemühen, Grundlagen, Begriffe, Konzepte und Anwendungsmöglichkeiten von Qualitätssicherung in der Psychotherapie näher darzulegen sowie Probleme und Lösungen aufzuzeigen. Inzwischen sind hierzulande auch drei umfassende Handbücher zum Thema erschienen, die die Vielfalt und Komplexität des Themas darlegen und Umsetzungserfahrungen in den verschiedenen Anwendungsfeldern dokumentieren (vgl. Härter et al., 2003, Herzog et al., 2000, Laireiter & Vogel, 1998).

Doch um was geht es eigentlich bei Qualitätssicherung? Ist es nur alter Wein in neuen Schläuchen? Oder ist Qualitätssicherung wirklich wichtig bzw. nützlich?

Jede berufliche Tätigkeit zeichnet sich doch durch das Bemühen aus, das Handeln an den bekannten oder vorgegebenen Maßstäben auszurichten und kontinuierlich zu überprüfen, ob die Ergebnisse des Handelns mit den erwarteten Standards übereinstimmen. Dies gilt für die Angehörigen der Gesundheitsberufe, also auch die PsychotherapeutInnen, ebenso wie für alle anderen Berufstätigen. Insofern ist die Grundidee der Qualitätssicherung, die genau diesen Anspruch beschreibt, weder neu noch ungewöhnlich. Gerade im psychosozialen Bereich existierten schon immer umfassende Anleitungen und Rahmenvorgaben, wie die Qualitätsentwicklung des beruflichen Handelns zu gewährleisten ist. Man denke hier beispielsweise daran, dass es bei vermutlich allen Psychotherapeuten zum Standard auch lange nach der eigenen Ausbildung gehört, die eigene Arbeit in die regelmäßige Supervision einzubringen, sei sie nun kollegialer Art oder als externe Supervision organisiert. Oder man denke auch an Anleitungen zur systematischen Dokumentation und Selbstevaluation, die schon seit vielen Jahren auf dem Markt sind und vielfältig eingesetzt werden (vgl. z.B. Petermann, 1996), und die gerade im psychosozialen/psychotherapeutischen Sektor entwickelte Kultur der systematischen Absicherung der Diagnostik durch evaluierte Routine-Instrumente (Richter, 1994). Nicht zufällig ist beispielsweise das Kapitel V (F) der ICD 10 (Psychische Störungen) beinahe 10 Jahre früher publiziert und in der Praxis genutzt worden als die übrigen Kapitel, die in Deutschland erst per Rechtsverordnung des Bundesgesundheitsministeriums Ende der 90er Jahre verpflichtend wurden.

Der moderne Ansatz der Qualitätssicherung geht jedoch noch einen Schritt weiter: Er fordert zunächst, dass Qualitätsziele und Qualitätsmaßstäbe für die verschiedenen Bereiche expliziert werden, um sie anschließend einer transparenten Diskussion und Weiterentwicklung zugänglich zu machen. Zudem verlangt das Qualitätssicherungskonzept, dass auch routinemäßige Maßnahmen zur Überprüfung und Gewährleistung der Zielerreichung vorgenommen werden, um die erreichte Qualität gegenüber den Auftraggebern, d.h. den Kostenträgern und den Patienten, zu dokumentieren. Das Paradigma der Qualitätssicherung geht dabei von der Möglichkeit einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung aus, die sich insbesondere im Rahmen regelmäßiger kritischer Selbstreflexion ergibt und durch unterschiedliche Methoden angeregt werden soll. Neu ist auch, dass von allen Institutionen des Gesundheitswesens, einschließlich der niedergelassenen VertragsärztInnen und -psychotherapeutInnen, verlangt wird, dass sie ihre Qualitätssicherungsbemühungen darlegen.

Wegen der besonderen Aktualität des Themas für die Psychotherapeuten und der ge-

setzlichen Notwendigkeit, Qualitätssicherungsanforderungen des Gesetzgebers in den nächsten Jahren in verschiedener Hinsicht umzusetzen, werden im Anschluss an diesen einführenden Text in diesem und in den folgenden Heften einige Beiträge zum Thema Qualitätssicherung in der Psychotherapie folgen, die die laufenden Entwicklungen aufgreifen, Modelle darstellen und damit zur weiteren fachlichen Diskussion anregen sollen.

Qualität und Qualitätssicherung von Psychotherapie

„Qualität" wird in der Gesundheitsversorgung und in der Psychotherapie gelegentlich sehr unterschiedlich definiert. Deshalb wird als Ausgangspunkt zunächst die allgemeine Qualitätsdefinition der Internationalen Organisation für Standardisierung (ISO) zitiert, wenngleich sie etwas umständlich scheint:

„Qualität ist die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produkts oder einer Dienstleistung, die sich auf ihre Eignung zur Erfüllung festgelegter oder vorausgesetzter Erfordernisse beziehen." (ISO 9004, Teil 2, 1991)

Qualität meint damit das Verhältnis des „Ist-Wertes" zum „Soll-Wert" von Produkten oder Dienstleistungen. Qualität ist somit nicht a priori – wie es im normalen Sprachgebrauch üblich ist – mit *guter Qualität* gleichzusetzen. Wichtig ist auch, dass Qualität nicht isoliert entsteht, sondern erst im Verhältnis zu einem Ziel (Soll-Wert) zu bestimmen ist. Das Bemühen, eine hohe oder gute Qualität zu erreichen, wird dann allgemein **Qualitätssicherung** genannt.

Vor dem Hintergrund der skizzierten kybernetischen Beschreibung des Qualitätsbegriffs zeigt sich, dass Qualitätssicherung mehrere sehr unterschiedliche Herausforderungen umfasst: Welche Eigenschaften sind die wesentlichen an einem Produkt bzw. einer Dienstleistung? Wie lassen sich dort Sollwerte definieren? Und: Wie lassen sich die Ist-Werte in diesen Dimensionen messen (so dass Abweichungen festgestellt werden können)? Dabei ist es wichtig, dass nicht einfach jene Dimensionen zu relevanten Qualitätsdimensionen erklärt werden, die einfach zu „messen" sind, sondern jene, die für die Qualität der Leistung (hier: Psychotherapie) tatsächlich von Bedeutung sind.

Systematisch lassen sich für die Qualitätssicherung in der Psychotherapie folgende **Aufgaben** unterscheiden:

1. Benennen von qualitätsrelevanten Dimensionen/Parametern.
2. Formulierung von Therapiestandards („Soll-Werte").
3. Beobachten/prüfen, inwieweit die beobachtbaren Abläufe und Ergebnisse („Ist-Werte") den definierten Anforderungen entsprechen.
4. Aufdecken von Problemen (aufgrund von Soll-/Ist-Wert-Differenzen im Rahmen von Routineerhebungen oder von Spontanrückmeldungen).
5. „Qualitätsverbesserung": Beseitigung von Mängeln durch entsprechende Problemanalysen und Einleitung geeigneter Gegenmaßnahmen.
6. „Sichern von Qualität": Gewährleisten, dass ein ständiges Bemühen erfolgt, – möglichst von vorneherein – den definierten Standards zu genügen.

Das Vorgehen lässt sich in den heuristischen Rahmen eines Problemlöse- oder Handlungsmodells einordnen, um die Zusammenhänge der Teilaufgaben zu verdeutlichen. Die verschiedenen Ansätze zur Qualitätssicherung konzentrieren sich dabei jeweils auf Teilbereiche des Problemlöseprozesses.

Exkurs: Interne versus externe Qualitätssicherung

Während die externe Qualitätssicherung (QS) den bewertenden/vergleichenden Blick des Auftraggebers oder Kostenträgers, ggf. auch des „Kunden" oder Nutzers, auf die Institution bezeichnet, meint interne Qualitätssicherung, häufig auch Qualitätsmanagement (QM) genannt, die Ansätze und Bemühungen innerhalb der Einrichtung um Qualitätsverbesserungen. Externe Qualitätssicherung kann eigentlich „nur" eine Qualitätskontrolle leisten und in aller Regel keine differenzierten Problemanalysen vorlegen und schon gar keine gezielten Anregungen zur Qualitätsverbesserung liefern. Dies ist nur bei interner QS denkbar. Der externen QS fällt die Aufgabe zu, interne QS anzuregen und zu unterstützen.

Konzepte von Qualitätssicherung in der Psychotherapie

Wenngleich das Arbeitsprogramm der Qualitätssicherung erst in den letzten Jahren näher durchdekliniert wird, so lassen sich – wie erwähnt – doch zahlreiche Tätigkeiten in psychosozialen/psychotherapeutischen Einrichtungen zwanglos dem Aufgabenfeld Qualitätssicherung zuordnen. Exemplarisch werden nachfolgend vier Formen der Qualitätssicherung näher beschrieben, die die o.g. Teilaufgaben der Qualitätssicherung in jeweils etwas unterschiedlicher Weise aufgreifen.

Dokumentation

Die meisten TherapeutInnen, egal ob sie im ambulanten Setting oder stationär arbeiten, werden ihre Arbeit strukturiert dokumentieren. Nicht nur, weil sie durch ihren fachlichen Anspruch und berufsethische Normen dazu verpflichtet sind, sondern auch, weil dies der eigenen Arbeit dient und sinnvolle Ansatzpunkte zur kritischen Selbstüberprüfung und zur Reflexion der Arbeit in der Supervision bietet. Es handelt sich zumeist um „freie", teilweise inhaltlich strukturierte Berichte über Ziele, Verlauf und Ergebnisse der einzelnen Therapiestunden, die sich überwiegend als qualitative Dokumentationsinstrumente kennzeichnen lassen. Gelegentlich werden ergänzend einzelne Patienten-Fragebögen oder indikationsspezifische Symptomlisten und Schweregradinstrumente eingesetzt.

Niedergelassene TherapeutInnen werden allerdings ebenso wie viele stationäre Einrichtungen kaum die häufig in der Literatur beschriebenen Dokumentationsstandards von Universitätsambulanzen erfüllen, und sie werden insbesondere auch keine

umfangreichen Standardfragebogenbatterien zur Evaluation benutzen. Wozu auch? Was gut für die Forschung ist, muss nicht gut sein für die Qualitätssicherung (Rudolf, Laszig & Henningsen, 1997). Da gibt es zum einen methodische Fragen, die sich aus den unterschiedlichen Aufgabenstellungen der Einrichtungen ergeben. Es geht zum anderen aber auch um das aus Sicht der PraktikerInnen häufig ungünstige Verhältnis von Aufwand und Nutzen.

Gleichwohl darf und muss unter dem Blickwinkel der Qualitätssicherung gefragt werden, ob die vorhandenen Dokumentationen weiterentwickelt werden können, um bessere Grundlagen für die Qualitätsentwicklung der psychotherapeutischen Praxis zu bieten. Da ist in Analogie zum erwähnten Problemlösemodell beispielsweise zu fragen, ob Therapieziele und -rahmenbedingungen systematisch erhoben und diskutiert wurden. Auch ist zu fragen, ob die Ziele so weit operationalisiert wurden, dass ihre Erreichung routinemäßig überprüft werden kann, und ob Variablen systematisch und routinemäßig erfasst werden, die die Qualität der therapeutischen Beziehung und damit eine entscheidende Voraussetzung des therapeutischen Prozesses dokumentieren. Im Arbeitsausschuss Psychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses (ehem. Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen) werden in diesem Sinne bereits seit längerem erweiterte Dokumentationsvorgaben für die niedergelassenen Psychotherapeuten diskutiert, die allerdings bislang nicht verbindlich beschlossen worden sind. Einige Forscher befassen sich ausführlicher mit der systematischen Dokumentation des Therapieprozesses und der Nutzung der Daten – hier sind allerdings überwiegend quantitative Daten gemeint – für die selbstkritische Begleitung des Therapieprozesses (vgl. hierzu Richard im nachfolgenden Beitrag). Auch werden Versuche vorbereitet, entsprechende Daten als Grundlage einer Verknüpfung interner und externer Qualitätssicherung zu erproben (Fydrich et al., 2003).

Leitlinien und Evidenzbasierte Medizin

Leitlinien sind Orientierungshilfen bei bestimmten Problemstellungen oder Therapeutischen Fragen im Sinne von "Handlungs- und Entscheidungskorridoren", von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss. Sie sollen also in der Regel befolgt werden, lassen aber bei entsprechender Begründung auch Handlungsspielraum im Einzelfall (BÄK/KBV, 1997). Nach den international üblichen Standards muss bei der Formulierung von Leitlinien darauf geachtet werden, dass die empfohlenen Vorgehensweisen auf systematischer Recherche und Bewertung der wissenschaftlichen Evidenz beruhen (nach den Regeln der evidenzbasierten Medizin) und demnach einem definierten, transparent gemachten Vorgehen erzielten Konsens der in einem Fachgebiet wichtigen Experten entsprechen müssen. Letztere müssen unterschiedlichen Fachbereichen und Arbeitsgruppen (ggf. unter Berücksichtigung von Betroffenen/Klienten) entstammen.

Leitlinien, d.h. allgemeine Handlungsregeln für eine wissenschaftlich begründete, fachlich kompetente und angemessene Versorgungspraxis, sind im Kontext einer umfassenden Qualitätsentwicklung ein wesentlicher Baustein für die Gewährleistung von hoher *Prozessqualität*. Sie liefern Hinweise für die Unterscheidung von begründeten und weniger begründeten Interventionen und haben insofern eine hohe Relevanz für die Ausgestaltung eines Versorgungsgebietes.

Die *Leitlinienerstellung* und -aktualisierung bedeutet, für die Kreativität der Praktiker und die notwendige Individualität der jeweiligen Interventionen einen Rahmen vorzugeben, der nicht zu eng sein darf (um Engagement und Initiative zu begrenzen), der aber andererseits auch nicht zu weit sein sollte, um damit der Beliebigkeit anheim zu fallen.

Im Psychotherapiebereich sind auf Veranlassung der Arbeitsgemeinschaft der

Klinik für Psychosomatische Medizin

Sebastian-Kneipp-Allee 3a/5
87730 Bad Grönenbach
Telefon (0 83 34) 9 81-100
Telefax (0 83 34) 9 81-299
www.kliniken-groenenbach.de
info@kliniken-groenenbach.de

Eine Fachklinik der
Wittgensteiner Kliniken
Aktiengesellschaft
www.wka.de · info@wka.de

Psychosomatische Rehabilitation

An der Klinik für Psychosomatische Medizin Bad Grönenbach wurde in 25 Jahren ein Konzept entwickelt, das auf dem Hintergrund humanistischer Werte psychodynamische Therapie mit erlebnisaktivierenden Verfahren und störungsspezifischen Elementen der Verhaltenstherapie verbindet.

Klinikschwerpunkte:
Depressionen, Essstörungen (Bulimie, Anorexie, Adipositas), Angststörungen, Posttraumatische Belastungsstörung, Somatoforme Störungen, Psychosomatische Krankheiten (z. B. Colitis), Abhängigkeitserkrankungen (nur in Verbindung mit anderen psychischen Störungen), Störungen der Persönlichkeitsentwicklung (v. a. Borderline-Persönlichkeitsstörung), Reifungs- und Entwicklungskrisen, Burn-out, Mobbing-Betroffene.

Eine störungsspezifische Konzeptbeschreibung finden Sie auf unserer Homepage.

Suchen Sie Unterstützung bei der Antragstellung für Ihre Patienten:
Info-Hotline: Telefon (0 83 34) 9 81-138 · hugel@kliniken-groenenbach.de

wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften bereits recht viele Leitlinien entwickelt und über die AWMF-Homepage (http://www.awmf-leitlinien.de) zur Verfügung gestellt worden (im Überschneidungsbereich Psychiatrie/Psychotherapie derzeit 70 von insgesamt über 1.000 Leitlinien). Zwei schwerwiegende Probleme sind jedoch bei den quasi regierungsamtlich autorisierten AWMF-Leitlinien zu berücksichtigen: Einerseits sind in den meisten Arbeitsgruppen niedergelassene PsychotherapeutInnen, Leistungsträger oder gar PatientInnen kaum vertreten gewesen. Andererseits wurden die Arbeitsgruppen aus den AWMF-Gesellschaften rekrutiert, zu denen den Fachgesellschaften der Psychologischen PsychotherapeutInnen und der Kinder-/JugendlichenpsychotherapeutInnen (die ja zusammen die Mehrheit der berufstätigen Psychotherapeuten darstellen dürften) bislang ein Zugang verwehrt wird (vgl. Vogel & Schieweck, 2000).

Qualitätszertifikate

Qualitätszertifikate sollen bestätigen, dass das zertifizierte Werkstück oder die zertifizierte Dienstleistung bestimmte, definierte Qualitätsstandards erfüllt. Beim TÜV-geprüften Auto kann man beispielsweise davon ausgehen, dass eine Reihe von wesentlichen Qualitätsmängeln, die die Fahrsicherheit beeinträchtigen könnten, ausgeschlossen sind. Ein ähnlich sinnvolles Ziel liegt auch den Überlegungen zu Qualitätszertifikaten für Gesundheitseinrichtungen zugrunde.

Die zur Zeit oft vorgeschlagenen Qualitätszertifikate nach DIN-ISO 9000:2000 ff. für Gesundheits- und Sozialeinrichtungen können bestätigen, dass die Einrichtung Anforderungen an die eigene Arbeitsweise in bestimmter, näher definierter Weise erarbeitet hat (welche in einem Qualitätshandbuch dokumentiert sind) und dass sie diesen eigenen Anforderungen auch entsprechen will. Ob diese einrichtungsspezifischen Qualitätsziele (hinsichtlich Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) mit den Qualitätsstandards der Kostenträger und der KlientInnen zusammenfallen, ist damit zunächst nicht gesagt. Ebenso bleibt offen, wie weit die definierten Prozessstandards tatsächlich im Versorgungsalltag umgesetzt werden.

Mehr noch als im industriellen Bereich ist die Qualität der Psychotherapie von Prozessmerkmalen bestimmt, die in einer Zertifizierung nicht thematisiert werden können. Dazu gehören auch die in der Psychotherapieforschung thematisierte „Person des Therapeuten bzw. der Therapeutin" als bedeutsamen Wirkfaktor und die komplexen Interaktionen mit PatientInnen- und Verlaufsvariablen. Eine Zertifizierung, die bei Vorliegen bestimmter struktureller Voraussetzungen in der Behandlungseinrichtung eine „gute Qualität" bescheinigt, dabei aber wesentliche oder wesentlichere Aspekte der Therapiequalität außer Acht lassen muss, bezieht sich nur auf einen eingeschränkten Qualitätsbegriff und wird dadurch missverständlich. Insofern ist es wichtig, festzuhalten, dass Zertifizierungen sich mit Strukturqualität beschäftigen und auch nur für diesen Bereich Aussagen machen können.

Für Beratungseinrichtungen wurden zwischenzeitlich mehrere Konzepte zur Zertifizierung entwickelt, die sich in ihren Anforderungen wesentlich auf die Transparenz der Arbeitsabläufe, -ziele und -bedingungen konzentrieren und ein internes Qualitätsmanagement verlangen, welches modernen Maßstäben genügt (Bundeskonferenz für Erziehungsberatung, 1999, Vogel, 2004).

Insgesamt stellt die Zertifizierung ein sehr zeit- und kostenintensives Verfahren dar, das in größeren Institutionen durchaus zu zweckmäßigen Verbesserungen im Bereich von Strukturqualität beitragen und damit auch bessere Grundlagen für die Prozess- und Ergebnisqualität ermöglichen kann. Für ambulante Psychotherapiepraxen dürfte die Zertifizierung selbst aber keine wesentlichen Qualitätseffekte haben. Hier sind Konzepte der Selbstevaluierung anhand von allgemeinen Empfehlungen für die Praxisausstattung und -organisation, wie sie gegenwärtig im Bereich einiger Kassenärztlicher Vereinigungen vorbereitet werden, vermutlich angemessener (vgl. z.B. Piechotta, 2003, Waldherr, 2003).

Qualitätszirkel bzw. Supervision

Qualitätszirkel werden allgemein als Methode beschrieben, kollegial bestehende Qualitätsprobleme zu analysieren und Lösungsvorschläge zu entwickeln. Während sie sich in der industriellen Qualitätssicherung stärker mit Fragen der betrieblichen Organisationsentwicklung beschäftigen, wurden Qualitätszirkel von den Kassenärztlichen Vereinigungen vor wenigen Jahren als Methode ausgearbeitet, bei der niedergelassene Ärzte unter Anleitung eines geschulten Moderators fachliche Probleme der Arbeit beraten und Lösungen suchen.

Exkurs: Zur Fehlerfreudigkeit in der Qualitätssicherung

Der klassische Leitspruch der Qualitätssicherung "*Jeder Fehler ist ein Schatz*" mutet auf den ersten Blick paradox an, er ist aber sehr ernst gemeint. Er geht vernünftigerweise davon aus, dass kein System und keine Dienstleistungseinrichtung völlig fehlerfrei arbeitet. Will man zukünftig Fehler minimieren, so ist dies aber nur erreichbar, wenn man lernt, sie zu vermeiden. Dazu dient in einem lernenden System nach allen Erfahrungen insbesondere die Analyse von Problemen und Schwierigkeiten, kurz – von Fehlern …

Prinzipiell sind Qualitätszirkel ein sinnvoller Ansatz, um Qualitätsprobleme in der eigenen Arbeit zu analysieren und Lösungsmöglichkeiten zu erarbeiten. Qualitätszirkel gehören als Supervision (kollegial oder unter externer Anleitung) für PsychotherapeutInnen dementsprechend schon seit langem zum Standard und stellen insofern keine wirkliche Neuerung dar. Neu und zweckmäßig dürfte es allerdings sein, systematische Vorgaben zu diesem Bereich zu entwickeln und regelmäßige Supervision – in einem ggf. noch näher zu definierenden Umfang und einer näher zu definierenden Form – als notwendigen Baustein qualifizierter psychotherapeutischer Arbeit anzusehen, einzufordern und entsprechend auch als Arbeitszeit vorzusehen. Insofern ist es auch sachgerecht, dass die Teilnahme an Qualitätszirkeln bzw. Supervision im Rahmen der derzeit erarbeiteten Fortbil-

dungsordnungen als Teil der zum Zwecke der Qualitätssicherung nachzuweisenden Fortbildung angerechnet werden kann.

Externe Qualitätssicherung in der Psychotherapie

Angesichts der Vielfalt psychotherapeutischer Problemstellungen, Zielsetzungen und Vorgehensweisen, konzentriert sich externe Qualitätssicherung in diesem Bereich bislang im Wesentlichen auf die Einhaltung von formalen Vorgaben zum Bereich der Strukturqualität. Für die ambulante Psychotherapie sind dies die mit den Psychotherapierichtlinien formulierten Durchführungsbedingungen (Stundenzahl und -frequenz, Gutachterverfahren). Auch die Vorgabe der verpflichtenden Teilnahme an Zertifizierungen kann – cum grano salis – als externe Qualitätssicherung interpretiert werden, wenngleich hiermit keine unmittelbare Kontrolle des Dienstleisters verbunden ist.

Für die stationäre Psychotherapie, die formal zumeist als Rehabilitationsleistung erbracht wird, wird von den Leistungs-/Kostenträgern ein differenziertes System der externen Qualitätssicherung umgesetzt. Es umfasst die Überprüfung von Strukturanforderungen, die vergleichende Prüfung der Erfüllung von Anforderungen an Entlassungsberichte („Peer Review") und die Erhebung der Patientenzufriedenheit (Vogel & Neuderth, 2003).

Resümee: Probleme, Hindernisse und Chancen von Qualitätssicherung

Qualitätssicherung ist für alle Bereiche der Gesundheitsversorgung eine wichtige Aufgabe für die Zukunft. Prinzipiell ist Qualitätssicherung daher natürlich auch im Bereich der Psychotherapie zweckmäßig. Nur müssen hier die Besonderheiten der psychotherapeutischen Arbeit berücksichtigt werden.

Im Kern geht es bei Qualitätssicherung zunächst darum, Rückmeldeschleifen über die Qualität des Behandlungsprozesses zu etablieren, um ein "lernendes System" zu ermöglichen, sei es nun auf der Ebene des Therapeuten, der Institution oder auch der Klinik. Wichtig ist ferner zu gewährleisten, dass dieser kontinuierliche Lern- oder Entwicklungsprozess tatsächlich genutzt wird. Die verschiedenen Modelle und Methoden der Qualitätssicherung sind alle in unterschiedlicher Weise darauf gerichtet, diesen Anspruch – an je verschiedenen Punkten des kybernetischen Prozesses – umzusetzen. Ihre Angemessenheit und Brauchbarkeit lässt sich daran beurteilen, wie weit es ihnen gelingt, Rückmeldeprozesse zu ermöglichen und diese produktiv zu nutzen.

Evidenzbasierte Medizin und Leitlinien stellen wichtige Schritte zur Qualitätsentwick-

Arbeitskreis Psychoanalytische Familientherapie Göttingen/Heidelberg
(Leitung: Prof. Dr. med. Manfred Cierpka,
Priv.-Doz. Dr. phil. Günter Reich)

Der Arbeitskreis Psychoanalytische Familientherapie Göttingen/Heidelberg

bietet ab Herbst 2004

eine **dreijährige überregionale Weiterbildung** in psychoanalytisch orientierter Paar- und Familientherapie an.

Veranstaltungsort: Göttingen

Die erste Kurswoche ist für die Zeit vom 05. bis zum 09. Oktober 2004 geplant.

Interessentinnen und Interessenten wenden sich bitte an:
Arbeitskreis Psychoanalytische Familientherapie Göttingen/Heidelberg

c/o Priv.-Doz. Dr. Günter Reich
Ambulanz f. Familientherapie
Humboldtallee 38
37073 Göttingen
email: greich@gwdg.de

EMDR ist eine wissenschaftlich anerkannte und weltweit erfolgreiche Psychotherapiemethode zur Behandlung von Traumafolgeerkrankungen.

Die Methode wurde von Dr. Shapiro (USA) entwickelt, und jeder Seminar-Teilnehmer enthält ein von ihr unterzeichnetes Zertifikat.

Dr. Arne Hofmann ist der Leiter des EMDR-Institutes Deutschland, und der erste von Dr. Shapiro ausgebildete und autorisierte Trainer in Deutschland.

EMDR-Einführungs-Seminare mit Praxistag

16.-18.09. + 15.10.04 Köln
08.-10.10. + 20.11.04 München
22.-24.10. + 20.11.04 Berlin
25.-27.11. + 14.01.05 Oberursel bei Frankfurt
26.-28.11. + 29.01.05 Bad Segeberg/Hamburg
02.-04.12. + 18.02.05 Köln

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

EMDR-Institut
Junkersgut 5a
www.EMDR-Institut.de
info@EMDR-Institut.de

EMDR-Institut Deutschland
autorisierter Partner des EMDR-Instituts von Francine Shapiro PhD, USA

lung der Psychotherapie dar, sie werden jedoch derzeit nur begrenzt für den Versorgungsalltag genutzt und sind auch wegen der bislang in den Psychotherapierichtlinien fixierten Schulenbindung der ambulanten Psychotherapie nur begrenzt umsetzbar. Andere Konzepte der Qualitätssicherung, wie Dokumentation und Supervision, zählen schon seit langem zur Routine in der Psychotherapie. Hier mangelt es vermutlich besonders an einheitlichen Standards.

Nebenwirkungen von Qualitätssicherung, insbesondere von externer Qualitätssicherung, werden bislang nur selten diskutiert: Bereits die jetzigen Vorgaben der Psychotherapierichtlinien und das Gutachterverfahren haben beispielsweise vielfältige Auswirkungen auf die Umsetzung von Psychotherapie. So wurde mehrfach darauf hingewiesen, dass das Gutachterverfahren aus prinzipiell methodischen Gründen nur eine begrenzte Bedeutung für die Qualitätsentwicklung hat und haben kann (vgl. Vogel et al., 2002). Eine weitere Veränderung der Psychotherapierichtlinien oder -vereinbarungen mit stärker reglementierenden Vorgaben, wie sie etwa unter den Stichworten Dokumentationspflicht und Erfolgskontrolle diskutiert werden, dürfte den bereits heute feststellbaren Trend verstärken, dass viele PsychotherapeutInnen sich auf kurzfristig erfolgreich zu behandelnde PatientInnen konzentrieren. Dies könnte dazu beitragen, dass chronifizierte PatientInnen sowie solche mit Mehrfachdiagnosen oder Persönlichkeitsstörungen zunehmend häufiger unversorgt bleiben. In ähnlicher Weise wird für die stationäre Psychotherapie und Psychiatrie immer wieder kritisiert, dass die Therapeuten wegen der erhöhten Dokumentationsanforderungen immer weniger Zeit für Patientenkontakte haben (Kupfernagel, 2004, Vogel & Laireiter, 1998).

Der Schwerpunkt der Qualitätssicherung wird in der Psychotherapie in erster Linie bei der internen Qualitätssicherung liegen (Fortbildung, Supervision, Dokumentation). Hierfür sind seitens der zuständigen Einrichtungen (Kammern, KV'en) entsprechende Vorgaben zu entwickeln. Externe Qualitätssicherung könnte wichtige Anregungen für die interne Qualitätssicherung geben. Um dafür die notwendigen Grundlagen zu erarbeiten, sind weitere Modellvorhaben erforderlich.

Qualitätsentwicklung umfasst neben der oben skizzierten Fehlerminimierung natürlich auch die Verbesserung der Zielerreichung. Das heißt, die Suche nach Fehlern und ihre Analyse ist das Eine, die (An-)Erkennung von positiven Ansätzen und guten Leistungen ist die andere wichtige Orientierung der Qualitätssicherung, die auch um der Motivierung der Therapeuten bzw. Mitarbeiter willen verfolgt werden muss.

Die Forderung nach guter Qualität der psychotherapeutischen Versorgung darf sich jedoch nicht nur auf die individuelle Behandlung richten, sie betrifft auch das Versorgungssystem insgesamt und wird dann zu einer Herausforderung für die Leistungs-/Kostenträger. Es geht zunächst darum, akzeptable Rahmenbedingungen für qualifizierte therapeutische Arbeit zu gewährleisten. Sodann ist auch die weitere sachgerechte Entwicklung des psychosozialen/psychotherapeutischen Versorgungssektors notwendig sowie eine angemessene Vernetzung der beteiligten Institutionen, auch mit den übrigen Einrichtungen des Gesundheitssystems (vgl. Pauli & Schmude in diesem Heft; Schulz & Koch, 2004).

Was überwiegend fehlt, sind praxistaugliche Definitionen von Behandlungsstandards und -anforderungen für die verschiedenen Settings. Sie sind eigentlich die notwendige Voraussetzung für begründete Qualitätsaussagen.

Der Stein der Weisen ist mit der Qualitätssicherung noch nicht gefunden. Immerhin haben die Diskussionen zur Qualitätssicherung in den vergangenen Jahren jedoch den Blick dafür geschärft, dass gute Qualität nicht von allein entsteht, sondern ständiger Anstrengungen bei allen Beteiligten bedarf. Dies ist im Interesse der PatientInnen und der Gesellschaft insgesamt. Die gemeinsame Verantwortung dafür liegt bei den Therapeuten bzw. den therapeutischen Institutionen und den Kosten-/Leistungsträgern.

Auch die Systeme und Ansätze der Qualitätssicherung bedürfen der ständigen kritischen Überprüfung ihrer Leistungsfähigkeit, ihrer Praktikabilität und Angemessenheit, sie sind nicht sakrosankt und erfüllen keinen Selbstzweck. Aus diesem Grund ist gerade in der Zeit der Entwicklung der Methoden der Qualitätssicherung in den verschiedenen Feldern und bei den unterschiedlichen Teilaufgaben der Qualitätssicherung eine kontinuierliche und offene Diskussion mit den Anwendern und Nutzern, sprich den Therapeuten und Trägern, unverzichtbar, damit die erwarteten Ziele erfüllt werden.

Literatur

Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung (1997). Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung. *Dtsch Ärztebl 94*: A2154-2155, B1622-1623, C1754-1755.

Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (1999). Geprüfte Qualität. Grundlage für die Vergabe des bke-Gütesiegels: Die Erfüllung der „Fachlichen Standards". *Informationen für Erziehungsberatungsstellen* 3/99, 6-8.

Fydrich, T., Nagel, A., Lutz, W. & Richter, R. (2004). Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie. Modellprojekt der Techniker Krankenkasse. *Verhaltenstherapie, 13* (4), 291-295.

Aus- und Weiterbildung

IGW
INSTITUT FÜR INTEGRATIVE GESTALTTHERAPIE WÜRZBURG gGmbH
gegründet 1976

Wir bieten ab Herbst 2004 Weiterbildungen in Gestalttherapie an mit den Schwerpunkten:

Klinische Gestalttherapie 4 Jahre
Gestaltberatung 3 und 4 Jahre
Gestaltfortbildung 2 Jahre

Informations- und Auswahlseminare

Freiburg 24.-26. September 2004
München 08.-10. Oktober 2004
Würzburg 10.-12. September 2004

Bei Interesse fordern Sie doch bitte unsere ausführlichen Unterlagen im Sekretariat des IGW an:

IGW, Theaterstr. 2, D-97070 Würzburg, Tel. 0049-931-354450; Fax 35445-44; e-mail: info@igw-gestalttherapie.de; Internet: www.igw-gestalttherapie.de

Härter, M., Linster, H. W. & Stieglitz, R.-D. (2003) (Hrsg.). Qualitätsmanagement in der Psychotherapie. Grundlagen, Methoden und Anwendung. Göttingen, Hogrefe.

Herzog, T., Stein, B. & Wirsching, M. (2000) (Hrsg.). *Qualitätsmanagement in Psychotherapie und Psychosomatik*. Stuttgart: Thieme.

Kordy, H. (1992). Qualitätssicherung: Erläuterungen zu einem Reiz- und Modewort. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse, 38,* 310-324.

Kupfernagel, W. (2004). Gefährdet Qualitätsentwicklung die Qualität psychiatrischer Versorgung? *Soziale Psychiatrie, 28* (2), 8-9.

Laireiter, A. & Vogel, H. (1998) (Hrsg.). *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung*. Tübingen, DGVT-Verlag.

Petermann, F. (1996). *Einzelfalldiagnostik in der klinischen Praxis.* 4. Auflage. München: Psychologie Verlags Union.

Piechotta, B. (2003). Qualitätsmanagement für Psychoanalytiker. Stein der Weisen oder Stein des Sisyphos? *Forum der Psychoanalyse 19* (2/3), 129-148.

Richter, R. (1994). Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Editorial. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 23* (3), 233-235.

Rudolf, G., Laszig, P. & Henningsen, C. (1997). Dokumentation im Dienste von klinischer Forschung und Qualitätssicherung. *Psychotherapeut, 42 (3),* 145-155.

Schulz, H. & Koch, U. (2004, in Vorbereitung). Das Psychotherapeutische Versorgungssystem in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Broschüre. Robert Koch Institut, Berlin.

Vogel, H. (2004; im Druck). Qualitätssicherung von Beratung. In F. Nestmann, F. Engel & U. Sickendiek (Hrsg.) *Das Handbuch der Beratung. Band 2.* Tübingen, DGVT-Verlag.

Vogel, H. & Laireiter, A. (1998). Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung – Auf der Suche nach geeigneten Werkzeugen für ein zerbrechliches Material. In A. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung* (S. 835-859). Tübingen, DGVT-Verlag.

Vogel, H., Lemisz, W., Liebeck, H. & Palm, W. (2002). Zur Bewertung des Gutachterverfahrens für die ambulante Verhaltenstherapie durch die GutachterInnen. *Verhaltenstherapie*, 12 (3), 228-231.

Vogel, H. & Neuderth, S. (2003). Allgemeine medizinische und psychosomatische Rehabilitation. In M. Härter, H. W. Linster & R.-D. Stieglitz (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in der Psychotherapie. Grundlagen, Methoden und Anwendung* (S. 327-352). Göttingen, Hogrefe.

Vogel, H. & Schieweck, R. (2000). Leitlinien für die Psychotherapeutische Versorgung – ein Handlungsprogramm im Dickicht der Gesundheitsversorgung. In M. Bassler (Hrsg.), *Leitlinien zur stationären Psychotherapie – Pro und Contra* (S. 312-334). Gießen, Psychosozial-Verlag.

Waldherr, B. (2003). Was leistet Qualitätsmanagement (QM) in der psychotherapeutischen Praxis? *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 35* (4), 829-832.

Dipl.-Psych. Dr. phil. Heiner Vogel

Institut für Psychotherapie und
Medizinische Psychologie
der Universität Würzburg
Klinikstr. 3
97070 Würzburg
h.vogel@mail.uni-wuerzburg.de

Bayerische Gesellschaft für Verhaltenstherapie,
Verhaltensmedizin und Sexuologie e.V.
Nettelbeckstr. 14, 90491 Nürnberg
www.ivs-nuernberg.de

I
V
S

Institut für Verhaltenstherapie
Verhaltensmedizin und
- staatlich anerkannt - Sexuologie

Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen
Fachl. Befähigung z. Abrech. v. KJ-Verhaltenstherapie - 200 Std.in Blöcken v. 29.10.04 - 8.5.05

2. Fachtagung des IVS, am Samstag, den 24. Juli 2004, Beginn 10 Uhr bis ca. 17 Uhr
Psychotherapie bei Suchterkrankungen
Alkoholismus • Essstörungen • Nikotinabhängigkeit • patholog. Kaufen • Sexsucht
Ort: Klinikum am Europakanal (Festsaal), 91058 Erlangen, Am Europakanal 71
Anerkennung als Fortbildungsveranstaltung ist beantragt. Keine Tagungsgebühren!
Information: Psychotherapeutische Ambulanz des IVS (www.ivs-nuernberg.de)
Nürnberger Str. 22, 90762 Fürth, Tel.: 0911-7872727, Fax: 0911-7872729

Systematische Verlaufsbeobachtung in der ambulanten Psychotherapie

Ein Vorschlag zur ergebnisorientierten internen Qualitätssicherung

Matthias Richard

Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie
Universität Würzburg

Zusammenfassung: Dieser Beitrag beschreibt ein Konzept zu einer in der Praxis durchführbaren, verfahrensunspezifischen, ergebnisorientierten und internen Qualitätssicherung für die ambulante Psychotherapie („Systematische Verlaufsbeobachtung", SVB). Der Kerngedanke besteht darin, vom Patienten wichtige Parameter in der Therapie fortwährend zu erheben und an die Therapeuten zurückzumelden. Dieses Vorgehen geht über die Dokumentation von Therapieergebnissen hinaus, bei dem zu Therapieende die Resultate zwar vorliegen, aber nicht mehr direkt nutzbar sind. Der Vorteil der zeitnahen Rückmeldung von Zwischenergebnissen ermöglicht es, die erhobenen Informationen für die laufende Behandlung zu nutzen, um z.B. Behandlungsentscheidungen zu unterstützen. Dazu bietet die SVB Ansatzpunkte, prognostisch relevante Indikatoren in die Rückmeldung zu integrieren, die dem Therapeuten als Anlass zur Fallreflexion dienen können. Der Beitrag erläutert und illustriert das konkrete Vorgehen der SVB und umreißt kurz seinen Forschungshintergrund.

Qualitätssicherung (QS) in *stationären* Psychotherapieeinrichtungen ist durch die gesetzlichen Regelungen bereits fest in der Praxis integriert (Herzog, Stein & Wirsching, 2000; Nübling & Schmidt, 1998). Für den Bereich der *ambulanten* Psychotherapie steht die Einführung von QS ebenfalls an, allerdings sind noch keine verpflichtenden QS-Systeme vorgeschrieben. Zurzeit sind verschiedene QS-Modelle in Vorbereitung (siehe Beitrag von Vogel in diesem Heft), die jedoch aus berufspolitischer Perspektive gleichzeitig höchst umstritten sind. Die Diskussion zeigt, wie an diesem Thema die unterschiedlichen Interessen der Beteiligten (Therapeuten, Kostenträger, Berufsverbände, Gutachter) aufeinanderprallen (Palm, 2003; Vogel, Löcherbach, Palm, Schubert & Piechotta, 2000). Vom Standpunkt der Therapeuten aus scheinen sich mit der QS kaum irgendwelche Vorteile zu verbinden, vielmehr scheinen Mehrkosten, höherer Arbeitsaufwand ohne Ausgleich, von außen gesteuerte Reduktion der Behandlungsdauer oder Produktion von nutzlosen Informations- und Papierbergen zu drohen.

An dieser Stelle ist zu fragen, ob es nicht möglich ist, QS-Maßnahmen zu entwickeln, die auch für den Therapeuten interessante und für seine alltägliche Arbeit bedeutsame Informationen erheben. Der hier vertretene Ansatzpunkt ist dabei eine konsequent *verlaufsorientierte* Sichtweise, auch häufig „Monitoring" genannt. Dieser Artikel beschreibt die Vorgehensweise und den Forschungshintergrund der Systematischen Verlaufsbeobachtung (SVB), die hier als Vorschlag für eine interne, ergebnisorientierte und in der alltäglichen Praxis handhabbare QS vorgestellt wird.

Die Grundidee der Systematischen Verlaufsbeobachtung (SVB)

Eine verlaufsorientierte Sichtweise erfordert die Erhebung von Patientenangaben zu mehreren Zeitpunkten während der Behandlung, um die bisher stattgefundenen (oder auch ausgebliebenen) Veränderungen wieder an die Therapeuten zurückzumelden (Feedback). Diese Idee des Feedbacks von Zwischenergebnissen aus der Therapie ist nicht neu (Grawe & Braun, 1994; Howard, Moras, Brill, Martinovich & Lutz, 1996; Kordy, Hannöver & Richard, 2001; Lambert, Hansen & Finch, 2001; Palm, 1998), wird jedoch zumindest in Deutschland in der Praxis so gut wie nicht angewandt. Die SVB basiert in einigen Teilen auf den gerade zitierten Ansätzen – insbesondere denen der Forschungsstelle für Psychotherapie und der Arbeitsgruppen von M. Lambert und K. Howard (vgl. Kordy & Hannöver, 1998; Kordy, Hannöver & Bauer, 2003; Kordy et al., 2001) – und erweitert diese um Indikatoren, die dem Therapeuten eine Einordnung und Bewertung des bisherigen Verlaufes erlauben. Mit dem Vorgehen der SVB sind folgende Zielsetzungen für die Qualitätssicherung verbunden: Es soll eine Möglichkeit geschaffen werden, 1) Merkmale des Therapieverlaufes zu erfassen, die 2) in die laufende Behandlung zurückgemeldet werden, um sie 3) für das *aktuelle Therapiegeschehen* nutzbar zu machen. Durch dieses Vorgehen wird – wie bei anderen Modellen zur QS auch – die Ergebnisqualität der Therapien dokumentiert; zusätzlich erhält der Therapeut Informationen, um den bisherigen Verlauf einzuordnen und zu bewerten. Außerdem entstehen keine Datensammlungen, die ungenutzt in den Akten verstauben. Gerade mit letzteren beiden Aspekten (fehlende Hinweise zur Verbesserung der Qualität, aufwendige Sammlung letztlich ungenutzter Informationen) werden gewichtige Kritikpunkte an anderen QS-Modellen ausgeräumt (Palm, 2003; Piechotta, 2003).

Die Patientenangaben der SVB bestehen aus kurzen Fragebögen zur Stärke der symptomatischen Beschwerden, zur therapeutischen Beziehung und zur Selbstwirksamkeit. Durch das wiederholte Ausfüllen dieser Bögen wird der Verlauf dieser Parameter erfasst und steht dann dem Therapeuten grafisch aufbereitet zur Interpretation zur Verfügung. Diese Informationen kann der Therapeut für sein weiteres Vorgehen in der Therapie nutzen oder auch gemeinsam mit dem Patienten besprechen. Zeichnen sich auffällige Entwicklungen ab, so kann der Therapeut dies zum Anlass nehmen, nach Ursachen hierfür zu suchen, und ggf. gegensteuern. Inzwischen liegen auf Seiten der Forschung eine Reihe von Befunden vor, die zeigen, dass bestimmte Entwicklungen aus dem Therapieverlauf brauchbare (Risiko-) Indikatoren für das Therapieergebnis darstellen (siehe unten).

Psychische Belastung: Ergebnisfragebogen EB-45 (Lambert, Hannöver, Nisslmüller, Richard & Kordy, 2002)

– *Symptombelastung:*
- Ich fühle mich schwach
- Ich mag mich
- Ich habe Herzklopfen

– *Interpersonelle Beziehungen:*
- Ich bin wegen Ärger in der Familie beunruhigt
- Mit meinen Beziehungen zu anderen bin ich zufrieden
- Ich fühle mich einsam

– *Soziale Rolle:*
- Ich bin zufrieden mit meiner beruflichen Situation/der Ausbildung
- Ich genieße meine Freizeit
- Ich arbeite/lerne nicht mehr so gut wie früher

Therapeutische Allianz: Helping Alliance Questionnaire (Bassler, Potratz & Krauthauser, 1995)
- Ich habe das Gefühl, dass ich wie auch der Therapeut ernsthaft an einem Strang ziehen
- Ich glaube, dass mein Therapeut mir hilft
- Ich habe das Gefühl, dass der Therapeut möchte, dass ich meine Ziele erreiche

Selbstwirksamkeit: basierend auf dem Fragebogen zur Generalisierten Selbstwirksamkeitserwartung (Schwarzer & Jerusalem, 1995)
- Für meine gegenwärtigen Probleme kann ich Lösungen finden
- Die Lösung meiner momentanen Probleme wird mir gelingen, wenn ich mich darum bemühe.
- Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.

Tabelle 1: Instrumente und Beispielfragen der SVB

Nähere Beschreibung der systematischen Verlaufsbeobachtung

Informationssammlung: Die Patienten kommen 10-15 Minuten vor der Sitzung in die Praxis und bearbeiten mit einer Eingabehilfe die Fragebögen[1]. Die Ergebnisse der Bögen stehen dann zum nächsten Termin zur Verfügung, so dass der Therapeut zu Beginn einer Sitzung – Ausfüllen der Bögen vor jeder Sitzung vorausgesetzt – immer den Verlauf bis zur letzten bisherigen Sitzung abrufen kann. Um möglichst viele Veränderungen zu erfassen, empfiehlt sich eine engmaschige Erhebung, d.h. wöchentlich zu jeder Sitzung. Prinzipiell sind jedoch der Abstand und die Häufigkeit der Erhebungen *frei wählbar*. Ein gröberes Raster als alle 4 Wochen erscheint zur Abbildung der Entwicklung jedoch wenig sinnvoll.

Um die Angaben auch in der Praxis zeitnah und möglichst ohne Fehler zu verwalten, ist der Einsatz von Computern zur Eingabe und Weiterverarbeitung nötig. Dazu kann beispielsweise ein kleiner Tisch mit einem Computer oder ein kleiner Handcomputer im Wartezimmer platziert werden. Für das Ausfüllen der Bögen ist für den Patienten nur einmal eine Einführung nötig, vor den folgenden Sitzungen kann der Patient dann selbständig mit der Eingabe beginnen und dazu seinen Code eingeben. Entsprechende EDV-Programme zur Dateneingabe stehen bereits zur Verfügung (Fahrenberg, Hüttner & Leonhart, 2001; Kordy et al., 2003). Durch sie fallen die Organisation von Papierdokumenten und der Arbeitsaufwand zur Dateneingabe weg, und die Angaben stehen sofort zur Weiterverarbeitung bereit. Die technischen Hilfsmittel werden in der Regel von Patienten schnell gelernt und gut akzeptiert.

Auswahl der Instrumente: Als Fragebögen kommen kurze Instrumente mit einfachen und leicht zu verstehenden Fragen zum Einsatz (siehe Kasten), die ausreichend valide und änderungssensitiv sind.

Die Rückmeldung: Der Kern der SVB besteht in der mit Risikoindikatoren versehenen Rückmeldung des bisherigen Verlaufes. Dazu erhält der Therapeut eine Darstellung des bisherigen Verlaufes in grafischer Form. Die Rückmeldung soll es dem Therapeuten erleichtern, den bisherigen Verlauf der Behandlung einzuordnen. Die Rückmeldung enthält die Verlaufskurven und eine Mitteilung, ob darin Indikatoren zu finden sind, die für eine mögliche negative Prognose sprechen. Abbildung 1 zeigt beispielhaft den Verlauf der Essstörungssymptome einer bulimischen Patientin, die während der Therapie ca. alle 4 Wochen befragt wurde.[2] Zu Beginn der Therapie sind die Symptome sehr stark ausgeprägt und haben sich nach 2–3 Monaten nur wenig reduziert. Die letzte Messung nach knapp 4 Monaten zeigt eine Symptomreduktion auf ein mittleres Maß (schwarze unterbrochene Linie).

Interpretation der Rückmeldung: Eine *Einordnung* dieser Entwicklung ist ohne weitere Vergleichsinformationen nur

1 Da der aktuelle Status des Patienten erfasst werden soll, ist die Erhebung vor der Sitzung zu empfehlen. Nach der Sitzung besteht die Gefahr, dass die Angaben zu sehr von der gerade vergangenen Sitzung beeinflusst sind.
2 Beispiel entnommen aus (Richard, 2001)

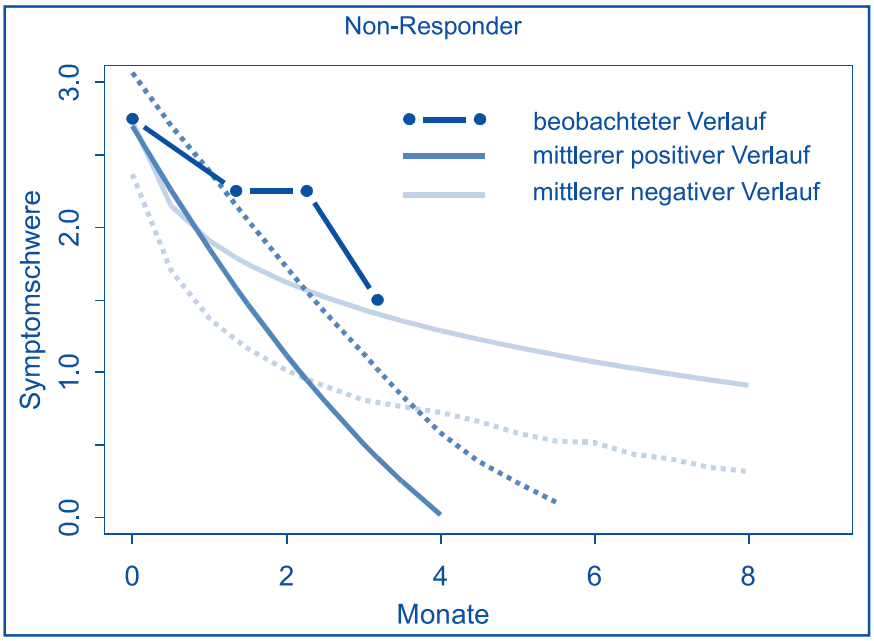


Abbildung 1: Beispiel einer Verlaufsrückmeldung

schwer möglich. Daher bietet das System an, diese Entwicklung mit dem Verlauf anderer, vergleichbarer Patienten in Beziehung zu setzen („Referenzverläufe"). Vergleichbare Patienten sind solche mit gleicher Diagnose, Ausgangslage der Symptomschwere, Alter etc... und ähnlichem anfänglichem Therapieverlauf. Die Berücksichtigung des anfänglichen Therapieverlaufs ist sehr wichtig, da sich zum einen die Verlaufsformen von Respondern und Non-Respondern unterscheiden und zum anderen ein anfängliches Nicht-Ansprechen auf die Behandlung ein Risikoindikator darstellt (dazu genauer weiter unten). Beim Vergleich des aktuellen Therapieverlaufs mit den Referenzverläufen interessiert, ob dieser bisher eher dem Muster erfolgreicher oder nicht erfolgreicher Verläufe folgt. Ähnelt der bisherige Verlauf den erfolgreichen Patienten, kann dies als motivierende und vorläufige Bestätigung der eigenen Arbeit gewertet werden. Ähnelt der Verlauf eher den nicht erfolgreichen Patienten, so heißt das nicht zwingend, dass die Behandlung schlecht läuft, sondern soll als Anstoß zur Reflexion dienen. Grundlage dieses Anstoßes ist die prognostische Validität der Risikoindikatoren, bei deren Vorliegen in der Folge weniger Therapieerfolg beobachtet wurde.

Beispiel: Abbildung 1 zeigt als dunkelblaue Linie den mittleren Verlauf von Patienten, die zu Beginn der Therapie die gleiche Symptombelastung und innerhalb von 1 Monat keine wesentliche Besserung aufwiesen (Non-Responder), aber am Ende der Behandlung als Therapieerfolg eingestuft wurden. Die hellblaue Linie zeigt den durchschnittlichen Symptomverlauf der Patienten mit den gleichen Ausgangsbedingungen allerdings mit negativem Therapieergebnis. Die dazugehörigen unterbrochenen Linien markieren die „Bandbreite" (eine Standardabweichung) der mittleren Verläufe. Nach gut 2 Monaten liegt der Score der Patientin oberhalb der Mittelwerte beider Referenzverläufe, (dritter Punkt in der Kurve). Die beobachtete Symptomschwere liegt zu diesem Zeitpunkt auch außerhalb des Bereiches positiv verlaufender Therapien vergleichbarer Patienten. Auf der Symptomebene scheint die Behandlung noch keine Wirkung zu zeigen. Damit liegen hier 2 Risikoindikatoren vor, die auf ein mögliches negatives Ergebnis hinweisen: zum einen ist keine nennenswerte Symptomreduktion nach 1 Monat zu beobachten, zum anderen liegt die Symptomschwere wiederholt außerhalb der Bandbreite des positiven Referenzverlaufes. Diese Informationen kann ein Therapeut in seine klinischen Überlegungen mit einbeziehen und überprüfen, ob es ggf. noch andere Hinweise für eine eher negative Entwicklung gibt und entsprechend eine Behandlungsentscheidung fällen.

Nach insgesamt 3,5 Monaten liegt die beobachtete Symptomschwere auch noch deutlich außerhalb des positiven Referenzverlaufs, obwohl sich die Symptome auf ein mittleres Maß reduziert haben. Die o.g. Risikofaktoren liegen zwar immer noch vor, allerdings ist nun eine deutliche Verbesserung zu beobachten, die auf ein Ansprechen der Behandlung hinweisen können. Auf diese Art und Weise soll der klinische Eindruck der Therapeuten durch empirische Informationen und Prognose ergänzt werden – die subjektive Einschätzung wird durch die Perspektive des Patienten bzw. seiner psychometrischen Ergebnisse erweitert.

Interne QS – externe Beratung: Die SVB setzt auf interne Qualitätssicherung ohne übergeordnete Stellen, die das Einhalten bestimmter Qualitätsstandards überwachen. Die gesammelten Daten und Informationen bleiben Eigentum des Therapeuten und unter dessen Verwaltung. Trotzdem ist es möglich, *freiwillig* an weitergehenden (z.B. regionalen) Auswertungen und Vergleichen teilzunehmen, um beispielsweise verschiedene Jahrgänge, Diagnosen oder auch Therapeuten zu vergleichen. Die Ergebnisse der QS können in Form von Berichten zusammengefasst werden, um die eigene Arbeit und die Ergebnisqualität den Patienten und Kostenträgern zu präsentieren.

Um welche Qualität geht es in der SVB? Standards und Zielsetzung.

Im Vordergrund der SVB steht die Ergebnis- und weniger prominent die Prozessqualität, wobei unter Prozessqualität hier nicht die organisatorischen Abläufe in der Praxis, sondern der Verlauf der Besserung auf Seiten der Patienten gemeint ist.

Qualitätsstandards zum Ende der Therapie: Innerhalb der verschiedenen Therapieschu-

len besteht teilweise Uneinigkeit über die anzusetzenden Qualitätsstandards. Die hier herangezogenen Standards für die Therapieergebnisse orientieren sich mit dem Konzept der „klinischen Bedeutsamkeit" (Truax, 1991) an der Literatur der ergebnisorientierten Therapieforschung. *„Gute" Ergebnisqualität ist somit definiert als ein geringes Ausmaß an (symptomatischer) Belastung am Ende der Therapie.* Geht man davon aus, dass Patienten mit psychischen Beschwerden Psychotherapie aufsuchen, um diese loszuwerden oder zu reduzieren, so kann diese Festlegung als „kleinster gemeinsamer Nenner" unabhängig vom eingesetzten Therapieverfahren gelten (vgl. auch Schulte, 1993). Je nach Therapieschule mag diese Definition für Erfolg allerdings unbefriedigend erscheinen. Ein Maß darüber, inwiefern in der Therapie „Neues [Unbewusstes] entdeckt und nutzbar gemacht wurde" (Piechotta, 2003) mag ein besser auf die psychoanalytische Theorie abgestimmtes Ergebniskriterium sein; Verhaltensaufzeichnungen darüber, wie oft, wie nahe oder wie lange sich ein Patient der gefürchteten Situation ausgesetzt hat, mag ein besser auf die Verhaltenstherapie abgestimmtes Maß sein. Für ein alltagstaugliches Vorgehen in der Qualitätssicherung können jedoch nur einfache und ökonomische Instrumente zum Einsatz kommen, so dass die Erhebung der Beschwerden über Fragebögen – zumindest so lange keine geeigneteren Instrumente vorliegen – zunächst ein gangbarer Minimalweg darstellt. Dies impliziert jedoch auch, dass aufgrund der QS-Bögen keine Aussagen über die tatsächlichen Wirkfaktoren gemacht werden können.[3]

Qualitätsstandards zum (Therapie-)Prozess: Mit der alleinigen Messung von Veränderungen ohne Bewertungshorizont bleibt die Bedeutung der Veränderungen unklar. In der SVB besteht der Bewertungshorizont im *prognostischen Wert* der beobachteten Veränderungsmuster für das Therapieergebnis. Entspricht die bisherige Veränderung einem Muster, das (wie aus Untersuchungen bekannt) mit negativem Therapieergebnis verbunden war, so wird dies dem Therapeuten mitgeteilt. Dieses empirisch gestützte Signal kann als Anlass zur Reflexion des Falles genutzt werden. Mit diesem Vorgehen wird an den Therapiefortgang folglich nicht das „Korsett" eines speziellen Standards angelegt, sondern es werden Merkmale des (Symptom-)Verlaufes gesucht und zurückgemeldet, die möglicherweise eine Gefährdung des Therapieergebnisses bedeuten. Solche Risikoindikatoren können sowohl rational aus dem therapeutischen Wissen und den Ergebnissen der Psychotherapieforschung (Mohr, 1995) abgeleitet, als auch auf empirischem Wege gefunden werden. Eine andere „auffällige" Entwicklung könnte z.B. darin bestehen, dass sich widersprechende Entwicklungen abzeichnen: Dass eine Verbesserung im Selbstwertempfinden nicht mit einer Reduktion der symptomatischen Beschwerden einhergeht.

Forschungshintergrund der SVB

Befunde zur Validität der Erfolgsprognosen von Therapeuten: Eine kritische Anfrage an eine Verlaufsbeobachtung lautet, dass Therapeuten das Befinden und die Prognose ihrer Patienten sehr gut selber beurteilen können und daher der Aufwand des Monitoring nicht nötig sei. Interessanterweise scheinen Therapeuten die Erfolgsaussichten ihrer eigenen Patienten aber nur sehr vage einschätzen zu können. Meyer und Schulte (2002) fanden, dass die Erfolgseinschätzungen und -prognosen der Therapeuten nach den Therapiesitzungen weder mit ihren eigenen Erfolgsbeurteilungen zu Behandlungsende, noch mit dem Urteil aus Patientenperspektive oder den psychometrischen Erfolgsmaßen korrelierten. Die Einschätzung der Therapeuten fußte dabei weniger auf prognostisch relevanten Informationen, als auf der vom Therapeuten wahrgenommenen Ablehnung/Akzeptanz durch den Patienten, die jedoch nicht mit dem endgültigen Therapieerfolg zusammenhing (Schulte & Meyer, 2002). Aus diesem Grund forderte Schulte (1993) schon vor mehr als zehn Jahren, in Bezug auf Entscheidungsprozesse im Verlauf der Behandlung: „Hierzu wäre förderlich, wenn der Therapeut sich so objektiv wie möglich Rückmeldung über den Fortschritt der Therapie verschaffen könnte und nicht aufgrund einer diffusen Unzufriedenheit handelte." (S. 55)

Da jedoch, wie schon erwähnt, die Messung von Veränderungen ohne Bewertungshintergrund noch wenig aussagekräftig ist, müssen die erhobenen Veränderungen mit dem Therapieergebnis in Beziehung gesetzt werden. Hier bieten sich die im Folgenden erwähnten Befunde zum Ansprechen auf die Therapie an, diese Lücke zu schließen.

Die Bedeutsamkeit von Therapieverlaufsdaten für das Therapieergebnis: Neuere Ergebnisse zur anfänglichen Symptomentwicklung („Response" bzw. „Ansprechen auf die Therapie") belegen, dass Patienten mit relativ frühen Symptomverbesserungen eine bessere Prognose hinsichtlich des Therapieergebnisses – auch zur Katamnese – haben (vgl. Richard, 2001, für einen Überblick). Spricht ein Patient nach einer angemessenen Dauer nicht auf die Behandlung an, so ist dies ein Risikoindikator in dem Sinne, dass Non-Responder eine höhere Wahrscheinlichkeit für ein negatives Ergebnis haben – was der Therapeut als Anlass zu erneuter Reflexion nehmen kann.

Auch die Referenzverläufe erfolgreich behandelter Patienten können zur Herleitung von Risikoindikatoren herangezogen werden: Patienten, die zu weit oder zu häufig von der Referenz abwichen, wiesen häufiger ein negatives Therapieergebnis auf als Patienten, bei denen dies nicht der Fall war (Leon, Kopta, Howard & Lutz, 1999). Bei der Konstruktion der Referenzen sind unterschiedliche Verlaufsformen zu beachten. Insbesondere die Verläufe von Respondern und Non-Respondern unterscheiden sich hier in Abhängigkeit vom Therapieergebnis so, dass – wie eigene Arbeiten bei Bulimie zeigen (Richard, 2001) – auch für die Referenzen unterschiedliche Verlaufsformen herangezogen werden müssen. In diesem Punkt unterscheidet sich die SVB von den Arbeiten der Gruppe um Howard (Lutz, Rafaeli, Howard & Martinovich, 2002), die auch bei Einbezug der frühen symptomatischen Veränderungen für alle Patienten die gleiche Verlaufsform annehmen.

3 Diese Aufgabe kommt nicht der QS, sondern der Psychotherapieforschung zu.

Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass bei angemessener Auswahl von Vergleichsgruppen und Verlaufscharakteristika, ein Abweichen vom Referenzverlauf ausreichend prognostische Validität besitzt und daher als Risikoindikator in verlaufsorientierter QS einsetzbar ist. Dennoch besteht in diesem Bereich der Risikoindikatoren noch Forschungsbedarf, um weitere aussagekräftige Risikoindikatoren zu entwickeln.

Abschließende Bemerkungen

Nach Meinung des Autors ist für den relativ langen Zeitraum einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung eine ergebnisorientierte QS in Form einer Verlaufsbeobachtung der einzelnen Patienten („Monitoring") ein geeignetes Vorgehen, um dem allgemeinen Anspruch der QS, in der alltäglichen Arbeit Ansatzpunkte zur Erhaltung und Verbesserung der Therapieresultate zur Verfügung zu stellen, gerecht zu werden. Die systematische Verlaufsbeobachtung hat durch seine drei Kernpunkte – (1) kontinuierliche individuelle Verlaufserhebung, (2) Rückmeldung von Zwischenergebnissen mit (3) empirisch fundierten und prognostisch relevanten Risikoindikatoren – das Potenzial, anstehende Behandlungsentscheidungen zu unterstützen. Inzwischen liegen erste Ergebnisse darüber vor, dass bei routinemäßigem Einsatz von Rückmeldungen über den bisherigen Verlauf, diejenigen Patienten, die während der Therapie nur wenig Verbesserungen zeigen (Non-Responder), am Ende der Behandlung besser abschneiden, wenn der Therapeut Rückmeldung erhält (Lambert, Whipple et al., 2001). In dieser Studie deutete sich ebenso ein Nebeneffekt auf die Behandlungsdauer an: Non-Responder, deren Therapeuten Rückmeldung über den Verlauf bekamen, konnten kürzer behandelt werden, da eine ungünstige Entwicklung früher erkannt wurde. Insgesamt jedoch wurden sie länger behandelt als Patienten mit schnellen Verbesserungen. Dies spricht für eine dem Befinden des Patienten angemessenere und effizientere Nutzung der Ressourcen.

Um diagnosespezifische Verläufe zu erheben, ist es auch möglich, störungsspezifische Instrumente einzusetzen. Dies kann für die weitere Zukunft eine sinnvolle Erweiterung darstellen. Allerdings erhöht es auch den Aufwand bei der Datenerhebung und erfordert zur Entwicklung von Risikoindikatoren entsprechende Verlaufsuntersuchungen mit den jeweiligen Instrumenten.

Die SVB integriert die Interessen der verschiedenen am therapeutischen Prozess Beteiligten: Der Therapeut bekommt keinen unnötigen Mehraufwand aufgebürdet, sondern erhält ein Instrument, das ihm prognostisch relevante Information zur Ergänzung des klinischen Eindrucks liefert und daher für die alltägliche Arbeit nützlich ist. Dieser Nutzen für den Therapeuten ist für ein Mindestmaß an Motivation zur Mitarbeit unbedingt erforderlich, da unmotivierte Mitarbeit zu unbrauchbaren Ergebnissen führt (Laireiter, 2003). Dem Patienten gegenüber kann mehr Transparenz gezeigt und den Kostenträgern gegenüber kann die Ergebnisqualität dokumentiert werden.

Bisher ist die Datengrundlage für die Risikoindikatoren noch vergleichsweise schmal und umfangreichere Datenerhebungen in Zukunft sind nötig. Immerhin kann für den Beginn von Pilotprojekten bereits auf bestehende Daten aus ambulanten Therapien (Kordy, 2004; Puschner & Kordy, 2001) zurückgegriffen werden, um das Wissen um Risikoindikatoren später durch weitere und genauere Untersuchungen zu ergänzen. Die Weiterentwicklung dieses Systems kommt ohne Erprobung unter Alltagsbedingungen nicht aus, wenn am Ende ein in der Praxis taugliches Instrument zu Verfügung stehen soll. In der vorliegenden Form ist die SVB vom Aufwand her bewusst „schmal" gehalten, um ein Austesten in der Praxis zu erleichtern. An dieser Stelle ergeht eine Einladung an interessierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, sich mit dem Autor in Verbindung zu setzen, um evtl. Testläufe des Systems zu starten und Erfahrungen zu sammeln.

Literatur

Bassler, M., Potratz, B. & Krauthauser, H. (1995). Der "Helping Alliance Questionnaire" (HAQ) von Luborsky. *Psychotherapeut, 40*, 23-32.

Fahrenberg, J., Hüttner, P. & Leonhart, R. (2001). Acquisition of psychological data by a hand-held PC. In J. Fahrenberg & M. Myrtek (Hrsg.), *Progress in ambulatory assessment. Computer-assisted psychological and psychophysiological methods in monitoring and field studies* (S. 93-112). Seattle: Hogrefe & Huber.

Grawe, K. & Braun, U. (1994). Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. *Zeitschrift für klinische Psycholgie, 23*, 242-267.

Herzog, T., Stein, B. & Wirsching, M. (2000). *Qualitätsmanagement in Psychotherapie und Psychosomatik*. Stuttgart: Thieme.

Howard, K. I., Moras, C., Brill, P. L., Martinovich, Z. & Lutz, W. (1996). The Evaluation of Psychotherapy: Efficacy, Effectiveness, Patient Progress. *American Psychologist, 51*, 1059-1064.

Kordy, H. (2004). *Mit Transparenz und Ergebnisorientierung zur Optimierung der psychotherapeutischen Versorgung. TRANS-OP: Eine Studie zur Evaluation ambulanter Psychotherapie*. Aus dem Internet, März 2004, http://www.psyres-stuttgart.de/index.php/article/articleview/38/1/9/

Kordy, H. & Hannöver, W. (1998). Beobachten, Dokumentieren, Bewerten, Steuern: Qualitätsmanagement in der stationären Psychotherapie. In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Ein Werkstattbuch.* (S. 355-373). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie DGVT.

Kordy, H., Hannöver, W. & Bauer, S. (2003). Das Stuttgart-Heidelberger Modell zur Qualitätssicherung in der stationären Psychotherapie. In M. Härter, H.-W. Linster & R.-D. Stieglitz (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in der Psychotherapie* (S. 289-304). Göttingen: Hogrefe.

Kordy, H., Hannöver, W. & Richard, M. (2001). Computer-assisted feedback-driven quality management for psychotherapy: The Stuttgart-Heidelberg Model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 173-183.

Laireiter, A.-R. (2003). Qualitätsmanagement in der Verhaltenstherapie-Praxis. In M. Härter, H.-W. Linster & R.-D. Stieg-

litz (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in der Psychotherapie* (S. 216-239). Göttingen: Hogrefe.

Lambert, M. J., Hannöver, H., Nisslmüller, K., Richard, M. & Kordy, H. (2002). Fragebogen zum Ergebnis von Psychotherapie, EB-45: Zur Reliabilität und Validität der deutschen Übersetzung des Outcome Questionnaire 45.2 (OQ-45.2). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 31*, 40-47.

Lambert, M. J., Hansen, N. B. & Finch, A. E. (2001). Patient-focused research: Using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 159-172.

Lambert, M. J., Whipple, J. L., Smart, D. W., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L. & Hawkins, E. J. (2001). The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced? *Psychotherapy Research, 11*, 49-68.

Leon, S. C., Kopta, S. M., Howard, K. I. & Lutz, W. (1999). Predicting patients' responses to psychotherapy: are some more predictable than others? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 698-704.

Lutz, W., Rafaeli, E., Howard, K. I. & Martinovich, Z. (2002). Adaptive modeling of progress in outpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research, 12*, 427-443.

Meyer, F. & Schulte, D. (2002). Zur Validität der Beurteilung des Therapieerfolgs durch Therapeuten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 31*, 53-61.

Mohr, D. C. (1995). Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Clinical Psychology Science and Practice, 2*(1), 1-27.

Nübling, R. & Schmidt, J. (1998). Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Grundlagen, Realisierungsansätze, künftige Aufgaben. In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Ein Werkstattbuch.* (S. 49-74). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, DGVT.

Palm, W. (1998). Computerunterstützte Erfolgs- und Prozesskontrolle in der ambulanten Psychotherapie. *Psychotherapeut, 43*, 130-137.

Palm, W. (2003). Ist die externe Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie mehr als ein Papiertiger? *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis, 35,* 113-117.

Piechotta, B. (2003). Qualitätsmanagement für Psychoanalytiker. Stein der Weisen oder Stein des Sisyphos? *Forum der Psychoanalyse, 2/3*, 129-148.

Puschner, B. & Kordy, H. (2001). Der Zugang zur ambulanten Psychotherapie – eine Evaluation des Gutachterverfahrens. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis, 33*, 487-502.

Richard, M. (2001). *Die Konzeptualisierung und Operationalisierung von Therapie-Response und seine Bedeutung für die Behandlungsplanung in einem verlaufsorientierten Qualitätsmanagment.* Aus dem Internet, April 2002, http://www.ub. uni-heidelberg.de/archiv/1449

Schulte, D. (1993). Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? *Zeitschrift für klinische Psychologie, 22*, 374-393.

Schulte, D. & Meyer, F. (2002). Woran orientieren sich Therapeuten bei ihrer Sitzungsbeurteilung und Erfolgsprognose? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 31*, 257-265.

Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright & M. Johnston (Hrsg.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs.* (S. 35-37). Windsor, UK: NFER-NELSON.

Truax, N. S. J. P. (1991). Clinical Significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Clinical and Consulting Psychology, 59*, 12-19.

Vogel, H., Löcherbach, P., Palm, W., Schubert, U. & Piechotta, B. (2000). Themenschwerpunkt: Qualitätssicherung in der Diskussion. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis, 32*, 477-487.

Dr. Matthias Richard

Institut für Psychotherapie
und Medizinische Psychologie
Universität Würzburg
Klinikstraße 3
97070 Würzburg
Tel. 0931/312392
Fax 0931/888 5072
richard@mail.uni-wuerzburg.de

Fortbildungen TfP - Psychotherapie Hamburg

18.09.04 Dipl.-Psych. Martina Christlieb
Vom „Agieren" zum „Enactment", Behandlungstechnisches Seminar

30./31.10.04 Dipl.-Psych. Renate Ritter
Tiefenpsychologische Anwendung szenischer Interventionen

06.11.04 Dipl.-Psych. Nikolaus Becker
Traum und Traumdeutung

26./27.11.04 Dr. Frank Schulz-Kindermann
Psychoonkologie - Einführung in Theorie und Praxis der psychotherapeutischen Arbeit mit Krebspatienten

03./04.12.04 Prof. Dr. Hertha Richter-Appelt
Therapie sexueller Störungen

22./23.01.05 Dipl.-Psych. Renate Ritter
Tiefenpsychologische Erkundung von "Aufstellungen"

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie TfP Hamburg

06.11.04 Dipl.-Psych. Gudrun Kallenbach
Begleitende Elternarbeit

Qualifizierung Gruppenpsychotherapie TfP Hamburg

23./24.10.04, 20./21.11.04 u. 15./16.01.05
Dr. Christa Franke
Theorie der Gruppenpsychotherapie

05./06.11.04, 03./04.12.04
28./29.01.05, 24./25.02.05, 01./02.04.05
Dipl.-Psych. Klaus Semmler
Supervision in TfP Gruppenpsychotherapie

in 2005, sobald genügend TN
Dr. Christa Franke
Tiefenpsychologisch fundierte Selbsterfahrung

Fortbildungen TfP – Psychotherapie Münster

18./19.09.04 Dipl.-Psych. Renate Ritter
Tiefenpsychologische Erkundung von "Aufstellungen"

29./30.01.05 Dipl.-Psych. Gerda Krause
Behandlung von Posttraumatischen Störungen (PTBS)

Vortrag

07.7.04 Dr. G. Paar (Gelderland-Klinik)
Psychosomatische Rehabilitation
Aufgaben stationärer und ambulanter Konzepte

Bei Interesse wenden Sie sich an

DFT Deutsche Fachgesellschaft für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
Humboldtstr. 50a, 22083 Hamburg
Tel: 040/ 22 75 75 00, Fax: 040/ 22 75 75 01
EMail: DFTeV@aol.com, Home: www.DFT-online.de

Recht: Aktuell

Praxistipps – Hinweise – Informationen

Hartmut Gerlach

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Recht fragwürdig

„Hilfe bei Gutachterantrag zuverlässig und qualifiziert ...“

„... Erst-, Umwandlungs- und Verlängerungsanträge. Termingerechte Bearbeitung wird zugesichert.“. Solche und ähnlich klingende **Anzeigen** finden sich zuweilen in Verbandszeitschriften oder im Deutschen Ärzteblatt (Ausgabe PP). Eine willkommene Hilfe also für denjenigen Psychotherapeuten, der im Schreiben von Berichten für den Gutachter der Krankenkasse noch nicht sattelfest ist? Nun ja – lassen Sie uns ein solches Angebot und vielleicht mögliche Konsequenzen einmal näher betrachten.

Dem Bericht – genauer: dem Antrag auf Feststellung der Leistungspflicht für Psychotherapie verbunden mit einem **Bericht** (§ 11 Abs. 1, Abs. 5 Psychotherapie-Vereinbarung – PT-V) – **an den Gutachter** muss, „ggf. nach der Durchführung probatorischer Sitzungen“, eine (Erst-)Indikation des Therapeuten vorausgegangen sein. Die Indikation seitens des Therapeuten kann nur heißen: *„krankheitswertige Störung, Psychotherapie erforderlich“*. Andernfalls wird er keinen Antrag stellen. Der Gutachter hat nun seinerseits „zu prüfen, ob das beantragte Verfahren nach den Richtlinien anerkannt und im konkreten Behandlungsfall indiziert ist und ob die Prognose einen ausreichenden Behandlungserfolg erwarten lässt.“ (§ 12 Abs. Satz 2 PT-V in Vbd. mit F. II. 1. PT-Richtlinien). Der Gutachter stellt also eine zweite Indikation, die entweder die des Therapeuten bestätigen oder von dieser abweichen kann. Da der Gutachter den Patienten (Pat.) nicht zu Gesicht bekommt, bildet allein der Bericht des Psychotherapeuten die Entscheidungsgrundlage seiner (zweiten) Indikationsstellung. Nur selten überprüft also der Gutachter die (vom Therapeuten behaupteten) Tatsachen (z. B. Symptome). Diese nimmt er vielmehr als feststehend an. Sein Augenmerk richtet er v. a. auf die Überprüfung der (Erst-)Indikation *anhand des Berichts*. Jene bildet also ausschließlich die Quelle seiner (Zweit-)Indikation. Der Bericht des Psychotherapeuten an den Gutachter bewegt sich mithin auf zwei Ebenen: 1. auf der der (behaupteten) **Tatsachen und** 2. auf der der aus diesen gezogenen **Folgerungen** (Indikation, die Art und Weise der Behandlung und die Prognose).

Was aber, wenn die (behaupteten) Tatsachen nicht zutreffen und zwangsläufig die gezogenen Folgerungen falsch sein müssen oder – als Unterfall – die (behaupteten) Tatsachen so „hingebogen“ sind, dass die gezogenen Folgerungen plausibel klingen? Vier *Beispiele* (a.–d.) mögen den hier angesprochenen Problemkreis verdeutlichen:

a. Der Therapeut hat klare Vorstellungen, wie er den Pat. behandeln will, der eine krankheitswertige psychische Störung im Sinne der PT-Richtlinien aufweist, nur fällt ihm das Schreiben und vor allem das Begründen der Indikation so schwer. Der, nennen wir ihn „Berichtsgehilfe“, auf dessen Hilfe der Psychotherapeut hocherfreut zugreift, schickt dem Therapeuten auf dessen Anfrage hin einen Fragebogen zu und/oder telefoniert mit ihm, und/oder letzterer schickt ihm den unfertigen Entwurf seines Berichts zu. Der Berichtsgehilfe – hier sind viele Varianten möglich – erstellt nun, überarbeitet nur oder korrigiert lediglich den Bericht an den Gutachter. Aufgrund dieses Berichts sieht der Gutachter die Voraussetzungen für eine Psychotherapie als erfüllt an (F. III. 1. PT-Richtlinien), bestätigt also die Indikation, und teilt diese der Krankenkasse (KK) mit. Jene bewilligt daraufhin die Therapie. Der Psychotherapeut nimmt die Behandlung auf oder setzt sie, falls es sich um einen Verlängerungsantrag handelt, fort.

b. Beispiel wie vor. Nur bei der vom Therapeuten ins Auge gefassten Methode handelt es sich um kein Richtlinienverfahren; mithin hat der Therapeut Schwierigkeiten, den Bericht auf ein Richtlinienverfahren hin zu trimmen. Auch hier sind mehrere Varianten denkbar. Der Therapeut verschweigt dem Berichtsgehilfen, dass er kein Richtlinienverfahren anwenden will oder kann, oder er verschweigt es nicht. Der Berichtsgehilfe erstellt, überarbeitet oder korrigiert – mit oder ohne diese Kenntnis – den Bericht, sodass der Gutachter der KK die Bewilligung empfiehlt.

c. Der Therapeut ist unsicher, ob bei seinem Pat. wirklich eine krankheitswertige Störung vorliegt; er bittet den Berichtsgehilfen gleichwohl um einen befürwortenden Bericht. Der Berichtsgehilfe lässt sich auf einen solchen zweifelhaften Bericht ein, obgleich er (ebenfalls) Zweifel an einer krankheitswertigen Störung beim Pat. hegt. Denkbar ist natürlich auch, dass ihn der Therapeut bewusst mit falschen Tatsachen „füttert“. Der Gutachter bestätigt die Indikation.

d. Und ganz extrem: Der Therapeut will den Pat. **um jeden Preis behandeln**, wobei er in Kauf nimmt, dass dieser keine krankheitswertige Störung aufweist. Zwei Varianten sind denkbar: Der

Berichtsgehilfe weiß, dass der Therapeut „um jeden Preis" behandeln will, oder er weiß es nicht sicher, nimmt es aber ebenfalls in Kauf. Auch hier stimmt der Gutachter der (falschen) Indikation aufgrund des Berichts zu.

Weitere Varianten und Kombinationen als die unter a. bis d. vorgestellten sind denkbar, sollen aber unerörtert bleiben, weil es allein auf die **Schärfung des Problembewusstseins** ankommt.

Zunächst: § 15 Abs. 1 Satz 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) schreibt vor, dass der Vertragspsychotherapeut die Therapie *persönlich* auszuüben hat. Zudem verbietet § 14 Abs. 3 Satz 1 BMV-Ä die Vertretung bei genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen. Der Bericht an den Gutachter ist aber die Voraussetzung, um eine diesbezügliche Genehmigung zu erlangen. Überdies handelt es sich bei der (Erst-)Indikation durch den Psychotherapeuten bereits um eine psychotherapeutische Leistung (§ 1 Abs. 3 Satz 1 PsychThG: „… Feststellung von Störungen mit Krankheitswert …"), sodass auch der Bericht an den Gutachter *persönlich* vom Therapeuten zu fertigen ist. Der Bundesgerichtshof (BGH) hat zwar in einem Urteil festgehalten (NJW 1979, 1248), es gehöre zur Aufgabe eines Arztes, sich von den Leiden des Pat. ein eigenes Bild zu machen, dabei die Angaben Dritter nicht ungeprüft zu übernehmen und wichtige Befunde selbst zu erheben, nur in den oben erörterten Fallgestaltungen hat der Therapeut den Bericht unterschrieben, unabhängig davon in welchem Umfang ein Dritter an diesem mitgewirkt hat. Durch die Unterschrift hat der Therapeut damit zum Ausdruck gebracht, sich diesen Bericht zu eigen zu machen, soweit er nicht von ihm selbst stammt, und für ihn einzustehen. Damit ist es *sein* Bericht i. S. der o. e. Bestimmungen des BMV-Ä, der PT-Richtlinien und der PT-Vereinbarung. Der Berichtsgehilfe ist also, soweit sich eine strafrechtliche Relevanz zeigt, nur Gehilfe (oder Anstifter).

Welche rechtlichen Folgerungen sind nun hinsichtlich der o. e. Fallgestaltungen zu ziehen? Die Variante **a.** erscheint unproblematisch. Bei dieser hat der Berichtsgehilfe nur Formulierungshilfe geleistet oder vielleicht sogar komplette Formulierungen (Textbausteine) geliefert. Dennoch: Die (behaupteten) Tatsachen spiegeln den Krankheitsbefund des Pat. korrekt wider, auch die gezogenen Folgerungen erweisen sich als zutreffend. Diese Variante dürfte wohl – so ist zu mutmaßen – auf die meisten Fälle der o. e. Anzeigen von Angeboten auf Mithilfe an Berichten zutreffen. Alles o.k. also? Nun ja: Wenn das Nicht-Schreiben-Können eines Berichts allerdings bedeutete, dass der Therapeut nicht befähigt sein sollte, die Therapie *lege artis* durchzuführen, dann läge wohl ein sog. **Übernahmeverschulden** vor und zugleich ein Verstoß gegen die **Berufsordnung**, würde er sie dennoch übernehmen. Aber das ist ein anderes Thema.

Nicht mehr so unproblematisch ist freilich die Beurteilung der Varianten mit ihren jeweiligen Untervarianten **b.–d**. Es würde den Rahmen und vor allem den vorgegeben Umfang dieser Untersuchung sprengen, wenn jede Variante rechtlich einer exakten Prüfung unterzogen würde. Aber allgemeine Aussagen lassen sich sehr wohl treffen. Therapeut und Berichtsgehilfe bewegen sich, so eine oder mehrere der hier genannten Varianten von ihnen erfüllt werden, bereits im Bereich des Strafrechts. Folgende Strafbestimmungen des Strafgesetzbuchs (StGB) könnten erfüllt sein:

§ 278 StGB (Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse), **279 StGB** (Gebrauch unrichtiger Gesundheitszeugnisse), **§ 263 StGB** (Abrechnungsbetrug gegenüber der Krankenkasse und/oder der Kassenärztlichen Vereinigung) oder **§ 266 StGB** (Untreue gegenüber der Krankenkasse und/oder der Kassenärztlichen Vereinigung). Die mögliche Verletzung auch der Schweigepflicht **(§ 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB)** durch Einbeziehung des Berichtsgehilfen, selbst wenn dieser selbst schweigepflichtig ist, käme ggf. noch hinzu.

§ 278 StGB bestraft das Ausstellen formell echter, aber inhaltlich unrichtiger Gesundheitszeugnisse, ahndet also ausnahmsweise die sog. „schriftliche Lüge", wobei es genügt, wenn irgendeine wesentliche Feststellung nicht im Einklang mit den Tatsachen oder anerkannten Lehren der medizinischen Wissenschaft steht, mag auch das Gesamtergebnis zutreffend sein. Normzweck ist nämlich die Sicherung der prozessualen und außerprozessualen Beweiskraft ärztlicher Zeugnisse im Behörden- und Versicherungsverkehr (*Ulsenheimer* „Arztstrafrecht in der Praxis", 3. Aufl. 2003, Rn. 386). Bislang scheint sich die Rechtsprechung – soweit ersichtlich – noch nicht mit dem Bericht und dem Antrag an den Gutachter im o. g. Sinne befasst zu haben, ob also Bericht und Antrag als „unrichtige Zeugnisse" zu qualifizieren sind. Da aber der Gutachter, wie oben geschildert, die (behaupteten) „Feststellungen" seitens des Therapeuten als feststehend betrachten wird, dürfte damit wohl ein unzutreffender Bericht ein unrichtiges Gesundheitszeugnis darstellen. Indem der Therapeut überdies dem Gutachter einen unrichtigen Bericht unterbreitet, um diesen zu täuschen, damit er der KK empfehlen möge, eine Therapie zu bewilligen, wird damit zumindest der Versuch eines Abrechnungsbetruges und wohl zugleich auch ein Gebrauchmachen i. S. des § 279 StGB nahe liegen.

Hier kann nicht der Ort sein, an dem die sehr **schwierigen Rechts- und Abgren-**

14. Weltkongress der World Association for Dynamic Psychiatry WADP und XXVII. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)

Trauma, Bindung und Persönlichkeit - Dynamische Aspekte

16.-19. März 2005
Ökonomische Akademie Krakau, Polen

Kongress-Sprache englisch

Anmeldung:
Deutsche Akademie für Psychoanalyse
c/o Dipl.-Psych. Monika Dworschak
Goethestr. 54, 80336 München
Tel.: 089 / 53 96 74/75
email congress2005@dynpsych.de
http://www.wadp-congress.2005.de

zungsfragen zwischen Abrechnungsbetrug und Untreue im Verhältnis: Pat. – Psychotherapeut – Gutachter – KK – KV im Einzelnen erörtert werden. Zudem kommt es auch immer auf den Einzelfall an. Es möge vielmehr der Hinweis auf ein sehr aktuelles BGH-Urteil (NJW 2004, S. 454) genügen. Dort findet sich eine scharfsinnige Abgrenzung zwischen Untreue und Abrechnungsbetrug gegenüber Krankenkasse und Apotheker beim Bezug von durch den Vertragsarzt verordneter, aber nicht notwendiger Medikamente. Der Apotheker, so der BGH, werde nicht getäuscht, weil dieser nicht verpflichtet sei, das Rezept auf seine medizinische Richtigkeit hin zu überprüfen. Eine (für die Erfüllung des Betrugstatbestands notwendige) Täuschung der KK läge insoweit nicht vor. Der Vertragsarzt habe indes seine Vermögensbetreuungspflicht gegenüber der KK verletzt – unter dem Gesichtspunkt des § 12 Abs. 1 SGB V (Wirtschaftlichkeitsgebot) und des o. e. § 266 StGB. In unserem Falle hingegen täuscht der Psychotherapeut unter Beihilfe des Berichtsgehilfen den Gutachter, der insoweit für die KK tätig ist, und veranlasst die KK zur Aushändigung eines Behandlungsausweises an den Therapeuten, der diesen und den Abrechnungsschein wiederum zur Abrechnung bei der KV einreicht. Indem die KV die Auszahlung vornimmt, trifft sie damit eine für die Erfüllung des § 263 StGB notwendige Vermögensverfügung.

Recht hilfreich

„Ich-AG" – eine Chance für arbeitslose Psychotherapeuten?

Sie lesen richtig: Auch Psychotherapeuten/innen können eine Praxis in Form einer „Ich-AG" gründen. Im § 421 l SGB III findet sich nämlich seit 01.01.2003 folgende Regelung: „Arbeitnehmer, die durch Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit ihre Arbeitslosigkeit beenden, haben Anspruch auf einen monatlichen Existenzgründungszuschuss. **Zwei Förderungsmöglichkeiten** sind dabei zu unterscheiden, nämlich das **Überbrückungsgeld** nach § 57 SGB III oder der Existenzgründungszuschuss (sog. „**Ich-AG**", zugleich Unwort des Jahres 2002) nach § 421 l SGB III.

Im Unterschied zum Überbrückungsgeld ist die Ich-AG noch an keine formalen Voraussetzungen gebunden. Der Therapeut hat also weder den Besuch eines Existenzgründungsseminars nachzuweisen noch einen Business-Plan aufzustellen und diesen von einem offiziellen Träger auf Stichhaltigkeit überprüfen zu lassen. Er muss nur bei der örtlich zuständigen Agentur für Arbeit (= AA, früher: Arbeitsamt) den Antrag stellen und sich durch das Finanzamt die Aufnahme der Selbstständigkeit bestätigen lassen. **Voraussetzung** ist weiter, dass der **Antragsteller Bezieher von Arbeitslosengeld, -hilfe oder Unterhaltsgeld** ist bzw. sich in einer Arbeitsbeschaffungs- oder Strukturanpassungsmaßnahme befindet. Die Förderungsmöglichkeit einer Ich-AG ist damit auf Personen begrenzt, die einen Anspruch in der Arbeitslosenversicherung erworben haben. Die psychotherapeutische Ich-AG darf allerdings kein höheres Jahreseinkommen als 25.000 Euro erzielen. Entscheidend ist hier der Gewinn, der nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommensteuerrechts aus einer selbstständigen Tätigkeit erzielt wird. Überschreitet der Gewinn vor Steuern die 25.000-Euro-Grenze, stellt die Agentur für Arbeit die Förderung ein. Weitere Beschäftigungen sind einkommensmäßig allerdings hinzuzurechnen. Die maximale Förderungsdauer beträgt drei Jahre. Der Zuschuss wird jeweils für ein Jahr bewilligt. Im ersten Jahr beträgt die monatliche Bezuschussung 600 Euro, im zweiten 360 Euro und im dritten 240 Euro. Anders als beim Überbrückungsgeld erhält der/die Psychotherapeut/in keine gesonderte Bezuschussung zu den Sozialabgaben, die er als Selbstständiger zu entrichten hat. Der Ich-AG-Psychotherapeut ist automatisch in der gesetzlichen Sozialversicherung pflichtversichert. Bei Nachweis eines geringen Einkommens hat er nicht den vollen Beitrag zu entrichten. Sie/Er kann allerdings einen Antrag auf Befreiung von der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht stellen. Zugleich ist er aber auch Mitglied der gesetzlichen Rentenversicherung. Auch hier gelten Minderungssätze. Zumeist wird es günstiger sein, sich von der gesetzlichen Rentenversicherung ebenfalls befreien zu lassen und nur in das Versorgungswerk der Psychotherapeuten (soweit schon bestehend) einzuzahlen. Die **Entscheidung, ob Überbrückungsgeld oder Ich-AG,** richtet sich danach, welche Erwartungen die/der Psychotherapeut/in hegt: Die Ich-AG ist dann sinnvoll, wenn Sie nur ein geringes Arbeitslosengeld bekommen und ein geringeres Jahreseinkommen als 25.000 Euro zu erwarten ist, das Überbrückungsgeld hingegen, wenn Sie ein entsprechend hohes Arbeitslosengeld erhalten, ein höheres Jahreseinkommen als 25.000 Euro erzielen und der relativ hohe Sozialversicherungsbeitrag nicht von dem Existenzgründungszuschuss gedeckt ist („Leitfaden für Arbeitslose", Frankfurt/M., 21. Aufl. 2004, S. 86; *Rittweger* „Minijob, Ich-AG und Familen-AG", München 2003, S. 58). Im Regelfall wird sich das Modell der Ich-AG für junge Psychotherapeuten eher lohnen, die von der AA wenig zu erwarten haben und die ihre Praxis erst nach und nach ausbauen wollen. Als **dritte Alternative** („Leitfaden", a.a.O. S. 86) bietet sich die Existenzgründung *neben* dem Bezug von Arbeitslosengeld/-hilfe an. Nehmen Sie i. Ü. die Beratungen der Agenturen für Arbeit, der Versorgungswerke oder der LVA bzw. BfA in Anspruch!

Ganz Recht:

Wissen Sie eigentlich, dass

- seit dem 1. Januar 2004 Rechnungen 10 Jahre aufzubewahren sind und **folgende Angaben enthalten müssen** (vgl. schon: Psychotherapeutenjournal 1/2004, S. 29):
  1. den **vollständigen Namen** und die vollständige Anschrift des leistenden Unternehmers (Psychotherapeutin/en) und des Leistungsempfängers (Patient/in),
  2. die dem Psychotherapeuten vom Finanzamt erteilte **Steuernummer** oder die ihm vom Bundesamt für Finanzen erteilte Umsatzsteuer-Identifikationsnummer,
  3. das **Ausstellungsdatum**,
  4. eine fortlaufende Nummer mit einer oder mehreren Zahlenreihen, die zur Identifizierung der Rechnung vom Rechnungsaussteller *einmalig* vergeben wird (**Rechnungsnummer**),
  5. die Art (handelsübliche **Bezeichnung**: z. B. Verhaltenstherapie, analytische Psychotherapie, tiefenpsy-

chologisch fundierte Psychotherapie) und den Umfang der Leistung,
6. den **Zeitpunkt der Leistung**,
7. das nach Steuersätzen und einzelnen Steuerbefreiungen aufgeschlüsselte Entgelt für die Leistung sowie jede im Voraus vereinbarte Minderung des Entgelts, sofern sie nicht bereits im Entgelt berücksichtigt ist, und
8. den anzuwendenden Steuersatz und den darauf entfallenden Steuerbetrag oder im Falle einer Steuerbefreiung (psychotherapeutische Leistungen sind nach § 4 Nr. 14 UStG steuerbefreit) einen **Hinweis** darauf, **dass für die Leistung eine Steuerbefreiung** gilt.

Diese Neuregelung findet sich im geänderten Umsatzsteuergesetz (UStG); sie deckt sich z. T. mit den Anforderungen des § 12 GOÄ/GOP. Auch Psychotherapeuten unterliegen dem UStG, obgleich sie von der Umsatzsteuer aufgrund ihrer heilkundlichen Tätigkeit (§ 4 Nr. 14 UStG) befreit sind (*siehe aber unten!*). Das Bundesfinanzministerium hat in einem Schreiben mitgeteilt, dass für eine Übergangszeit (1.1.2004 bis 1.7.2004) Rechnungen nach dem vor dem 31.12.2003 geltenden Recht toleriert würden.

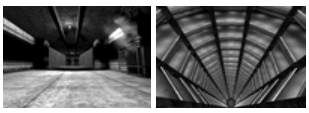
- **umsatzsteuerbegünstigte Leistungen** nur solche sind, die aus der (*selbstständigen*) **Tätigkeit** als Psychotherapeut/in, d. h. in **Ausübung der Heilkunde**, herrühren? Psychotherapeutische Leistungen, die nicht der heilkundlichen Betreuung von Personen dienen, fallen indessen nicht unter den o. e. § 4 Nr. 14 UStG, sind mithin umsatzsteuerpflichtig. Dazu zählen z. B. **Gutachten** für Gerichte, **Supervisionen** und Leistungen, die nicht im Zusammenhang mit einer heilkundlichen Tätigkeit stehen (z. B. **Coaching**). Wenn Zweifel bestehen, ob es sich um eine heilkundliche Tätigkeit handelt, empfiehlt es sich, in solchen Fällen mit dem Klienten/Patienten, eine dahingehende schriftliche Vereinbarung zu treffen, dass u. U. Umsatzsteuer nacherhoben wird. Insoweit sollten Aufzeichnungen erfolgen, um dem Finanzamt gegenüber begründen zu können, dass eine Steuerbefreiung in Betracht kommt. Zwar besteht für Psychotherapeuten zum Schutz ihrer Berufsgeheimnisse ein Auskunfts- und Vorlageverweigerungsrecht (§ 102 Abs. 1 Nr. 3c AO 77), dennoch haben sie nach abgabenrechtlichen Vorschriften eine Mitwirkungspflicht bei der Ermittlung des Sachverhalts. Sie müssen Auskünfte geben und Unterlagen vorlegen, die für die Besteuerung bedeutsam sind (BFH, Urteil v. 21.04.1995 – VIII B 133/7/94; s. a.: Auskunftspflichten von Ärzten gegenüber dem Konkursverwalter, gegen die ein Insolvenzverfahren läuft – AG Köln GesR 2004, S. 31 – oder des Rechtsanwalts hinsichtlich der Namen seiner Klienten, die er bewirtet hat – BFH IV R 50/01 v. 26.2.2004).
- eine **Gemeinschaftspraxis zwischen Vertragsärzten** und niedergelassenen **Psychologischen Psychotherapeuten** sowie **Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten** unzulässig ist (auch nicht im Rahmen einer Job-Sharing-Gemeinschaftspraxis) (SG München, Urteil v. 8.5.2003 – S 43 KA 1869/01, mitgeteilt von RA Steinhilper, Justiziar KV Westfahlen-Lippe)?
- das SG Hamburg (Az: S 27 KA 251/01) mit Urteil vom 13.2.2004 die Klage auf **Sonderbedarfszulassung** eines Psychotherapeuten zurückgewiesen hat, der seinen Antrag auf seine **Türkischkenntnisse** und auf den großen Bedarf der vielen türkischsprachigen Migranten auf Therapie in Hamburg stützte? Das Gericht begründete seine Ablehnung damit, dass das SGB V keinen Anspruch auf muttersprachliche psychotherapeutische Behandlung normiere.
- das SG Bremen (Az: S 1 KA 24/02) in einem noch nicht rechtskräftigen Urteil entschieden hat, dass auch **Nachweise zur Fachkunde**, die **nach** dem **31.12.1998** erworben wurden, beim Antrag auf Eintragung in das Arztregister berücksichtigt werden müssen (mitgeteilt von Rechtsanwalt Hanno von Freyhold, Bremen)?

RA Hartmut Gerlach

Justiziar der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg
Hauptstätter Str. 89
70178 Stuttgart
Tel.: 0711/674470-50
Gerlach@psychotherapeutenkammer-b-w.de

Das kann nicht einmal die Realität: Angstkonfrontation in Ihrer Praxis. Jederzeit.

Video-Expo ™
Filme mit Konfrontations-Szenen auf DVD



VR-Expo ™
Aktive Konfrontation mittels Software am PC

Ihr Fax-Coupon

Ja, ich möchte Informationen erhalten.
Senden Sie mir folgendes kostenlos zu:
☐ Video-Expo ™ - Demo-DVD
☐ VR-Expo ™ - Demo-CD
☐ Produkt-Prospekt

Psycho-Vision GmbH, Sandstr. 5, 87439 Kempten, www.psycho-vision.de

Telefax: 0 83 04 - 932 213

PTJ 04

Name/Vorname:
Strasse/Nr.:
PLZ/Ort:
Telefon/Fax:
E-Mail:

Aktuelles aus der Forschung

Detlef Bunk

Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

Prävention depressiver Entwicklungsstörungen bei Jugendlichen: Verhaltensänderungen nach einem kognitiven Trainingsprogramm

Pössel, P., Horn, A. &, Hautzinger, M. (2003). Erste Ergebnisse eines Programms zur schulbasierten Prävention von depressiven Symptomen bei Jugendlichen. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 11 (1), 10–20.

Subklinische depressive Symptome bei Jugendlichen erhöhen das Risiko für depressive Episoden bzw. die Entwicklung anderer psychischer Störungen in Adoleszenz und Erwachsenenalter. Bereits im Jugendalter können depressive Symptome zu erheblichen psychosozialen Beeinträchtigungen, Beziehungsstörungen und Schulleistungsschwierigkeiten führen. Bei solchen jugendlichen Risikogruppen mit erhöhten Depressionswerten haben sich kognitiv-verhaltenstherapeutische Trainingsprogramme zur Prävention klinisch manifester depressiver Störungen bisher bewährt. Besonders das Training sozialer Verhaltenskompetenzen, die kognitive Bearbeitung dysfunktionaler Gedanken und Problemlösestrategien mit der Möglichkeit, soziale Unterstützung in psychischen Problemlagen zu erhalten, scheinen protektiv zu wirken.

Die Autoren berichten über erste Ergebnisse des schulbasiert durchgeführten Depressions-Präventions-Programms „Leichtigkeit im sozialen Alltag – Training" (LISA-T). Die Prä-post-Kontrollgruppenstudie umfasste eine Trainingsgruppe mit 187 und eine Kontrollgruppe mit 151 Schülern beiderlei Geschlechts im Altersdurchschnitt von knapp 14 Jahren. Die Schüler wurden aus den 8. Klassen mehrerer Realschulen rekrutiert. Die Experimentalgruppe erhielt während der Unterrichtszeit ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Übungsprogramm über 10 Doppelstunden. Nach Abschluss des Programms wurden als Effektgrößen per Fragebogen gemessen: Ausmaß psychosozial dysfunktionaler Überzeugungen (Automatic Thought Questionnaire, ATQ-R), depressive Reaktionstendenzen (Allgemeine Depressionsskala, ADS) und soziale Kontakthäufigkeit zu verschiedenen Bezugspersonen.

Zur Evaluation der Trainingseffekte wurde drei Monate nach dem Training eine erste Post-Messung mit demselben Instrumentarium durchgeführt. Es fanden sich keine signifikanten trainingsspezifischen Gruppeneffekte, dafür aber geschlechtspezifische Verhaltensänderungen. Insgesamt gaben Mädchen öfters depressive Symptome an. Bei ihnen war im Vergleich zu Jungen eine leichte Abnahme dieser Symptome in der Nachuntersuchung zu beobachten. Bei den Mädchen der Trainingsgruppe fand sich eine signifikante Zunahme in der Häufigkeit der Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung durch relevante Bezugspersonen. Jungen der Trainingsgruppe weiteten ihre sozialen Bezüge aus. Spezifischere Trainingseffekte erhoffen sich die Autoren von einer späteren Follow-up-Untersuchung.

Kommentar: Jeder Versuch, Risikofaktoren psychischer Fehlentwicklungen zu reduzieren, ist sinnvoll – gerade bei Jugendlichen im Pubertätsalter, der sensiblen Entwicklungsphase ihrer Persönlichkeit. Auch wenn störungsspezifisch ausgelegte Präventionsmaßnahmen nicht immer symptomatologisch wirken, ist dennoch eine unspezifische protektive Wirkung auf die spätere psychische Gesundheit durch eine Verbesserung der sozialen Bezüge wahrscheinlich.

Wirkung von Psychotherapie ist bei traumatisierten Flüchtlingen abhängig von ihren psychosozialen Lebensbedingungen

Birck, A. (2004). Symptomatik bei kriegs- und folterüberlebenden Flüchtlingen, mit und ohne Psychotherapie. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 33(2), 101–109.

Die Autorin berichtet über eine vergleichende explorative Psychotherapiestudie aus dem Behandlungszentrum für Folteropfer in Berlin (BZFO). Untersucht wurden traumatisierte Flüchtlinge aus dem östlichen Mittelmeerraum mit psychischen Störungen nach verschiedenen Traumata wie Unfällen, Naturkatastrophen, gewalttätigen Angriffen, sexuellen Übergriffen, Folter, Gefangenschaft und Kriegsereignissen. Verglichen wurde eine Gruppe von 21 Therapiepatienten (16 m, 5 w), die über ca. 10 Monate mit tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie behandelt wurden, mit 33 unbehandelten Patienten (25 m, 8 w), die im selben Zeitabstand in aufenthaltsrechtlichen Fragen zweimal klinisch-psychologisch begutachtet wurden. Erfasst wurden posttraumatische Belastungssymptome (PDS), Vermeidung, Übererregung (IES-R), Angst, Depressionen, phobische und somatoforme Symptome (SCL-90-R) und subjektives Belastungsempfinden (SUD).

Zum Initialmesszeitpunkt zeigte die nicht behandelte Gruppe gegenüber der Therapiegruppe signifikant höhere Werte für Angst und Depression. Der Effekt verstärkte sich zum zweiten Untersuchungszeitpunkt: Im Vergleich zur Therapiegruppe waren in der nicht behandelten Gruppe deutlich erhöhte phobische und somatoforme Symptome, Übererregung, Intrusionen und eine posttraumatische Gesamtbelastungen zu beobachten. Sowohl in der Therapie- als auch in der nicht behandelten Gruppe blieb die posttraumatische Symptomatik im Wesentlichen unverändert. Die psychotherapeutische Behandlung führte zu keiner nachweisbaren Abnahme der Symptombelastung. Die Autorin sieht als Ursachen dafür zunächst methodische Restriktionen der Untersuchung wie unklare Therapieindikation, unterschiedliche Therapie-Settings und ein heterogenes therapeutisches Vorgehen. Wesentliche pathogene Faktoren ist allerdings die anhaltende psychische Labilisierung infolge psychosozialer Unsicherheit mit Zukunftsängsten und der Angst vor Abschiebung. Eine weitere dauerhafte seelische Belastung besteht in der Lebenssituation solcher Flüchtlinge, die durch Einschränkungen der Mobilität, der Wohnsituation und häufig durch eine ablehnende Haltung der sozialen Umwelt gekennzeichnet ist. Dem kann Psychotherapie allein kaum entgegenwirken.

Kommentar: In dieser explorativen Studie sind positive Effekte der Psychotherapie auf die Symptomatik wegen inhärenter methodischer Schwächen kaum nachzuweisen. Durch die Untersuchung wird dennoch deutlich, dass die Sicherheit der psychosozialen Lebenssituation ein ganz wesentlicher, synergistisch wirkender Faktor für eine erfolgreiche Psychotherapie mit schwer traumatisierten Opfern ist.

Konzentrationsmessung im hohen Lebensalter mit optisch vergrößerter d2-Version

Bühner, M. & Schmidt-Atzert, L. (2004). Überprüfung der Äquivalenz einer Test d2-Version für ältere Probanden. Zeitschrift für Neuropsychologie, 15(1), 7–13.

Zur Aufmerksamkeit- und Konzentrationsdiagnostik ist der Test d2 der in der Praxis am häufigsten verwendete Leistungstest mit Normwerten bis zum Lebensalter von 60 Jahren. In der neuropsychologischen Diagnostik werden aber zunehmend ältere Probanden untersucht. Zwar kann durch blendfreie, helle Beleuchtung und eine Korrektur der Sehschärfe das Material mit den recht kleinen Schreibmaschinenzeichen auch von älteren Probanden bearbeitet werden, doch zeigen Untersuchungen, dass der Test für Probanden mit Sehschwächen schwieriger zu bearbeiten ist. Deshalb wird das Verfahren dann für diese Patienten in einer auf DIN A3 vergrößerten Version durchgeführt. In der vorliegenden Untersuchung soll die Frage geklärt werden, ob die vergrößerte Darbietungsform der Originalversion äquivalent ist und wie sich ein hohes Lebensalter auf die Leistung auswirkt. An der Untersuchung nahmen 130 Vpn im Alter von 60–92 Jahren teil. In permutierter Reihenfolge wurden 2 unabhängigen Gruppen die beiden Testversionen sukzessive vorgelegt. Bildungsgrad, Geschlechtsverteilung und Sehschwächen waren in beiden Gruppen in etwa gleich verteilt. Neben einer subjektiven Schwereeinschätzung der d2-Versionen wurden als Validitätskriterien die geteilte Aufmerksamkeit erfasst sowie eine Go/Nogo-Aufgabe und ein visuelles Scanning aus der TAP-Testserie durchgeführt.

Die Ergebnisse zeigen eine gute Vergleichbarkeit der nach der Durchführungssequenz unterteilten Gruppen, die sich in den TAP-Tests nicht unterschieden. Aufgeteilt nach 2 Altersklassen, 60-69 Jahre und 70-92 Jahre, zeigte die ältere Gruppe in beiden d2-Versionen ein langsameres Arbeitstempo und tendierte zu einem geringern Gesamtleistungswert. Die Fehleranteile unterschieden sich zwischen den Altersgruppen nicht signifikant. Bei der vergrößerten Testversion erzielten alle Probanden höhere KL-Werte und einen geringeren Anteil an Auffassungsfehlern. Die internen Reliabilitäten waren bei beiden Testvarianten hoch. Bei der subjektiven Beurteilung der Testschwere wurde die vergrößerte Version als signifikant leichter empfunden. Hauptergebnis ist, dass die üblichen Auswertungskennwerte beider Testvarianten minderungskorrigiert hoch miteinander korrelierten. Da ältere Probanden bei der vergrößerten Version weniger Zielobjekte übersehen (Auslassungsfehler), begünstigt also die Vergrößerung die Wahrnehmungsgenauigkeit.

Die Autoren teilen Mittelwerte und Standardabweichungen für 2 Altersgruppen mit und geben Berechnungsbeispiele für Standardwerte. Sie folgern aus den Ergebnissen, dass die vergrößerte d2-Version ein probates Instrument zur fairen Untersuchung von Aufmerksamkeitsleistungen im hohen Lebensalter ist.

Kommentar: Im Zuge der höheren Lebenserwartung in unserer Gesellschaft wird man sich weiter bemühen müssen, die Normen von Leistungstests für höhere Altersgruppen zu erweitern. Trotz der kleinen und nicht repräsentativen Stichprobe sind die Ergebnisse dieser Untersuchung für den Praktiker dann hilfreich, wenn das Alter des Probanden die Normwerte des Tests übersteigt und eine diagnostische Beurteilung erforderlich ist, die über eine rein klinische Einschätzung hinausgeht.

Fortbildungsstelle
Psychotherapeutisches Zentrum
Qualifizierung · Fortbildung · Training

Christian-Belser-Strasse 79a
70597 Stuttgart
Tel 0711 -6781 421
info@fortbildungsstelle-online.de
www.fortbildungsstelle-online.de

SYSTEMISCHE BERATUNG/ THERAPIE - LÖSUNGSORIENTIERTE KURZZEITTHERAPIE GESTALTTHERAPIE- IPT - MEDIATION COACHING-ORGANISATIONSBERATUNG-SUPERVISION

Posttraumatische Belastungsstörungen bei verunfallten Kindern: Ein gesundheitspolitisches Problem von zunehmender Bedeutung

Landeolt, M., Vollrath, M., Ribi, K. et al. (2003). Inzidenz und Verlauf posttraumatischer Belastungsreaktionen nach Verkehrsunfällen im Kindesalter. Kindheit und Entwicklung, 12(3), 184–192.

Jährlich werden Tausende von Kindern und Jugendlichen Opfer von Verkehrunfällen. Die Kinder erleben und erinnern das Unfallereignis nachhaltig als beängstigend und bedrohlich, begleitet von ausgeprägten Hilflosigkeitsgefühlen. Die emotionale Symptomatik der Unfallopfer entspricht oft einer ausgeprägten posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), die nach dem Verkehrsunfall Monate bis Jahre persistieren kann. Sie ist ein Risikofaktor für psychische und psychosoziale Störungen im späteren Lebensalter. Demografische, psychosoziale und idiopathische Faktoren beeinflussen den Verlauf einer PTBS. Ein höheres Risiko haben Mädchen, Kinder traumatisierter Eltern und Kinder aus der Unterschicht. Das Erkrankungsrisiko steigt mit der Intensität der erlebten Angst und der Vermeidung, sich mit dem belastenden Ereignis auseinanderzusetzen.

Die Autoren untersuchten 55 Kinder nach Verkehrsunfällen (Altersdurchschnitt 9,8 Jahre, 45,5% w, 54,5% m). Patienten mit schwerer Schädel-Hirn-Verletzung oder prämorbidem Entwicklungsrückstand wurden ausgeschlossen. Somatische Unfallfolgen waren Gehirnerschütterungen, Frakturen oder innere Verletzungen. Einen Monat nach dem Unfall wurde die psychische Symptomatik mit dem Child-Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index (CPTSD-RI) erfasst. Die Beurteilung funktioneller Beeinträchtigungen und des Schweregrads der Verletzung erfolgte durch den behandelnden Arzt. Demografische Daten und sozioökonomischer Status wurden von den Eltern erfragt. Ein Jahr nach dem Unfall fand eine Nachuntersuchung statt.

Knapp 42% der Kinder litten einen Monat nach dem Unfall an leichten bis schweren PTBS; 16% der Stichprobe waren klinisch behandlungsbedürftig. In der Nachuntersuchung fanden sich bei ca. 55% der Kinder leichte bis schwere PTBS mit Schuldgefühlen, Wiederholungsängsten und starken Angstreaktionen bei Erinnerungsreizen. Regressive Symptome waren hingegen selten zu beobachten. Mit Ausnahme der Abnahme von zwanghaften Erinnerungen blieb die Symptomatik zwischen den Messzeitpunkten stabil. Korrelationen von prädikativem Wert zwischen der Symptomatik, Alter, Geschlecht, Schichtzugehörigkeit, Unfall- und Verletzungsschweregrad fanden sich nicht. Ausschließlich die subjektiv erlebte Bedrohlichkeit des Unfalls erhöhte signifikant das Entstehungsrisiko einer PTBS. Als bester Prädiktor der Persistenz zeigte sich die Schwere der klinischen Symptomatik, die noch einen Monat nach dem Unfall bestand. Bemerkenswert war, dass nur ein kleiner Teil der schwer belasteten Kinder nach einem Jahr psychotherapeutisch behandelt wurde.

Kommentar: Psychische Störungen bei kindlichen Verkehrsunfallopfern sind sehr häufig und meist besteht eine klinisch relevante, behandlungsbedürftige Symptomatik, die über längere Zeit andauert. Die Inzidenzraten sind vergleichbar mit jenen bei Opfern von Gewaltverbrechen oder anderen traumatisierenden Ereignisse. In Anbetracht anhaltend hoher Verkehrsunfallraten mit kindlichen Opfern besteht für diese ein erhöhtes Risiko nachhaltiger psychischer Entwicklungsstörungen und seelischer Beeinträchtigungen. Die gesundheitspolitische Bedeutsamkeit von psychischen Unfalltraumen wird unterschätzt. Gegenwärtig werden derartige Störungen bei verunfallten Kindern weder systematisch diagnostiziert noch frühzeitig genug erfasst. Standardisierte Screeningverfahren und Instrumente für die Differenzialdiagnose im Kindesalter sind im deutschsprachigen Raum bisher nicht verfügbar. Eine gesundheitspolitische Sensibilisierung für die psychotherapeutische Versorgungslage verunfallter Kinder wäre wünschenswert.

Wirkung psychodynamischer Gruppentherapie bei somatoformen Störungen

Weber, R. (2004). Die Behandlung somatoformer Störungen in der zeitbegrenzten, psychodynamisch-orientierten Gruppenpsychotherapie. Psychodynamische Psychotherapie, 3, 31–38.

Somatoforme Störungen sind körperliche Beschwerden ohne organische Ursache, denen psychische Konflikte, Probleme oder Erkrankungen zugrunde liegen. Solche Patienten zeichnen sich aus durch überdurchschnittlich häufige Besuche bei verschiedenen Fachärzten und lange Zeiten der Arbeitsunfähigkeit. Komorbide psychische Störungen wie Depressionen, Ängste und Persönlichkeitsstörungen finden sich bei über 50% dieser Patienten. Durch die somatische Fixierung ist eine psychotherapeutische Beziehung nur schwer aufzubauen. Die Untersuchung ging der Frage nach, ob solche Patienten mit einer ambulanten, zeitlich beschränkten Gruppenpsychotherapie zu behandeln sind und ob sich nach einem Katamnesezeitraum von 6 und 12 Monaten Veränderungen der Symptomatik ergeben. In Kooperation mit niedergelassenen Arztpraxen wurden für die Studie nach einer ICD-10 Eingangsdiagnostik 54 Patienten rekrutiert (Durchschnittsalter 42,5 Jahre; 34 w, 20 m). Alle Patienten erfüllten die Diagnosekriterien nach F42.x. Eine psychodynamisch orientierte Psychotherapie wurde über 20 Sitzungen zu je 90 Minuten in geschlossenen Gruppen ambulant durchgeführt. Fokussiert wurde auf Beziehungs- und Verlustängste, Kommunikationsdefizite und die Verleugnung/Verdrängung von Affekten. In zwei vorbereitenden Sitzungen wurden die Gruppenteilnehmer auf die Behandlungsform vorbereitet. Vor und nach der Behandlung wurden die individuelle Symptomatik (SCL-90), die interpersonalen Probleme (IIP-C) und die Therapieziele der Patienten objektiviert. Eingeschätzt wurden zudem die Schwere der Beeinträchtigung (BSS), das globale soziale Funk-

tionsniveau (GAF) und das Erreichen subjektiver Therapieziele (GAS). Nach der Therapie zeigte sich insgesamt eine deutliche Symptomentlastung, die auch nach 12 Monaten stabil blieb oder sich sogar deutlich verbesserte. Vergleichbare Verbesserungen ergaben sich sowohl im globalen Funktionsniveau als auch im Erreichen subjektiver Therapieziele. Im Gegensatz dazu schätzten die Patienten ihre interpersonelle Problematik nach der Behandlung deutlich höher ein. Interpretiert wird dies als eine gesteigerte Sensibilisierung der Patienten für ihre psychischen und interpersonellen Probleme: Die Selbstwahrnehmung verlagerte sich vom somatischen in den psychischen Bereich.

Kommentar: Die Interpretation der Untersuchungsergebnisse als therapiespezifische Effekte ist durch das Fehlen einer Kontrollgruppe zwar eingeschränkt, dennoch wird deutlich, dass psychodynamisch orientierte Gruppenbehandlungen in wenigen ambulanten Sitzungen positive Veränderungen im Erleben und Verhalten von Patienten mit somatoformen Störungen bewirken können. Vom Autor ist geplant, durch qualitative Analysen des Therapieprozesses und seiner Wechselwirkung mit der individuellen Psychopathologie therapeutisch förderliche oder hinderliche Wirkungsindikatoren zu identifizieren. Solche qualitativen Daten sind für den Einzelfall in der psychotherapeutischen Praxis von großem heuristischen Wert.

Gewalterfahrungen von Frauen: Ansprache im Anamnesegespräch erwartet

Brzank, P., Hellbernd, H. & Maschewsky-Schneider, U. (2004). Häusliche Gewalt gegen Frauen: Gesundheitsfolgen und Versorgungsbedarf – Ergebnisse einer Befragung von Erste-Hilfe-Patientinnen im Rahmen der S.I.G.N.A.L.-Begleitforschung. Das Gesundheitswesen, 66 (3), 164–170.

S.I.G.N.A.L. ist ein vom BMfFSFJ gefördertes Modellprojekt zur Intervention bei Gewalt gegen Frauen am Klinikum der FU Berlin. Mit der Untersuchung sollten die Prävalenz häuslicher Gewalt, gesundheitlichen Folgen und Erwartungen an die Erstversorgung ermittelt werden. Durch geschulte Interviewerinnen wurde eine strukturierte Befragung von Patientinnen (18–60 Jahre) aus den „Erste Hilfe"-Kontakten durchgeführt. Einschlusskriterium für die Studie waren Gewalterfahrungen nach dem 16. Lebensjahr. Der Auswertung liegen die Daten von 806 Frauen zugrunde, die der Befragung zustimmten.

Mindestens eine häusliche Gewalterfahrung im vorausgegangenen Jahr gaben 36,6% der befragten Frauen an. Davon berichteten 57% von gesundheitlichen Folgen wie psychische/psychosomatische (54%), physische (35%), psychische und physische (32%) Beschwerden, Kopfverletzungen (60%), Hämatome/Prellungen (44%), Frakturen/Rupturen (17%), Stich-, Schuss-, Brandverletzungen (10%), gastrointestinale Beschwerden (23%), Kopfschmerzen/Migräne (18%) und Herzkreislaufbeschwerden (15%). Die häufigsten psychischen Folgen waren Angst (32%), Depressionen (13%), Suizid- und Selbstverletzungsversuche (5%). Die Hälfte der misshandelten Frauen hatte sich wegen ihrer Gesundheitsstörungen zumeist in ärztliche Behandlung begeben. Die Mehrzahl davon (80%) wünschte sich eine Ansprache der Gewalterfahrungen während der Erstuntersuchung, was nur in 8% der Fälle tatsächlich erfolgte.

Kommentar: Die Querschnittstudie liefert wichtige Daten über Art und Häufigkeit der Gewalterfahrungen von Frauen in einer deutschen Großstadt. Gewaltbedingte Verletzungen und psychische Beschwerden sollten in der Erstversorgung differenzialdiagnostisch besser identifiziert werden können. Die Befragung zu Gewalterfahrungen in der Erstuntersuchung wird von den meisten Patientinnen akzeptiert und größtenteils auch erwartet. Hier liegt eine Möglichkeit zur verbesserten Versorgung.

Dr. phil. Detlef Bunk

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

C.G. Jung-Gesellschaft Köln e.V.

Kartäuserwall 24b 50678 Köln
Tel. 0221 / 310 14 38 Fax 310 48 80
E-Mail: jung.gesellschaft@netcologne.de
www.cgjung.org

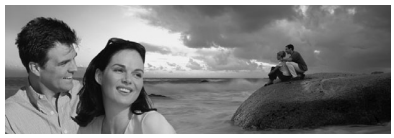
Fortbildung in Analytischer Psychologie

Diese berufsbegleitende Fortbildung richtet sich an Menschen, die in therapeutischen, beratenden, pädagogischen und psychologischen Berufen tätig sind und mit Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen arbeiten.
Die mehrjährige Fortbildung befähigt die TeilnehmerInnen, Kenntnisse, Konzepte und Methoden der Analytischen Psychologie C.G. Jungs in ihr professionelles Handeln zu integrieren.
Nach erfolgreicher Teilnahme am Kurs erhalten die TeilnehmerInnen ein Zertifikat der C.G. Jung-Gesellschaft Köln.
Die Zertifizierung bei den Klammer ist geplant und wird beantragt.

Information und Anmeldung:

Der nächste Kurs beginnt im Februar 2005.
Die Auswahltagung dafür findet am 13./14.11. 2004 statt. Bewerbungen sind bis zum 30.09.2004 einzureichen.
Weitere Infos bei der Geschäftsstelle (Adresse s.o.) angefordert werden

Unverzichtbar für Ausbildungsinstitute.



- Betriebshaftpflicht für Ausbildung der Kandidaten.
- Versicherungsschutz für die Kandidaten aus psychotherapeutscher Behandlung außerhalb der Akademieräume.

Versicherungsbüro Sieglinde Schmahl-Philipp
Werderstr. 3 · 65195 Wiesbaden
Telefon 0611 305978 · Fax 302540
Email:
sieglinde.schmahl-philipp@wuerttembergische.de

Württembergische
DER FELS IN DER BRANDUNG
Ein Unternehmen der Wüstenrot&Württembergische AG

Zur Diskussion

In der Rubrik „Zur Diskussion" werden in unregelmäßigen Abständen besonders fundierte ausführlichere Erwiderungen auf in der Zeitschrift erschienene Beiträge veröffentlicht.

Stellungnahme zu Fiedler, P. „Ressourcenorientierte Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen" in: Psychotherapeutenjournal 1/2004, S. 4-12

Günter Zurhorst

Frei nach Brecht:

Zwei Wissenschaftler treffen sich. Fragt der eine den anderen: „Was tust Du zur Zeit?" „Ich schreibe ab und zu", antwortete der andere. „Auch zu?" fragte der eine erstaunt.

In der letzten Zeit scheinen sich Beiträge verhaltenstherapeutischer Provenienz zu häufen, in denen mehr oder minder starke Forderungen nach Umorientierung der VT erhoben werden. So rief z.B. kürzlich Klaus Grawe auf dem Berliner dgvt-Kongress (März 2004) öffentlich dazu auf, sich in Zukunft nicht mehr auf störungsspezifische Konzepte in der VT zu fixieren, da diese „nicht der wichtigste Teil wirksamer Psychotherapie" seien. Hingegen ginge es um die „Verringerung der Inkongruenz" bzw. Förderung der „Kongruenz bzw. Konsistenz" des psychischen Geschehens der Patienten. Da staunt der Fachmann: Spricht da ein mittlerweile in der Wolle gefärbter Gesprächspsychotherapeut?

Der vorliegende Beitrag von Peter Fiedler setzt einen ähnlichen Akzent für die Umorientierung: Die VT solle in Zukunft stärker als bisher „ressourcenorientiert" verfahren. Als Grund dafür wird die Entdeckung der „Persönlichkeit" angegeben: Klinischer Erfahrungshintergrund sei das Problem vieler VT-Therapeuten, Menschen mit „Persönlichkeitsstörungen" fälschlicherweise konfrontativ zu behandeln, statt als ein angemessenes „Modell für Wertschätzung" hinsichtlich der „Person" des Patienten zu fungieren. Es fallen dann Stichworte wie „Empowerment" und „Anwaltschaftlichkeit", man könnte zur Vervollständigung auch noch „Salutogenese" hinzufügen.

Ist die VT oder sind einige Statthalter der VT nach Behaviorismus und „kognitiver Wende" nun in der Humanistischen Psychologie und speziell in der Gesprächspsychotherapie (GPT) angekommen, für die doch gerade die Persönlichkeitsentwicklung samt unbedingter Wertschätzung des Patienten durch den Therapeuten immer schon ein Essential war? Davon ist jedoch bei Fiedler – außer einer belanglosen Nebenbemerkung, dass es Ressourcenorientierung „auch" in der psychodynamischen Psychotherapie und Gesprächspsychotherapie gibt – nichts zu lesen.

Das ist zunächst verwunderlich, hat Fiedler doch immer wieder vehement für den Blick über den eigenen Tellerrand votiert. Und es ist leichtfertig, weil er sich sonst möglicherweise eine Reihe von Problemen hätte sparen können.

Da wäre z.B. sein der diagnosekritischen GPT-Tradition entnommener Hinweis, dass man das „immer mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung verbundene Stigmatisierungsproblem" beachten solle. Fiedler zitiert hier zustimmend Jaspers, der „die Feststellung des Wesens eines Menschen" geradezu „erledigend" und „beleidigend" gefunden habe. Doch ist hier Vorsicht geboten: Wenn Jaspers vom „Wesen des Menschen" spricht, meint er gerade nicht die „Persönlichkeit" bzw. den „Charakter" eines Menschen. Als Psychiater ging Jaspers bei letzterem völlig konform mit Kurt Schneiders abwertendem Psychopathiebegriff („Die Psychotherapie hat ihr Feld bei der großen Menge der Psychopathen und bei den leichter Geisteskranken"; Jaspers, Allgemeine Psychopathologie, 9. Auflage 1973, S. 695). Das „Wesen des Menschen" hingegen, das einem Verhaltenswissenschaftler gewöhnlich schwer über die Lippen kommt, ist für Jaspers ein Problem philosophischer „Existenzerhellung", keinesfalls ein Problem der Wissenschaft oder der Psychotherapie. Für die GPT ist aber eine solche Aufspaltung des Menschen in eine wissenschaftlich verobjektivierte „Persönlichkeit" und eine ungreifbare „Existenz" unangemessen. Sie vertritt stattdessen eine phänomenologische, subjektwissenschaftliche Position der Person-Entwicklung, die bei Jaspers nicht vorkommt. Sie passt besser zu dem Anliegen, das Fiedler befördern möchte, kann aber mit verhaltenstheoretischen Begrifflichkeiten nicht eingeholt werden.

Da wäre z.B. des Weiteren Fiedlers Kernidee, dass die Persönlichkeit die „ureigenste Ressource" des Menschen sei, welche nicht in ein „Defizitmodell" verwandelt werden dürfe. Ich will hier nicht darauf eingehen, dass es immer schon die GPT war, die den Schwerpunkt ihres Handelns auf das Wachstum des Menschen gelegt hat. Vielmehr ist zu fragen, was der Sinn der etwas kryptisch anmutenden Aussage sein soll, dass die Persönlichkeit eine Ressource sei.

Bisher sprach man im Rahmen von Ressourcenmodellen ja eher von physischen, sozialen, psychischen Ressourcen und meinte mit letzteren so etwas wie Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeit, Kohärenzgefühl, Liebesfähigkeit etc.

Bei näherem Hinsehen zeigt sich, dass Fiedler aufgrund seiner verhaltenstheoretischen Position zu dieser Aussage kommt. Denn um von einer störungsbezogenen, defizitorientierten Verhaltenstheorie der Persönlichkeitsstörungen wegzukommen, greift er zu einer Aufspaltung von „Persönlichkeit" und „Verhalten". So kann er dann sagen: „Therapeuten, die der Person ihrer Patienten wegen ihrer ungünstigen Handlungen ablehnend und skeptisch gegenübertreten, weil ihnen die Trennung von ‚Person' und ‚Problemverhalten' nicht gelingt, sind eindeutig weniger erfolgreich". Stattdessen sollen Therapeuten sich wertschätzend mit der „Person" des Patienten gegen dessen „problematisches Verhalten" verbünden: also z. B. „gemeinsam mit den Kriminellen *gegen* kriminelle Handlungen". Und das heißt konkret: „*Nicht* Einsicht der Straftäter in die eigenen Unzulänglichkeiten ist das Ziel, sondern die konstruktive Entwicklung neuer Lebensperspektiven und Handlungsmuster, die dann systematisch eingeübt werden".

Aus einer GPT-Position fällt es schwer, dieser Argumentation und Praxis zu folgen. Wieso soll „Verhalten" etwas anderes als „Persönlichkeit" sein? Verständlich daran ist, dass z. B. eine einzige kriminelle Handlung nicht die ganze Person ausmacht, wohl aber einen Teil davon. Für die therapeutische Praxis bedeutet dies, dass sich der Therapeut unbedingt wertschätzend den konstruktiven Anteilen der Person *und* den inneren und äußeren Nöten zuwendet, die zu den kriminellen Handlungen geführt haben, und dass der Therapeut zudem gezielte psychosoziale Unterstützung bei den vorhandenen Lebensweltproblemen leistet. Und erst auf der Grundlage eines so gearteten guten therapeutischen Arbeitsbündnisses kann dann die Einsicht in die kriminellen Handlungen erfolgen. Ein Verzicht auf diese Einsicht oder eine therapeutisch sogar gewollte Externalisierung krimineller Handlungen, so als ob diese mit der eigenen Person nichts zu tun haben, so dass diese weiterhin projektiv gerechtfertigt werden können, dürfte wenig Chancen auf eine konstruktive und dauerhafte Veränderung bieten.

Schließlich wäre da z. B. Fiedlers Behauptung, dass das Ziel des Empowerment eine „Supervision von Patienten" erforderlich mache. Fiedler hält es für den Kern der Supervision, dass Therapeuten in Form einer hilfesuchenden Beratung herausfinden, wie sie „die Patienten beeinflussen und verändern können". Nichts anderes aber würde ein Patient mit der Diagnose „Persönlichkeitsstörung" wollen: „Es sind nun einmal insbesondere persönlichkeitsgestörte Patienten, die häufig signalisieren, dass sie sich nicht selbst ändern möchten, sondern die erwarten, dass sich andere ändern. Und sie sind – wenn man darauf eingeht – zumeist hochmotiviert, hinzuzulernen, um dieses Ziel der aktiven Beeinflussung anderer Menschen endlich zu erlernen". Und dies „entspricht genau einer ressourcenorientierten Supervision". Meint dies allen Ernstes, dass Therapeuten in der Supervision wie persönlichkeitsgestörte Menschen vorgehen?

Aus der Sicht der ressourcenorientierten GPT-Position wirkt diese Einlassung in der Tat befremdlich. Ein empowermentorientierter Ansatz, demzufolge Patienten die Experten ihrer eigenen Störung sind, stellt keinen Anspruch darauf, andere Menschen ändern zu wollen oder zu können. Dies gilt mutatis mutandis auch für die Beziehung zwischen Supervisor und Supervisand. Zudem ist Gegenstand der Supervision die Arbeitsbeziehung eines Therapeuten zu seinem Patienten, die sicherlich keine Alltagsbeziehung darstellt. Wieso Fiedler hier dennoch eine Gleichsetzung von Supervision mit der Alltagsbeziehung eines persönlichkeitsgestörten Menschen zu seinen Bezugspersonen vornimmt, erscheint schleierhaft. Und dass es Fiedler grundsätzlich nicht um „Einsicht", sondern um verhaltensorientierte Psychoedukation (Patientenschulung, Selbstmanagement des Patienten) geht, hat er bereits klar betont.

Wenn Fiedler tatsächlich etwas am „Modell des wertschätzenden Therapeuten" gelegen ist, dann könnte er also durchaus von der GPT profitieren. Warum aber erwähnt er sie nicht einmal, obwohl er – wie gesagt – für den Blick über den Tellerrand votiert?

Die Antwort scheint nicht schwer. So führt er z. B. aus: „Bei den heute hauptsächlich praktizierten und wissenschaftlich legitimierten psychotherapeutischen Verfahren (Psychoanalyse, Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie) handelt es sich nämlich um *genuin unterschiedliche Therapiestrategien*, die sich nicht integrieren lassen! Deshalb sollte auch die prinzipielle Unterschiedlichkeit der therapeutischen Grundkonzepte (als deren Vorteile!) nicht vorschnell verwischt werden – egal unter welchem Label auch immer" (Fiedler: Psychotherapie, in: Bungard et al.: Perspektiven der Psychologie, Weinheim: PVU 1996, S. 191).

Ist damit eine Abschottung vorgezeichnet, die nur um den Preis des Plagiats aufrechterhalten werden kann? Dies scheint so, wenn man bei Fiedler liest „… dass ich der entschiedenen Ansicht bin, *dass es keine Integrative Therapie und gleichermaßen keine Allgemeine Psychotherapie geben sollte!*" (ebda., S. 193).

Andererseits aber geht für Fiedler „… kein Weg daran vorbei, die bisher sträflich von den traditionellen Therapieschulen vernachlässigte Frage des *Geltungsanspruches* und der *Realgeltung* der jeweiligen Konzeption endlich einmal in den Mittelpunkt zu rücken … Diese, eine hohe Bereitschaft zur Selbstkritik voraussetzende Diskussion kann übrigens überhaupt nicht gegeneinander, sondern sinnvoll nur *miteinander* geführt werden" (ebda., S. 193).

Es bleibt zu hoffen, dass dieser Wunsch beherzigt wird, nicht zuletzt in der sozialrechtlichen Auseinandersetzung um die Anerkennung von Psychotherapieverfahren.

Prof. Dr. Dr. Günter Zurhorst

Birkbuschstr. 16
12167 Berlin
Tel. 030-8342075
Fax 030-84471431
zurhorst@htwm.de

Stellungnahme zu Fiedler, P. „Ressourcenorientierte Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen“ in: Psychotherapeutenjournal 1/2004, S. 4–12

Gedanken von entschiedenen Vertretern psychotherapeutischer Schulen

Jürgen Hardt und Mathias Hebebrand

Ohne Kenntnis der, von ihm in den letzten Jahren publizierten, Arbeiten liest sich Peter Fiedlers Beitrag wie eine Provokation. Viele Psychoanalytiker und psychodynamische Psychotherapeuten werden ihn mit Protest und wahrscheinlich nicht zu Ende gelesen haben und sie werden sich darin bestätigt fühlen, dass es keinen Sinn macht, mit ihren Anliegen in einen Diskurs jenseits der Schulgrenzen einzutreten. Bei genauerem Lesen werden einige feststellen, dass sich in der verhaltenstherapeutisch orientierten Psychotherapie nach der so genannten kognitiven Wende eine Wende zur Person vollzieht, und sie werden das als eine mehr oder weniger überfällige Korrektur ansehen und eine Bestätigung ihrer eigenen Ansätze darin finden. Mit Sicherheit würde sich aus der unterschiedlichen Rezeption des Beitrags sowohl das hermetische Abgeschlossensein als auch die Problematik der Diskurse zwischen den Schulen, aber auch zwischen Psychotherapie-be-forschern und psychotherapeutischen Praktikern, erweisen lassen.

Eine sachgemäße Replik, die versucht, die Verständigungsprobleme mit zu erfassen und zu berücksichtigen, kann ohne Rückgriff auf die ausführlichen Arbeiten von Peter Fiedler, insbesondere „Persönlichkeitsstörungen“ (Fiedler, 2001), nicht geschrieben werden. Den umfangreichen Arbeiten in einer Replik gerecht zu werden, würde den Rahmen weit überspannen. Die gebotene Kürze wird polemische Zuspitzungen bewirken. Wir bitten P. Fiedler, uns in den Leserkreis derer einzubeziehen, „die sich die Mühe gemacht haben, …ausführlich zu schreiben und dabei mit Kritik und Vorschlägen für die zukünftige Ausgestaltung der „Persönlichkeitsstörung“ nicht gespart haben“ (Fiedler, 2001, Seite XVI). Kritik wird im Folgenden überwiegen, was es mit den Vorschlägen auf sich haben wird, hängt davon ab, ob P. Fiedler sich den grundsätzlichen kritischen Einwänden stellt, oder ob er sie für obsolet erklärt.

P. Fiedler schreibt in seinem Buch „Persönlichkeitsstörungen“, wie schwer es ist, Menschen zu klassifizieren, und er schätzt dies als Reichtum des Lebens: „Glücklicherweise sind wir Menschen untereinander doch tatsächlich sehr verschieden“ (Seite 536). Sinnvollerweise sollte er das auch für die Verschiedenheit psychotherapeutischer Sicht- und Denkweisen gelten lassen, denn sie sind Ausdruck menschlicher Verschiedenheit. Ohne die psychotherapeutischen Schulen würde dieser Reichtum verloren gehen und die Kultur verarmen. Bevor man daran geht, verschiedene Denkansätze zu integrieren, muss genauestens geprüft werden, was verloren geht und ob der Gewinn die zu erwartenden Verluste ausgleicht.

P. Fiedlers Versuch ist unseres Erachtens durch einen Mangel an psychologischem Inhalt gekennzeichnet, den kein Gewinn an „Wissenschaftlichkeit“ rechtfertigen kann. Wir meinen damit: Es fehlt eine psychologisch systematische Theoriebildung, die Zusammenhänge in der therapeutischen Beziehung beschreibt, konzeptualisiert und dafür Handlungsmöglichkeiten bereithält, und die darüber hinaus bedeutungsvolle psychologische Konzepte wie Persönlichkeit, Leiden, Respekt, Veränderung und Einwirkung usw. umfasst, die unsere alltagspsychologischen Vorstellungen über den Umgang zwischen Menschen ausmachen. Von einer Klinischen Psychologie erwarten wir, dass sie solche Konzepte expliziert. Das ist es, was die Theorien bzw. “Gegenstandsbildungen” (Salber, 1965) der Schulen bereithalten und auf die kein verantwortungsvoller Psychotherapeut verzichten kann, will er nicht der Alltagspsychologie verhaftet bleiben.

Diagnose und das Problem von Klassifikation und Stigmatisierung

P. Fiedler bezieht sich auf die Klassifikationen des ICD 10 und des DSM, aber er scheint mit diesen Klassifikationsordnungen nicht ganz zufrieden zu sein, entbehren sie doch aller Vorstellungen von den Funktionszusammenhängen des Seelischen. Dieser Verzicht war die Bedingung ihres Zustandekommens, was von psychoanalytischer Seite entschieden kritisiert wurde. Die Diagnosestellung wird von ihm als ein Beziehungsprodukt verstanden, ganz im psychoanalytischen Sinne, deren Auswirkung auf die therapeutische Beziehung genauestens beachtet werden muss. Weil er aber von der Psychodynamik der therapeutischen (auch diagnostischen) Beziehung keine ausgearbeiteten Vorstellungen hat, bleibt ihm nur, vor leichtfertigem Gebrauch der Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ zu warnen. Die Konfusion zwischen der Klassifikation und dem Begriff wird ganz besonders deutlich, wenn er schreibt: „Möglichst nicht sollten Persönlichkeitsstörungen vorschnell vergeben werden, wenn sich die Beziehung zum Patienten schwierig gestaltet“ (PTJ, 2004, S.6). Hier ist wohl die Diagnose gemeint und nicht die Störung selbst. Darin zeigt sich die Umwandlung der Diagnose in eine Sache, der völlige Bindungsverlust der Diagnose an eine „psychologische Gegenstandsbildung” (Salber, 1965).

Die Erfahrung im Umgang mit Etiketten zwingt zur Vorsicht im Gebrauch von Diagnosen. P. Fiedler zitiert Jaspers’ Mahnung: „Menschlich aber bedeutet die Feststellung des Wesens eines Menschen, eine Erledigung, die bei näherer Besinnung beleidigend ist und die Kommunikation abbricht“ (PTJ, 2004, S. 5). Er bezieht sich auf Jaspers’ “Allgemeine Psychopathologie” (1913, Seite 365). Weil Fiedler in seinem Beitrag die Jaspersche Mahnung nicht als Literatur belegt, kann man sie wie ein Motto seines Denkens ansehen. Was bedeutet das? Jaspers platziert sich jenseits der Notwendigkeiten und Grenzen psychologischer Gegenstandsbildungen, deren empirische Aussagen er zwar anerkennt (sogar die der

Psychoanalyse), wenn sie auf ihr Gebiet bezogen bleiben, aber er betont zugleich die Grenzen psychologischer Auffassungen, und er besteht darauf, dass Psychologie die Wesensfrage des Menschen nicht betrifft. Das Verbot von Jaspers ist eine existenzphilosophische Setzung, aber ob dieses Verbot für psychologische Tätigkeit Geltung beanspruchen darf, ist zweifelhaft.

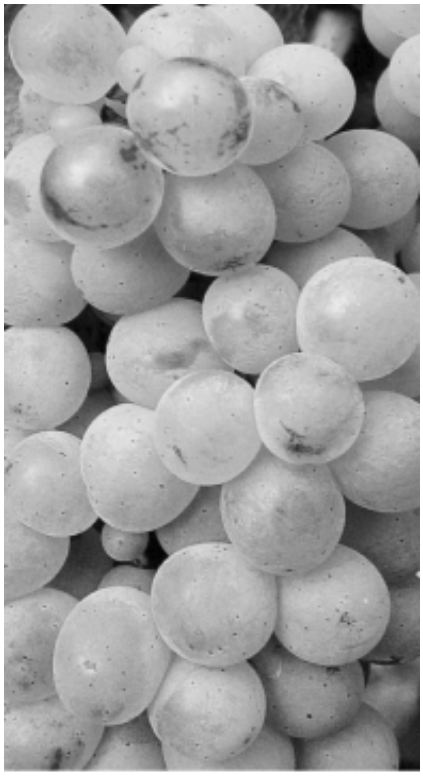
Tatsächlich ist die Vorsicht, die Peter Fiedler im Gebrauch von Diagnosen fordert, angebracht. Allerdings ist diese Gefahr hausgemacht: Wenn man kein psychologisches Ordnungssystem zur Verfügung hat, das eine Diagnose trägt und rechtfertigt, dann wird sie allzu leicht zu einem Namen, der für den beliebigen Alltagsgebrauch offen und für jede Beschimpfung („der Borderliner", „Psychopath" etc.) verfügbar ist.

Die Persönlichkeit und die Behandlungsprobleme

Ähnliches gilt bei P. Fiedler für den Begriff der Persönlichkeit. Auch hier ist er einerseits erfreulich offen und unentschieden: „Persönlichkeit und Persönlichkeitseigenschaften eines Menschen sind Ausdruck der für ihn charakteristischen Verhaltensweisen und Interaktionsmuster, mit denen er gesellschaftlich kulturellen Anforderungen und Erwartungen zu entsprechen und seine zwischenmenschlichen Beziehungen auf der Suche nach einer persönlichen Identität mit Sinn zu erfüllen sucht." (Fiedler, 2001, S. 3). Diese wenig funktionale Beschreibung wird im Laufe seines Textes mit Funktionszusammenhängen angereichert. Die verbleibende Unentschiedenheit hängt damit zusammen, dass er sich quasi einem psychologischen Denkverbot unterwirft, das zwar im Bezug auf Jaspers seine Berechtigung erfährt, jedoch jeglicher psychotherapeutischer Praxis notwendiger Weise und implizit zugrunde liegenden Vorstellungen vom Menschen nicht expliziert. Damit werden auch deren Veränderungen nicht psychologisch formulierbar, die sich unter dem Eindruck des therapeutischen Prozesses vollziehen können.

P. Fiedler entdeckt die Persönlichkeit als Ressource – und unterstellt zugleich, dass mit Diagnosen wie z. B. Persönlichkeitsstörung nur Defizite feststellt werden, Psychotherapeuten gar „qua Diagnose die Persönlichkeit in ein Defizitmodell verwandelt haben" (PTJ, 2004, Seite 5), wenn sie verantwortlich, und das heißt immer: innerhalb einer psychologischen Systematik, handeln und denken. Ganz im Gegenteil sah schon Freud jegliche Symptomatik – und später alle Theoretiker von Persönlichkeitsstörungen – als die dem betreffenden Individuum unter den gegebenen Verhältnissen bestmögliche Lösung seiner Lebensproblematik an. Daraus sind dann z. B. der zu berücksichtigende und zu respektierende Widerstand des Patienten gegen die Aufgabe seiner Symptomatik und die Behandlung verständlich. Das trifft ganz besonders bei den Störungen zu, die hochgradig ich-synton sind, vielleicht sogar mit wesentlichen, höchstpersönlichen Stilen verbunden sind.

In diesem Sinne ließen sich aus der Sichtweise von Persönlichkeit als Ressource Vorstellungen entwickeln, die der Komplexität menschlichen Seelenlebens gerecht werden und die, dem jeweiligen Menschenbild entsprechend, sehr verschieden sein können. Aber Fiedler sieht nur eine Ressource, und dies führt dann zwangsläufig zu einer Vereinseitigung in seiner Konzeption psychotherapeutischer Prozesse, in der schließlich Coaching und Training an die Stelle von Psychotherapie treten. Damit wird die komplexe Dynamik der therapeutischen Beziehung einseitig aufgelöst. Wir sehen darin gewissermaßen ein Pendant zu der ebenso einseitigen Auflösung der Dynamik in Gestalt negativer Zuschreibungen des Therapeuten an den Patienten. Folglich gelangt Fiedler zu dem Schluss, dass nicht der Patient, sondern der Therapeut sich ändern müsse, und an die Stelle der Diagnose 'Persönlichkeitsstörung' als "Erklärung" und "Ursachenzuschreibung" (PTJ, 2004, S. 5) für das Verhalten des Patienten – was sie, nebenbei bemerkt, niemals sein kann – treten die "nicht erfolgreichen Psychotherapeuten" (PTJ, 2004, S. 7). Während Fiedler das Verhalten eines Menschen von seiner Persönlichkeit abzulösen versucht, scheint in seiner Darstellung eine Entdifferenzierung der von ihm geforderten Unterscheidung von "Traitvariablen" und "Verhaltensmerkmalen" wiederzukehren – bei den Psychotherapeuten! Die von ihm zitierten Untersuchungen belegen, dass sich, in der Begrifflichkeit der Psychoanalyse gesprochen, bei negativen



einfach geniessen
der veranstalter besonderer weinerlebnisse

telefon 0 89 / 89 04 38 60 · fax 0 12 12 / 5 10 10 14 59
info@einfachgeniessen.de · www.einfachgeniessen.de

Deutschlands beste Winzer
Stellen Sie sich Ihre Lieblingsweine zusammen oder wählen Sie eines der Probepakete mit Weinen deutscher Top-Winzer: Bercher, Huber, Joh. Jos. Christoffel Erben, Johner, Kühn, Meßmer, Molitor, Moosbacher, Sauer, Wehrheim, Wittmann ...

Spitzenweine aus Südafrika
Ideale klimatische Bedingungen, begeisterte Menschen, neustes Know-how und traditionelles Wissen aus Europa schaffen Weine höchster Qualitäten. Wählen Sie aus unserem breiten Angebot, leckere Weine vom Kap.

Weinstock-Patenschaft
Der Pate eines Weinstocks erhält sofort Wein des aktuellen Jahrgangs und über 3 Jahre Wein aus dem Weinberg seiner Rebe. Regelmäßig informiert der betreuende Winzer über Aktuelles im Weinberg und Keller. Ein wunderbares Geschenk für Genießer oder für sich selbst!

Fordern Sie Informationen an oder bestellen Sie im Internet. Gerne beraten wir Sie auch telefonisch. Frachtfreier Wein-Versand bereits ab 12 Flaschen

Behandlungsverläufen oftmals Gegenübertragungsprozesse nach dem Muster entwickeln, wer denn von den beiden Beteiligten die Schuld trägt. Die interessante Frage ist doch nun, wie und in welchem Kontext sich eine solche Dynamik entwickelt – aber da fragt Fiedler nicht weiter, übrigens auch nicht nach dem Kontext, in dem sich Haltungen bei Psychotherapeuten entwickeln, die der Behandlung nicht förderlich sind. Es stellt schon eine traurige Pointe dar, wenn er für die Arbeit mit schwierigen Patienten empfiehlt, diese wie Supervisanden zu behandeln, anstatt die Frage aufzuwerfen, ob Supervision und Fortbildung für die unter schwierigen Bedingungen (z. B. im Strafvollzug) tätigen Kolleginnen und Kollegen ausreichend möglich ist. Fiedler selbst schreibt: "Manche *psychotherapeutisch arbeitenden Institutionen* bringen es zeitweilig auf bis zu 60 Prozent Behandlungserfolg. Das ist beträchtlich, wenn man bedenkt, dass einige andere *Psychotherapeuten* mit ihren Maßnahmen nur 30 oder 35 Prozent schaffen, (...)". (PTJ, 2004, S. 6, Hervorhebung v. d. Autoren). Ist es Zufall, dass der Erfolg der Institution, der Misserfolg den Psychotherapeuten zugeschrieben wird?

Wenn man die vielfältige Literatur zum möglichen Scheitern von Behandlungen berücksichtigt, sieht man, wie viel Einsicht in sich selbst erforderlich ist, um den emotionalen Belastungen, die sich notwendigerweise bei der Behandlung von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen stellen, einigermaßen gerecht zu werden. Zugleich stellen Überlegungen zur negativen therapeutischen Reaktion, zur negativen Übertragung und Gegenübertragung, zum Missbrauch und Scheitern der Containingfunktion eine reiche Fundgrube dar, die Peter Fiedler unter dem Gesichtspunkt der Behandlung von schweren Persönlichkeitsstörungen nicht zur Kenntnis genommen zu haben scheint. Verantwortliche psychoanalytische Behandlung ist schon immer eine Hilfe bei der Suche nach einer anderen, neuen Selbstbehandlung gewesen. Insofern war der Psychoanalytiker immer auf die Mitarbeit des Patienten angewiesen und hat sich zur Mitarbeit angeboten. Daraus allerdings zu folgern, bei ich-syntonen Störungen und das heißt häufig bei Menschen, die zunächst leidensunfähig sind, sollte die psychotherapeutische Haltung aufgegeben und Coaching und Supervision praktiziert werden, ist aus psychoanalytischer Sicht äußerst befremdlich und birgt eine Gefahr für die gesamte Profession in sich.

Therapeutische Beziehungen sind hochkomplexe, äußerst störbare zwischenmenschliche Beziehungen, Beziehungen zwischen Persönlichkeiten mit all ihren Stärken, Störungen, Schwächen und hauptsächlich, wie Peter Fiedler vorschlägt, mit unterschiedlichen „Stilen" der Bewältigung psychischer Lebensprobleme. Um Behandlungen psychologisch verantwortlich zu führen und in ihnen zu bestehen, Probleme vorauszusehen und z. B. durch Supervision helfend in sie einzuwirken, braucht es nicht in erster Linie Manuale sowie Effizienznachweise, sondern Vorstellungen vom psychischen Menschen und eine systematische Menschenkenntnis, die schon Alfred Adler forderte. Solche Kenntnis ist nicht ohne Bildung zu haben, die Schulen liefern sie.

Das ‚Übersetzen' als Aufgabe der Psychotherapie

Peter Fiedler betreibt, um das Projekt einer integrativen Psychotherapie voran zu bringen, eine minimalistische Gegenstandbildung, die möglichst nach allen Seiten offen sein soll. Es ist erfreulich, dass er sich dabei für ein hochrangiges Konzept psychologischer Tradition, das der „Persönlichkeit", einsetzt. Würde er die Notwendigkeit einer Gegenstandsbildung in der Psychotherapie akzeptieren, wäre sicherlich eine Vertiefung der Auseinandersetzung mit verschiedenen Denktraditionen möglich und das wahllose Übernehmen von Konzepten wäre eingeschränkt.

So wird die Replik auf eine engagierte Arbeit, die das Projekt der Integration der Psychotherapie voranbringen will, zu einem entschiedenen Plädoyer für den Erhalt der Schulen, deren Aufgabe darin besteht, das psychologische Denken in verschiedenen Gegenstandsbildungen (Tradition und Auffassung vom psychischen Menschen) zu erhalten. In den Schulen wurde die Tradition des Denkens über den gesamten Bereich seelischer Phänomene in einer Zeit fortgesetzt, als sie wegen der Schwierigkeiten der Einigungen auf Konzepte und dem Zwang zur Operationalisierung, d. h. einfacher unpsychologischer Verrechnung, in der akademischen Psychologie aufgegeben wurde. Dabei gingen wertvolle und unverzichtbare Konzepte für verantwortliches psychotherapeutisches Handeln verloren. Jetzt melden sich diese Konzepte zurück – ob das eine Chance für unsere Wissenschaft sein wird, wird davon abhängen, ob wir die hohe Kunst der Übersetzung verschiedener Ansätze lernen und pflegen.

Eine ausführliche Fassung dieser Replik kann bei den Autoren angefordert werden.

Dipl.-Psych. Jürgen Hardt

Psychoanalytiker (DPV, IPA, DGPT)
Präsident der LPPKJP-Hessen
Goethestr. 10
35578 Wetzlar
juergenhardt@t-online.de

Dipl.-Psych. Mathias Hebebrand

Psychoanalytiker (DGIP/DGPT)
Vorsitzender des Ausschusses für
Wissenschaft und Forschung
der LPPKJP-Hessen
Georg-Speyer-Str. 13
60487 Frankfurt/M
mathias.hebebrand@web.de

Erwiderung auf die Stellungnahmen von G. Zurhorst und J. Hardt & M. Hebebrand

Über die Tücken eines monolithischen Denkens in Therapieschulen

Peter Fiedler

Zunächst möchte ich mich recht herzlich für die teils feinsinnigen, teils heftig formulierten Stellungnahmen zu meinem Beitrag über die „Ressourcenorientierte Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen" bedanken. Dieser Dank gilt nicht nur den drei Autoren der zuvor abgedruckten beiden Beiträge, sondern auch noch vielen anderen, die mich in den vergangenen Wochen mit Briefen und – dies vor allem – mit E-Mails regelrecht „eingedeckt" und die mir damit interessante Arbeitspausen bis Stunden des Nachdenkens beschert haben. Insgesamt überwiegt die Zahl derjenigen, die sich für den Beitrag bedanken, wobei die meisten interessanterweise nicht zwingend dem verhaltenstherapeutischen Spektrum zugeordnet werden können. Vor allem habe ich bei vielen mit meinen Ausführungen über das Stigmatisierungsproblem Zustimmung ausgelöst. Denn es geht in der Tat nicht an, wie dies einer meiner Korrespondenten schreibt, dass „Psychotherapeuten gelegentlich untereinander so über einige ihrer Patienten sprechen, als müssten sie gegen und nicht für diese schwierigen Patienten arbeiten".

In der Tat: Das darf nicht sein. Als Supervisor erlebe ich dies auch gelegentlich, und es ist allen Supervisoren in solchen Situationen „heilige Pflicht", in die Welt der bedeutsamen Übertragungs- und Gegenübertragungsanalysen einzutreten, um diese zum Nutzen für die therapeutische Interaktion ins Positive zu wenden. Ich denke, da besteht Konsens und keine Kontroverse, oder?

Diagnose vs. Stigmatisierung

Natürlich ist das Diagnostizieren von Persönlichkeitsstörungen nicht immer „Stigmatisierung". Insofern – da stimme ich Hardt und Hebebrand zu – hat Karl Jaspers recht, wenn man bei ihm über das von mir gewählte Zitat hinaus weiterliest.

Ich bekomme seit der ersten Auflage meines Buches „Persönlichkeitsstörungen" (1994) regelmäßig Zuschriften von Menschen, die sich das Werk aus privaten Motiven gekauft haben, und zwar: um endlich klar zu bekommen, was mit ihnen selbst los ist – und die sich nachfragend schriftlich auch noch an mich als Autor persönlich wenden. Viele bitten dann schlicht um eine Bestätigung der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung, die sie sich selbst gegeben haben. Und ich setze mich hin, schreibe zurück, antwortet mutig, sachlich, informativ: Diagnose bestätigend *oder* Diagnose anzweifelnd, wie mir dies eben anhand der Briefe möglich ist – und wann immer sinnvoll: weitere Literatur zum Thema empfehlend oder beilegend.

Auf meine (zumeist) bestätigenden Diagnose-Hinweise schreiben die meisten anschließend zurück. Diese Antworten waren für mich zunächst überraschend. Inzwischen sind sie das nicht mehr. Fast ausnahmslos schreiben die Betroffenen nämlich zurück, dass sie jetzt, nachdem sie wüssten, was für Personen sie seien, plötzlich erneut viel besser in ihren zwischenmenschlichen Bezügen zurechtkämen. Einige bedanken sich ausdrücklich; denn es gehe ihnen persönlich erheblich besser als noch Wochen zuvor. Überraschend ist vor allem der einheitliche Grundton in den Antworten, der die positive Gestimmtheit der Briefe erklärlich macht. Diagnose ermöglicht in günstiger Weise die Auflösung des Problems der sog. Ich-Syntonie der Persönlichkeitsstörungen: „Herzlichen Dank für Ihre Antwort. Jetzt weiß ich endlich wieder, wer ich bin!"

Die Diagnose ist ganz offensichtlich *nicht* das Problem. Die Frage ist vielmehr, wie Metakommunikation mit Betroffenen erreicht werden kann. (Selbst-)Diagnose kann der Selbst-Erkenntnis und (Selbst-)Behandlung immens zuträglich sein. Da kann ich meinen Kritikern nur zustimmen, diese Differenzierung zwischen Diagnose und Stigmatisierung vielleicht nicht deutlich genug herausgearbeitet zu haben. Die von Jaspers beschworenen Stigmatisierungsgefahren liegen woanders, häufig in der *Negativ*-Konnotation der Begriffe, die wir kurz und knapp für Persönlichkeitsstörungen benutzen – konkret: in unseren gelegentlich vorschnell und unbedacht verwendeten Kürzeln wie z. B. „paranoid", „schizoid" oder „zwanghaft", mit denen *ohne Respekt* vor dem persönlichem Stil eines Menschen aus dessen Personeigenarten auf eine vielleicht beleidigend erlebte Weise diagnostizierbare Störungen gemacht werden. Und genau damit hat Karl Jaspers eben auch recht, der in der Neuauflage seines Werkes dies selbst präzisiert hat. Dort spricht er nicht mehr nur von der „Feststellung des Wesens eines Menschen", sondern von der „klassifikatorischen Feststellung des Wesens".

Psychotherapieschule oder Integration?

Natürlich kann ich aus Platz- und Zeitgründen nicht auf alle Argumente meiner Kritiker eingehen. Deshalb möchte ich vor allem ein Problem in den Mittelpunkt rücken. In beiden Kritiken wird auf meine Position zur Integration psychotherapeutischer Schulen abgehoben. Diese sehe ich im sorgsamen Herausarbeiten der Vorteile jeweils unterschiedlicher Therapieverfahren (zwecks Bewahrung) und dann folgend im Suchen nach Kriterien für eine selektive und differentielle Indikation (zwecks Innovation). Mit der Begründung empirisch generierter Indikationskriterien wäre man vielleicht besser als heute in der Lage,

(a) *selektiv* zu entscheiden, ob Patienten der Weg zu einem Verhaltenstherapeuten (VT) oder besser zu einem Psychoanalytiker (PA) oder noch besser zu einem Gesprächspsychotherapeuten (GT) empfohlen werden könnte – und dann weiter:

(b) *differenziell* zu überlegen, wie in der Behandlung wann und mit welchen Strategien weiter verfahren werden sollte.

Doch damit beginnen die Probleme, wie die vorausgehenden Beiträge in ihrer Unterschiedlichkeit prägnant verdeutlichen: Wäh-

rend Hardt und Hebebrand darin „eine Chance“ sehen, sieht Zurhorst darin „die Gefahr der Zementierung des Schul-Denkens“ und keine echte Möglichkeit der Integration. Ich bin inzwischen – etwas anders noch als vor Jahren – eher geneigt, Günter Zurhorst zuzustimmen, auch wenn ich mir noch nicht ganz sicher bin. Was mich zu einem Umdenken bewogen hat, möchte ich im Folgenden gern begründen.

Erstes Problem, vor allem hierzulande: Die bundesdeutsche Psychotherapiegesetzgebung (PsychThG), die vorschreibt, dass jeder Therapeut seine Heimat in einer der klassischen Therapieschulen haben muss und sein Handeln an den Maßstäben seiner Therapie-Richtung auch auszurichten habe. *De Jure* könnten Patienten heute in Deutschland vielleicht sogar (als Beispiel) gegen einen Psychoanalytiker vorgehen, wenn er in seiner Behandlung phasenweise zur Verhaltenstherapie wechselt – auch wenn dies aus differenzial-diagnostischen und ätiologischen Erwägungen sinnvoll erscheint. Für Hardt und Hebebrand birgt ein solcher Eklektizismus sogar eine „Gefahr für die gesamte Profession der Psychoanalytiker“ in sich. Die Gefahr sehen sie bereits als gegeben, wenn die Psychoanalytiker wie die Verhaltenstherapeuten zeitweilig „Beratung, Coaching oder Supervision“ praktizieren.

Na, so was! Das genau war und ist nicht meine Position! Das ist ausschließlich „selektive Indikation“ und beinhaltet ein stures (oder mit Hardt und Hebebrand gesprochen: ein „engagiertes“) Festhalten an der eigenen Tradition. Oder um Zurhorst zur Seite zu springen: Das ist „Zementierung pur“ (!) – und, wie ich zeigen möchte: „Die reine Lehre“ fernab jeglicher Empirie und wohl auch bereits fernab der heute üblichen Praxis.

Zweites Problem in diesem Zusammenhang: Es gibt offensichtlich (oder leider) immer noch Psychoanalytiker, denen die empirische Forschung ein gewisser Dorn im Auge ist. Das sind jene, von denen Hardt und Hebebrand annehmen, dass sie meinen Beitrag nicht zu Ende gelesen hätten. Empirische Forschung erhebt Zahlen, viele Zahlen – und sie übersieht damit in der Tat gelegentlich, wie schwer sie sich damit tut, für die Bewertung des (in der Begutachtung und Behandlung wichtigen) einzelnen Falles Atmosphärisches und Beziehungsphänomene zu erfassen. Sie zeitigt „überzeugende signifikante“ Ergebnisse, wobei Signifikanz selbst immer nur prototypisch auf Untergruppen verweist, nicht auf das Gesamtkollektiv und ebenso wenig auf den einzelnen Fall.

Andererseits: Dass empirische Forschung das ausschließlich tue und deshalb grundsätzlich mit Skepsis zu betrachten sei, das genau wiederum ist falsch. Dabei wird übersehen, dass es insbesondere in der Psychotherapie-Prozessforschung um sorgsame Analysen und Datengruppierungen über einzelne Fälle geht. Und da Daten und Datengruppierungen nicht für sich sprechen, muss sich empirische Forschung bei der theoretischen Integration selbst einer heuristischen Strategie bedienen, ähnlich wie dies jene tun, die mit einzelnen Fällen in der Praxis arbeiten. Heuristik und Empirie gegeneinander auszuspielen, ist also unfruchtbar, auch wenn solche Diskussionen immer noch geführt werden.

Ein Blick in die Forschung

So lohnt sich ein Blick in die „Bibel“ der Therapieforscher, dem „Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“ (Lambert, 5. Aufl. 2004), das in seinen Kernaussagen zur empirisch orientierten Praxis der Psychotherapie seit Jahrzehnten durchgängig verbessert wurde und das Hardt und Hedebrand nicht zu kennen scheinen. Dieses Handbuch ist ein Gemeinschaftswerk von Psychotherapieforschern unterschiedlicher Herkunft – empirisch arbeitende Psychoanalytiker (vorrangig!), Verhaltenstherapeuten, Gesprächspsychotherapeuten, Gestalttherapeuten usw. –, die zudem auch noch in der schulübergreifend und weltweit vernetzten *Society of Psychotherapy Research* (SPR) eng zusammenarbeiten.

Wie diesem Handbuch zu entnehmen ist, finden sich in den unterschiedlichen anerkannten Therapieverfahren dieselben Wirkfaktoren und Vorgehensweisen, und auch die Therapieziele ähneln sich mehr, als die jeweils anderen Sprachtraditionen vermuten lassen. Und es spricht alles dafür, das enge Denken in Therapieschulen endlich zu überwinden, will man die in der Forschung erreichten Therapiewirkungen selbst mit Patienten zusammen erreichen. Und genau aus diesem Grund habe ich die berechtigte Hoffnung, dass wir mit einer sorgsamen (d. h. empirisch *und* heuristisch) begründeten Suche nach Kriterien für eine „differenzielle Indikation“ auch zukünftig noch entscheidende Fortschritte erreichen werden.

Und gerade was die „Beratung“ oder (für mich gleichwertig) „kluge Supervision“ von Patienten angeht, finden sich in Verlaufsstudien überraschende Ergebnisse. Schaut man den Therapeuten und Patienten (etwa mittels Video) bei ihrer Arbeit über die Schulter, dann beraten (!) die Psychoanalytiker in ihren Behandlungen offensichtlich etwa gleich häufig wie die Verhaltenstherapeuten. Das war für mich zunächst überraschend (vgl. zusammenfassend: Fiedler, 2003). Andererseits ist dieser Befund nicht weiter verwunderlich: Wenn man Therapeuten und Patienten nämlich nachträglich dazu befragt, bekommen die Beratungsepisoden immer Bestnoten mit Blick auf ihre Wichtigkeit für die Erreichung therapeutischer Ziele! Dass etwa „Ratschläge Schläge für die Patienten“ seien, wie ich dies dereinst noch von Ausbildern in meiner Therapieausbildung mit auf den Weg bekommen habe – davon kann heute auf der Grundlage von Forschungsbefunden keine Rede mehr sein. Genau das Gegenteil scheint zu stimmen.

Und so lässt sich denn weiter beobachten, dass dies in der Gesprächspsychotherapie und anderen Therapieverfahren nicht anders aussieht. Jedenfalls plädiert Rainer Sachse (1992) auf der Grundlage seiner hochinteressanten Prozess-Forschungsarbeiten bereits seit Jahren dafür, die „Gesprächspsychotherapie“ in „Zielorientierte Gesprächspsychotherapie“ umzubenennen – eben weil die zielorientiert (!) arbeitenden Kollegen und Kolleginnen die besseren Therapieeffekte erzielen.

Und so war es denn für mich auch nicht verwunderlich, dass die meisten E-Mails, die ich bekam, von systemisch denkenden Therapeuten stammen – wohlgemerkt „systemisch denkend“, was sie eigentlich nicht dürfen, weil qua Gesetz Therapie nur

im Sinne eines der drei Verfahren VT, GT oder PA erlaubt ist. Nichtsdestotrotz: Unsere systemisch arbeitenden Kolleginnen und Kollegen beschwerten sich bei mir durchgängig darüber, dass ich im Zusammenhang mit der Empfehlung „Beratung, Coaching, Supervision" eine ihrer Leitfiguren und dessen Therapieansatz sträflich übersehen hätte: DeShazer und seine lösungsorientierte Therapie. Tut mir wirklich leid! Offensichtlich muss man heute in alle Therapierichtungen Verbeugungen machen, wenn man „integrative Ideen" zum Besten gibt.

Verflixtes PsychThG

Hier offenbart sich mir eine durch das PsychThG verursachte neue Art von Empfindsamkeit. Nachdem im Gesetz die Therapieschulorientierung zwanghaft von den Therapieschulen selbst festzementiert wurde, möchte eben auch keine Therapieschule in ihrer jeweils spezifischen Unterschiedlichkeit übersehen werden. Sonst hagelt es Proteste, wie man den Repliken und den mir zugeschickten kritischen Briefen unschwer entnehmen kann. Diese Kränkbarkeit reicht offensichtlich bis hin zu Selbstverständlichkeiten. So war für mich z. B. „selbstverständlich" – was mir irrigerweise als defizitär vorgehalten wird – nicht weiter darauf einzugehen, dass natürlich *jegliche Art* verantwortliche Behandlung von Patienten immer „eine Hilfe nach einer anderen, neuen Selbstbehandlung" ist (Hardt & Hebebrand). Und natürlich ist für mich auch selbstverständlich, dass Rogers als einer der Väter einer autopoietischen Selbstbehandlung angesehen werden muss, wenngleich es (was Herr Zurhorst wohl auch „selbstverständlich" weiß) mit Sigmund Freud und Otto Rank beginnend schon reichlich andere Vordenker in dieser Sache gegeben hat.

Muss man seit der Einführung des PsychThG auch noch auf die Spezifika eingehen, mit der das „Psychotherapieziel Selbstbehandlung" (Fiedler, 1980) in den einzelnen Therapieschulen angestrebt wird? Die Folgen des für mich inzwischen bizarr anmutenden PsychThG weisen ganz offensichtlich erneut in Richtung „Schulkonkurrenz", „Abschottung gegeneinander" und „Zementierung" – abgesegnet durch einen Beirat, der zudem streng darauf achtet, dass zukünftig nur jene Therapieschule neu zugelassen wird, die ihre Wirksamkeit eng im Sinne ihrer Schultradition nachweisen kann. So wurde dort im Zusammenhang mit der Zulassung der Gesprächspsychotherapie darüber gestritten, ob die Forschungsergebnisse aus der so bezeichneten „Experientiellen Psychotherapie" nun als gesprächspsychotherapeutisch zu gelten hätten. Diese „integrative" Perspektive wurde glatt abgeschmettert. Das kommt dabei heraus, wenn nur die Wissenschaftsvertreter von bereits anerkannten Verfahren darüber befinden, ob noch ein anderes als das durch sie vertretene Verfahren die höheren Weihen bekommen soll. Die integrativen Forscher in der SPR können angesichts dieser inzwischen typisch deutschen Häuslebauer-Mentalität nur graue Haare bekommen.

Mir jedenfalls gefällt das gar nicht. Deshalb bin ich allmählich zur Auffassung gelangt, dass meine Idee der „Bewahrung der Therapieschulen" und der „Selektiven Indikation von Patienten" sehr gründlich zu hinterfragen ist. Und in diesem Sinne bin ich Herrn Zurhorst für seine kritischen Anmerkungen in dieser Sache sehr zu Dank verpflichtet. Dazu ein weiteres Beispiel.

Die tückischen Folgen eines monolithischen Denkens in Therapieschulen

Eine ernste Frage vorab, weil sie mich ebenfalls seit einiger Zeit bewegt: Würden Sie mit mir in Folgendem einig sein (und gemeint sind jetzt insbesondere jene Verantwortung tragenden Kritiker meines Artikels aus der LPPKJP-Hessen)? Gesetzt den Fall, in der empirischen Forschung zur Psychotherapie bei (persönlichkeitsgestörten) Sexualstraftätern würde gründlich belegt, dass sich mit Therapieverfahren X die Rückfallzahlen unter 10 Prozent absenken lassen, während die Rückfallzahlen mit Behandlungsverfahren Y und Z etwa doppelt so hoch, nämlich bei 20 Prozent liegen. Wohlgemerkt: gute empirische Studien und Metaanalysen mit fünf- bis zum Teil weit über zehnjährigen Katamnesen. Sie würden doch mit mir einig sein, dass Verfahren Y und Z nicht mehr in Anwendung gebracht werden sollten, und zwar so lange nicht, bis für diese Verfahren in der Forschung ebenfalls ausreichend gute Erfolgszahlen wie für Verfahren X vorgelegt werden, oder? Alles andere gereichte nämlich nicht nur den Sexualstraftätern, sondern gerade bei Sexualstraftaten auch der Gesellschaft zum Nachteil und Schaden, oder? Und um auch noch einen für uns Psychotherapeuten rechnerisch möglichen Vorteil konkret zu benennen: Mit jedem zusätzlich erfolgreich behandelten Sexualstraftäter kann man, was die Kosten für Gericht, Gutachten und Unterbringung in Forensik oder Gefängnis angeht, gut die Stelle von ein oder sogar zwei Psychotherapeuten finanzieren. Also nur noch Verfahren X! Soweit d'accord?

Nun denn: Genau das ist gegenwärtig im Bereich der Behandlung von Sexualdelinquenten der Fall. „Verfahren X" ist die „Verhaltenstherapie", „Verfahren X und Y" sind die psychodynamischen und gesprächspsychotherapeutischen Behandlungskonzepte (vgl. hierzu näher: Fiedler, 2004). Das – mit Blick auf unsere Kontroverse – Fatale an dieser Situation ist zum Beispiel, dass die *American Psychiatric Association* (APA) sowie einige in anderen Ländern zuständige gesundheitspolitische Instanzen aus diesen Befunden eine *radikale Konsequenz* gezogen haben, nämlich: die psychodynamischen und sonstigen einsichtsorientierten Verfahren aus dem Kanon der akzeptierbaren Behandlungskonzepte bei Sexualdelinquenz zu streichen (APA, 1999). Proteste aus den betroffenen Therapieschulen blieben ohne Erfolg. Gründe: keine empirisch nachweisbaren Erfolge – aber auch: der eklatante Mangel an empirischer Forschung zur Sexualdelinquenztherapie in den einsichtsorientierten Verfahren, eben weil man sich dort kaum darum bemüht hat, Erfolge nachzuweisen.

Das kann dabei herauskommen, wenn man sich wie Hardt und Hebebrand daranmacht, mit „einem entschiedenen Plädoyer für den Erhalt der Schulen zu kämpfen". Und um meine Position in dieser Sache zu verdeutlichen: Mir schmeckt die Entscheidung der APA überhaupt nicht.

Leider spiegelt sich in der APA-Entscheidung auch das beklemmende Ergebnis des engstirnigen Festhaltens vieler Psychoanalytiker an einem tradierten Behandlungskonzept wider (und gelegentlich auch ihre Ambivalenz bis Abneigung gegenüber der empirischen Prüfung ihres Verfahrens). Merke wohl: Einsichtsorientierte und psychodynamische Therapie in einem hochrelevanten Bereich – in den USA erst einmal passee!

Dies ist nun der zweite Grund, warum ich im Moment daran zu zweifeln beginne, ob es sich noch lohnt, auf eine „Bewahrung der Therapieschulen" hinzudenken. Bei Durchsicht der in der Tat inzwischen sehr erfolgreichen Verhaltenstherapiekonzepte bei Sexualtherapie ist mir nämlich klar geworden, dass es auch psychodynamisch oder gesprächspsychotherapeutisch orientierten Therapeuten nicht schwer fallen dürfte, die wesentlichen Elemente dieser Behandlungsansätze in ihren Institutionen zu realisieren (vgl. Fiedler, 2004). Man bräuchte dazu in verschiedener Hinsicht nur das *therapiepraktische Vorgehen* abzuändern – andererseits (hoffentlich) nicht das psychodynamische Denken. Im Gegenteil könnte es sich als Vorteil erweisen, das Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen mit den Sexualstraftätern genau im Auge zu behalten – ein unbestreitbarer Perspektivvorteil der Psychoanalytiker, der so manchem Verhaltenstherapeuten fehlt. Zusammendenken-Lernen und das differenzielle Anwenden unterschiedlicher therapeutischer Strategien, das genau verstehe ich unter „differenzieller Indikation".

Wenn man übrigens genau hinsieht, dürfte die konkrete Praxis glücklicherweise bereits heute in vielem dem völlig zuwiderlaufen, wie dies Hardt und Hebebrand als monolithische psychoanalytisch-psychodynamische Psychotherapie vorzuschweben scheint. Psychodynamisch wie verhaltenstherapeutisch arbeitende Kollegen in der forensischen Psychotherapie haben insbesondere hierzulande sehr gute Arbeit geleistet, zumeist kooperativ miteinander in zumeist gut funktionierenden therapeutischen Teams (vgl. Kröber, 1999). Und sie waren und sind dabei – angesichts des gesellschaftlichen Drucks, der auf ihnen tagtäglich lastet – immer schon gezwungen, zum Nutzen der Sexualstraftäter wie der Gesellschaft das enge Therapiedenken in Schulen zu überwinden, um nach neuen, und das heißt: integrativen und damit zwangsläufig eklektischen Wegen zu suchen. Ohne kluge Beratung, ohne Coaching und Supervision würde ein psychoanalytisch geschulter Psychotherapeut in der forensischen Psychiatrie nur bei wenigen der ihm anvertrauten (auch persönlichkeitsgestörten) Sexualstraftäter etwas bewirken. Das jedenfalls belegen jene Therapieprozess-Forschungsarbeiten, die ich für meine Arbeit über ressourcenorientierte Behandlung sorgsam ausgewählt und zitiert habe.

Schluss

Übrigens habe ich in meinem Beitrag mit keinem Wort gefordert, dem Denken in Therapieschulen eine Absage zu erteilen. Ich habe nur *ganz bescheiden* zu Folgendem angeregt, was ich hiermit wiederholen möchte: „Patientenberatung und Patientensupervision sollten als weitere neben vielen Psychotherapiemethoden auf der Grundlage einer guten Therapieausbildung zukünftig zwingend dazu gehören". Wie ich hoffentlich deutlich machen konnte, werden diese beiden Aspekte von vielen Therapeuten bereits heute in ihrer konkreten Praxis zum Vorteil der Patienten realisiert. Und die Empirie zeigt weiter, dass Beratung, Training und Supervision von Patienten die Wirkungen therapeutischen Handelns deutlich zu steigern vermögen. Warum also darauf verzichten? Nur weil sie traditionell nicht zum Handwerkszeug einer Schule dazugehören? So stellen sich Hardt und Hebebrand offensichtlich die Zukunft vor: Psychotherapieschule als ewiges Nachsitzen bei immer den gleichen Lehrern. Meinem Weltbild entspricht das nicht!

Dass die drei edukativen Strategien sogar „eine Gefahr für die gesamte Profession der Psychoanalytiker in sich bergen", das kann man sich eigentlich nur am Schreibtisch in höheren Etagen ausdenken – oder als Guru, der auf die Reinheit der Lehre pocht. Ich möchte hier eindringlich zur Vorsicht und Behutsamkeit mahnen. Eine solche Haltung widerspricht nicht nur der Praxis und Empirie. Sie könnte sich zukünftig sogar als gefährlicher Boomerang erweisen, ähnlich dem APA-Beschluss. Danach wäre es bereits heute und auf eine für mich jedenfalls nicht verantwortbare Weise möglich, den Psychoanalytikern und Gesprächstherapeuten die Behandlung von Phobien, Zwangsstörungen sowie einigen anderen Störungsbildern zu untersagen, nur weil sie mangels hinreichender Empirie nicht an die vorweisbaren Erfolge der Verhaltenstherapie anknüpfen können. Wollen wir das wirklich?

Literatur

APA – American Psychiatric Association (1999). *Dangerous sex offenders. A Task-Force Report.* Washington, DC: American Psychiatric Association.

Fiedler, P. (1981) (Hrsg.). *Psychotherapieziel Selbstbehandlung. Grundlagen kooperativer Psychotherapie.* Weinheim: edition psychologie im VCH-Verlag.

Fiedler, P. (2001). *Dissoziative Störungen und Konversion* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz-PVU.

Fiedler, P. (2003). Kritik (nicht nur) der Verhaltenstherapie aus der Sicht eines Verhaltenstherapeuten. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie, 7,* 258–271.

Fiedler, P. (2004). *Sexuelle Orientierung und sexuelle Abweichung* (im Druck). Weinheim: Beltz-PVU.

Kröber, H. L. (1999). Wandlungsprozesse im psychiatrischen Maßregelvollzug. *Zeitschrift für Sexualforschung, 12,* 93–107.

Lambert, M. J. (Ed.) (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.). New York: Wiley.

Sachse, R. (1992). *Zielorientierte Gesprächspsychotherapie.* Göttingen: Hogrefe.

Prof. Dr. Peter Fiedler

Verhaltenstherapeut und Supervisor
Universitätsprofessor für Klinische Psychologie und Psychotherapie
Psychologisches Institut der Universität Heidelberg
Hauptstraße 47–51
69117 Heidelberg
peter.fiedler@psychologie.uni-heidelberg.de

Mitteilungen der Bundespsychotherapeutenkammer

3. Deutscher Psychotherapeutentag am 15. Mai 2004 in Hannover

Am 15. Mai 2004 fand in Hannover der 3. Deutsche Psychotherapeutentag statt. Der vergleichsweise jungen Selbstverwaltung der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten stellte sich – nicht anders als der Ärzteschaft – die Aufgabe, eine inhaltliche und organisatorische Rahmenordnung für die Umsetzung sozial- und berufsrechtlicher Fortbildungspflichten zu beschließen.

Musterfortbildungsordnung

Eine Kommission der Bundesdelegiertenversammlung legte in Hannover den Entwurf einer Musterfortbildungsordnung vor. Herr Krenz, der Sprecher der Kommission stellte Ziele und Inhalte des Entwurfs vor, die weitestgehend die Zustimmung der Delegierten fanden.

Im Interesse der Patienten soll die Musterfortbildungsordnung einen Beitrag dazu leisten, dass Psychotherapeuten Patienten nach dem neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse behandeln. Wichtig war den Delegierten deshalb, ein breites Spektrum an Fortbildungsarten und -inhalten abzustecken. Liberalität erschien allen Delegierten als Voraussetzung für eine breite Akzeptanz der Musterfortbildungsordnung auf Landesebene. Eine Einengung der Fortbildung auf Richtlinienverfahren oder psychotherapeutische Kernkompetenzen lehnten die Delegierten ab.

Neben diesen inhaltlichen Zielen ging es dem 3. Deutschen Psychotherapeutentag darum, die Musterfortbildungsordnung möglichst eindeutig und klar zu formulieren und den Weg für eine unbürokratische Umsetzung zu ebnen.

Die Umsetzung der Fortbildungspflicht nach § 95 d SGB V fordert – so der Vorstand der BPtK – nun die Verwaltung jeder Landespsychotherapeutenkammer. Die BPtK wird durch Workshops die Arbeit der Landeskammern unterstützen.

Die Bundespsychotherapeutenkammer strebt eine Vereinbarung mit KBV und Bundesärztekammer an, in der der erforderliche Punkteumfang für die Erfüllung der Fortbildungspflicht vereinbart wird. Gegenstand dieser Vereinbarung soll auch die wechselseitige Anerkennung der Fortbildungsbescheinigungen sein, so dass Fortbildungspunkte übergreifend von Landesärztekammern oder anderen Landespsychotherapeutenkammern anerkannt werden.

Die Musterfortbildungsordnung der Fortbildungskommission wurde nach intensiver Diskussion mit einigen Änderungen verabschiedet. Sie ist in dieser Ausgabe abgedruckt.

Beitragsordnung und -höhe

Eine intensive Diskussion gab es um die Beitragshöhe, die die Mitglieder der Landespsychotherapeutenkammern für die Bundespsychotherapeutenkammer künftig entrichten werden. Die Delegierten des 3. Deutschen Psychotherapeutentages waren sich darin einig, dass noch viel zu tun ist, bis Psychotherapie als vollwertige Heilkunde ihre angemessene Anerkennung findet. Verantwortlichen bei Krankenkassen, anderen Leistungserbringerorganisationen und in der Gesundheitspolitik auf Bundes- wie Landesebene ist der geleistete und zusätzlich mögliche Beitrag der Psychotherapie zur Rehabilitation, Kuration und Prävention psychischer Krankheiten, aber auch chronischer Krankheiten noch weitgehend unbekannt. Die BPtK gemeinsam mit den Landespsychotherapeutenkammern will daher eine breit angelegte, inhaltlich orientierte Lobbyarbeit aufbauen. So einig sich die Delegierten in dem Ziel waren, so unterschiedlich wurde die Zeitperspektive und damit der Ressourceneinsatz eingeschätzt, der notwendig ist, um das Ziel zu erreichen. Diskutiert wurde eine Beitragsspanne zwischen 30 und 45 Euro pro Kammermitglied. Gerade kleine Kammern oder Kammern, die intensiv mit ihrer eigenen Aufbauarbeit beschäftigt sind, konnten sich nicht dazu entschließen, der Bundesebene Ressourcen zur Verfügung zu stellen, die umfassend und kurzfristig die Realisierung der Aufgaben ermöglichen würden. Die Bundesdelegiertenversammlung fand einen Kompromiss. Zunächst wird ein Beitrag in Höhe von 39 Euro durch die Landespsychotherapeutenkammern gezahlt. Dies ermöglicht es der Bundespsychotherapeutenkammer, die dringlichsten Aufgaben auf ausreichend professionellem Niveau anzugehen. Die Delegierten wollen beobachten, welche Ziele wie realisiert werden können und dann neu diskutieren, welcher Beitrag an die Bundesebene zu entrichten sein wird. In diesem Kontext möchten einige Delegierte auch die Frage eines Finanzausgleichs zwischen kleinen und größeren Kammern weiter verfolgen. Wenngleich Landesrecht einem direkten Mitteltransfer wohl entgegensteht, soll dennoch weiter über eine ressourcenschonende, länderübergreifende Aufgabenwahrnehmung nachgedacht werden.

Bericht des Vorstands

Was mit den Beiträgen passiert, zeigte der Vorstandsbericht. In den zurückliegenden sechs Monaten war die Arbeit des Vorstandes der BPtK – so der Präsident Detlev Kommer – gekennzeichnet durch eine intensive Beschäftigung mit berufspolitischen Themen wie Fort- und Weiterbildung, Konzepten zur berufspolitischen Situation von Psychotherapeuten in Institutionen und Lösungsstrategien für die Versorgungs-

engpässe im KJP – Bereich. Im Kontext dieser Arbeit wuchsen die notwendigen Kooperations- und Kommunikationsverbindungen zwischen Landeskammern und Bundesebene. Wie erwartet, braucht der Aufbau dieser Organisationsstrukturen Zeit, gegenseitiges Verständnis und Toleranz.

BMGS

Wichtig war es dem Vorstand, in der Berliner Politik Fuß zu fassen. Ein Antrittsbesuch bei Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt war ein erster Schritt. Frau Schmidt sieht durchaus das Potential der Psychotherapie und ermutigte die Bundespsychotherapeutenkammer und die Landespsychotherapeutenkammern, ihren Sachverstand auch zum Thema Prävention und Gesundheitsförderung oder beim Aufbau integrierter Versorgungsformen einzubringen. Die Mitarbeit der Bundespsychotherapeutenkammer bei der Entwicklung der elektronischen Gesundheitskarte und der Health Professional Card fördert das BMGS. Diese Unterstützung ist notwendig, denn die Bundespsychotherapeutenkammer wird durch ein redaktionelles Versehen in einschlägigen Paragraphen des SGB V nicht genannt, und die Bundesgesundheitsministerin machte deutlich, dass außer einem Präventionsgesetz in der laufenden Legislaturperiode keine weitere Gesundheitsreform und keine Novellierung des Psychotherapeutengesetzes anstehe.

Einen weiteren Antrittsbesuch machte die BPtK bei der Patientenbeauftragten der Bundesregierung. Frau Helga Kühn-Mengel berichtete von der arbeitsintensiven Aufbauphase der neu geschaffenen Institution der Patientenbeauftragten. Sie sicherte der BPtK zu, sich für die Interessen psychisch kranker Menschen stark zu machen und in engem Kontakt mit der BPtK zu bleiben.

Gemeinsamer Bundesausschuss

Herr Kommer berichtete auch über ein Gespräch mit Dr. Rainer Hess, dem Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses. Dr. Hess betonte, dass die Bundespsychotherapeutenkammer nach dem SGB V ein Recht auf Anhörung, beziehungsweise Stellungnahme habe, wenn Themen der Berufsausübung tangiert seien. Bei Verfahrens- und Geschäftsordnungsfragen sei allerdings per se ein solches Anhörungsrecht nicht gegeben. Wenn allerdings bei Verfahrensfragen, wie zum Beispiel der BUB-Richtlinie, inhaltliche Auswirkungen erwartbar sind, sei eine fachliche Meinungsäußerung mit Sicherheit möglich. Er ermutigte die BPtK, ihren Sachverstand in die unterschiedlichen Arbeits- und Unterausschüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses einzubringen. Zu den anstehenden Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Gesprächspsychotherapie und zur Neuropsychologischen Therapie berichtete die BPtK, dass eine Stellungnahme zum Thema Neuropsychologische Therapie auf der Basis eines Hearings, das am 16. Februar 2004 bei der BPtK stattfand, in Vorbereitung ist. Herr Dr. Hess informierte, dass aktuell die Neuropsychologische Therapie im Unterausschuss Heilmittel verhandelt werde. Dieser Unterausschuss habe dann auch zu diskutieren, inwiefern die Neuropsychologie ein Heilmittel oder eine psychotherapeutische Untersuchungs- und Behandlungsmethode sei. Hier könne die Dokumentation des Hearings hilfreich sein. Weiter war Herr Dr. Hess sich mit dem Präsidenten der Bundespsychotherapeutenkammer darin einig, dass Ausbildungsempfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie keine normierenden Wirkungen für den Gemeinsamen Bundesausschuss entfalten können.

Präventionsgesetz

Herr Kommer kommentierte kurz die vorliegenden Eckpunkte für ein Präventionsgesetz. Diese machten, so Herr Kommer, zunächst einmal den Stellenwert deutlich, den Prävention im deutschen Gesundheitssystem künftig haben sollte. Von Bedeutung sei dabei aus Sicht der Psychotherapeuten, dass Prävention sich nicht auf die großen Vier: Sucht, Ernährung, Bewegung und Stress reduziere. Auch die Prävention psychischer Krankheiten sei angesichts der Entwicklung des Krankheitspanoramas eine vordringliche Aufgabe. Die WHO habe dies bereits in einem Bericht 2002 deutlich gemacht. Völlig unzureichend berücksichtigt werde darüber hinaus das Potential der Psychotherapie bei der tertiären Prävention chronischer Erkrankungen. Aus anderen Ländern gäbe es ausreichend Evidenz dafür, dass psychotherapeutische Kurzinterventionen es gerade chronisch Kranken ermöglicht, besser mit krankheitsspezifischen Belastungen umzugehen und Gesundheitspotentiale für sich selber aufzubauen. Bei diesem Thema sollten Bundes- und Landesebene Hand in Hand gehen und ihr Know-How bei den anstehenden Beratungen, aber insbesondere bei konkreten Präventionsprojekten, einbringen.

Tagesbetreuungsausbaugesetz

Herr Kommer ging kurz auf weitere Gesetzgebungsverfahren ein, z.B. das Tagesbetreuungsausbaugesetz. Dieses habe – wenn es in der vorliegenden Fassung Gesetz werden sollte – weitreichende Konsequenzen für die Arbeit der Erziehungsberatungsstellen. Der Vorstand der BPTK werde sich mit Stellungsnahmen und Gesprächen in anstehenden parlamentarischen Verfahren engagieren.

Bürgerversicherung

Die Diskussion um die Bürgerversicherung nehme – so Kommer – deutlich Fahrt auf. Auch das Kopfpauschalenmodell werde auf Umsetzbarkeit getrimmt. Beide Ansätze haben Konsequenzen für die PKV und damit für Leistungserbringer, also auch die Psychotherapeuten. Hier müsse man gemeinsam eine sachgerechte und politisch verantwortliche Position erarbeiten. Dies wolle man gemeinsam mit den Landeskammern angehen. Die Bundesdelegiertenversammlung kommentierte die Arbeit ihres Vorstandes positiv, beriet den Jahresabschluss 2003 und entlastete den Vorstand.

Resolutionen

Die Bundesdelegiertenversammlung beschloss außerdem drei Resolutionen:

1. Prävention von Krankheiten verbessern
2. Häusliche Gewalt bekämpfen
3. Zur gegenwärtigen Diskussion um eine Novellierung des SGB VIII

Alle drei Resolutionen werden in der nächsten Ausgabe abgedruckt und sind bereits jetzt auf der Homepage der BPtK zu finden.

Musterfortbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer

§ 1 Fortbildungsziele

(1) Die Fortbildung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dient der Erhaltung, Aktualisierung, und Entwicklung der fachlichen Kompetenz durch berufsbegleitende Aneignung von Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten auf dem neuesten Stand der wissenschaftlichen Entwicklung. Darüber hinaus beziehen sich die Inhalte der Fortbildung auch auf die der Psychotherapie angrenzenden Fachgebiete.

(2) Fortbildungsmaßnahmen sollen dazu beitragen, die Fähigkeit zur selbständigen Beurteilung wissenschaftlicher Grundlagen und Perspektiven verschiedener theoretischer Positionen und klinischer Vorgehensweisen in der Psychotherapie zu fördern.

(3) Besondere Bedeutung hat eine kontinuierliche, berufsbegleitende Reflexion der praktisch-klinischen Tätigkeit.

(4) Selbstorganisation von Fortbildung durch Psychotherapeuten wird unterstützt, besonders bei interdisziplinären und interprofessionellen Kooperationen.

(5) Fortbildung unterstützt die Entwicklung von neuen Versorgungsformen, die in besonderer Weise interdisziplinäres und interprofessionelles Zusammenwirken erforderlich machen.

§ 2 Fortbildungsinhalte

Die Fortbildungsinhalte müssen dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse entsprechen. Sie beziehen sich auf die Theorie und Praxis der Psychotherapie, einschließend die Ergebnisse der Psychotherapie-Forschung, Prävention und Rehabilitation und die Fachgebiete der angrenzenden wissenschaftlichen Disziplinen.

§ 3 Fortbildungsarten

(1) Alle Kammermitglieder haben die Möglichkeit, entsprechend der eigenen Berufssituation Schwerpunkte zu setzen:

I. Theorie
zum Beispiel
- Kongresse
- Tagungen
- Symposien
- Vorträge
- Seminare
- Lehrtätigkeit (im Rahmen der Fort- und Weiterbildung)
- Autorenschaft
- Mediengestützte interaktive Fortbildung
- Selbststudium

II. Praktisch-klinische Tätigkeit
zum Beispiel
- Workshops
- Hospitationen
- Fallkonferenzen
- (interdisziplinäre) Kolloquien
- Klinikkonferenzen

III. Reflexion der psychotherapeutischen Tätigkeit
zum Beispiel
- Supervision
- Intervision
- Selbsterfahrung
- Kasuistisch-technisches Seminar
- Qualitätszirkel
- Balintgruppen
- Interaktionsbezogene Fallarbeit

(2) Es wird empfohlen sich in allen drei Fortbildungsarten fortzubilden.

(3) Die Fortbildung wird mit Punkten bewertet. Eine Fortbildungseinheit dauert 45 Minuten. In der Regel wird einer Fortbildungseinheit ein Fortbildungspunkt zugeordnet. Die Bewertung der Fortbildung ist im Einzelnen in Anlage 1 geregelt.

§ 4 Begriffsbestimmung: Anerkennung, Bescheinigung, Akkreditierung und Zertifizierung von Fortbildungsmaßnahmen

(1) Nach inhaltlicher Prüfung der abgeleisteten Fortbildung erfolgt im Einzelfall durch die Landespsychotherapeutenkammern gegenüber dem Fortbildungsteilnehmer die „Anerkennung" von Fortbildung. Über diese Anerkennung können „Bescheinigungen" durch die Landespsychotherapeutenkammer erteilt werden, die die Fortbildung mit Punkten bewerten.

(2) Unter „Akkreditierung" wird in dieser Fortbildungsordnung die Vorabbestätigung verstanden, dass Fortbildungsveranstaltungen bei ordnungsgemäßer Durchführung die inhaltlichen Voraussetzungen zur Anerkennung der Fortbildung im Einzelfall erfüllen. Unter bestimmten Voraussetzungen ist auch eine „Akkreditierung von Fortbildungsveranstaltern" möglich.

(3) Ein „Zertifikat" wird erteilt, wenn anerkannte Fortbildungen nach Art und Umfang den jeweils spezifizierten Anforderungen genügen.

§ 5 Zuständigkeit

Für die Anerkennung und Akkreditierung von Fortbildungsveranstaltungen ist die Landespsychotherapeutenkammer zuständig, in deren Land die Veranstaltung stattfindet. Hat eine andere für das Land zuständige Heilberufskammer eine psychotherapierelevante Fortbildungsveranstaltung bereits anerkannt, wird diese Anerkennung von der zuständigen Landespsychotherapeutenkammer bestätigt.

§6 Anerkennung von Fortbildungsveranstaltungen
(1) Fortbildungsveranstaltungen müssen folgende Kriterien erfüllen, um anerkannt werden zu können:
- Wissenschaftlichkeit der Inhalte
- Anwendbarkeit auf die berufliche Praxis
- Qualifikation der Referenten und Supervisoren (siehe Anlage 2)
- Qualität der eingesetzten Fortbildungsmethoden
- Überprüfbarkeit des Fortbildungserfolges

(2) Zur Überprüfung der Anerkennungsvoraussetzungen erlässt der Vorstand der Landespsychotherapeutenkammer Durchführungsbestimmungen.

(3) Die Landespsychotherapeutenkammer behält sich eine Überprüfung der Durchführung der Fortbildungsmaßnahme vor. Werden erhebliche Abweichungen von den zur Anerkennung eingereichten Unterlagen festgestellt, können Fortbildungsveranstaltungen auch nach ihrer Durchführung von der Anerkennung ausgeschlossen werden. Der Veranstalter ist dazu vorher zu hören.

(4) Wird eine Fortbildungsveranstaltung nicht anerkannt, kann dagegen Widerspruch eingelegt werden. Wird dem Widerspruch nicht abgeholfen, so entscheidet darüber der Vorstand.

§ 7 Bescheinigungen über die Teilnahme an Fortbildung

(1) Fortbildungsnachweise können bei der Landespsychotherapeutenkammer zur Anerkennung und ggf. zur Bewertung anhand von Fortbildungspunkten eingereicht werden. Wird der Fortbildungsnachweis anerkannt, erhält das Kammermitglied darüber eine Bescheinigung.

(2) Die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen im Ausland kann auf Antrag des Kammermitglieds anerkannt werden, sofern die Veranstaltung den Anerkennungs-kriterien dieser Fortbildungsordnung entspricht.

§ 8 Akkreditierung von Fortbildungsveranstaltungen und Fortbildungsveranstaltern

(1) Fortbildungsveranstaltungen können vor ihrer Durchführung auf Antrag von der Landespsychotherapeutenkammer akkreditiert werden, sofern dabei die Anforderungen der Fortbildungsordnung erfüllt werden. Mit der Akkreditierung erfolgt gleichzeitig eine Bewertung der Fortbildungsveranstaltung mit Fortbildungspunkten. Der Fortbildungsveranstalter ist berechtigt, auf die Akkreditierung durch die Landespsychotherapeutenkammer öffentlich hinzuweisen und mit Fortbildungspunkten bewertete Bescheinigungen auszustellen.

(2) Auf Antrag können auch Fortbildungsveranstalter zeitlich befristet akkreditiert werden, sofern sie die Gewähr dafür bieten, dass unter ihrer Trägerschaft Fortbildungsinhalte, Art der Durchführung, durchführende Personen und die eingesetzten Evaluationsmethoden den Anforderungen der Fortbildungsordnung entsprechen. Akkreditierte Fortbildungsveranstalter sind berechtigt, auf die Akkreditierung öffentlich hinzuweisen und mit Fortbildungspunkten bewertete Teilnahmebescheinigungen auszustellen.

(3) Über das Akkreditierungsverfahren erlässt die Landespsychotherapeutenkammer Durchführungsbestimmungen.

(4) Die Landespsychotherapeutenkammer behält sich eine Überprüfung der Akkreditierung der einzelnen Fortbildungsveranstaltung bzw. des Fortbildungsveranstalters vor. Werden bei der Organisation und Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen erhebliche Abweichungen von den Anforderungen der Fortbildungsordnung festgestellt, kann die Akkreditierung widerrufen werden. Der für die Fortbildungsveranstaltung Verantwortliche ist vorher zu hören.

§ 9 Fortbildungszertifikat

Auf Antrag eines Kammermitglieds stellt die Landespsychotherapeutenkammer ein Fortbildungszertifikat aus, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:
- Nachweis von anerkannten Fortbildungsmaßnahmen, die mit mindestens 250 Punkten nach §3 in Verbindung mit Anlage 1 der Fortbildungsordnung bewertet sind und
- innerhalb eines der Antragstellung vorausgehenden Zeitraums von 5 Jahren abgeschlossen wurden.

Anlage 1: Kategorien von Fortbildungsveranstaltungen und deren Bewertung

Fb-Art	Kat.	Kategorie	Punktzahl	Bewertungsrahmen	Nachweis
I	A	Vortrag und Diskussion	1 Punkt pro Fortbildungsstunde	Max. 8 Punkte pro Tag	Teilnahmebescheinigung
I	B	Kongresse/ Tagungen/Symposien im In- und Ausland	Wenn kein Einzelnachweis entsprechend Kategorie A bzw. C erfolgt: 3 Punkte pro 1/2 Tag bzw. 6 Punkte pro Tag		Teilnahmebescheinigung
I	C	Seminar, Workshop, Kurs	1 Punkt pro Fortbildungsstunde 1 Zusatzpunkt für mindestens vierstündige Veranstaltung.	Maximal 2 Zusatzpunkte pro Tag	Teilnahmebescheinigung
III	D	Reflexive Veranstaltungen Qualitätszirkel,/ Supervision/Intervision/ Balintgruppe/Selbsterfahrung/ Interaktionsbezogene Fallarbeit/ Kasuistisch-technisches Seminar	1 Punkt pro Fortbildungsstunde 1 Zusatzpunkt für mindestens vierstündige Veranstaltung.	Maximal 2 Zusatzpunkte pro Tag	Formales Sitzungsprotokoll (Teilnehmerliste, Ort, Zeit, Thema)
I	E	Strukturierte interaktive Fortbildung mittels Internet/CD-ROM/Printmedien mit nachgewiesener Qualifizierung und Auswertung des Lernerfolgs in Schriftform. Die hierfür anrechenbaren Medien und Inhalte müssen vorab von der Landespsychotherapeutenkammer anerkannt werden.	1 Punkt pro Übungseinheit		Bescheinigung der Landespsychotherapeutenkammer über die Anerkennung des Mediums + Nachweis des Lernerfolges
I	F	Selbststudium durch Fachliteratur/Lehrmittel		Höchstens 50 Punkte. in fünf Jahren	Selbsterklärung
I	G	Autoren Referenten/Qualitätszirkel-moderatoren	1 Punkt pro Beitrag 1 Punkt pro Beitrag/Poster/Vortrag zusätzlich zu den Punkten der Teilnehmer		Literatur-, Programm-Nachweis
II	H	Hospitationen in psychotherapie-relevanten Einrichtungen/ Workshops/ Fallkonferenzen/(interdisziplinäre) Kolloquien/ Klinikkonferenzen	1 Punkt pro Stunde maximal 8 Punkte pro Tag		Bescheinigung der Einrichtung

Anlage 2: Anforderungskriterien an Referenten und Supervisoren

1. Anforderungskriterien für Referenten
   Folgende Kriterien gelten für Referenten von Fortbildungsveranstaltungen:

A. Approbation nach § 2 PsychThG oder Nachweis über eine für das betreffende Fachgebiet einschlägigen Berufsqualifikation.

B. Nachweis ausreichender Fähigkeiten und Erfahrungen in dem gelehrten Fachthema

C. Selbstverpflichtung zur Produktneutralität

2. Anforderungskriterien für Supervisoren
   Folgende Kriterien gelten für Supervisoren von Fortbildungsveranstaltungen:

A. Supervisoren müssen über eine Approbation als Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut verfügen oder psychotherapeutisch weitergebildeter Arzt sein.
   Ausnahmen können in begründeten Fällen beim Vorliegen äquivalenter Voraussetzungen geltend gemacht werden.

B. Die von den psychotherapeutischen Berufs- und Fachverbänden und von staatlich anerkannten Ausbildungsstätten beauftragten/anerkannten Supervisoren können im Rahmen der Kammerzertifizierung tätig werden.
   Über die hierfür zu berücksichtigenden Berufs- und Fachverbände entscheidet die zuständige Landespsychotherapeutenkammer.

C. Wer eine verfahrensspezifische Supervision erteilt, muss über einen Aus- und/oder Weiterbildungsabschluss in demjenigen Verfahren verfügen, in dem die Supervision erteilt wird.
   Falls die Supervision in einem Spezialgebiet stattfindet, muss der Supervisor über besondere Kenntnisse und Fertigkeiten in diesem Spezialgebiet verfügen.

D. Supervisoren müssen über eine fünfjährige psychotherapeutische Berufstätigkeit nach Abschluss der psychotherapeutischen Aus- bzw. Weiterbildung verfügen.

E. Supervisoren müssen parallel zu ihrer supervisorischen Tätigkeit auch in relevantem Umfang psychotherapeutisch tätig sein.

Klinische Psychologie und Psychotherapie in der medizinischen Rehabilitation: Expertengespräch

Am 29. April veranstaltete die Bundespsychotherapeutenkammer mit Unterstützung des Arbeitskreises Klinische Psychologie in der Rehabilitation im BDP sowie der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Frankfurt am Main ein Expertengespräch zur Rolle der Klinischen Psychologie und Psychotherapie in der medizinischen Rehabilitation bei somatischen Ersterkrankungen.

Die Veränderung und Erweiterung der Aufgabenstellungen der klinischen Psychologen und Psychotherapeuten in der medizinischen Rehabilitation ergibt sich aus folgendem: (1) Die modernen Rehabilitationskonzepte einschließlich der zunehmenden Orientierung an Leitlinien in der Rehabilitation und die gestiegene Bedeutung der Patientenschulung in den Kliniken, (2) die in epidemiologischen Studien inzwischen zuverlässig belegte hohe Prävalenz von über 20% behandlungsbedürftiger psychischer Störungen in der Rehabilitation und (3) die Veränderungen durch das Psychotherapeutengesetz.

Teilnehmer am Expertengespräch [von links]: Heike Schäfer, Siegfried Casper, Dieter Schmucker, Rudolf Schulte, Ulrike Worringen, Werner Franken

Ausgehend von einem Bericht über den Stand der Forschung zur Prävalenz psychischer Störungen in der medizinischen Rehabilitation bei somatischen Erkrankungen (Prof. *Jürgen Bengel*, Freiburg) formulierten Sprecher des Arbeitskreises Klinische Psychologie in der Rehabilitation (*Siegfried Casper*, Nassau; *Dieter Schmucker*, Bad Waldsee) und des Bundesausschusses Psychotherapie in Institutionen der Bundespsychotherapeutenkammer (Dr. *Heiner Vogel*, Würzburg) ihre jeweiligen Erwartungen an die bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Klinikstrukturen. Dr. *Ulrike Worringen* (BfA) wies (ebenso wie *Heike Schäfer* für den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger/VDR) darauf hin, dass die Träger gegenwärtig über eine Weiterentwicklung bzw. Anpassung der Stellenpläne an neuere Erkenntnisse beraten und modellhafte Änderungen bereits erproben. Rechtsanwalt *Werner Franken*, Justiziar der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, hob hervor, dass in der Vertragsgestaltung zwischen Rehabilitationsträgern und Kliniken mehr Freiheiten zur Umsetzung verhaltensmedizinischer Konzepte nach fachlichen Gesichtspunkten liegen als gemeinhin angenommen bzw. behauptet werde. Dies gelte auch für die Einbindung und die Festlegung der Stellung von Psychotherapeuten (z.B. als eigenständiger Abteilungsleiter).

Prof. *Thomas Fydrich* (Heidelberg) stellte sodann die unterschiedlichen Ausbildungsvoraussetzungen von Diplom-Psychologen und Psychotherapeuten dar, bevor in der nachfolgenden Diskussion *Detlev Kommer* und *Hermann Schürmann* vom Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer darauf hinwiesen, dass berufsrechtliche Festlegungen, etwa aus dem Psychotherapeutengesetz und der Rechtsprechung, zu beachten seien, nach denen Psychotherapie nur noch durch Personen mit entsprechender gesetzlicher Erlaubnis erbracht werden könne. In einer Reha-Klinik, in der es aus verschiedenen Gründen gar nicht möglich und mit Blick auf das Aufgabengebiet auch nicht sinnvoll sei, alle Psychologen durch Psychotherapeuten zu ersetzen, sei es aus rechtlichen Gründen deshalb unvermeidlich, dass sie unter enger Anleitung und Supervision eines Psychotherapeuten arbeiten. Dies mache letztlich auch eine Fachaufsicht im Bereich Psychotherapie/Psychologie in den Rehabilitationseinrichtungen erforderlich.

Heiner Vogel, Jürgen Bengel und Thomas Fydrich (von links)

Konsens bestand bei den anwesenden Verbände- und Kammervertretern darin, dass auf der Grundlage der beschriebenen Entwicklungen[1] ein Stellenschlüssel von 1:45 bis 1:60 für Psychologen bzw. Psychotherapeuten ebenso wie eine Fachaufsicht durch Psychotherapeuten in den somatisch ausgerichteten Reha-Kliniken zu fordern sei. Diese Schlussfolgerungen werden nunmehr als gemeinsame Position an die Träger weitergeleitet.

Heiner Vogel, Jürgen Kammler-Kaerlein

Geschäftsstelle

Klosterstr. 64
10179 Berlin
Mo – Do 9.00 – 15.00 Uhr
Tel. 030/27 87 85-0
Fax 030/278785-44
info@bptk.de
www.bptk.de

1 Ein ausführlicherer Bericht, mit Links zu Quellentexten, findet sich auf der Homepage der Bundespsychotherapeutenkammer: www.bptk.de

Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Liebe Kolleginnen und liebe Kollegen,

Vorstand und Ausschüsse der Kammer sind mit drei großen Arbeitsvorhaben befasst: mit der Fertigstellung der Fortbildungsordnung und der Berufsordnung (siehe Bericht zur letzten Vertreterversammlung) sowie – last but not least – mit weiteren Sondierungsgesprächen in Sachen Versorgungswerk. Die Vertreterversammlung wird am 26. Juni hierzu Beschlüsse fassen, die Sie dann auf der Homepage der Kammer nachlesen können.

Neu auf der Homepage finden Sie auch Informationen über die insgesamt 21 Ausbildungsinstitute für Psychologische Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Die Daten wurden von der Geschäftsstelle eingeholt und für die Internetseite der Kammer entsprechend aufbereitet. Wir möchten Sie an dieser Stelle noch einmal darauf hinweisen, dass wichtige aktuelle Informationen häufiger zeitnaher auf der Homepage zu finden sind als hier im Journal. Zwischen Redaktionsschluss und Erscheinen des Journals liegt eine Zeitspanne von rund zwei Monaten, so dass Sie insbesondere die Beschlüsse der zwischenzeitlich stattfindenden Vertreterversammlung hier immer erst relativ spät zu lesen bekommen.

Aufgrund der Zeitspanne von fast zwei Monaten zwischen Redaktionsschluss und Erscheinen dieses Heftes, wird unser heutiger Bericht dann also leider schon von der Realität überholt sein.

In der Geschäftsstelle der Kammer ist seit 1. April Frau Lipinski mit Sekretariatsaufgaben betraut; sie bearbeitet Mitgliederanfragen und steht damit sowohl der Geschäftsstellenleiterin Frau Lübcke, als auch dem Justiziar Herrn Gerlach zur Seite. Auch im wissenschaftlichen Arbeitsbereich, der bisher durch Frau Dr. Ripper allein wahrgenommen wurde, wird ab Juni eine weitere Stelle besetzt werden, so dass wir zuversichtlich sind, die vielfältigen Aufgaben in dem neuen Arbeitsbereich Fortbildung, aber auch bezüglich der Auswertung der Umfragen zur Qualitätssicherung und zu den Arbeitsbedingungen der in Institutionen tätigen Kammermitglieder gut bewältigen zu können. Anlässlich der personellen Erweiterung in der Geschäftsstelle wurde außerdem damit begonnen, die Arbeitsabläufe in der Geschäftstelle und insbesondere das Schnittstellenmanagement zu optimieren. Die damit verbundenen Mitarbeiter-Besprechungen, Klärungen der Zuständigkeiten und Festlegungen der Arbeitsabläufe werden bis zur Sommerpause abgeschlossen sein. Parallel dazu wurden die Kommunikationswege und Kooperationsformen zwischen Vorstand und Kammerausschüssen gemeinsam neu definiert. Es ist also viel in Bewegung und wir hoffen sehr, dass die Effekte unserer Bemühungen um eine innen wie außen gute Kammerarbeit mit der Zeit auch für Sie immer deutlicher sichtbar werden.

Mit freundlichen Grüßen aus Stuttgart
Ihr Kammervorstand:
Detlev Kommer,
Dietrich Munz,
Thomas Fydrich,
Trudi Raymann,
Mareke de Brito Santos-Dodt

Versorgungswerk

Der Weg zur Etablierung eines Versorgungswerks für die Psychotherapeuten in Baden-Württemberg gestaltet sich langwieriger, als zunächst zu erwarten war. Zur Erinnerung: Die Gründung eines eigenen Versorgungswerks für unsere Berufsgruppen setzt die Verabschiedung eines Gesetzes im Landtag voraus. Alternativ ist bei Anschluss an ein bereits bestehendes Versorgungswerk einer Kammer in einem anderen Bundesland ein Staatsvertrag erforderlich (vgl. Psychotherapeutenjournal 1/02, 1/03 und 2/03).

Nachdem das Sozialministerium sich aus Gründen der Wirtschaftlichkeit gegen ein eigenständiges Versorgungswerk und für einen Länder übergreifenden Zusammenschluss ausgesprochen hatte, wurden zunächst mit den Kammern Hessen, Rheinland-Pfalz und Bayern die Möglichkeiten für eine „südwestdeutsche Lösung" erörtert. Einem solchen Zusammenschluss steht das Angebot gegenüber, dem Psychotherapeutenversorgungswerk (PVW) der Kammer Niedersachsen oder dem Versorgungswerk (PTV) der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen beizutreten. Die Kammer in Rheinland-Pfalz hat sich bereits für den Anschluss an das niedersächsische Versorgungswerk entschieden; in Bayern und Hessen werden – wie auch bei uns im Land – weitere Sondierungsgespräche geführt. Dazu bedarf es einer sorgfältigen vergleichenden Analyse der in Frage kommenden Satzungen einschließlich der Versicherungsleistungen mit dem zugrunde liegenden Berechnungsverfahren; ebenso sind die rechtlichen Voraussetzungen für eine paritätische Mitbestimmung aller beteiligten Länder zu klären. Für unsere Kammer ist hier wiederum der juristische Experte RA Kilger tätig und mit den nötigen Vorklärungen im Hinblick auf die Abstimmung mit dem Sozialministerium betraut.

Ziel ist es, zur Vertreterversammlung im Juni eine aussagekräftige Dokumentation über die vorhandenen Alternativen vorzulegen, so

dass dann eine Grundsatzentscheidung getroffen werden kann. Zahlreiche Mitgliedernachfragen in den letzten Monaten belegen, wie stark das Interesse an einem berufsständischen Versorgungswerk ist. Läuft nun alles wie geplant, können unsere freiberuflich tätigen Kammermitglieder mit einem rentablen Angebot zur Altersvorsorge zu Beginn des nächsten Jahres rechnen. Und auch für angestellte oder beamtete Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wird ein Beitritt in ein Versorgungswerk eine attraktive freiwillige Zusatzvorsorgemöglichkeit bieten. Wir werden dazu auch auf der Homepage der Kammer berichten.

Vertreterversammlung am 13. März 2004

Der bereits von der letzten Vertreterversammlung am 13. Dezember 2003 vorläufig neu berufene Vizepräsident Dr. Dietrich Munz wurde in der Vertreterversammlung am 13. März 2004 mit großer Mehrheit der Delegierten in der Nachwahl in seinem Amt bestätigt.

Auf der Grundlage von Entwürfen des Ausschusses „Berufsordnung", des Vorstands sowie umfangreicher Änderungsvorschläge der Konsensliste und einzelner Mitglieder wurde die zu erstellende Berufsordnung ausführlich diskutiert. Eine Kommission hat in der Zwischenzeit die konstruktiven Vorschläge von allen Seiten berücksichtigt. Es kann davon ausgegangen werden, dass in der Vertreterversammlung am 26. Juni die Berufsordnung verabschiedet wird.

Ebenfalls ausführlich wurde der vom Ausschuss „Aus-, Fort- und Weiterbildung" in Kooperation mit dem Vorstand erarbeitete Entwurf für eine Fortbildungsordnung und ein Fortbildungszertifikat diskutiert. Im Rahmen der Fortbildungsordnung sind Übergangsregelungen vorgesehen, die gewährleisten, dass auch Fortbildungsnachweise, die vor Inkrafttreten der Fortbildungsordnung erbracht wurden, bei der Zertifizierung berücksichtigt werden können. Die Verabschiedung der Fortbildungsordnung wird voraussichtlich ebenfalls auf der nächsten Vertreterversammlung am 26. Juni erfolgen. Wir informieren Sie gesondert zur Vorgehensweise bei der Umsetzung der Fortbildungsordnung.

Der Ausschuss „Qualitätssicherung" hat eine Stellungnahme zum vorgeschlagenen Modellprojekt „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie" erstellt. Grundsätzlich wird die Durchführung des Modellprojekts befürwortet und eine Teilnahme daran empfohlen.

Stellungnahme des Ausschusses „Qualitätssicherung" zum Modellprojekt der Techniker Krankenkasse „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie"

Kurzdarstellung des Modellvorhabens

Das Modellvorhaben geht davon aus, dass die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit psychotherapeutischer Behandlungen durch zahlreiche Studien belegt ist. Hingegen könnten wenige empirische Aussagen über die Ergebnis- und Verlaufsqualität ambulanter Psychotherapien in der Gesetzlichen Krankenversicherung gemacht werden. Das im Rahmen der Psychotherapierichtlinien praktizierte Gutachterverfahren sei teilweise in Fachkreisen umstritten, da unter anderem die Dokumentation von Behandlungsergebnissen und die Patientenperspektive fehlten. Das geplante Modellprojekt der Techniker Krankenkasse (TK) nach § 65 SGB V sieht daher einen Vergleich psychotherapeutischer Behandlungen durch niedergelassene Psychotherapeuten unter Bedingungen der Standardversorgung vor, und zwar nach dem herkömmlichen Gutachterverfahren und unter einem Qualitätsmonitoring-Verfahren (QM).

Zur Fragestellung des Modellprojekts gehört auch, inwiefern ein alternatives Gutachterverfahren geeignet ist, die Qualität der Behandlung zu sichern. Psychometrische Befunde werden zu Beginn und im Verlauf der Behandlung erhoben (strukturierte und standardisierte Interviews und Fragebögen) und an die Behandelnden rückgemeldet.

Unter der QM-Bedingung wird das traditionelle Gutachterverfahren ausgesetzt. Neben Symptomen werden interpersonelle Faktoren, Faktoren der Persönlichkeit, strukturelle Veränderungen auf der Basis psychodynamischer Störungs- und Behandlungsmodelle sowie Merkmale der Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung und Aspekte der Lebensqualität erfasst. Entsprechend unterscheiden sich die Testverfahren für die psychodynamischen Behandlungen und die Verhaltenstherapien teilweise. Zusätzliche fallbezogene Informationen ergänzen die psychometrischen Erhebungen und sollen eine Validitätsprüfung erlauben. Insgesamt ist die Untersuchung von 2.000 Therapieverläufen in ausgewählten Modellregionen, u.a. in Südbaden, geplant. Gemäß der nach § 65 SGB V vorgeschriebenen Projekt-Evaluation soll eine wissenschaftlich unabhängige Analyse der QM-Studie durchgeführt werden.

Stellungnahme des Ausschusses

Der Ausschuss Qualitätssicherung begrüßt grundsätzlich das Bemühen der TK, ihren Versicherten eine bestmögliche psychotherapeutische Leistung zu garantieren. Mit dem Modellprojekt soll erstmals der Versuch unternommen werden, im ambulanten Bereich der Verpflichtung nach § 135 SGB V nachzukommen, Maßnahmen zur Verbesserung der Ergebnisqualität einzuführen. Als unverzichtbarer Bestandteil von Qualitätssicherung sieht der Entwurf vor, die Patientenperspektive im Sinne einer Beschwerdeeinschätzung einzubeziehen. Niedergelassenen Psychotherapeuten wird damit die Chance geboten, den Einsatz psychometrischer Verfahren zu erproben und dabei zu über-

prüfen, ob die gewonnenen Informationen für Therapieplanung und -durchführung hilfreich sind.

Begrüßenswert ist das Vorhaben auch insofern, als vor Implementierung neuer Qualitätssicherungsmaßnahmen zunächst erprobt werden soll, ob die geplanten Maßnahmen tatsächlich dazu geeignet sind, zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie beizutragen.

Auf der Grundlage von zahlreichen Diskussionen und Beratungen wurden seit Herbst 2002 vielfältige Änderungen im Projektplan vorgenommen. Einige der ursprünglichen Bedenken konnten damit ausgeräumt werden. So ist es sehr bedeutsam, dass nun durch die Entkopplung von internen und externen Verfahren der Qualitätssicherung für alle Therapien Behandlungssicherheit im Rahmen der klassischen Stundenkontingente gegeben ist. Nachteil dieser Maßnahme ist hingegen, dass der Effekt einer positiven Steuerung des Therapieprozesses durch häufige Rückmeldung psychometrischer Befunde an die Therapierenden nur bedingt überprüft werden kann. Hervorzuheben ist, dass zusätzlich zu symptomorientierten Messverfahren, der Erfassung interpersoneller Probleme sowie Qualitätsmerkmalen der Therapeut-Patient-Beziehung jetzt auch psychodynamisch bedeutsame Aspekte wie Struktur und Konflikt erfasst werden.

Positive Gesichtspunkte

1. Modellhafte Erprobungen von Qualitätssicherungsmaßnahmen sind grundsätzlich notwendig, um beim Erhalt und der Förderung von Qualität in der psychotherapeutischen Versorgung Erfahrungen zu sammeln.
2. Im Rahmen des Projekts werden Patientinnen und Patienten direkt in die Qualitätssicherung einbezogen.
3. Die Kombination von externer und interner Qualitätssicherung kann erprobt werden.
4. Ein Ziel des Projektes ist es, im Rahmen der psychotherapeutischen Versorgung die Brauchbarkeit (Reliabilität und Validität) psychometrischer Verfahren in der Psychotherapie zu prüfen. Auch die Praktikabilität des Einsatzes der diagnostischen Verfahren wird durch Rückmeldung der teilnehmenden Kolleginnen und Kollegen sowie der Patientinnen und Patienten eingeschätzt.
5. Es können Hinweise zur Wirkung und Wirtschaftlichkeit (Effektivität) der Psychotherapie unter realen Versorgungsbedingungen geliefert werden.
6. Mit einer Teilstichprobe ist eine qualitative Auswertung der psychometrischen Daten in Kombination mit den klinischen Berichten und Kasuistiken vorgesehen. Hierdurch kann die klinisch-therapeutische Validität der psychometrischen Befunde geprüft werden.

Problematische Gesichtpunkte hinsichtlich der Methodik

Eine Reihe methodischer Probleme im Untersuchungsdesign und bei der Wahl der Messinstrumente machen es notwendig, dass bei der Interpretation der Ergebnisse des Modellprojekts keine unzulässigen Verallgemeinerungen auf die psychotherapeutische Versorgung gemacht werden.

Zu den methodischen Problemen gehören:

1. Die Selektion der Therapeuten durch die Freiwilligkeit der Teilnahme. In diesem Zusammenhang muss auch berücksichtigt werden, dass der Zeitaufwand für die teilnehmenden Psychotherapeuten nach unserer Einschätzung höher ausfällt als angegeben, d.h. die Teilnahme ist nicht kostendeckend.
2. Möglicherweise eine Selektion von Patientinnen und Patienten im Sinne von „kleinen Risiken".
3. Der Einsatz von psychometrischen Verfahren und strukturierten Befunderhebungen zur klassifikatorischen Diagnostik kann einen Einfluss auf Therapieverlauf und -ergebnis haben.
4. Ein methodisches Dilemma besteht darin, dass eine engmaschige Rückmeldung von erhobenen Daten nicht für alle Therapieverfahren gleichermaßen nützlich erscheint. Aus verhaltenstherapeutischer Sicht sind die jetzt gewählten Messintervalle zu lang, um den Prozess abzubilden. Therapeuten und Therapeutinnen, die mit psychometrischen Daten arbeiten möchten, erhalten vermutlich keine ausreichenden Informationen für eine Anpassung ihrer therapeutischen Maßnahmen.
5. Die Auswahl der eingesetzten diagnostischen Verfahren erfolgt zwar nach dem derzeitigen Forschungsstand. Es wird jedoch zu prüfen sein, ob die eingesetzten diagnostischen Verfahren das für ambulante Psychotherapien Relevante tatsächlich erfassen.
6. In der Diskussion wird immer wieder auf Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen verwiesen, die im Symptombereich nur geringe bis keinerlei Beschwerden angeben können und die bei Selbsteinschätzungen relativ wenig belastet erscheinen, obwohl sie schwer krank sind. Dieses Problem ist auf der Ebene der Forschungsinstrumente derzeit kaum zu lösen, muss aber bei der Interpretation der Ergebnisse auf jeden Fall berücksichtigt werden.
7. Psychometrische Befunde – auf den Einzelfall angewandt – bedürften der fachlich fundierten klinischen Interpretation. Es ist noch nicht geklärt, wie im Projekt psychometrische Ergebnisse und klinische Urteile zusammengeführt werden sollen.

Gesundheits- und fachpolitische Aspekte

1. Es kann befürchtet werden, dass das Interesse einer Krankenkasse hauptsächlich in einer Leistungsreduktion oder Mengensteuerung besteht, die im Rahmen eines solchen Projektes unter dem Deckmantel der Qualitätssicherung „verkauft" werden soll.
2. Da das Modellvorhaben kontrovers diskutiert wurde, soll hier nochmals betont werden, dass methodische und statistische Auswertungen immer auch durch Interessen geleitet sind.
3. Trotz aller Änderungen im Projektdesign muss davon ausgegangen werden, dass die Studie einen Schwerpunkt auf die Messung der Symptomreduktion legt. Dies birgt die Gefahr in sich, dass besonders kurzzeitige Psychotherapien bevorzugt werden. Wird die möglicherweise eingeschränkte Validität entsprechender Befunde nicht berücksichtigt, könnte dies zu negativen Folgen für die Versorgung psychisch Kranker führen: Ausschluss von Patienten mit „schlechten Risiken", schädliche Verkürzung von Psychotherapien, Verweigerung von Psy-

chotherapeuten, chronische oder schwer gestörte Patientinnen und Patienten in die Behandlung aufzunehmen.
4. Ein Datensatz in der geplanten Form ermöglicht eine Auswertung im Sinne eines bewertenden Vergleichs zwischen Therapeuten („bench-marking").

Der Ausschuss hält daher folgendes für notwendig:

1. Sorgfältige Einhaltung des Datenschutzes.
2. Verbindliche Zusage, dass der Datensatz nicht in Form eines „bench-marking" missbraucht wird.
3. Eine umfassende und methodisch fundierte Evaluation muss und kann nur unter Berücksichtigung der o.g. methodischen und gesundheitspolitischen Aspekte erfolgen.
4. Die Transparenz der Datenauswertung und -interpretation muss gewährleistet sein. Dies ist möglich, wenn das Projekt durch fachlich qualifizierte Personen, die ein breites Spektrum theoretischer und klinischer Interessen repräsentieren, begleitet wird.
5. Zusage der Möglichkeit, dass der (anonymisierte) Datensatz auch anderen Fachleuten oder Forschergruppen unterschiedlicher Therapierichtungen oder aus dem Bereich der Gesundheitsökonomie zur Verfügung gestellt wird.
6. Publikation der Ergebnisse nur unter der Voraussetzung, dass auch begründete alternative und kritische Stellungnahmen mit veröffentlicht werden.
7. Durchführen von Fachtagungen und Konferenzen nach Abschluss des Projektes unter Beteiligung eines breiten Spektrums von Interessensgruppen.
8. Die Evaluation des Projekts – auch im Rahmen der Katamnese – darf nicht allein auf der Basis psychometrischer Erhebungen vorgenommen werden. Als Teil der Evaluation sind systematische Befragungen und qualitative Interviews mit den beteiligten Therapeuten und Therapeutinnen sowie den Patientinnen und Patienten durchzuführen.

Zusammenfassende Bewertung und abschließende Empfehlung

Bei der Bewertung der methodischen Probleme und der gesundheits- und fachpolitischen Implikationen des Projekts ist zu bedenken, dass es sich nicht um die Einführung eines neuen Verfahrens der Qualitätssicherung in die allgemeine Versorgung handelt, sondern um eine modellhafte Erprobung. Der Ausschuss für Qualitätssicherung nimmt zur Kenntnis, dass die Techniker Krankenkasse viele der oben genannten problematischen Aspekte im Projektplan vom 4.11.2003 berücksichtigt hat. Vertrauensbildend waren Zusagen, dass Vertreter der beteiligten Gruppen und Interessen in entscheidungsrelevanten lokalen und wissenschaftlichen Beiräten vertreten sein werden. Der Ausschuss betrachtet es als die Pflicht der Landespsychotherapeutenkammer, auf die Einhaltung der zugesagten Kontrollmechanismen zu achten und bietet hierzu seine Kooperation und seine Expertise an.

Unter der Voraussetzung, dass die oben genannten Bedenken berücksichtigt und die zum derzeitigen Zeitpunkt noch offenen Fragen zwischen den Vertragspartnern einvernehmlich gelöst werden, ist der Ausschuss zu der Auffassung gelangt, dass die Durchführung und Erprobung des Modellprojekts empfohlen werden kann.

Stuttgart, den 13. März 2004

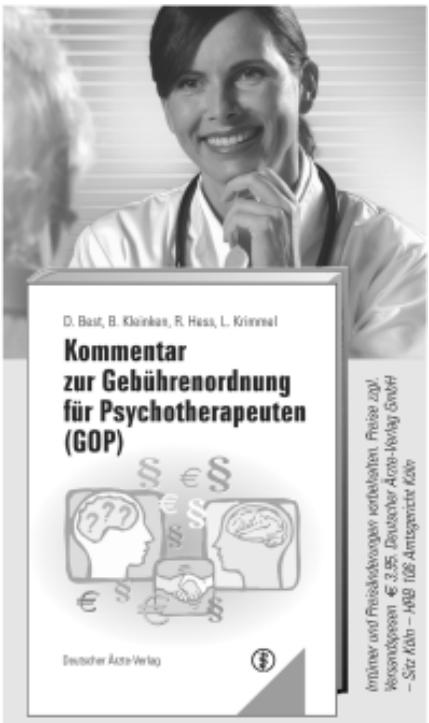
Für den Ausschuss

Sibille Seeger
Vorsitzende

Prof. Dr. Franz Caspar
Stv. Vorsitzender

Geschäftsstelle

Hauptstätter Straße 89
70178 Stuttgart
Mo – Do 9.00 – 15.30 Uhr
Fr 9.00 – 15.00 Uhr
Tel. 0711/674470-0
Fax 0711/674470-15
lpk-bw@t-online.de
www.lpk-bw.de



Best / Kleinken / Hess / Krimmel
Kommentar zur Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP)
2002, 173 Seiten, broschiert € **34,95**
ISBN 3-7691-3154-1

Der rechtssichere Kommentar zur GOP

Alle wichtigen Erläuterungen zur GOP – präzise und übersichtlich

Die Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) ist für die Abrechnung der psychotherapeutischen Behandlung verbindlich. Diese Ausgabe kommentiert alle für Ihre psychotherapeutische Tätigkeit geltenden Leistungen und verschafft Sicherheit bei der Abrechnung durch:

- Serlöse Kommentierung von Paragraphen und Leistungen der GOP
- Hinweise zur Erstattungsfähigkeit in der Beihilfe
- Analogbewertung von psychotherapeutischen Leistungen
- Angabe von Punktzahl und allen Gebührensätzen für die unkomplizierte Rechnungsstellung.

„Dieser kompakte Spezialkommentar zur Gebührenordnung für Psychotherapeuten aus der Feder kompetenter GOÄ-Spezialisten ist für psychotherapeutisch tätige Therapeuten unverzichtbar."
(Harald Clade in DÄ PP)

Deutscher Ärzte-Verlag

Bestellungen bitte an Ihre Buchhandlung oder: Deutscher Ärzte-Verlag,
Postfach 400244, 50832 Köln.
Tel. (0 22 34) 7011 - 322/323
Fax (0 22 34) 7011 - 476
www.aerzteverlag.de

Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Ein Versorgungswerk für die bayerischen Psychotherapeuten – Expertenhearing am 16. April in München

Die vielen Anfragen in der Geschäftsstelle zeigen es uns täglich: Nach Etablierung der Grundstrukturen der Kammer ist das Thema Versorgungswerk eines der ersten größeren Themen, das alle oder zumindest fast alle KollegInnen berührt und deshalb vordringlich angepackt werden muss.

Als erster Meilenstein sollte nun ein Hearing, welches für die Delegierten und Vorstandsmitglieder am 16. April in der Geschäftsstelle veranstaltet wurde, Klarheit über die Grundlagen, Ziele und die verschiedenen Optionen bei der Ausgestaltung eines Versorgungswerkes schaffen.

Expertenhearing zum Versorgungswerk am 16.4. in der Kammergeschäftsstelle; im Vordergrund: Rudi Bittner, dahinter Karin Tritt

Entsprechend der Breite der Thematik wurden Fachleute für die verschiedenen Optionen eingeladen: Neben Vertretern der Bayerischen Versorgungskammer, die als staatliche Einrichtung eine größere Anzahl sehr unterschiedlicher Versorgungswerke verwaltet, auch Vertreter der beiden schon existierenden psychotherapeutischen Versorgungswerke aus Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen. Ferner waren die Landespsychotherapeutenkammern Baden-Württemberg und Hessen, die beide aktuell mit der Planung eines Versorgungswerkes befasst sind, durch Vorstands- oder Ausschussmitglieder vertreten.

Die *Herren Uttenreuther und Baader* von der bayerischen Versorgungskammer eröffneten das Hearing mit einer Einführung über die Grundlagen von Versorgungswerken. Es handelt sich dabei um öffentlich-rechtliche Pflichtversorgungseinrichtungen, die eine Alters-, Berufunfähigkeits- und Hinterbliebenenversorgung für Angehörige der verkammerten Berufe gewährleisten. Sie basieren auf dem Versicherungsprinzip und kommen ohne staatliche Hilfe aus. Die Leistungen werden überwiegend durch Kapital bildende Finanzierungsverfahren gewährleistet (Vorsorgeprinzip im Unterschied zum Umlageprinzip der gesetzlichen Rentenversicherung).

Hans Geiger von der Deutschen Ärzte-Versicherung erläuterte die Möglichkeiten von privaten Zusatzversorgungen, die im Rahmen der Ärzte-Versicherung möglich seien. Anschließend stellten die Vertreter der bereits bestehenden Versorgungswerke in Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen ihre, jeweils etwas unterschiedlichen Modelle vor.

Neben den angesprochenen Optionen stand schließlich noch die Möglichkeit der Gründung eines neuen Versorgungswerkes gemeinsam mit Baden-Württemberg und Hessen im Raum (Modell „Südschiene"). Die verschiedenen Optionen wurden beim Expertenhearing (näherer Bericht siehe Kammer-Homepage) und auf der nachfolgenden Delegiertenversammlung (s. u.) intensiv diskutiert und sollen nun im Laufe des Sommers vergleichend geprüft werden, bevor voraussichtlich die nächste Delegiertenversammlung im Oktober eine entsprechende Entscheidung fällen wird. Die erst danach mögliche gesetzliche Regelung eines Versorgungswerkes für die bayerischen Psychotherapeuten wird somit kaum noch im Laufe diesen Jahres möglich sein.

Delegiertenversammlung der Kammer

Am 6. Mai fand in München die 3. Delegiertenversammlung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten statt. Auf die anwesenden 38 von 45 Delegierten wartete eine umfangreiche Tagesordnung. Dazu gehörten neben dem Bericht des Vorstands und der Ausschüsse, dem Jahresabschluss 2003 und der damit verbundenen Entlastung des Vorstands die Verabschiedung einer Fortbildungsrichtlinie und die Beratung über die Errichtung eines Versorgungswerks.

Als Gäste konnten die Herren Dr. Dünisch und Gass vom Bayerischen Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz sowie Herr Kalb (Leiter der Rechtsabteilung der Bayerischen Landesärztekammer) und Herr Eulitz (Bayerisches Ärzteblatt) begrüßt werden.

Im **Vorstandsbericht** verwies Präsident Dr. *Nikolaus Melcop* auf die verschiedenen Felder, in denen sich die Kammer im zurückliegenden halben Jahr engagiert hat:

- Vorbereitung einer bayerischen Fortbildungs-Richtlinie als Voraussetzung für die Umsetzung des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) und erfolgreicher Einsatz für die gleichberechtigte 3-seitige Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) und der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK).
- Einsatz für den Erhalt der Sozialpsychiatrischen Dienste in Bayern.
- DMPs im Bereich Brustkrebs: Initiative zur Integration fachlich angemessener psychoonkologisch-psychotherapeutischer Behandlungsansätze in die Versorgungskette; wichtiger Ansprechpartner für die Krankenkassen, Krankenhausträger und KVB; erste Vorbereitungen für Fortbildungsangebote (Näheres dazu auf der Homepage und im nächsten Psychotherapeutenjournal).
- Einsatz in Politik und KVB für unterversorgte Patientengruppen: hier wurde beispielsweise die Unterversorgung bei der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen, aber auch hirngeschädigter Patienten in ganz Bayern thematisiert.
- Gast im Landesgesundheitsrat des Freistaats Bayern; eine Mitgliedschaft in diesem Gremium ist angestrebt, braucht jedoch eine Gesetzesänderung.
- Mitarbeit beim Runden Tisch des Sozialministeriums zum Landesplan zur Versorgung psychisch Kranker.
- Engagierte und konstruktive Mitwirkung auf Bundesebene in Bezug auf die Bundespsychotherapeutenkammer und die Vernetzung der Landeskammern.
- Ferner die Mitwirkung in Fachgremien zur Gesundheitsversorgung, wie dem Gesprächskreis der Beteiligten am Bayerischen Gesundheitswesen, dem Gesundheitsbeirat der Landeshauptstadt München; und ferner zahlreiche und intensive Kontakte zu Politikern, Parteien, Gesundheitsfunktionären (Ärztekammer, KV, Krankenkassen, Wohlfahrtsverbänden u. a.) und Presse.

Außerdem wies N. Melcop auf die weitere Organisationsentwicklung der Kammer und insbesondere den Ausbau der Geschäftsstelle in personeller, räumlicher und organisatorischer Hinsicht hin. Die Anerkennung durch die Kammermitglieder stellte er als das zentrale Ziel der Kammerarbeit dar.

In der Aussprache zum Tätigkeitsbericht wurde dem Vorstand gedankt für die viele Arbeit und die zahlreichen Tätigkeitsfelder, die inzwischen besetzt sind. Von den Delegierten wurde allerdings ergänzend gewünscht, dass sie noch frühzeitiger und umfassender über die Arbeit des Vorstands und der Gremien informiert werden, um sich hier einerseits stärker einbringen und um sie andererseits auch besser gegenüber den Mitgliedern vertreten zu können.

Geschäftsführer *Alexander Hillers* gab anschließend einen Überblick über die Arbeit der Geschäftsstelle und die dort inzwischen aufgebauten Verwaltungsstrukturen. Er stellte Beratungsinhalte und -angebote für den Kontakt mit Mitgliedern dar und erläuterte u. a. das Konzept für die reibungslose und „kundenfreundliche" Umsetzung der Beitragsordnung in 2004.

Sodann berichtete Vizepräsident *Peter Lehndorfer* über den **Jahresabschluss 2003**. Er wies darauf hin, dass aus den Beitragsjahren 2002 und 2003 noch erhebliche Forderungen offen sind. Dass der Jahresabschluss trotzdem ausgeglichen ist, liege einerseits an streng eingehaltener Ausgabendisziplin, aber auch daran, dass eingeplante größere Posten für die Einrichtung der Geschäftsstelle erst 2004 anfielen. Die Schätzung des Beitragsaufkommens in der Haushaltsplanung erwies sich als richtig. Allerdings ist es notwendig, den Beitragseinzug zeitlich zu optimieren, um zu größerer Haushaltssicherheit zu kommen. Nach dem Bericht des Vorsitzenden des Finanzausschusses, *Rudi Bittner*, in dem dem Vorstand ordnungsgemäßer Umgang mit den Geldern bescheinigt wurde, entlastete die Delegiertenversammlung den Vorstand einstimmig und nahm den Jahresabschluss an.

Weiter stellte *Peter Lehndorfer* den Entwurf einer **Gebührensatzung** vor, der im Vorfeld bereits mit der Aufsichtsbehörde konsentiert war und im Grundsatz genehmigungsfähig ist (für bayerische Psychotherapeuten dieser Ausgabe als Mittelheftung beigefügt). Die Grundfrage ist, wer für die Kosten aufzukommen hat, die von einzelnen Kammermitgliedern aufgrund besonderer Anliegen verursacht werden. Sind dies alle Mitglieder durch die Anpassung von Kammerbeiträgen oder einzelne Mitglieder im Rahmen einer Gebührensatzung? Der Vorstand schlug – wie in anderen Landespsychotherapeutenkammern üblich – die Verabschiedung einer Gebührensatzung vor, die die Art und Höhe der Gebühren regelt. Nach kurzer Diskussion wurde der Entwurf mit großer Mehrheit von der Delegiertenversammlung verabschiedet. Die Gebührensatzung muss nun von der Aufsichtsbehörde genehmigt werden und tritt für diesen Fall nach der Veröffentlichung im Bayerischen Staatsanzeiger am 1.7.2004 in Kraft. Einig war sich die Delegiertenversammlung mit dem Vorstand, dass für die Bearbeitung bereits vorliegender Widersprüche gegen die Beitragsbescheide aus 2002 und 2003 keine Gebühren anfallen.

Nach der Mittagspause beschäftigte sich die Delegiertenversammlung intensiv mit der **Fortbildungsrichtlinie**, die im Ausschuss Aus-, Fort- und Weiterbildung erarbeitet worden war. Vorstandsmitglied *Rainer Knappe* stellte sie im Einzelnen vor.

Durch die Fortbildungsrichtlinie soll ein freiwilliges Fortbildungszertifikat für alle Kammermitglieder geschaffen werden. Für zugelassene Psychotherapeuten und Mitarbeiter in medizinischen Versorgungszentren besteht seit dem GMG nach § 95d SGB V eine Fortbildungspflicht; das neue Fortbildungszertifikat der Kammer soll zum Nachweis gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung genügen. Psychotherapeuten gehören bereits jetzt zu den fortbildungsfreudigsten Behandlergruppen im Gesundheitssystem. Dem soll die Fortbildungsrichtlinie Rechnung tragen, indem sie die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Bayern nicht reglementieren will, sondern bereits jetzt vorhandene Fortbildungsvorlieben einzelner Kolleginnen und Kollegen fördert.

Das Fortbildungszertifikat für Kammermitglieder wird auf Antrag erteilt, wenn das Mitglied in fünf Jahren mindestens 250 Punkte auf der Basis von Fortbildungseinheiten (FE) für anerkannte Fortbildungsveranstaltungen erworben und nachgewie-

Die Delegiertenversammlung der Kammer am 6. Mai im deutschen Patentamt in München

sen hat. Eine Fortbildungseinheit entspricht 45 Minuten. Über die anrechenbaren Fortbildungseinheiten gibt eine Tabelle im Anhang der Fortbildungsrichtlinie Auskunft. Neben Kongressen, Vorträgen und Seminaren werden auch die Dozenten- bzw. Autorenschaft ebenso berücksichtigt wie Super- und Intervisionsgruppen und Literaturstudium. Besonders diskutiert wurden Standards für Supervisoren. Mehrheitlich wurde entschieden, dass Supervisoren, die die in der Fortbildungsrichtlinie geforderte Qualifikation nicht erfüllen, aber in der Vergangenheit als Supervisoren tätig waren, durch Einzelfallentscheidung der Kammer anerkannt werden können.

Größeren Raum in der Diskussion nahmen die Abweichungen der Bayerischen Fortbildungsrichtlinie von dem Entwurf der Musterfortbildungsordnung der entsprechenden Kommission der Bundespsychotherapeutenkammer ein.

Es gab breiten Konsens, die bestehenden inhaltlichen Unterschiede ggf. als Änderungsanträge im Sinne der bayerischen Version beim Bundespsychotherapeutentag einzubringen. Die sodann verabschiedete Fortbildungsrichtlinie findet sich für bayerische Kammermitglieder ebenfalls in der Mittelheftung.

Weiterhin wird der Ausschuss Aus-, Fort- und Weiterbildung der Bayerischen Kammer nach Verabschiedung der Musterfortbildungsordnung auf dem 3. Deutschen Psychotherapeutentag die verbliebenen Unterschiede prüfen, die Kammer wird in einen Abstimmungsprozess mit den anderen Landeskammern eintreten und dann ggf. notwendige begriffliche Anpassungen erarbeiten und der Delegiertenversammlung zur Beschlussfassung vorschlagen.

Zum Tagesordnungspunkt **Versorgungswerk** war Herr *Helmut Baader* von der Bayerischen Versorgungskammer als beratender Experte anwesend.

Einführend berichtete *A. Hillers* von den Ergebnissen des Expertenhearings (s.o.). Er stellte die Säulen der Altersversorgung vor: die gesetzlich geregelten Pflichtversicherungssysteme zur Alterssicherung, die betriebliche Altersversorgung und die private Vorsorge. Ein Psychotherapeutenversorgungswerk ist als berufsständige Versorgung Teil der ersten Säule. Von der Pflichtmitgliedschaft ausgenommen sind Angestellte, die bereits Mitglied der Gesetzlichen Rentenversicherung sind, aber im Übergangsweg auch alle, die jetzt Mitglieder der Kammer sind. Sie können dem Versorgungswerk freiwillig beitreten.

A. Hillers stellte im Anschluss die möglichen Alternativen vor: Beitritt zum Psychotherapeutenversorgungswerk Niedersachsen, Beitritt zum Psychotherapeutenversorgungswerk NRW, Gründung eines eigenen bayerischen Versorgungswerkes innerhalb der Bayerische Versorgungskammer oder eines Versorgungswerks gemeinsam mit den Landespsychotherapeutenkammern Baden-Württemberg und Hessen.

Nach *kontrovers geführter Diskussion* beschloss die Delegiertenversammlung einstimmig, dass die Kammer ihren Mitgliedern den Zugang zu einem Versorgungswerk entweder durch Beitritt oder Gründung schaffen soll. Ferner wurde eine Richtungsentscheidung getroffen: Bis zur nächsten Delegiertenversammlung im Oktober 2004 sollen der Beitritt zum Psychotherapeutenversorgungswerk Niedersachsen und die Gründung einer „Südschiene" in Zusammenarbeit mit der Aufsichtsbehörde intensiv geprüft werden, um dann den Delegierten die Möglichkeit zu geben, eine Entscheidung zu treffen.

Kurzberichte

Am 4. März waren der Kammerpräsident Dr. Nikolaus Melcop, Dr. Heinrich Berger vom Sozialpsychiatrischen Dienst München-Giesing sowie Dr. Klaus Stöhr, Ausschusssprecher „Psychotherapeuten in Institutionen", zur **Anhörung zur Situation der Sozialpsychiatrischen Dienste** in den Bayerischen Landtag eingeladen worden. Die Ausschusssitzung war hochrangig mit Vertretern des Landtages, der bayerischen Bezirke, der Träger, Krankenkassen und Leistungserbringer besetzt. N. Melcop betonte in seinem Statement, dass die Sozialpsychiatrischen Dienste eine allseits anerkannte gute Leistung im komplementären Bereich anbieten und unter allen Umständen erhalten werden müssen. H. Berger hatte mehrfach Gelegenheit, anhand von Folien mit eindrucksvollen Statistiken plausibel zu machen, wie hoch der Anteil der Versorgungsleistung ist und welche sozialen und ökonomischen Konsequenzen Personalverknappungen bzw. Schließungen im Bereich der Sozialpsychiatrischen Dienste nach sich ziehen wür-

den. K. Stöhr appellierte abschließend an die Kostenträger, den „schwarzen Peter" nicht mehr weiter hin und her zu schieben und zu einer Einigung durch eine Mischfinanzierung (Land Bayern, Bezirke, Krankenkassen) der ungedeckten Kosten zu kommen.

Insgesamt wurde erneut klar, dass der Spielraum der Kostenträger bezüglich frei disponibler Haushaltsmittel (von denen in Bayern u. a. Beratungsstellen, Sozialpsychiatrische Dienste und Tagesstätten gefördert werden) gering ist und noch knapper werden wird. Einigkeit bestand bei allen Anwesenden darin, dass es nicht zu Radikallösungen kommen darf, auch wenn gegen Ende der Landtagsanhörung immer noch kein Konsens über ein Finanzierungskonzept bestand.

Die Kammer beteiligte sich am 4. Mai am **Runden Tisch im Sozialministerium zur Vorbereitung der Neuauflage des Bayerischen Landesplans zur Versorgung psychisch Kranker und psychisch Behinderter**. Dort waren neben den Vertretern des Sozialministeriums Vertreter, Organisatoren und Trägerorganisationen der unterschiedlichen Einrichtungen der stationären, teilstationären und der ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung und Krankenkassenvertreter anwesend. Auf der Grundlage einer offenen Themensammlung wurden unterschiedliche Arbeitsgruppen gebildet. Wir haben u.a. darauf hingewirkt, dass für den Bereich der psychotherapeutischen Versorgung Erwachsener eine eigene Arbeitsgruppe gebildet wird und der Bereich der Versorgung von Kindern und Jugendlichen um den Anteil psychotherapeutischer Versorgung erweitert wurde. Wir werden außerdem in jedem Fall in der Arbeitsgruppe „sozialpsychiatrische Grundversorgung" mit einem Vertreter eines sozialpsychiatrischen Dienstes mitwirken.

Am 11. Mai war Präsident Dr. Melcop erstmals als Gast zur konstituierenden Sitzung des **Landesgesundheitsrates** geladen. Der Landesgesundheitsrat ist ein gesetzlich verankertes Gremium zur Beratung der Bayerischen Staatsregierung und des Landtages in Gesundheitsfragen. Dort sind sowohl die Präsidenten der Heilberufekammern als auch die Vorsitzenden wichtiger Gesundheitseinrichtungen und Vertreter der Landtagsfraktionen mit festem Sitz vertreten. Eine Gesetzesänderung mit dem Ziel, auch die Psychotherapeutenkammer offiziell zu berücksichtigen, ist geplant, wird aber noch einige Zeit in Anspruch nehmen.

Am 12. Mai fanden auf unseren Wunsch hin erstmals **3-seitige Gespräche zur Umsetzung der Fortbildungsregelungen nach GMG zwischen Bayerischer Landesärztekammer (BLÄK), PT-Kammer und KV Bayerns** statt, mit dem Präsidenten der BLÄK, Dr. Koch, dem stellvertretenden Vorsitzenden der KV Bayerns, Dr. Hoppenthaller, und Dr. Melcop. Vor dem Hintergrund der langen Tradition einer engen Zusammenarbeit zwischen Ärztekammer und KV kann diese Sitzung als Beleg dafür angesehen werden, dass nun auch unsere noch junge Kammer als gleichwertiger Verhandlungspartner betrachtet wird.

Erste Auswertung der **Fragebogen-Aktion im Mitglieder-Rundschreiben**: Wir danken an dieser Stellen allen Mitgliedern, die sich umgehend an die Beantwortung unserer Fragen gemacht haben. Unser Fax-Gerät ist nicht mehr stillgestanden. Eine Auswertung von ca. 900 Antworten vor Redaktionsschluss erbrachte, dass die Hälfte dieser Mitglieder Interesse an einer Teilnahme an Fortbildung im Bereich Brustkrebsversorgung haben, was unsere Erwartungen deutlich übertrifft. Wir schließen daraus, dass unsere Initiative durchaus bei vielen ein positives Echo erfährt.

Außerdem wollen sich ¾ der Rückmelder zukünftig per E-Mail informieren lassen, worüber wir ebenfalls erfreut sind. Themen, die die Mitglieder besonders interessieren, sind in Reihenfolge der Häufigkeit der Nennung: Fortbildungsfragen, Versorgungswerk, Standesvertretung, Qualitätssicherung, wissenschaftlicher Austausch, die Situation der Angestellten und die Situation der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

2. Ankündigung:

Mitgliederinformationsveranstaltungen

München: 7. Oktober 2004
Zeit: 17.00 – 20.30 Uhr
Ludwig-Maximilians-Universität,
Leopoldstr. 13, („Schweinchenbau"),
Haus 2, 4. Stock, Raum 2401
Wegskizze siehe Kammer-Homepage)
Wir bitten wegen der besseren Planbarkeit um Voranmeldung per Fax oder E-mail an die Geschäftsstelle!

Würzburg: 15. Oktober 2004
Zeit: 17.00 – 20.30 Uhr
Marcusstraße 9-11, Hörsaal des Psychologischen Instituts der Universität
(Wegskizze siehe Kammer-Homepage)
Wir bitten wegen der besseren Planbarkeit um Voranmeldung per Fax oder E-mail an die Geschäftsstelle!

Info-Material:

Die Dokumentation des Runden Tisches der Kammer am 16. Februar zum Thema **„Kann man bei den sozialpsychiatrischen Diensten sparen?"** kann von der Homepage der Kammer heruntergeladen und/oder bei der Geschäftsstelle bestellt werden.

Der Vorstand der Kammer:

Nikolaus Melcop, Gerda B. Gradl, Peter Lehndorfer, Ellen Bruckmayer, Rainer Knappe, Karin Tritt, Heiner Vogel.

Geschäftsstelle:

St.-Paul-Str. 9
80336 München
(Post: Postfach 151506
80049 München)
Tel. 089/515555-0, Fax 089/515555-25
Mo – Do 9.00 – 15.30 Uhr
Fr 9.00 – 13.00 Uhr
info@psychotherapeutenkammerbayern.de
www.psychotherapeutenkammerbayern.de

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Berlin

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der Beginn der Fortbildungszertifizierung stößt bei unseren Mitgliedern auf große Resonanz. Es wurden bereits zahlreiche Anträge auf Zertifizierung von Veranstaltungen gestellt und es gehen vermehrt telefonische Anfragen zu diesem Thema ein. Der auf der letzten DV gewählte Beirat hat seine Arbeit aufgenommen, erste Anträge gesichtet und Stellungnahmen an die Geschäftsstelle abgegeben. In diesem Zusammenhang sind noch einige Fragen ungeklärt: Wie kann man die Nachweise zwischen den Ländern kompatibel und einfach machen und wie zu einer Vergleichbarkeit mit psychotherapeutisch tätigen Ärzten gelangen? Wie lassen sich der bürokratische Aufwand gering und die Qualitätsstandards hoch halten? Die KV Berlin wird alle von der Psychotherapeutenkammer Berlin zertifizierten Fortbildungen anerkennen und darüber hinaus solche, die an anderen Orten erworben wurden. Dazu werden noch weitere Gespräche u. a. mit Landespsychotherapeutenkammern und der Ärztekammer Berlin folgen. Die Umsetzung der Fortbildungszertifizierung stellt für die Geschäftsstelle eine neue und zusätzliche Aufgabe dar.

Einige Kammermitglieder haben auf die Ungleichbehandlung in der Darstellung von Ärzten und PPT bzw. KJP im Internet-Suchsystem der KV und Ärztekammer (ÄK) für Ärzte und Psychotherapeuten hingewiesen. Die Psychotherapeutenkammer war schon bei Einführung des Suchsystems an die KV und die ÄK herangetreten und lud nun die Verantwortlichen zu einem Arbeitsgespräch ein. In der sehr konstruktiven Atmosphäre wurden die gravierendsten Mängel angesprochen und deren Behebung zugesagt. Das Problem mit dem sog. ‚Joker' (*) konnte im Vorfeld gelöst werden und es wurde zugesichert, für PPT und KJP eine neue Qualitätsebene in der Erstansicht einzufügen sowie eine redaktionelle Überarbeitung an manchen Stellen des Begleittextes vorzunehmen.

Am 24.03.2004 initiierte die Psychotherapeutenkammer ein Gespräch mit der Patientenbeauftragten der Bundesregierung, Helga Kühn-Mengel, an dem Gisela Borgmann und Monika Basqué für die Psychotherapeutenkammer, Vertreter der Apotheker- und der Zahnärztekammer teilnahmen. Es wurden viele Themen angesprochen, die der Psychotherapeutenkammer bedeutsam erschienen. So ging es darum, bei den Disease Management Programmen (DMP) eine bessere Versorgung der Patienten durch eine stärkere Beteiligung der Psychotherapeuten zu ermöglichen; die psychiatrische Versorgung von Frauen und die Situation von traumatisierten Bürgerkriegsflüchtlingen wurden thematisiert. Schließlich wurde nachdrücklich auf die Notwendigkeit der Integration von Psychotherapeuten im Rahmen des § 291 SGB V, d. h. bei der Planung der Public Health Card (PHC), hingewiesen.

Das Curriculum „Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren bei Erwachsenen" wurde kürzlich zum dritten Mal durchgeführt. Nach dieser Fortbildungsveranstaltung besteht eine große Nachfrage; es liegen Anmeldungen für mehr als zwei weitere Durchgänge vor. Da diese Veranstaltung nun dauerhaft angeboten werden soll, wurde mit der Ärztekammer Berlin und dem Behandlungszentrum für Folteropfer ein Kooperationsvertrag abgeschlossen, der eine gemeinsame Durchführung regelt. Die drei Kooperationspartner planen die Integration weiterer Mitveranstalter. Am 16.03.04 fand in der Kammer eine Infoveranstaltung für Behandler/innen zum Thema ‚Begutachtung Traumatisierter' statt und wurde als sehr informativ und hilfreich für die konkrete Arbeit beurteilt.

Für den Vorstand
Gisela Borgmann

Landespsychotherapeutentag Berlin

„Grenzen überwinden – Psychotherapie ist mehr als…"

Do., 30. Sept. 2004, 9 – 22 Uhr

9.30 Leitvortrag: Prof. Dr. Jürgen Kriz (Universität Osnabrück, Mitglied im Wissenschaftl. Beirat Psychotherapie)

Podiumsdiskussionen, Fortbildungen und Workshops

Die Psychotherapeutenkammer sucht die Auseinandersetzung mit den Verantwortlichen im KJHG-Bereich

Seit Inkrafttreten des KJHG vor 14 Jahren wurde in Berlin versucht, die Möglichkeiten, die in diesem Gesetz für die psychotherapeutische Unterstützung von Kindern und Jugendlichen liegen, umzusetzen. Mit großem Erfolg! Die Jugendhilfe im Land Berlin hat einen erheblichen Beitrag für die ambulante Versorgung von Kindern und Jugendlichen geleistet und damit in der Bundesrepublik eine herausragende Rolle gespielt. Das KJHG erlaubt es, Psychotherapien zu gewähren, wenn in einer Familie das Wohl des Kindes nicht gesichert ist. Psychotherapie kann beispielsweise sinnvoll sein, wenn das Kind unter neurotisierenden Umständen aufwächst, die Eltern-Kind-Beziehung gestört ist oder das Kind mit einem Elternteil auf-

wachsen muss, das selbst unter einer seelischen Störung leidet.

Vor dem Inkrafttreten des PsychThG waren viele Berliner Kollegen/innen auf dieser Grundlage tätig und seit 1999 arbeiten mindestens 450 auf dieser Basis. Nun hat die extrem angespannte Haushaltslage Berlins auch in diesem Bereich zu einschneidenden Kürzungen geführt. Obwohl das SGB VIII keine Kontingentierung von Leistungen vorsieht, sondern einen individuellen Rechtsanspruch beschreibt, hat es in den vergangenen zwei Jahren deutliche Rückgänge bei den bewilligten Leistungen gegeben und für 2004/5 ist eine weitere Reduzierung um 20 % vorgegeben. Begründet werden die Kürzungen mit dem Argument, dass es inzwischen genügend niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gäbe.

Diese angespannte Situation war der Ausgangspunkt für die Podiumsdiskussion, die die Psychotherapeutenkammer Berlin mit der Fraktion Bündnis90/Die Grünen am 01.03.04 im Abgeordnetenhaus Berlin durchgeführt hat.

Podiumsdiskussion: Psychotherapie nach KJHG

Das Interesse der Mitglieder war außerordentlich stark. Über 200 Personen sprengten die Sitzplatzkapazitäten des Tagungsraums im Berliner Abgeordnetenhause. Entschuldigung an alle, die stehen mussten.

Mit der Podiumsdiskussion wollte die Psychotherapeutenkammer die Auseinandersetzung um die vielschichtigen Aspekte der KJHG-Therapien vorantreiben. Es beteiligten sich: **Thomas Härtel**, Staatssekretär Bildung, Jugend und Sport, **Elfi Jantzen**, Gesundheitspolitische Sprecherin Fraktion B'90/Die Grünen, **Manfred Otto**, Berliner Arbeitskreis für psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung, **Prof. Dr. jur. Robert Francke**, Gesundheits- und Medizinrecht, Universität Bremen, **Prof. Dr. Wolfgang Hinte**, Stadtteilbezogene Soziale Arbeit, Universität Duisburg-Essen und **Gisela Borgmann**, Präsidentin Psychotherapeutenkammer Berlin. **Michael Schmude** vom Vorstand der Kammer übernahm die Moderation.

Zu begrüßen ist die Aussage von Staatssekretär Härtel. Er versicherte, dass trotz aller Sparbemühungen des Senats auch zukünftig die Bewilligung von Psychotherapien nach KJHG möglich bleibt. Die Grünenpolitikerin Jantzen forderte, wer eine Psychotherapie nach KJHG benötige, müsse diese auch bekommen. Nach Auffassung aller Beteiligten sind psychotherapeutische Hilfen für Kinder, Jugendliche und Familien ein kostengünstiges Behandlungskonzept aus einer Reihe möglicher Maßnahmen des KJHG. Gisela Borgmann betonte, dass Psychotherapie nach KJHG im Vergleich mit einer Behandlung, die über die Krankenkasse finanziert wird, den besonderen Vorteil bietet, dass sich der Blick nicht nur auf das Kind und seine Familie, sondern auch auf seine nahen Bezugspersonen (z. B. Erzieher und Lehrer) richtet und die Störung im Sinne eines Mehrpersonenproblems aufgefasst wird. Als Vertreter der Sozialraumorientierung und mit der Aufforderung, Psychotherapie von anderen Hilfeformen abzugrenzen, stellte Prof. Hinte die These auf, dass unter dem Ticket ‚Psychotherapie' sehr viel segelt, von dem er glaube, es sei gute Sozialarbeit. Manfred Otto wies darauf hin, dass die Leistungserbringer zu einem Dialog bereit seien. Er kritisierte zugleich die willkürlichen Leistungsminderungen, die die angespannte Atmosphäre weiter anheizten. Prof. Francke vertrat die Ansicht, dass Psychotherapeuten mehr Gewicht auf die Dokumentation und Nachvollziehbarkeit ihrer Behandlungsergebnisse legen müssten. Es gab darüber hinaus interessante Beiträge aus dem Publikum – von niedergelassenen Psychotherapeuten, von Vertretern der Jugendämter, der Fachdienste und vom Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin.

Gisela Borgmann dankte am Schluss den Podiumsteilnehmern und dem Publikum für die rege Beteiligung und schloss mit den Worten: „Im Zuge von Spardruck mag die Verführung bestehen, von einem Finanzierungsmodell in ein anderes verlagern zu wollen. Wir brauchen transparente Kriterien, an denen wir die Möglichkeiten, die im KJHG gegeben sind, umsetzen und die gemeinschaftliche Aufgabe einer gedeihlichen Entwicklung unserer Jugend ernst nehmen." Die Veranstaltung zeigte allerdings auch, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Vermittlung ihrer Begrifflichkeiten erheblichen Nachholbedarf haben.

In Anknüpfung an die Podiumsdiskussion strebt die Psychotherapeutenkammer einen fachlich ausgerichteten Prozess an. Dabei sollen die gültigen Indikationskriterien, der damit jeweils einhergehende Behandlungsfokus und -plan, das Behandlungssetting sowie einheitliche Standards der Qualitätssicherung und des Beantragungs- und Bewilligungsverfahrens transparent gemacht werden. Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer wird dazu aus den Reihen der Delegierten eine Initiativgruppe beauftragen. Mit ihr sollen ein Fachtag oder Workshops für Kammermitglieder geplant werden. Die dort erarbeiteten Ergebnisse sollen Grundlage einer nach außen gerichteten Diskussion sein.

„Psychotherapie in Berlin"

am 27. Aug. 2004, 18 – 20 Uhr
Hörsaal 1a der FU Berlin
Auswertung des Fragebogens zum **Servicetelefon** und Vorstellung spezieller psychotherap. Tätigkeitsfelder (u. a. Psychotherapie mit Straftätern)

Bericht über die 9. Delegiertenversammlung vom 18. März 2004

- Haushaltsabschluss 2001 und 2002; Entlastung des Vorstands
- Wahl der Beiräte für die Zertifizierung von Fortbildungen
- Versorgungswerk
- Vertretung der Angestellten in der Kammer

Haushaltsabschluss 2001 und 2002 Entlastung des Vorstands

Die Rechnungsprüfer, Bernd Fliegener und Alexander Malkowsky, stellten fest, dass die Haushaltsführung des Vorstands vom Bestreben nach sparsamem Umgang mit den Mitteln geprägt ist. Die Delegiertenversammlung entlastete den Vorstand aufgrund des Prüfberichts.

Wahl der Beiräte für die Zertifizierung von Fortbildungen

Der Ausschuss Aus-, Fort- und Weiterbildung legte ein mit den Fraktionen zuvor abgestimmtes Personaltableau für die Besetzung der Beiräte zur Bearbeitung von Zertifizierungsfragen vor. Die Beiräte werden die Fortbildungsangebote, die der Kammer zur Zertifizierung eingereicht werden, prüfen und dem Vorstand Vorschläge zur Entscheidung vorlegen.

Als Mitglieder der Beiräte wurden gewählt: Inge Brombacher, Roswitha Brühl, Renate Mrazek, Norbert Rosansky, Dr. Dorothee v. Tippelskirch, Christian Zschüttig und als Stellvertreter/innen Klaus Behnke, Sabine Deitschun, Renate Höhfeld, Kerstin Reimers, Werner Roggenbuck, Rainer Zeddies. Sie haben – verteilt auf zwei Beiräte – Anfang April ihre Arbeit aufgenommen und unterziehen die Zertifizierungsanträge einer qualifizierten Prüfung.

Versorgungswerk

Gisela Borgmann dankte Alexander Malkowsky herzlich für seine Arbeit im Zusammenhang mit dem Versorgungswerk. Auf Antrag des Vorstands beschlossen die Delegierten einstimmig, nach Beseitigung der gesetzlichen Hürden dem Versorgungswerk der Kammer in Niedersachsen beizutreten. Dadurch können Verwaltungskosten minimiert werden. Auf einer Informationsveranstaltung der Kammer zum Versorgungswerk und durch Artikel im PTJ wurden die Mitglieder bereits ausführlich informiert. Sobald die gesetzlichen Voraussetzungen für die Errichtung eines Versorgungswerks erfüllt sind, werden detaillierte Informationen folgen.

Angestellte in der Kammer

Eine Initiative von angestellten Kammerdelegierten regte die Gründung eines Ausschusses für die Belange der Angestellten an. Die Delegiertenversammlung vertagte diesen Antrag, da der Diskussionsprozess über eine angemessene Vertretung der Interessen der Angestellten noch nicht für Lösungen reif zu sein scheint. Die Delegierten und der Vorstand nahmen das Anliegen der angestellten Kolleginnen und Kollegen auf und werden Möglichkeiten entwickeln, wie die Fragen von Angestellten zukünftig in der Kammer besser vertreten sein können.

Zur Debatte um das Gutachterverfahren als Mittel der QS in der Psychotherapie

Bernd Fliegener

Bernd Fliegener ist Sprecher des Berliner Kammerausschusses „Wissenschaft, Forschung, Qualitätssicherung (QS)". In seinem Beitrag geht es um die Rolle des Gutachterverfahrens in der gegenwärtigen QS-Diskussion. Er bezieht sich dabei auf die Verbesserungsvorschläge zum Gutachterverfahren wie sie der Berliner (s. www.psychotherapeutenkammer-berlin.de) und der QS-Ausschuss der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen vorgelegt haben.

Die aktuellen Diskussionen zur Qualitätssicherung (QS)[1] besitzen eine hohe Brisanz für die Zukunft der Psychotherapie in unserem Land. Von einigen Autoren wird in diesem Zusammenhang die Frage gestellt, ob das Gutachterverfahren ein geeignetes oder überhaupt ein Mittel der QS sei. Ihre Vorschläge reichen dabei von Modifizierung bis hin zur gänzlichen Abschaffung des Gutachterverfahrens und seine Ersetzung durch die Erhebung psychometrischer Daten. Sie sollen mit Hilfe von standardisierten Patienten- und Therapeutenfragebögen zur Eingangsdiagnostik, Basisdokumentation, Verlauf und Ergebnis der Psychotherapie erhoben werden.

QS der QS

QS-Konzepte sollten Qualität gleichermaßen erhalten und verbessern. Die qualitätssichernde bzw. -verbessernde Wirkung von QS-Maßnahmen kann jedoch nicht als gegeben unterstellt werden. Sämtliche Mittel und Konzepte der QS bedürfen (*vor* ihrer generellen Etablierung!) selbst der Überprüfung und des Nachweises,

a) ob sie an sich geeignet sind, das propagierte Ziel zu erreichen,
b) welche „Nebenwirkungen" damit für Patient und Therapeut verbunden sein können,
c) ob sie geeigneter sind als andere vorgeschlagene Mittel, die gewünschten Ziele zu erreichen, bzw. weniger „Nebenwirkungen" haben. Beides wäre sorgfältig in einer Gesamtbewertung zu berücksichtigen.

Verlässliche und von politischen Interessen weitgehend unverzerrte Ergebnisse sind, wie alle Erfahrung zeigt, nicht durch als neutral erklärte Experten zu erwarten, sondern nur durch gemeinsame Überprüfung und Beteiligung aller beteiligten Interessen-

1 Unter QS wird hier *Sicherung von Qualität* verstanden. In der heute üblichen Fachterminologie wird der Begriff QS i. A. nur noch für das Thema *Nachweis* von Qualität verwendet; Qualitätsmanagement meint hingegen den Nachweis und Mittel und Wege zur Erreichung hoher Qualität.

gruppen an Planung, Durchführung und Auswertung der betreffenden Studien.

Ziele des Gutachterverfahrens

Im Gutachterverfahren sollen Aussagen zu den Themen Indikation, Zweckmäßigkeit, Prognose und Wirtschaftlichkeit getroffen werden. Damit sollen im Gutachterverfahren Aspekte der QS und der Wirtschaftlichkeit beurteilt werden.

Das Gutachterverfahren als QS-Maßnahme

Wenn auch das Gutachterverfahren per se kein hinreichender Garant für gute Qualität ist, so bin ich im Gegensatz zu Köhlke und anderen Kritikern des Gutachterverfahrens der Meinung, dass die für den Bericht an den Gutachter geforderte fachliche Reflexion die Struktur, Prozess- und Ergebnisqualität fördern kann. Das Gutachterverfahren institutionalisiert einen Kommunikationsprozess, der die Behandler zur kritischen Reflexion ihrer Wahrnehmungen und Überlegungen anhält. Die Qualität einer solchen für den konkreten Einzelfall erstellten semantisch zusammenhängenden Fallkonzeption wäre mit Fragebögen oder psychometrischen Tests allein weder erfass- noch beurteilbar.

Natürlich sind sprachlich gute Formulierungen und Konzeptionen in einem Erstantrag oder Verlängerungsbericht an den Gutachter kein *Beweis* dafür, dass diese Therapien auch tatsächlich so durchgeführt werden bzw. wurden wie berichtet. Manipuliert werden kann auch mit anderen Methoden. Fragebögen sind in dieser Hinsicht nicht sicherer. Das Gutachterverfahren ist *ein* Mittel der QS. Zusammen mit diesem sollten immer auch bewährte Verfahren der internen QS (Supervision, Intervision etc.) zum Einsatz kommen. Interne QS könnte von Therapeuten durch den Erwerb eines Qualitätszertifikats nachgewiesen werden. Es könnte von der Kammer eingeführt und vergeben werden.

Zum Aspekt der Wirtschaftlichkeit

Wirtschaftlichkeit ist für Gesundheitspolitiker und Krankenkassen ein Qualitätscharakteristikum des Versorgungssystems. Unstrittig dürfte sein: schlechte Arbeit verursacht unnötige Kosten. Treten die Kosten in den Vordergrund, so besteht die Gefahr, dass die Qualität der psychotherapeutischen Arbeit im Einzelnen und der Versorgung im Ganzen letztendlich auf der Strecke bleibt. Allzu große Kostenreduktion bei der Behandlung führt zu unzureichender Behandlung und damit zu verminderter Qualität. Letztere birgt die Gefahr von Rückfällen in sich, was letztendlich zu höheren Kosten als bei einer angemessenen, aber zunächst kostspieligeren Behandlung führen kann.

Verspricht eine Anbietergruppe (z. B. Kurzzeittherapeuten), über die effizienteste, d. h. preisgünstigste Arbeitsweise zu verfügen, so sollten gerade solche für Gesundheitspolitiker und Krankenkassen verlockenden Argumente einer besonders genauen Überprüfung unterzogen werden. Das bisherige Gutachterverfahren beinhaltet eine *Vor*prüfung der Wirtschaftlichkeit *im Einzelfall*. Ein Verzicht darauf und eine Vorschrift, psychometrische Daten für die externe QS zu verwenden, würde einem Benchmarking[2] durch KVen und Krankenkassen Tür und Tor öffnen. Es bestünde die Gefahr, dass langfristig nur solche Stundenkontingente bezahlt würden, die ermittelte Durchschnittswerte nicht überschreiten. Als Mittel zur Kostenreduktion sind darüber hinaus ‚Mengenbegrenzungen' und ‚Behandlungspauschalen' im Gespräch: „Damit würde es endgültig nur noch um Wirtschaftlichkeit und nicht mehr um Qualität gehen" (Piechotta).

Probleme und Verbesserungen

Aufgrund von Kritik an der Arbeit einzelner Gutachter entwickelte der Ausschuss „Wissenschaft, Forschung, Qualitätssicherung" Vorschläge zur Verbesserung des Gutachterverfahrens. Es sollte insgesamt noch transparenter gestaltet werden. So sollte es klarere Regeln und Kriterien zur Bestallung/Berufung von Gutachtern geben. Gutachter sollten für weniger als fünf Jahre ernannt werden. Auch die Kriterien zur Begutachtung selbst könnten noch klarer operationalisiert werden. Der Wissensstand der Psychotherapieforschung ist in den letzten Jahren gewachsen. Deswegen sollten die dem Gutachterverfahren zugrunde liegenden Therapierichtlinien hinsichtlich ihrer Aktualität und Verträglichkeit mit diesem Wissen überprüft und ggf. modifiziert werden. So kann eine Fortentwicklung der Psychotherapie gefördert werden. Die je nach Richtlinienverfahren unterschiedlich festgelegten Antragsschritte/Stundenkontingente sollten hinsichtlich ihrer Praktikabilität überprüft werden.

Fazit

Alles in allem erscheint das Gutachterverfahren gegenüber den gegenwärtig diskutierten Alternativen zur externer QS als das kleinere Übel. Die Aufgabe einer Vorabprüfung in jedem Einzelfall von Indikation, Zweckmäßigkeit, Prognose und Wirtschaftlichkeit hätte unweigerlich die Umsetzung des § 106 SGB V und damit Benchmarking zur Folge. Vermutlich würde eine Vorabüberprüfung der Wirtschaftlichkeit, wie sie zurzeit im Gutachterverfahren stattfindet, durch Mechanismen einer Wirtschaftlichkeitssteuerung ersetzt, die dann abgekoppelt von der Beurteilung der Indikation nichts mehr mit QS im eigentlichen Sinn zu tun hätten. Der Rechtsanspruch auf Therapie des Patienten bei gegebener Indikation, positiver Prognose und einem zweckmäßigen und unter QS-Aspekten „wirtschaftlichen" Vorgehen wäre dahin.

(Literaturhinweise sind über die Geschäftsstelle erhältlich)

Redaktionsteam: M. Henkel-Gessat, G. Borgmann, Dr. W. Knobbe, Dr. Th. Lecher, Ch. Stößlein, Dr. M. Thielen

Geschäftsstelle

Kurfürstendamm 184
10707 Berlin
Tel. 030/887140-0, Fax -40
Mo, Mi – Fr 9.00 – 14.00 Uhr
Di 14.00 – 19.00 Uhr
info@psychotherapeutenkammerberlin.de
www.psychotherapeutenkammerberlin.de

2 Benchmarking engl. „Festpunkt setzen"; Prozedur zum quantitativen Vergleich von Verfahren, Organisationen oder Institutionen mittels weniger Parameter. Ziel ist die Festlegung einer Rangfolge hinsichtlich ihrer Leistungsfähigkeit.

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Bremen

4 Jahre Bremer Psychotherapeutenkammer

Im Februar 2000 fiel der Startschuss: 10 Verbändevertreter wurden vom Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales in den Gründungsausschuss berufen. Im Oktober des gleichen Jahres war es dann so weit: 220 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus den Städten Bremen und Bremerhaven, immerhin mehr als die Hälfte der damaligen Kammermitglieder, versammelten sich im Queens-Hotel, um die erste Psychotherapeutenkammer Deutschlands aus der Taufe zu heben.

Im Herbst wird der Kammervorstand eine ausführliche Bilanz seiner bisherigen Arbeit der Kammerversammlung vorlegen. Einige Eckpunkte seien schon jetzt aufgeführt.

In dieser zurückliegenden „Pionierzeit" nahmen die Aufbauerfordernisse naturgemäß sehr viel Raum ein. Der Arbeitskreis Berufsordnung und die Ausschüsse für Beschwerde- und Schlichtung, Fort- und Weiterbildung sowie für Finanzen absolvierten in enger Kooperation mit dem Kammervorstand ein erhebliches Arbeitspensum. Ordnungen zur Berufsordnung, zur Fortbildung, zum Schlichtungswesen, zur Gebühren- und Geschäftsordnung, ein Ablaufplan für den Umgang mit Patientenbeschwerden sind die dokumentierten Ergebnisse. Der Beitritt zum Psychotherapeutenversorgungswerk war ebenfalls ein wichtiger Eckpunkt.

Im Herbst endet die erste Wahlperiode des Bremer Kammervorstandes (v. l. n. r.): Hans-Otto-Platte, Frank Bodenstein, Karl Heinz Schrömgens, Marianne Büthe-Tietel, Axel Janzen, Gisela Ripke, Amir Babai

Die Präsenz der Kammer in dieser ersten Arbeitsperiode führte zu einer deutlich besseren Verankerung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowohl in der öffentlichen Wahrnehmung als auch im Blick der verschiedenen Partner des Gesundheitswesens. Regelmäßige Gespräche mit der Senatorin für Gesundheit, mit Vertretern der Kassen, der Kassenärztlichen Vereinigung und der anderen Heilberufskammern führten zu einer wachsenden Vernetzung. Dazu zählt auch die Mitgliedschaft in dem Verein „Unabhängige Patientenberatung" Bremen. Stellungnahmen zu gesundheitspolitischen und versorgungsrelevanten Fragestellungen fanden wiederholt Eingang in die Presseberichterstattung. Das Ansehen und die Position unseres Berufsstandes in die Öffentlichkeit gestärkt zu haben, kann als eines der wesentlichen Ergebnisse der ersten Arbeitsperiode vermerkt werden.

Aufruf zur Wahl des Kammervorstandes 2004

Im Herbst, nach vier Jahren Amtszeit, wählt die Bremer Psychotherapeutenkammer auf der Kammerversammlung am 19. November 2004 einen neuen Kammervorstand. Mit diesem Aufruf entspricht die Kammer der Verpflichtung aus § 6 Abs. 4 der Satzung, mindestens drei Monate vor der Kammerversammlung, auf der ein neuer Vorstand gewählt wird, die Kammerangehörigen aufzufordern, Wahlvorschläge einzureichen. Dies muss in schriftlicher Form geschehen und sie müssen von mindestens fünf Kammermitgliedern unterzeichnet sein. Ebenfalls muss das schriftliche Einverständnis der zur Wahl Vorgeschlagenen vorliegen.

In der Satzung heißt es in § 6 Abs. 1: „Der Vorstand besteht aus dem Präsidenten, dessen Stellvertreter und fünf weiteren Vorstandsmitgliedern. Ihm muss mindestens ein ausschließlich als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut tätiges Kammermitglied angehören. Dem Vorstand sollen außerdem ein Kammermitglied, das

in Bremerhaven seinen Beruf ausübt, sowie ein Kammermitglied, das im Angestellten- oder Beamtenverhältnis tätig ist, angehören."

Mit der Einladung zur Kammerversammlung werden die Mitglieder über die eingereichten Vorschläge informiert. Jeder Kammerangehörige hat zudem auf der Kammerversammlung das Recht, der Kammerversammlung weitere Wahlvorschläge zu unterbreiten und sich selbst wählen zu lassen. Dabei gilt, dass jeder Vorgeschlagene mündlich oder schriftlich sein Einverständnis zu seiner Kandidatur erklärt haben muss.

Aus der Arbeit der Geschäftsstelle

Seit Sommer 2000 hat die Kammer die Souterrain-Räume Lüder-von-Bentheim-Str. 47 als Geschäftsstelle angemietet. Dankbar, schnell arbeitsfähig zu sein, hat die Kammer sich zunächst in diesen behelfsmäßigen Räumlichkeiten eingerichtet und

Renate Lappus, Mitarbeiterin der Kammer-Geschäftsstelle

Umzugspläne infolge starker Arbeitsbelastung immer wieder hinausgeschoben. Mit einem kleinen Sitzungszimmer, zwei PC-Arbeitsplätzen und einem Technik-/Lagerraum wird das Kammerbüro bisher funktional und preiswert unterhalten.

Seit Februar 2002 arbeitet als einzige Mitarbeiterin Frau Renate Lappus mit 30-Stunden pro Woche in der Geschäftsstelle. Ebenfalls bietet der Präsident regelmäßig Sprechstunden in den Räumen an. Frau Lappus verantwortet die gesamte Verwaltung einschließlich der Beitragsangelegenheiten und unterstützt darüber hinaus die bürotechnische Unterstützung der Ausschüsse. Unterstützt wird sie von Frau Martina Liepermann, die für die Buchhaltung verantwortlich zeichnet.

Frau Lappus, die zuvor lange Jahre als Chefsekretärin bei einem Wohlfahrtsverband gearbeitet hat, hat sich inzwischen mit manchen fachspezifischen Problemen vertraut gemacht, so dass sie auch Anfragen von Patientinnen und Patienten sowie von Kammerangehörigen sachkundig beantwortet. Auf die Frage, was sie sich besonders von den Kammermitgliedern wünsche, antwortete sie: „Schön wäre, wenn Anfragen, die ich an die Kammermitglieder aus Verwaltungsnotwendigkeiten richte, zeitnah und im Rahmen der Fristen beantwortet würden. Das würde manche Erinnerungsschreiben oder gar Mahnungen ersparen." Zugleich möchte sie sich für die häufig angenehmen und sehr freundlichen Kontakte mit den Kammermitgliedern bedanken.

Angestelltenforum der Bremer Kammer

BAT-Eingruppierung und Einspardruck im Öffentlichen Dienst als Schwerpunkte

Als Nachrücker im Kammervorstand übernahm Axel Janzen vor zwei Jahren den Bereich ‚Angestellte und Beamte'. In der Folge nahm er Kontakt zu einzelnen Arbeitsbereichen der angestellten KollegInnen auf, besuchte Krankenhäuser und den Schulpsychologischen Dienst, lud Erziehungsberater in die Räume der Kammer ein und beteiligte sich an einem ‚Workshop für Beratungskräfte der Erziehungsberatung und des Schulbereichs', als die Pläne der Zusammenlegung von Erziehungsberatung und Schulpsychologischem Dienst konkret werden sollten. Die Themen Krankenhausentwicklung und Reduzierung der Erziehungsberatung wurden dann vom Vorstand im direkten Kontakt auch mit der Senatorin erörtert und über Pressemitteilungen kritisch begleitet.

Im ‚Psychiatrieausschuss des Landes Bremen' versucht Axel Janzen, die fachliche Sicht der in der ambulanten und stationären psychiatrischen Versorgung tätigen Psychotherapeuten einzubringen. Ebenfalls kooperiert er eng mit dem Angestelltenausschuss der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, da die Probleme größtenteils identisch sind.

Einen breiten Raum in der Einzelberatung der angestellten Mitglieder nehmen Fragen zur Eingruppierung gem. BAT ein, wobei insbesondere kirchliche und private Arbeitgeber versuchen, das Gehaltsgefüge negativ zu verändern. Angesichts des Vorhabens der Gewerkschaft ver.di und der Öffentlichen Arbeitgeber, den BAT zu reformieren, hat sich Axel Janzen erfolgreich bemüht, in die ‚Bundesfachkommission PP/KJP' von ver.di aufgenommen zu werden. Dies ermöglicht Informationen aus erster Hand und die direkte Einflussnahme auf die Reformbemühungen. Die Interessen der Psychotherapeuten in Institutionen bringt er zudem als Bremer Kammerdelegierter in den Deutschen Psychotherapeutentag ein, der im Mai zum 3. Mal tagte.

Der von Angestellten und BeamtInnen häufig geäußerte Unmut über die Höhe der Kammerbeiträge gehört zu den weniger erfreulichen Themen im direkten Kontakt mit den Mitgliedern. Angesichts der Auseinandersetzungen um die Reform des BAT und der Privatisierungsbemühungen der öffentlichen Krankenversorger, wird es aber auf eine starke Interessenvertretung der Psychotherapeuten über Gewerkschaften und Psychotherapeutenkammern ankommen.

Zukünftig möchte der Kammervorstand ein- bis zweimal im Jahr ein Forum für Angestellte und Beamte anbieten, um den angestellten und verbeamteten Kammermitgliedern die Möglichkeit zu geben, sich über aktuelle und/oder grundsätzliche Fragen zu informieren und auszutauschen.

Der erste Termin des ‚Angestellten- und Beamtenforums' ist am Mittwoch, 30.6.04 um 20.00 Uhr in den Räumen der KV, Schwachhauser Heerstr. 26-28.

Versorgungswerk attraktiv für alle

Befreiung von der Mitgliedschaft nur bis zum 31. August 2004 möglich

Zur Erinnerung: Am 1. März diesen Jahres wurden Bremer Mitglieder der Psychotherapeutenkammer automatisch auch Mitglieder des PVW. Alle Kollegen, die am 1.3.2004 bereits Kammermitglieder waren, können bis zum 31. August 2004 auf schriftlichen Antrag von der Mitgliedschaft befreit werden.

Warum lohnt sich ein Verbleib im Versorgungswerk?

Auch wenn viele der älteren niedergelassenen Kollegen seit Jahren Vorsorgemaßnahmen über Versicherungen, Fonds, Immobilienkauf etc. getroffen haben, so ist die bisherige Altersvorsorge der selbstständigen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten insgesamt noch mangelhaft und liegt deutlich unter den jährlichen Vorsorgeaufwendungen anderer vergleichbarer Heilberufsgruppen. Kinder-, HNO-Ärzte und Orthopäden wenden durchschnittlich jährlich etwa das Dreifache (!) für ihre Altersvorsorge auf wie Psychotherapeuten. Für sehr viele Kollegen gilt, dass sich drohende Altersarmut nur über eine deutliche Erhöhung der jährlichen Vorsorgeaufwendungen abwenden lässt. Im Vergleich mit Kapitalversicherungen schneidet das PVW hierbei außerordentlich gut ab. Während Versicherungen viel Geld der Beitragszahler für Kundenakquisition, Werbung, Vertreterprovision etc. ausgeben müssen, kann das PVW diese Gelder bereits für seine Mitglieder verzinsen. Mit dem weiteren Anwachsen der Mitgliederzahl wird der Verwaltungskostensatz noch weiter absinken. Mit dem beschlossenen Beitritt der Psychotherapeutenkammern Rheinland-Pfalz und Hamburg verdoppelt sich die Mitgliederzahl des PVW. In weiteren Länderkammern wird der Beitritt zum PVW gegenwärtig diskutiert. Frank Bodenstein, Bremer Mitglied im Verwaltungsrat des PVW: „Diese Fakten sprechen im Vergleich zu Kapitalversicherungen klar für eine höhere Rendite des PVW. Allen Kollegen ist daher zu empfehlen, mit einem bestimmten Monatsbeitrag, der von der individuellen Situation abhängig ist, im PVW zu verbleiben. Im Gegensatz zur gesetzlichen Rentenversicherung ist die Rendite des PVW wegen des Kapitaldeckungsverfahrens unabhängig von demographischen Entwicklungen. Auch gesetzlich rentenversicherte Kammermitglieder sollten daher ernsthaft über einen Verbleib im PVW mit einem bestimmten Monatsbeitrag nachdenken."

Weitere Informationen unter: www.p-v-w.com

Neue Satzung der KV Bremen

Neuwahl der Vertreterversammlung im September dieses Jahres

Im März beschloss die Vertreterversammlung der KV Bremen eine neue Satzung und Wahlordnung auf der Grundlage der veränderten Anforderungen aus dem Gesundheitsmodernisierungsgesetzes. Dank intensiver Gespräche von Vertretern des Kammervorstandes mit Verantwortlichen der KV und Interventionen der psychotherapeutischen Gremienvertreter konnte verhindert werden, dass die Anzahl der Vertreter auf unter 20 gesenkt wurde. Denn das hätte bedeutet, dass den Psychotherapeuten nur noch ein Sitz zugestanden hätte. Nach dem jetzt vorgelegten Modell behalten diese Berufsgruppen zwei Sitze. Weiter sieht die neue Satzung zwischen Vertreterversammlung und KV-Vorstand einen neuen Ausschuss vor, in dem zwingend ein Repräsentant der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vertreten sein muss. Dies konnte übrigens nur gegen den Widerstand der Hausärzte und der psychotherapeutisch tätigen Ärzte erreicht werden. Die letzteren gehören bekanntlich zur Gruppe der Fachärzte, vertrauen aber offensichtlich nicht darauf, über diesen Weg Einfluss nehmen zu können. Als Erfolg für die Psychotherapeuten wird auch angesehen, dass zukünftig die ärztlichen Vertreter im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie zur Gruppe der überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zählen müssen. Als Ungerechtigkeit bleibt, dass in Bremen die Psychotherapeuten, die nahezu 20 Prozent der KV-Mitglieder stellen, mit der gesetzlichen Beschränkung auf 10 Prozent deutlich unterrepräsentiert sind.

Praxisgebühr: Kammer wendet sich an Kassen

Anlässlich von Presseberichten über bevorstehende Verträge von Kassen mit Hausärzten, die zu einem Erlass der Praxisgebühren führen, wandte sich der Präsident der Kammer, Karl Heinz Schrömgens, an die wesentlichen in Bremen tätigen Gesetzlichen Krankenversicherungen. Er äußerte die Befürchtung, dass das Erstzugangsrecht zum Psychotherapeuten durch solche Modelle gefährdet werden könnte. Weiter hieß es: „Als besonders misslich würden wir es ansehen, wenn Versicherte, die sich einer beantragten und von den Kassen genehmigten Psychotherapie unterziehen, allein um in den Bonusgenuss zu gelangen, in jedem Quartal den Hausarzt wegen eines Überweisungsscheines an den Psychotherapeuten aufsuchen müssten. Dies würde in der Tat unnötige Kosten bei den Kassen produzieren." Abschließend wurde die Bereitschaft ausgedrückt, an angemessenen Modellen mitwirken zu wollen.

Redaktion Bremer Kammerseiten

An diesen Seiten arbeiteten mit:

Axel Janzen, Frank Bodenstein, Karl Heinz Schrömgens

Geschäftsstelle

Lüder-von-Bentheim-Str. 47
28209 Bremen
Tel. 0421/27 72 000
Fax 0421/27 72 002
Mo, Di, Do, Fr 10.00 – 14.00 Uhr
Mi 13.00 – 17.00 Uhr
Sprechzeit des Präsidenten:
Di 12.30 – 13.30 Uhr
verwaltung@Psychotherapeutenkammerhb.de
www.psychotherapeutenkammer-hb.de

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hamburg

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

die Gremien und Ausschüsse der Psychotherapeutenkammer Hamburg sind in den letzten Monaten in vielen Bereichen produktiv tätig gewesen. Ziel ist es, bis Mitte des Jahres sowohl die Forbildungsordnung – und damit die lange erwarteten Regelungen zur Anerkennung/Zertifizierung und Akkreditierung von Fortbildungsveranstaltungen – als auch die Satzung der Ethik-Kommission, die Berufsordnung und die Schlichtungsordnung fertig zu stellen. Die Ausschüsse haben dabei intensiv mit den anderen Ausschüssen der übrigen Nordkammern zusammengearbeitet, um weitgehende Übereinstimmung zwischen den Nachbarländern sicherzustellen.

Die Arbeit der Ausschüsse ist dabei soweit abgeschlossen, dass die Ergebnisse der 10. Kammerversammlung am 9. Juni voraussichtlich zur Beschlussfassung vorgelegt werden können. Wir können Ihnen die Ergebnisse also wohl in der nächsten Ausgabe des Psychotherapeutenjournals präsentieren.

Der Vorstand seinerseits hat sich seit Jahresbeginn neben der allgegenwärtigen Alltagsarbeit vor allem mit dem Entwurf des neuen einheitlichen Hamburgischen Heilberufekammergesetzes, dem Beitrittsbeschluss zum Versorgungswerk und der Auswertung und Präsentation der Ergebnisse der Expertise zur Versorgung psychisch auffälliger Kinder- und Jugendlicher in Hamburg befasst. Im Einzelnen dazu später mehr.

Noch ein Wort in eigener Sache. Unser Psychotherapeutenjournal-Beauftragter, Harry Askitis, verabschiedet sich mit dieser Ausgabe als Redakteur von allen Lesern. Der Vorstand bedankt sich sehr herzlich bei ihm für die geleistete Aufbauarbeit.

Der Vorstand

Entwurf eines neuen Hamburger Heilberufekammergesetzes

Ende des letzten Jahres hat die damalige Behörde für Umwelt und Gesundheit – heute Behörde für Wissenschaft und Gesundheit – allen Hamburger Heilberufekammern den Entwurf eines neuen einheitlichen Heilberufekammergesetzes zur Stellungnahme zugeleitet.

Der Vorstand hat zu diesem Entwurf nach Erörterung in der 8. Kammerversammlung eine Stellungnahme abgegeben und Änderungswünsche in einigen Punkten angemeldet.

Am bedeutsamsten, da umstritten, ist der Vorschlag, zukünftig die in der praktischen Ausbildung zum Psychotherapeuten/in befindlichen und bereits psychotherapeutisch Tätigen als Pflichtmitglieder in die Kammer aufzunehmen. Hierbei hat sich der Vorstand an der gleichlautenden Regelung im neuen Niedersächsischen Kammergesetz orientiert (siehe hierzu das nachfolgend abgedruckte Memo des Vorstandes). Zusätzlich wurde Änderungsbedarf bei einigen anderen Regelungen des Gesetzentwurfes angemeldet. So bei der Beschränkung auf den Anschluss an nur Heilberufe-Versorgungswerke; die Einschränkung, dass die Weiterbildung nur ganztägig und vollzeitig stattfinden darf, was viele unserer Mitglieder vor erhebliche Probleme stellen würde; die Erweiterung der Mitglieder des Schlichtungsausschusses von drei auf fünf plus StellvertreterInnen; das bisherige Zwei-Stimmen-Wahlrecht soll erhalten bleiben und nicht durch ein reines Listenwahlrecht ersetzt werden; die Prävention soll in die Weiterbildung mit aufgenommen werden. In einem ersten Gespräch mit der Behörde wurde in weiten Teilbereichen Entgegenkommen bezüglich der angemeldeten Änderungswünsche signalisiert. Die Beschlussfassung über das Gesetz wird voraussichtlich Ende 2004 in der Hamburgischen Bürgerschaft erfolgen.

Memorandum des Kammervorstandes zur Kammermitgliedschaft der Psychotherapeuten in Ausbildung

Mit dem am 22. Dezember 2003 zugesandten Entwurf eines neuen Heilberufekammergesetzes strebt die Behörde für Umwelt und Gesundheit (neu: Behörde für Wissenschaft und Gesundheit) eine Vereinheitlichung der bislang unterschiedlichen Kammergesetze für Hamburg an.

Die Psychotherapeutenkammer Hamburg schlägt in ihrer Stellungnahme zu dem vorgelegten Gesetzentwurf vor, in die Kammermitgliedschaft auch diejenigen Psychotherapeuten in Ausbildung mit einzubeziehen, die im Rahmen ihrer praktischen Ausbildung bereits psychotherapeutisch tätig sind (§ 2 Abs. 4 des Gesetzesentwurfes).

BEGRÜNDUNG

Mit dem am 1.1.1999 in Kraft getretenen Psychotherapeutengesetz (PsychThG) hat der Gesetzgeber die Ausbildung zum Psychotherapeuten und die Berufsausübung erstmalig geregelt. Mit dem Hamburgischen Psychotherapeutenkammergesetz (HmbPKG vom 18. Juli 2001) hat die Bürgerschaft u. a. die Berufsaufsicht über alle Angehörigen dieses neuen Heilberufes, soweit sie psychotherapeu-

tisch tätig sind, der Psychotherapeutenkammer übertragen (§ 2 Abs. 1 bzw. § 5 Abs. 1).

Die vom Bundesministerium für Gesundheit erlassene Ausbildungs- und Prüfungsordnung (PsychTh-APrV) schreibt u. a. vor, dass Diplom-Psychologen und Diplom-Sozialpädagogen im Rahmen ihrer praktischen Ausbildung mindestens 600 Stunden psychotherapeutische Krankenbehandlungen an mindestens 6 Patienten unter Supervision durchführen, mithin bereits vor dem Abschluss der Ausbildung Heilkunde ausüben. Diese sich in der praktischen Ausbildung befindenden Psychotherapeuten (PiA) sollen entsprechend dem Petitum der Psychotherapeutenkammer Hamburg, aber auch nach den Äußerungen der Betroffenen selbst, Pflichtmitglieder der Psychotherapeutenkammer Hamburg sein.

Die Krankenbehandlungen, die von den PiA in den Ausbildungsambulanzen zwar unter Supervision, aber selbstständig durchgeführt werden, sind Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung und werden als solche von den Krankenkassen bezahlt (§ 117 Abs. 2 SGB V). Im Ambulanzalltag sind die PiA neben der Durchführung von Psychotherapien mit diagnostischen Abklärungen, Anträgen an Kostenträger, Verlaufs- und Ergebnisdokumentationen, Fallbesprechungen und Berichten an überweisende Ärzte befasst. Damit sind die PiA aus der Sicht der Patienten in der Praxis kaum von klinisch tätigen Psychotherapeuten zu differenzieren.

Gleichwohl obliegt die Berufsaufsicht über diese heilkundliche Tätigkeit bislang nicht der Psychotherapeutenkammer, sondern der zuständigen Behörde. Ferner haben die von der Kammer, also der Gesamtheit der Berufsangehörigen, sich selbst gegebenen und im HmbPKG vorgesehenen Ordnungen zur Berufsausübung (Berufsordnung, Ethik-Richtlinien, Schlichtung etc.) für die PiA keine Gültigkeit, solange sie nicht Kammermitglieder sind.

PiA sind im Rahmen der Ausbildung u. a. verpflichtet, ein 12-monatiges Praktikum in einer Psychiatrischen Klinik zu absolvieren. Aufgrund ihrer ungeklärten tarifrechtlichen Eingruppierung leisten viele dieses Praktikum unter unzumutbaren ökonomischen Bedingungen, oftmals ohne jegliches Gehalt ab. Die Psychotherapeutenkammer kann sich dann für die berechtigten Interessen auch in diesem Bereich wirkungsvoller einsetzen, wenn sie für ihre Mitglieder spricht.

Fragen der Ausbildung gehören nicht zu dem Aufgabenbereich der Psychotherapeutenkammer, wie er im HmbPKG festgeschrieben ist. Die Psychotherapeutenkammer betrachtet diese Abgrenzung für sachgerecht und strebt mit der Einbeziehung der PiA in die Mitgliedschaft keine Einflussnahme auf die konkrete Ausbildung und/oder Ausbildungsabläufe an. Sie erachtet die Pflichtmitgliedschaft der PiA aber als Möglichkeit, die zukünftigen Berufsangehörigen schon frühzeitig in die Informationsflüsse der approbierten Psychotherapeuten einzubeziehen, was für eine spätere erfolgreiche freiberufliche und/oder angestellte Tätigkeit von Vorteil ist.

Mit diesem Petitum zur Aufnahme der PiA als Pflichtmitglieder der Psychotherapeutenkammer wird die in Niedersachsen bereits beschlossene Gesetzesregelung nachvollzogen. In fast allen anderen Bundesländern bestehen derzeit ähnliche Aktivitäten oder sind in Planung. Zudem ergibt sich eine weitgehende Analogie zu den anderen Heilberufen – hier insbesondere zu den Apothekern und den Ärzten –, die bei Erreichen der praktischen Ausbildungsphase (z. B. AiP) ebenfalls Kammerpflichtmitglieder ihrer jeweiligen Hamburger Kammer werden.

Schließlich verfolgt die Psychotherapeutenkammer mit der Mitgliedschaft der PiA auch keinerlei wirtschaftliche Interessen. Sowohl die Kammerversammlung als auch der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Hamburg haben erklärt, dass die PiA aufgrund ihrer ohnehin angespannten wirtschaftlichen Situation beitragsfrei gestellt bzw. nur mit einem symbolischen Beitrag belastet werden sollten. Unter dieser Voraussetzung sprechen sich auch betroffene PiA für ihre Einbeziehung in die Kammermitgliedschaft aus.

Expertise zur Versorgung psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher in Hamburg

Im vergangenen Jahr hat der Kammervorstand die Sozialwissenschaftlerin, Frau Dr. Maria Albota mit der Erstellung einer Expertise zur psychotherapeutischen Versorgung von psychisch auffällgen Kindern und Jugendlichen beauftragt.

Grund war neben den immer öfter auch in der Öffentlichkeit wahrgenommenen Störungen in dieser Altersgruppe der unter 19-jährigen der Wunsch nach Objektivierung des bestehenden Eindrucks einer Unterversorgung.

Erneut wurde in einer bundesweiten Erhebung belegt, dass 18 % der 4- bis 18-jährigen psychisch auffällig sind. Für Hamburg bedeuten diese Zahlen, dass in der Hansestadt fast 50.000 Kinder und Jugendliche leben, die einer professionellen Behandlung oder zumindest einer diagnostischen Abklärung bedürfen. Nach verlässlichen Zahlen sowohl der bestehenden Beratungs- und Therapieeinrichtungen, aber auch von Schulen und Krankenkassen, hat sich die Zahl der von psychischen Erkrankungen betroffenen Jungerwachsenen dabei sogar erhöht.

Wissenschaftler und Fachleute weisen seit Jahren auf den hohen Behandlungsbedarf bei Menschen mit psychischen Erkrankungen hin und haben wiederholt vor den Folgen gewarnt, wenn insbesondere Kinder und Jugendliche, die unter Ängsten und Depressionen, unter psychosomatischen Beschwerden (vor allem Schmerzen, Erschöpfung und Nervosität), Essstörungen und Konzentrationsstörungen leiden, die durch übermäßige Aggressivität oder sozialen Rückzug auffallen, die nicht schlafen können oder im Schlaf einnässen, nicht frühzeitig angemessen behandelt werden.

Unstrittig unter Gesundheitsexperten ist die nach wie vor mangelhafte und unzureichende psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung, die bei Kindern und Jugendlichen noch schlechter ist: Während immerhin 36 % der psychisch kranken Erwachsenen (nach den Ergebnissen des

Bundesgesundheitssurveys 1998/99) in irgendeiner Weise Kontakt mit professionellen Diensten haben, beträgt die Behandlungsquote bei psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen nur 17,5 %!

Die Zahl den jungen Menschen mit Depressionen wächst. Depressionen sind zwischenzeitlich die häufigste Ursache für Lern- und Leistungsschwäche. Essstörungen sind bei ca. 2,5 % aller Kinder und Jugendlichen ein Problem, wobei Mädchen hiervon 10-mal häufiger betroffen sind.

Jährlich versuchen ca. 10.000 Kinder und Jugendliche, sich das Leben zu nehmen. Selbstmord ist unter den 14- bis 24-jährigen die zweithäufigste Todesursache nach Verkehrsunfällen.

Immer mehr junge Menschen reagieren mit psychischen Problemen auf die Anforderungen im beruflichen und privaten Umfeld. Die Folgen für die Betroffenen und die Gesellschaft sind gravierend. Dabei ist bekannt, dass in Ballungsräumen zwar vergleichsweise mehr Kinder und Jugendliche unter psychischen Störungen leiden, der Versorgungsgrad dort aber doch in der Regel höher ist. Hierauf wird von den verantwortlichen Gesundheitspolitikern auch in Hamburg – allerdings ohne Zahlenangaben – immer wieder verwiesen, obwohl Fachleute, die in diesem Bereich arbeiten, immer wieder auf die Missstände auch in Hamburg hingewiesen haben. Auch die betroffenen Familien, die unzumutbar lange auf einen Behandlungsplatz für ein krankes Kind warten müssen, stehen Äußerungen der Politiker, Ärztefunktionäre und Krankenkassenvertreter verständnislos gegenüber, wenn wie zuletzt im vergangenen Jahr im Rahmen einer Debatte in der Hamburger Bürgerschaft zu diesem Thema gesagt wird, dass die Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Hamburg gesichert sei.

Die Hamburger Psychotherapeutenkammer hat zu diesen Fragen nun eine Expertise in Auftrag gegeben, die auf einer Pressekonferenz am 25. Mai 2004 erstmalig der Öffentlichkeit vorgestellt werden soll. In dieser soll dazu Stellung genommen werden, ob die Versorgung der 50.000 psychisch auffälligen Kinder und Jugendlichen in Hamburg quantitativ und qualitativ ausreichend ist. Dabei wurde auf Zahlenmaterial der Versorgung durch Kassenärzte und auf Angaben der zahlreichen komplementären psychosozialen Dienste zurückgegriffen.

Resümee eines Jahres Arbeit im Ermäßigungsausschuss

Der Ermäßigungsausschuss wurde von der Kammerversammlung schon bei der zweiten Sitzung eingerichtet. Dies ergab sich aus dem Wunsch, möglichst zeitnah mit den Vorbereitungsarbeiten und der Behandlung der Anträge auf Ermäßigung beginnen zu wollen. Um einer effizienten Tätigkeit keine formal-strukturellen Hürden in den Weg zu stellen, wurde der Ausschuss mit drei Mitgliedern bewusst klein gehalten. Dieses Vorgehen hat sich bewährt.

Im Laufe des letzten Jahres tagte der Ausschuss, teilweise unter Hinzuziehung von Mitarbeitern der Geschäftsstelle, insgesamt 17 Mal für jeweils zwei bis drei Stunden. Dies ergibt hochgerechnet eine Gesamtarbeitszeit von rund 130 Stunden. Im Folgenden wird deutlich werden, weshalb gerade in seinem ersten Jahr dieser hohe Zeitaufwand notwendig war.

Bei der Festlegung des „Pflicht-"Beitrages für die Kammermitglieder sieht die Beitragsordnung in § 3 und § 5 die Möglichkeit einer Ermäßigung unter bestimmten Voraussetzungen vor. Damit soll im Einzelfall die soziale Situation des Mitgliedes berücksichtigt werden. Gemäß § 5 kann „der Kammervorstand auf Antrag im Einzelfall aus Billigkeitsgründen den von der Kammerversammlung beschlossenen Beitrag ganz oder teilweise stunden, ermäßigen oder erlassen."

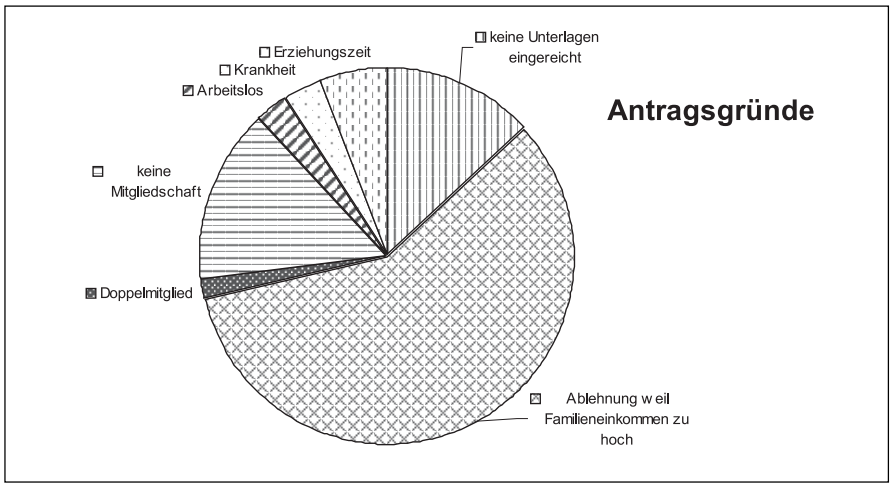
Von Anfang an war der Ausschuss bemüht, ausgleichend zwischen zwei einander entgegenstehenden Ansprüchen zu entscheiden: Seinem Auftrag gemäß hatte der Ausschuss sowohl die wirtschaftlich eingeschränkten Bedingungen einzelner Mitglieder als auch das Interesse der gesamten Mitgliedschaft auf stabile Beiträge zu berücksichtigen.

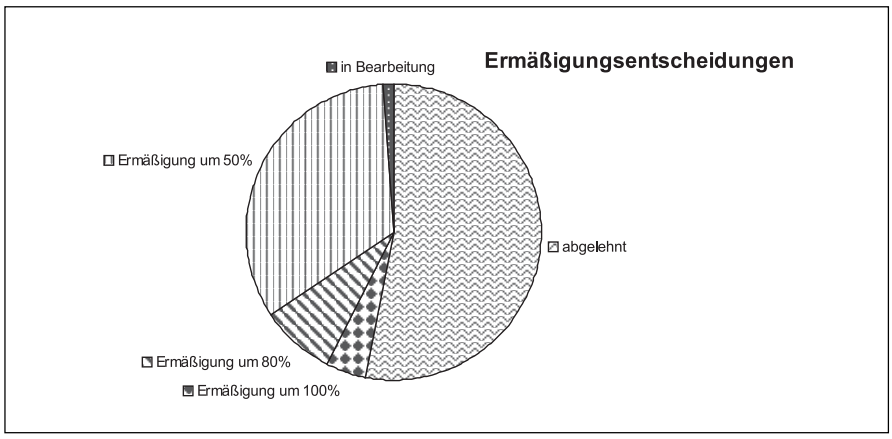
Nachdem der Ausschuss zu Beginn lediglich von der Heranziehung der persönlichen Einkommensverhältnisse des Mitgliedes als Grundlage der Entscheidung ausgegangen war, wurde in der Umsetzung zunehmend deutlich, dass eine annähernd gerechte Entscheidung nur dann gefunden werden

kann, wenn sowohl die Einkünfte als auch die finanziellen Belastungen der gesamten Familie oder Lebensgemeinschaft maßgeblich für die Gewährung einer Reduktion sind. So wurde es notwendig, neben dem Familienstand, der Anzahl der Kinder und ggf. anderer Gründe zusätzlich die Höhe des Familieneinkommens zu erfragen.
Für die dadurch nachträglich notwendigen Anfragen der Geschäftsstelle und die entstandenen Irritationen möchten wir uns an dieser Stelle bei allen davon Betroffenen entschuldigen.
Es zeigte sich auch, dass allein eine Halbtagstätigkeit, hohe Kosten für Weiterbildung, Supervision u.Ä. leider nicht berücksichtigt werden konnten.
Zu den Zahlen und Ergebnissen:
Von den letztlich 162 Anträgen (s. Grafik) konnte auf Basis der nachgewiesenen Voraussetzungen gerundeten 4 % der Antragsstellerinnen und Antragssteller der volle Jahresbeitrag für 2003 erlassen werden, 8 % wurden eine Ermäßigung von 80 % gewährt und bei 33 % wurde der Beitrag auf die Hälfte reduziert. Darüber hinaus wurde es aufgrund der individuellen Bedingungen bei 9 Mitgliedern notwendig, die anteilige Umlage für die Zeit des Errichtungsausschusses in 2002 zu ermäßigen bzw. ganz zu erlassen, entgegen der ursprünglichen Absicht der Kammerversammlung, diese grundsätzlich nicht zu reduzieren.

53 % der Antragsstellerinnen und Antragssteller hatten aus unterschiedlichen Gründen die Voraussetzungen für eine Ermäßigung nicht erfüllt und entsprechend mussten deren Anträge abgelehnt werden. Bei gut 1 % befinden sich die Anträge aufgrund offener Fragen noch in der Bearbeitung. Die ausgesprochenen Ermäßigungen bedeuten für den Kammerhaushalt eine erwartete Mindereinnahme von rund 18.000 €. Zu den von den Antragsstellerinnen und Antragsstellern genannten Gründen, die nur z. T. auch die Grundlage für eine Ermäßigung darstellten, lässt sich Folgendes sagen:

13 % der Gesamtgruppe hatten, wie oben bereits erwähnt, trotz Nachfrage keine (ausreichenden) Unterlagen eingereicht, was zu einer Ablehnung führte. 58 % hatten ein zu geringes Familieneinkommen als





Grund genannt, bei knapp der Hälfte wurden die hierzu angeführten Angaben für eine Ermäßigung als ausreichend beurteilt. Bei ca. 6 % war als Antragsgrund eine Erziehungszeit, bei jeweils 3 % Arbeitslosigkeit bzw. Krankheit genannt und vom Ermäßigungsausschuss anerkannt worden.

Bei 15 % der zunächst von der Behörde erfassten Kolleginnen und Kollegen waren die Voraussetzungen für eine Mitgliedschaft nicht erfüllt, bei 2 % liegt eine Doppelmitgliedschaft mit entsprechender Reduktion um die Hälfte des Jahresbeitrages vor.

Kinder als Begründung gaben insgesamt ein gutes Viertel der KollegInnen an, wobei bei einem Großteil ein Kind von einem/einer Erwachsenen allein finanziert wird (d.h. bei Alleinerziehenden ein Kind, aber bei Paaren zwei Kinder pro „Familie").

Für die Entscheidung maßgeblich war allein die Einschätzung, ob die Zahlung des Kammerbeitrages eine soziale Härte für die Kollegin bzw. den Kollegen und deren Familie darstellt.

Versorgungswerk kommt

An einem eigens dafür anberaumten Termin hat die Kammerversammlung am 25.2.04 nach ausführlicher Diskussion den Beitritt der Psychotherapeutenkammer Hamburg zum Versorgungswerk der PTK Niedersachsen beschlossen. Im Rahmen der für Ende September 2004 geplanten Allg. Kammerversammlung wird über alle weiteren Details berichtet werden.

Geschäftsstelle

Curschmannstraße 9
20251 Hamburg
Tel. 040/4210 1234
Fax 040/4128 5124
Mo, Di, Do, Fr 10.00 – 12.00 Uhr,
Mi 15.00 – 17.00 Uhr
info@psychotherapeutenkammerhamburg.de
www.psychotheraeutenkammerhamburg.de

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hessen

Bericht von der 7. Delegiertenkonferenz

Am 18.2.2004 tagte in Frankfurt die 7. Delegiertenversammlung, von deren umfangreicher Tagesordnung die Diskussion und Beschlussfassung der Satzung der Kammer sowie die Frage der Errichtung eines Versorgungswerkes viel Zeit in Anspruch nahmen.

In den Berichten des Präsidenten, des Vorstandes und der Ausschüsse wurde erneut deutlich, dass die Kammer inzwischen auf vielen gesundheitspolitischen Gebieten tätig ist und in den entsprechenden Gremien und Institutionen die Anliegen der Kammermitglieder zur Sprache bringt. Als Beispiele seien genannt:

- Im Fachbeirat Psychiatrie sowie in Gesprächen mit dem Landeswohlfahrtsverband wurde die Bedeutung der Tätigkeit von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten herausgearbeitet und mit Nachdruck die Berechtigung des – in einigen Fällen untersagten – Tragens der Berufsbezeichnung vertreten.
- In Gesprächen mit dem Landesprüfungsamt für Heilberufe wurde die schwierige Situation der Praktikanten in der Psychotherapie-Ausbildung thematisiert; bezüglich der Gestaltung der Prüfungen wurde die Einbeziehung der Ausbildungsinstitute eingefordert.
- Die Kammer ist inzwischen im Kreis der Heilberufskammern als Institution anerkannt, mit der ein intensiver Austausch erwünscht ist. Mit der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) gelingt eine gute Kooperation, wie z.B. bei einem Pressegespräch zum Thema „Essstörungen".
- Die Kammer erarbeitete eine Expertise zur Neuropsychologie, die in das zuständige Gremium des Bundesausschusses Ärzte/Krankenkassen mit dem Ziel eingebracht wurde, eine der Neuropsychologie angemessene Regelung als GKV-Leistung zu erreichen.
- Nach den Gesprächen mit der Techniker Krankenkasse über deren Modellprojekt erwartet die Kammer nun die Antwort auf den Vorschlag einer gemeinsamen Erklärung.

Die Mitglieder des Beschwerde- und Schlichtungsausschusses informierten über die umfangreichen und weit gespannten Fragestellungen der zu beratenden Konfliktfälle.

Verschiedene Ausschüsse und Arbeitsgruppen sind mit der Vorbereitung des Zweiten Hessischen Psychotherapeutentages befasst, der am 24. und 25. September 2004 in Gießen stattfinden wird (dazu näher im Abschnitt „Zweiter Hessischer Psychotherapeutentag" in diesen Hessenseiten).

Satzung[1]

Alle Delegierten votierten in der Schlussabstimmung für die Satzung der Kammer, die inzwischen vom Sozialministerium genehmigt wurde. Diese Einigkeit wurde durch die ausführliche Diskussion der vom Satzungsausschuss erarbeiteten Vorlage in und zwischen den verschiedenen Gruppierungen in der Kammer erreicht, so dass nun ein von allen getragener Rahmen für die Arbeit der Kammer vorliegt.

Um der von den Kammermitgliedern gewählten Delegiertenversammlung so viel Gestaltungsfreiheit wie möglich zu lassen, wurde in der Satzung nur das unbedingt Notwendige festgelegt. Zugleich wurde dem Schutz der Interessen der verschiedenen Berufsfelder Rechnung getragen durch die neu eingefügte Bestimmung, dass jeweils mindestens ein Vorstandsmitglied aus dem institutionellen sowie aus dem niedergelassenen Bereich stammen soll (für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie war dies bereits festgelegt).

Auch in der Entscheidung über die ständigen Ausschüsse und Arbeitsgruppen der Kammer kommt der fach- und berufspolitische Gestaltungswille in der Satzung zum Ausdruck; so sind z.B. Ausschüsse für „Psychotherapie in Institutionen", „Ethische Fragen und Berufsordnung", „Wissenschaft und Forschung" und die „Arbeitsgruppe für die besonderen Belange der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten" in der Satzung verankert.

Versorgungswerk

Die von der Kammer beauftragte Arbeitsgruppe erläuterte die Vor- und Nachteile verschiedener Modelle eines Versorgungswerkes (zum derzeitigen Diskussionsstand siehe Abschnitt „Versorgungswerk geplant" in diesen Hessenseiten).

Die Entscheidung über das Versorgungswerk und dessen Konstruktion hat wegweisenden Charakter. Aus dieser Verantwortung heraus hat die Delegiertenversammlung beschlossen, sich in einer zusätzlichen Veranstaltung mit Experten weiter in die Materie einzuarbeiten, um eine ausreichende Grundlage für die Entscheidung zu bekommen. Die Delegiertenversammlung hat beschlossen, die Errichtung eines Versorgungswerkes noch für dieses Jahr anzustreben.

Fortbildungsordnung

In die Fortbildungsordnung wurde die Bestimmung eingefügt, dass von der LÄKH zertifizierte Fortbildungsveranstaltungen anerkannt werden, die für die Fortbildung der Kammermitglieder relevant sind. Die LÄKH machte dies durch einen entsprechenden Beschluss möglich, so dass Fort-

1 Siehe Einhefter in der Mitte. Bitte nehmen Sie die Satzung zu ihren Unterlagen.

bildungen nun wechselseitig anerkannt werden.

Weitere Tagesordnungspunkte waren ...

- die Diskussion über einen Fragebogen, mit dem die Einschätzung der Kammermitglieder zu Fragen der psychotherapeutischen Versorgung und Qualitätssicherung erfasst und ein Dialog eröffnet werden soll.
- die Erörterung psychotherapeutischer Gesichtspunkte der Abschiebepraxis bei traumatisierten Patienten.
- die Erarbeitung eines Psychotherapeuten-Suchregisters.

Neben der Entscheidung über das Versorgungswerk wird sich die nächste Delegiertenkonferenz u.a. mit der Diskussion und Verabschiedung einer Berufsordnung befassen.

Mathias Hebebrand

Zweiter Hessischer Psychotherapeutentag

Am 24. und 25. September wird der Zweite Hessische Psychotherapeutentag in Gießen stattfinden. Wie bereits im Jahre 2003 möchte die Kammer den Diskurs zwischen den verschiedenen Therapietraditionen fortsetzen. Jürgen Hardt, Präsident der Hessischen Psychotherapeutenkammer: „Psychotherapie hat unseres Erachtens nicht nur eine kurative, sondern auch eine kulturelle Aufgabe. Ist doch eine Auseinandersetzung über leitende Menschenbilder in unserer Gesellschaft längst überfällig." Im Mittelpunkt wird dieses Jahr daher die gesellschaftliche Aufgabe von Psychotherapie unter kulturellen und sozialen, aber auch Versorgungsgesichtspunkten stehen.

Den Eröffnungsvortrag am Freitagabend wird Prof. Heiner Keupp zum Thema „**Psychotherapie als gesellschaftliche Aufgabe**" halten.

Am **Samstag** soll das Thema in drei thematischen Strängen beleuchtet werden:

Verhältnis von Praxis, Profession und Wissenschaft

Dieses Spannungsfeld wird aus der Sichtweise verschiedener psychotherapeutischer Strömungen diskutiert, Prof. Franz Caspar, Freiburg, und Prof. Michael Buchholz, Göttingen, werden hierzu Vorträge halten, an die sich eine Podiumsdiskussion anschließt.

Die Thematik wird unter spezifischen Fragestellungen in mehreren Foren am Nachmittag fortgesetzt werden: „Ein Blick ins Gehirn: Erforschung von Emotionen; Implikationen für die Psychotherapie"; „Universitäre Ausbildung und Forschung im Spannungsverhältnis zur psychotherapeutischen Praxis"; „Evidenzbasierte Therapie und Entwicklungstendenzen in der KJP"; „Therapieprozess"; „Die Begegnung von Wissenschaft und Praxis im Hier und Jetzt der therapeutischen Beziehung".

Als Referenten bzw. Diskutanten sind bisher vorgesehen: Prof. Georg Bruns, Bremen, Prof. Inge Frohburg, Berlin, Dipl.-Psych. Bernd Gerstner, Biedenkopf, Dr. Walter Osborn, Gießen, Prof. Günter Schiepek, Bamberg, Prof. Schneider, Dr. Rudolf Stark, Gießen.

Psychotherapie in Institutionen

Zur Reform des BAT im Jahr 2005 vermittelt ein Vertreter der zuständigen ver.di-Fachkommission einen breiten Überblick. Dr. Christina Tophoven von der Bundespsychotherapeutenkammer referiert über Modellvorstellungen von Beratungsstellen als Einrichtungen der „Integrierten Versorgung". Dipl.-Psych. Thomas Burkart, Würzburg, spricht zum Thema „Berufsgruppen- und methodenübergreifende Zusammenarbeit in der stationären Psychotherapie".

Anschließend werden verschiedene parallele **Workshops** angeboten aus den Berufsfeldern von Beratungsstellen sowie Psychosomatischer und Psychiatrischer Kliniken.

Zukunftsperspektiven der Psychotherapie

Gesellschaft, Lebens- und Beziehungsmuster haben sich in den letzten Jahrzehnten dramatisch und in nie gekannter Geschwindigkeit verändert. Wie wirkt sich dies auf die seelischen Strukturen der Menschen aus? Sollten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ihre Arbeitsweise vor diesem Hintergrund verändern? Zu solchen Fragen werden sich in diesem Themenkomplex Vorträge und Diskussionen aneinanderreihen. In diesem Zusammenhang werden diskutiert werden:

- Einsatzmöglichkeiten des Internets für psychotherapeutische Belange,
- Auswirkungen des Zusammenbruchs sozialer Sicherungssysteme und neuer Versorgungsformen (z.B. Disease Management Programme) auf die psychotherapeutische Praxis.

Bitte merken Sie sich vor:

Zweiter Hessischer Psychotherapeutentag

Freitag, 24. September 2004
Beginn: 19.30 Uhr

Samstag, 25. September 2004
9.30 Uhr – 19.00 Uhr

Universität Gießen
Philosophikum II
Karl-Glöckner-Str. 21
35394 Gießen

Planung Versorgungswerk

Kammern können per Satzung eine Versorgungseinrichtung zur Sicherung der Kammermitglieder im Alter und bei Berufsunfähigkeit sowie zur Sicherung der Hinterbliebenen schaffen. Versorgungswerke erzielen wegen des geringeren Verwaltungsaufwandes und der fehlenden Verpflichtung, Gewinn zu erwirtschaften, in der Regel bessere Renditen als Lebensversicherungen und sind weniger risikobehaftet als sonstige Kapitalanlagen wie z.B. Aktien, Fonds etc. Aufgrund der homogen günstigeren Einkommenssituation eines akademischen Berufsstandes sind die Erträge in der Regel auch grundsätzlich günstiger als die Erträge öffentlicher Rentensysteme. Für Niedergelassene PP und KJP ist die Mitgliedschaft verpflichtend, für angestellte und beamtete KollegInnen bietet sie eine freiwillige und zusätzliche Altersversorgung.

Während für die jetzigen Kammermitglieder die Teilnahme an dem Versorgungswerk eine Option darstellen wird, müssen neue Kammermitglieder dem Versorgungswerk verpflichtend beitreten.

Um für unseren Berufsstand das bestmögliche Modell wählen zu können, gilt es, verschiedene mögliche Strukturen gegeneinander abzuwägen:

- Soll ein eigenes Versorgungswerk gegründet werden oder soll länderübergreifend ein Anschluss an ein bereits bestehendes Versorgungswerk erfolgen?
- Sollen die Geschäfte eigenständig besorgt werden oder soll damit zum Beispiel die Geschäftsstelle eines bestehenden Versorgungswerkes beauftragt werden?
- Soll die Finanzierung durch ein Umlageverfahren oder kapitalverzinstes Anwartschaftsdeckungsverfahren gewährleistet werden?

Die Anzahl der Mitglieder, Einschätzung der wirtschaftlichen Entwicklung, Verwaltungskosten und nicht zuletzt soziale Komponenten müssen in den Blick genommen werden.

Der Vorstand hat eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die für die nächste Delegiertenversammlung am 19.06.04 eine Entscheidungsvorlage erarbeiten wird. Daneben gab es eine Informationsveranstaltung mit Experten am 08.05.04 für Delegierte und interessierte Kammermitglieder.

Zwar wäre es u.a. aus steuerlichen Gesichtspunkten wünschenswert, noch im Jahr 2004 die Gründung vorzunehmen. Realistischerweise muss jedoch damit gerechnet werden, dass aufgrund vielfältiger juristischer Probleme, auf die die Kammer keinen Einfluss hat, sich die Entscheidung in das Jahr 2005 verschieben wird.

Erste Reaktionen auf neue Beitragsordnung

Die Beschwerden haben sich gegenüber dem Vorjahr deutlich vermindert, es gibt auch positive Reaktionen und Bestätigung.

Beschwerden konzentrieren sich jetzt eher auf die höheren Einkommensgruppen. Gerügt wird die Höhe des Beitrags, teilweise auch die (starke) Differenzierung nach dem Einkommen. Auch die Kinderfreibeträge werden kritisiert.

Anerkennung von Fortbildungsangeboten

Seit dem 01.04.04 liegen die Antragsformulare und ein Informationsblatt für Anbieter von Fortbildungsveranstaltungen vor und können von der Homepage der Kammer (www.psychotherapeutenkammer-hessen.de) heruntergeladen oder in der Geschäftsstelle (Akkreditierungs- und Zertifizierungskommission der LPPKJP (AKZ), Gutenbergplatz 3, 65187 Wiesbaden) angefordert werden.

Die AKZ hat ihre Arbeit aufgenommen und erste Anträge bearbeitet.

Anbieter von Fortbildungsveranstaltungen können diese *vor* ihrer Durchführung auf Antrag von der AKZ der LPPKJP anerkennen lassen, sofern die Bedingungen der Fortbildungsordnung erfüllt sind. Die AKZ legt auch die Anzahl der anzuerkennenden Fortbildungseinheiten fest. Anbieter können hierauf hinweisen. Für die Anerkennung ist in bestimmten Fällen eine Bearbeitungsgebühr zu zahlen. Anträge auf Anerkennung sind mindestens zwei Monate vor Durchführung der Veranstaltung zu stellen, damit die Kommission genügend Zeit hat, die Anträge zu bearbeiten, evtl. fehlende Unterlagen nachzufordern und die Punktzahl festzulegen, so dass Teilnehmer der Veranstaltung Planungssicherheit haben.

Auch laufende Intervisions-, Supervisions- und Selbsterfahrungsgruppen müssen ihre Akkreditierung beantragen, wenn die Teilnehmer die Möglichkeit haben wollen, ihre Teilnahme für das Fortbildungszertifikat geltend zu machen.

Die Geschäftsstelle bestätigt den Eingang des Antrags. Nach Bearbeitung durch die AKZ erhält der Antragsteller einen schriftlichen Bescheid. Im Falle der Anerkennung erhalten die Teilnehmer vom Veranstalter eine Bescheinigung, aus der die Anerkennung durch die Kammer und die Anzahl der Fortbildungseinheiten hervorgeht.

Teilnehmer sammeln ihre Nachweise, die sie bei akkreditierten Veranstaltungen erhalten haben und reichen sie zum gegebenen Zeitpunkt bei der Kammer ein. Die Kommission bearbeitet die Anträge, prüft insbesondere, ob die Punktzahl von 250 Punkten erreicht wurde und stellt bei Vorliegen der Voraussetzungen ein Fortbildungszertifikat aus. An dieser Stelle sei nochmals darauf hingewiesen, dass die 250 Punkte eine gute Mischung aus den drei Bereichen „Theoretische Vertiefung und Erweiterung", „Praktisch-klinische Tätigkeit" und „Supervision Intervision, Selbsterfahrung" repräsentieren sollen. (Eine gesonderte Akkreditierung von Qualitätszirkeln wird voraussichtliche nicht nötig

sein. Wir werden Sie dazu gesondert informieren).
Bitte verfolgen Sie laufend unsere aktualisierten Informationen zur Umsetzung der Fortbildungsordnung auf der Homepage der Kammer (www.psychotherapeutenkammer-hessen.de) und in den anderen Veröffentlichungsorganen.

Ordnungen werden regelmäßig im PTJ veröffentlicht

Verabschiedete Ordnungen stellen eine wichtige Rechtsgrundlage der Kammer dar und werden deshalb auf diesem Wege den Mitgliedern zur Kenntnis gebracht. Bitte trennen Sie sie jeweils aus dem Heft und nehmen Sie sie gesondert zu Ihren Unterlagen.

Hinweis: Fortbildungs- und Kostenordnung im PTJ 1/2003

Im Heft 1/2004 wurde die Fortbildungs- und Kostenordnung in der Mittelheftung veröffentlicht. Leider fehlte der Hinweis hierauf in den Hessenseiten.

Gedenken

Wir gedenken unserer verstorbenen Kolleginnen:
Beate Sollors-Mossler, Viernheim, geb. am 19.05.1951, gest. Ende 2003

Petra Gäbelein-Köhler, Heusenstamm, geb. am 19.12.1957, gest. am 11.03.2004

Redaktion Hessische Kammerseiten:

Uta Cramer-Düncher, Stefan Baier

Geschäftsstelle

Gutenbergplatz 3
65187 Wiesbaden
Tel. 0611/7249387
Fax 0611/7249523
Mo – Do 9.00 – 13.00 Uhr
post@psychotherapeutenkammerhessen.de
www.psychotherapeutenkammerhessen.de

Der praktische Leitfaden für ausländerrechtliche Fälle

Ausländerrecht

Eine fallorientierte Darstellung für Praxis und Ausbildung

Von Franz-Wilhelm Dollinger, Richter am VG, und Sabine Speckmaier, Richterin am VG.
2., neu bearbeitete Auflage. 2003. XV, 290 Seiten. € 24,– ISBN 3-8114-2038-0 *(Jurathek Praxis)*

Die Neuauflage:
Eingearbeitet sind alle Neuerungen in Gesetzgebung, insbesondere die Änderungen zum Ehegattenaufenthalt und zur Aufenthaltsbeendigung. Rechtsprechung und Literatur befinden sich auf dem Stand Juli 2003.

Unverändert bewährte Konzeption:
- systematischer Überblick über die Regelungen des Ausländerrechts
- Erläuterung auch der europarechtlichen Normen sowie des ausländerrechtlichen Verwaltungs- und Prozessverfahrens
- zahlreiche Schaubilder und Prüfungsschemata
- anschauliche Darstellung der einschlägigen Tatbestände anhand einer Vielzahl von Fallbeispielen in ihrer praktischen Anwendung

Pressestimme:
„Insgesamt also ein Werk, das für Rechtsreferendare, zu deren Prüfungsstoff Ausländerrecht gehört, ***geradezu unverzichtbar*** *erscheint. Auch der Praktiker wird* ***manche systematische Erläuterung*** *finden,* ***die ihm bei seiner Tätigkeit hilft.****“*
Dr. Frank Wenger, Richter am Verwaltungsgericht, in: Die Justiz 4/2004

Bestellen Sie beim Buchhandel oder beim Verlag
C.F. Müller Verlag
Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH
Im Weiher 10
69121 Heidelberg
Kundenbetreuung München
Bestell-Tel. 089/54852-8178, Fax -8137
kundenbetreuung@hjr-verlag.de

C.F. Müller
www.cfmueller-verlag.de

60706410

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

wir berichten in dieser Ausgabe des Psychotherapeutenjournals von der Kammerversammlung der PKN, die am 17.03.04 in Hannover getagt hat – vor allem wegen der Beschlüsse, die dort gefasst wurden –, und unter diesen Beschlüssen hat die Fortbildungsordnung für uns als PP und KJP besondere Bedeutung.

Sowohl zur Erläuterung als auch zur Diskussion dieser Ordnung werden Mitglieder des Ausschusses Aus-, Fort- und Weiterbildung, des Vorstands sowie der Geschäftsführer im Laufe des Monats Oktober in den verschiedenen Regionen unseres Bundeslandes zur Verfügung stehen – die näheren Informationen über Orte und Termine werden Sie in der nächsten Ausgabe des Psychotherapeutenjournals finden können.

Wegen der Zahl und des Umfangs der verabschiedeten Satzungen und Ordnungen haben Sie diese – anders als sonst üblich – schon per Post erhalten. Sie hätten sonst den Rahmen dieses Journals gesprengt; und kostengünstiger war diese Lösung noch dazu.

Im Anschluss an den Bericht aus der Kammerversammlung interpretieren wieder Mitglieder des Ausschusses für Berufsordnung und Berufsethik Teile der Berufsordnung anhand eines Falles.

Danach finden unsere angestellten und beamteten Kolleginnen und Kollegen eine Einladung zu einer Fortbildungsveranstaltung, auf der es um die rechtlichen Rahmenbedingungen ihres Handelns in Jugendhilfe und Behindertenhilfe geht.

Und ganz zum Schluss bieten wir unseren künstlerisch aktiven Kolleginnen und Kollegen eine Ausstellungsmöglichkeit in den Räumen der PKN.

Aus der Kammerversammlung

Am 17.03.04 in der Zeit von 14.00 bis 19.30 Uhr haben sich die Vertreterinnen und Vertreter der niedersächsischen PP und KJP zur 1. Kammerversammlung in diesem Jahr getroffen. Nach der Diskussion des Berichts des Präsidenten, der wie bei den vorangegangenen Sitzungen vorab schriftlich versendet worden war (und auf unseren Internetseiten nachzulesen ist), war erneut eine umfangreiche Tagesordnung abzuarbeiten, was trotz disziplinierter Anstrengung aller Mitglieder und weitgehendem Verzicht auf Pausen nicht vollständig gelang – die "dicksten Brocken" allerdings wurden bewältigt:

Zum Psychotherapeutenversorgungswerk (PVW): Nachdem die Psychotherapeutenkammern Bremen (der entsprechende Staatsvertrag mit Niedersachsen ist seit 01.04.04 in Kraft), Rheinland-Pfalz und Hamburg dem PVW beigetreten sind und nachdem die Novellierung des Heilkammergesetzes (HKG) den Weg dafür frei gemacht hat, mussten die Satzung und die Wahlordnung des PVW so angepasst werden, dass den beigetretenen und den noch beitretenden Landeskammern eine angemessene Vertretung in den Gremien des PVW – vorgesehen ist dazu jetzt auch eine Delegiertenversammlung des PVW – ermöglicht wird. Diese Änderungen wurden in Anwesenheit von Vertretern der Landeskammern Bremen und Rheinland-Pfalz jeweils einstimmig verabschiedet.

Nach Bericht des Vorsitzenden des Finanzausschusses, Dr. Heinz Liebeck, wurde der Vorstand für das vergangene Haushaltsjahr entlastet.

PP und KJP, die nach der Novellierung des Heilkammergesetzes (HKG) mit Beginn des praktischen Teils ihrer Ausbildung (also wenn sie selbst Psychotherapie unter Supervision durchführen) Mitglieder der PKN geworden sind bzw. in Zukunft werden, sind nach einem ohne Gegenstimmen gefassten Beschluss der Kammerversammlung für die Zeit der Ausbildung von der Zahlung von Mitgliedsbeiträgen befreit.

Das schwierigste Thema war die Fortbildungsordnung. Es war der Kammerversammlung bewusst, dass auf dieser Sitzung eine Fortbildungsordnung zu verabschieden war, da das GKV-Modernisierungsgesetz für die Zeit ab 01.07.04 eine Verpflichtung zu qualitätssichernder Fortbildung vorschreibt und die Landeskammern für die Zertifizierung der Absolvierung einer hinreichenden Anzahl von Fortbildungsveranstaltungen zuständig sind – für die PKN-Mitglieder waren daher verlässliche Regelungen zu schaffen, nach denen Veranstaltungen anerkannt und Fortbildungspunkte vergeben werden. Nichtsdestoweniger strebt die PKN weiterhin an, kammerübergreifend einheitliche Regelungen zu schaffen (vor allem mit den anderen norddeutschen Psychotherapeutenkammern), so dass im Detail schon in Kürze Änderungen der Fortbildungsordnung möglich sind.

Kontrovers diskutiert wurde vor allem, in welchem Umfang Fortbildung innerhalb des vom Gesetzgeber vorgegebenen Zeitraums von 5 Jahren zu leisten ist. Mit 5 Gegenstimmen und 2 Enthaltungen wurde letztlich ein Umfang von 250 Fortbildungseinheiten (eine Fortbildungseinheit entspricht in der Regel 45 Minuten) verabschiedet; ausschlaggebende Argumente waren Hinweise auf entsprechende Re-

gelungen in der ärztlichen Muster-Fortbildungsordnung, auf bereits von anderen Psychotherapeutenkammern verabschiedete Regelungen und vor allem auf die zu erwartende Rahmenordnung der BPtK, die aufgrund der Gesetzeslage – § 95d Abs. 6 GMG – zusammen mit der KBV für die Regelung des „angemessenen Umfangs" der Fortbildung zuständig ist. Dabei sorgen eine ganze Reihe von Detailregelungen dafür, dass die für PP und KJP bisher schon selbstverständlichen Fortbildungsmaßnahmen im Rahmen der neuen Ordnung anerkannt werden. Wer also bisher regelmäßig für den Erhalt der Qualität seiner Arbeit gesorgt hat, muss kaum zusätzliche Belastungen erwarten.

Wir hatten in der letzten Ausgabe des Psychotherapeutenjournals schon darüber berichtet, dass das HKG nach seiner Novellierung zulässt, dass bei der Wahl zur Kammerversammlung, die im Februar 2005 wieder ansteht, statt einer Stimme bis zu 3 Stimmen vergeben werden können – und zwar für Einzelbewerber und Listen. Diese Möglichkeit hätte manchen unter Ihnen vielleicht ihre Wahlentscheidung erleichtern können – sie hätte aber gleichzeitig bedeutet, dass die Gruppen, die als Listen zur Wahl antreten, sich im Vorfeld über die Platzierung ihrer Kandidaten und Kandidatinnen auf der Liste hätten einigen müssen, weil die Platzierung mit entscheidend für einen Sitz in der Kammerversammlung gewesen wäre; und diese Entscheidung hätte getroffen werden müssen, ohne dass es eine demokratische Legitimierung dafür gegeben hätte: Die Gruppen in der Kammerversammlung sind lose Zusammenschlüsse von Berufs- oder Fachverbänden, die nicht über eine demokratische Struktur verfügen wie etwa Parteien. Es scheint vor allem dieser Grund gewesen zu sein, der die Kammerversammlung mit großer Mehrheit letztlich doch dazu bewogen hat, bei der „alten" Wahlordnung – ein Mitglied, eine Stimme – zu bleiben.

Die bereits auf der letzten Sitzung der Kammerversammlung im November 2003 verabschiedeten Grundsätze für Qualitätszirkel mussten mit einigen Modifizierungen erneut vorgelegt werden, da mit der Anerkennung eines QZ durch die PKN auch die Anerkennung durch die KVN gewährleistet werden soll, die KVN ihre Anerkennung aber von einigen Änderungen abhängig gemacht hat. Diese modifzierte Version wurde von der Kammerversammlung mit 1 Gegenstimme und 1 Enthaltung angenommen.

Anfragen zur Berufsordnung (BO) der PKN

Die Anfrage eines Kammermitglieds lautet sinngemäß:

Sein Freund befinde sich bei einer Psychotherapeutin, ebenfalls Kammermitglied der PKN, in Behandlung und klage bei ihm darüber, dass diese ihm immer, wenn er über seine Rückenschmerzen spreche, nahe lege, einen von ihr vertriebenen Massagesessel zu erwerben. Das Kammermitglied bittet um Auskunft, ob dieses Verhalten mit der BO zu vereinbaren sei und was er seinem Freund raten könne.

Mitglieder des Ausschuss BoBe sehen hier neben der Frage, ob die Psychotherapeutin mit ihrem Vorgehen gegen die BO verstößt, auch die Frage, wie das vom Patienten angesprochene Kammermitglied unter kollegialen und berufsethischen Gesichtspunkten mit der Klage seines Freundes umgehen kann.

Zur ersten Frage, ob bei der Psychotherapeutin ein Verstoß gegen die BO vorliegt, ziehen die Kommentatoren die Paragrafen 1 (2); 5 (1), (2), (3), (4); 6 (1), (2), (3) und 12 (1), (2), (3) heran.

Zunächst und vor allen Dingen sehen die Kommentatoren einen Verstoß gegen den

§ 12 Abstinenz:

(1) Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen haben ihre Beziehungen zu ihren Patientinnen und Patienten professionell zu gestalten und die besondere Verantwortung und ihren besonderen Einfluss gegenüber ihren Patientinnen und Patienten als Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten jederzeit angemessen zu berücksichtigen.

(2) Sie dürfen die Vertrauensbeziehung zu Patientinnen und Patienten nicht zur Befriedigung eigener Bedürfnisse oder Interessen ausnutzen oder versuchen, aus den Kontakten Vorteile zu ziehen. Für ihre Arbeit steht ihnen ausschließlich das vereinbarte Honorar zu.

(3) Sie dürfen im Zusammenhang mit der Ausübung ihres Berufs keine Waren verkaufen oder gewerbliche Dienstleistungen erbringen.

Das Abstinenzgebot dient dem Schutz der psychotherapeutischen Beziehung zwischen Therapeut und Patient, die dann hilfreich ist, wenn sie vom Patienten als verlässlich, vertrauenswürdig, Sicherheit und Halt bietend erfahren wird. Diese Erfahrung stellt sich dann ein, wenn der Therapeut einen klaren psychotherapeutischen Rahmen gestaltet und dem Patienten nichts anderes verkauft als seine professionelle psychotherapeutische Hilfe.

Im vorliegenden Fall verstößt die behandelnde Psychotherapeutin gegen § 12 (2) und (3). Mit dem Verkaufsangebot verlässt sie den Rahmen psychotherapeutischer Tätigkeit. Möglicherweise enthält sie dem Patienten vor – was ihre Aufgabe wäre –, sich auf der psychotherapeutischen Ebene mit seinem Problem Rückenschmerz auseinander zu setzen. Sie benutzt die psychotherapeutische Situation dafür, dem Patienten als Lösung für seine Probleme ihr Produkt anzubieten, und versucht mehrfach, es ihm zu verkaufen. Ihre Handlungsweise stellt eine Ausnutzung der psychotherapeutischen Situation zur Befriedigung eigener Bedürfnisse und Interessen dar und den Versuch, aus ihr persönliche Vorteile zu ziehen, die nicht im psychotherapeutischen Behandlungsvertrag gründen.

Die Kommentatoren sehen jedoch auch die allgemeinen Grundsätze der Berufsausübung berührt, wie sie in den Paragrafen 1, 5 und 6 formuliert sind.

§ 1 Berufsaufgaben

(2) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben dazu beizutragen, psychische Gesundheit zu erhalten oder wiederherzustellen und psychisches Leiden zu lindern bzw. ihre Patientinnen und Patienten dazu zu befähigen. Zu diesem Zweck wenden sie unter Berücksichtigung des aktuellen wissenschaftlichen Standards reflektiert psychotherapeutische Methoden an. Ihre Aufgabe umfasst die Diagnostik und Indikationsstellung, die Entscheidung für das angemessene Therapieangebot und die Durch-

führung der Therapie sowie rehabilitativer, kurativer und präventiver Maßnahmen.

Der Verkauf von Waren ist keine psychotherapeutische Methode. Die Psychotherapeutin, die dem Patienten eine psychotherapeutische Behandlung angeboten hat, verstößt mit dem Verkaufsangebot gegen ihre Berufsaufgabe.

Einige Kommentatoren sehen auch vergleichbare Störungsquellen im Angebot individueller Gesundheitsleistungen.

§ 5 Allgemeine Pflichten

(1) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind verpflichtet, ihren Beruf gewissenhaft auszuüben und sich des ihnen im Zusammenhang mit dem Beruf entgegengebrachten Vertrauens würdig zu erweisen.

(2) Sie haben die Würde, die Integrität und das Selbstbestimmungsrecht der Pat. zu wahren. Insbesondere haben sie darauf zu achten, dass sie diese nicht durch die vielfältigen Einflussmöglichkeiten, die ihnen bei der Ausübung ihrer Tätigkeit zu Gebote stehen, verletzen.

(3) Sie haben ihr diagnostisches und psychotherapeutisches Wissen reflektiert einzusetzen, insbesondere mögliche Folgen für die Pat. und andere zu reflektieren und Schaden zu vermeiden.

(4) Sie dürfen weder das Vertrauen, die Unwissenheit, die Leichtgläubigkeit oder die Hilflosigkeit von Pat. ausnutzen …

Im vorliegenden Fall werden Würde, Integrität und Selbstbestimmungsrecht (§ 5 (2)) des Patienten nicht gewahrt, der vertragsgemäß psychotherapeutische Dienstleistungen und keinen Warenverkauf erwartet. Mit dem Wechsel der Rolle von der Therapeutin zur Warenverkäuferin wendet die Therapeutin keine psychotherapeutische Methode unter Berücksichtigung aktueller wissenschaftlicher Standards an (§ 1 (2), § 5 (3)). Schlussendlich wird hier das Vertrauen, evtl. die Leichtgläubigkeit und Hilflosigkeit des Patienten ausgenutzt (§ 5 (1) und (4)).

Damit stört die Therapeutin die psychotherapeutische Beziehung und verstößt gegen die aufgeführten Paragrafen der BO.

§ 6 Sorgfaltspflicht

(1) Im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung ist der somatische und psychosoziale Befund unter differenzialdiagnostischen Gesichtspunkten zu klären. Vorliegende fachärztliche oder andere Befundberichte sind dabei zu berücksichtigen.

Wäre die Psychotherapeutin der Meinung, dass in diesem Falle eine psychotherapeutische Intervention nicht erforderlich bzw. nicht hilfreich sei, so entspräche es den Geboten der Sorgfaltspflicht, dem Patienten diese Information zukommen zu lassen und ihm gegebenenfalls zur differentialdiagnostischen Abklärung zu empfehlen, einen Facharzt aufzusuchen.

Zur Frage, wie der angesprochene Psychotherapeut unter kollegialen und berufsethischen Gesichtspunkten mit der Klage seines Freundes umgehen kann, gibt es in der BO keine eindeutige Antwort. Er gerät in eine Situation von berufsethischer Relevanz, da die Interessen seines Freundes, das Ansehen des Berufsstandes, möglicher Drittfinanzierer und die Verpflichtung zur Kollegialität möglicherweise konfligieren. Er hat also eine persönliche Regelung zu finden.

So ist denkbar, dass er

- seinen Freund über die Berufsordnungsvorschriften informiert, die auch für dessen Psychotherapeutin verbindlich sind, und damit die Möglichkeit eröffnet, dass der Patient die Angelegenheit mit seiner Psychotherapeutin selbst regelt,
- den Freund darüber informiert, dass dieser die Kammer informieren und die Schlichtungsstelle anrufen kann,
- das kollegiale Gespräch mit der behandelnden Psychotherapeutin sucht,
- die Kammer informiert,
- eine andere ihm angemessene Vorgehensweise wählt.

Entscheidet sich der Psychotherapeut dafür, die Kammer zu informieren, so stellt dies keinen Verstoß gegen die Pflicht zur Kollegialität dar, wie §17 (4) der Berufsordnung ausdrücklich festhält:

§ 17 Verhalten gegenüber anderen Kammermitgliedern

(4) Psychotherapeuten verletzen ihre Pflicht zur Kollegialität nicht, wenn sie die Psychotherapeutenkammer auf einen möglichen Verstoß eines Kollegen hinweisen.

Um Missverständnissen vorzubeugen sei ausdrücklich gesagt, dass der § 17 (4) keine Verpflichtung darstellt, mögliche Verstöße von Kollegen der Kammer zu melden. Er dient der offiziellen Wertung solchen Vorgehens, wenn sich ein Kammermitglied dazu entschließt. Es soll ihn vor Vorwürfen anderer aufgrund seiner Entscheidung schützen. Der Passus wurde ganz bewusst auch zum Schutz der Patienten und des Ansehens des Berufsstandes eingefügt, um ein Mittel gegen die Tabuisierung und das Verschweigen schwerer Verstöße zu haben. Nach Ansicht der Kommentatoren handelt es sich in dem geschilderten Fall, sollte er sich in der Überprüfung objektivieren lassen, um einen schweren Verstoß gegen die Berufsordnung, was der Psychotherapeutin möglicherweise noch nicht bewusst ist und ihr unbedingt mitgeteilt werden sollte.

Inge Berns, Gerlinde Büren-Lützenkirchen, Gaby Derichs, Frauke Werther, Eckard Winter

Angebote der PKN

Fortbildung für angestellte und beamtete PP und KJP

Dr. Stefan Witte, der als Abteilungsleiter Erziehung und Gesundheit beim Caritasverband für die Diözese Hildesheim tätig ist und – selbst PP und PKN-Mitglied – vielfältige Erfahrungen im administrativen Bereich gesammelt hat, bietet am Donnerstag, den 09.09.2004 in den Räumen der PKN in Hannover eine Veranstaltung an zum Thema:

„Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der Jugendhilfe und in der Behindertenhilfe“.

In dieser Veranstaltung soll es gehen um …

1. die Finanzierung von Leistungen in der Sozialhilfe und in der Kinder- und Jugendhilfe,
2. den Niedersächsischen Rahmenvertrag in der Erziehungshilfe (§ 78 f. KJHG) und seine Konsequenzen für die psychologische Arbeit,
3. den Niedersächsischen Rahmenvertrag in der Behindertenhilfe (§ 93 BSHG)

und seine Konsequenzen für die psychologische Arbeit,
4. den Stellenwert psychologischer Arbeit einschließlich der Abgrenzungen zu und Überschneidungen mit der Arbeit anderer Fachkräfte,
5. die Möglichkeiten der Einflussnahme auf die Rahmenbedingungen der eigenen Arbeit.

Für die Teilnahme wird ein Beitrag von € 30,– erhoben.

Wenn Sie teilnehmen möchten, wenden Sie sich bitte telefonisch oder per E-Mail an die Geschäftsstelle der PKN. Sie erhalten dann Ihr Anmeldeformular: Da die Veranstaltung auf maximal 25 Teilnehmer begrenzt ist, benötigen wir Ihre schriftliche verbindliche Anmeldung.

… und dann noch ein Angebot an die malenden Kolleginnen und Kollegen

Die Räume der PKN haben viele weiße Flächen, die geradezu nach Bildern schreien. Wir haben uns gedacht, dass diese Flächen eine Gelegenheit für künstlerisch aktive PKN-Mitglieder sein könnten, ihre Werke jeweils für eine bestimmte Zeit zu präsentieren und auch zum Verkauf anzubieten. Wenn Sie von diesem Angebot Gebrauch machen möchten, sollten Sie uns exemplarisch einige Fotos Ihrer Werke schicken, damit wir wissen, worauf wir uns einlassen. Wir setzen uns dann zur Klärung der Details mit Ihnen in Verbindung.

Geschäftsstelle

Roscherstr. 12
39161 Hannover
Tel. 0511/850304-30
Fax 0511/850304-44
Mo – Do 9.00 – 12.00, 13.30 – 15.00 Uhr
Fr 9.00 – 12.00 Uhr
Beitragsangelegenheiten:
Mo – Fr 9.00 – 12.00
Mo – Do 13.00 – 13.30 Uhr
info@pk-nds.de
www.pk-nds.de

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

Kammerversammlung fordert angemessene Vertretung der PP und KJP in den Kassenärztlichen Vereinigungen

Am 24. April 2004 fand in Dortmund die 10. Kammerversammlung statt.

Im Vorstandsbericht nahm die Präsidentin, Monika Konitzer, zu den Auswirkungen der Gesundheitsreform Stellung. Sie kritisierte vor allem die völlig unzureichende Berücksichtigung der Rechte der psychotherapeutischen Mitglieder in den neu gefassten Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe.

Im Interesse der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen, aber auch im Hinblick auf die dringend notwendige Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung, sei eine gleichberechtigte Vertretung der Psychotherapeuten in der KV unumgänglich. Auf Antrag des Ausschusses „Ambulante Versorgung" verabschiedete die Kammerversammlung dazu einstimmig die nebenstehende Resolution.

Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer NRW wird seine Anstrengungen verstärken, die durch die Kammer gegebenen Möglichkeiten intensiver zu nutzen, um die beruflichen Interessen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu vertreten. Die Präsidentin kündigte an, eine stärkere Beteiligung bei integrierten Versorgungsmodellen anzustreben, sich für eine eigenständige Definition des Beitrags von Psychotherapeuten zur Versorgung auch über die antragspflichtige Psychotherapie hinaus einzusetzen. Dazu zählen u.a. präventive Leistungen, sog. psychoedukative Maßnahmen im Zusammenhang mit chronischen körperlichen Erkrankungen und in der Rehabilitation.

Ferner warnte die Präsidentin vor einer Erschwerung des Erstzugangs zum Psychotherapeuten durch Hausarztmodelle einzelner Krankenkassen.

Psychotherapeuten in Planung der Notfallversorgung einbezogen

Durch Runderlass des nordrhein-westfälischen Gesundheitsministeriums wurden einige Aspekte der Planung für sog. Großschadensereignisse neu geregelt. Unter anderem ist jetzt vorgesehen, dass in den Leitungsstäben neben Leitenden Notfallärzten auch Leitende Notfallpsychologen mit psychotherapeutischer Qualifikation tätig sein sollen. Zu den dafür notwendigen Qualifikationen wird die Bundespsychotherapeutenkammer Empfehlungen erarbeiten. Die niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sollen zur evtl. notwendigen akuten Intervention und vor allem zur ggf. notwendigen psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit psychischer Traumatisierung zur Verfügung stehen. Entsprechende konkrete Versorgungsplanungen und Fortbildungsangebote werden in der nächsten Zeit von den Gremien der PTK NRW in Abstimmung mit dem Gesundheitsministerium zu erarbeiten sein.

Verbesserung der Versorgung von Opfern häuslicher Gewalt

Unter Beteiligung der PTK NRW wurden vom vorbereitenden Ausschuss der Landesgesundheitskonferenz Leitsätze zum Umgang mit häuslicher Gewalt verabschiedet, auf deren Grundlage in den nächsten Jahren in diesem Bereich Verbesserungen der Versorgung erreicht werden sollen. Un-

Resolution zur angemessenen Vertretung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in den Gremien der Kassenärztlichen Vereinigungen

Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW hat am 24.04.04 mit großer Besorgnis zur Kenntnis genommen, dass die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in den Satzungen ihrer Kassenärztlichen Vereinigungen nur völlig unzureichend Berücksichtigung finden.

Es zeigte sich schon im Vorfeld der Verabschiedung der Satzungen, dass die Entscheidungsträger der KVen nicht bereit sind, der durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz gewollten Stärkung psychosozialer Behandlungsansätze durch die Ausgestaltung entsprechender Satzungen Rechnung zu tragen.

Die Kammerversammlung fordert die Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigungen auf, die Satzungen für die folgende Legislaturperiode zu überarbeiten:

1. Im Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und Westfalen-Lippe muss eine Vertreterin/ein Vertreter der Psychotherapeuten mit uneingeschränktem Stimmrecht vertreten sein.
2. In allen Gremien und Ausschüssen, insbesondere auch dem Hauptausschuss, ist ein Psychotherapeut als gleichberechtigtes Mitglied vorzusehen.
3. Die Psychotherapeuten sind in die laufenden und zukünftigen Entwicklungen und Verhandlungen von Versorgungsmodellen, DMP, Integrierte Versorgung etc. einzubeziehen.

ter Beteiligung der PTK NRW soll z. B. die Aus- und Weiterbildung der Angehörigen von Gesundheitsberufen im Hinblick auf die Sensibilisierung für Folgen von Gewalt verbessert, der Zugang zu psychotherapeutischer Behandlung für Betroffene erleichtert und die Sekundärprävention gefördert werden.

Brustzentren in NRW: PTK bei der Qualitätsentwicklung beteiligt

Krankenhäuser, die entsprechend dem Krankenhausbedarfsplan in NRW als Brustzentren anerkannt und zertifiziert werden wollen, müssen die Voraussetzungen für eine differenzierte und angemessene psychoonkologisch-psychotherapeutische Versorgung nachweisen. Die Voraussetzungen für die im Einzelnen nachzuweisenden Anforderungen werden von der Arbeitsgemeinschaft Qualitätsentwicklung in NRW unter Federführung des Landes festgelegt. Neben den Ärztekammern, den Krankenkassen und der Krankenhausgesellschaft NRW wurde auch die PTK NRW in diese Arbeitsgemeinschaft berufen.

Berufsordnung

Die Kammerversammlung beriet ausführlich den vom Ausschuss „Berufsordnung" vorgelegten Entwurf einer Berufsordnung. Intensiv und z. T. kontrovers wurde dabei vor allem um Formulierungen gerungen, die eine eigenständige und der Identität der Berufsangehörigen in allen Tätigkeitsfeldern entsprechende Definition der Berufsausübung ermöglichen sollen. Wesentliche Themen waren ferner Regelungen zur Abstinenzverpflichtung und zur Vertretung z. B. im Krankheitsfall. Bis zur nächsten Kammerversammlung soll von Vorstand und Ausschuss gemeinsam ein konsensfähiger Entwurf zum Beschluss vorgelegt werden.

Versorgungswerk

In seinem Sachstandsbericht über das Versorgungswerk (PTV) berichtete der Vorsitzende des Verwaltungsrates PTV, Karl-Wilhelm Hofmann, von starkem Interesse und einer regen Nachfrage nach Beratung. Neu gegründete Psychotherapeutenkammern beraten zurzeit über Möglichkeiten der Kooperation bzw. des Anschlusses ihrer Mitglieder an bestehende Versorgungswerke. Die Kammerversammlung beauftragte den Verwaltungsrat PTV, die rechtlichen Voraussetzungen für Kooperationen zu prüfen und Verhandlungen darüber aufzunehmen. Die Kooperation mit anderen Kammern soll paritätisch erfolgen.

Fortbildungsordnung

Die Vorsitzende des Fortbildungsausschusses, Sabine Unverhau, berichtete über den Stand der Arbeit am Entwurf der Fortbildungsordnung der PTK NRW. Vor der Verabschiedung dieser Fortbildungsordnung soll die Musterfortbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer abgewartet werden, auf deren Grundlage die Fortbildungsordnung auf Landesebene inhaltlich auszugestalten sein wird, in der Kriterien für die Akkreditierung von Fortbildungsveranstaltungen und die Anerkennung von Fortbildungspunkten festgelegt werden. Fortbildungspunkte sollen in verschiedenen Veranstaltungskategorien erworben werden können. Die Regelungen des GMG mit der Nachweispflicht von Fortbildung machen auch für die Ärztekammern eine Neukonzeption ihrer Fortbildungsordnungen erforderlich. Die PTK NRW strebt bei der Entwicklung der Fortbildungsordnung eine weitgehende Vergleichbarkeit der Kriterien mit anderen Psychotherapeutenkammern und den Ärztekammern an. Gleichzeitig soll erreicht werden, dass die Besonderheiten psychotherapeutischer Berufstätigkeit und Fortbildung in den Anforderungen der Fortbildungsordnung möglichst weitgehend berücksichtigt werden.

Die Internetpräsenz der Psychotherapeutenkammer NRW in neuem Gewand

Im April 2004 ging die neue Internetpräsenz der Psychotherapeutenkammer NRW (http://www.ptk-nrw.de) online. Die neu erstellte Website soll den Mitgliedern eine ganze Reihe neuer Features und Services bieten.

Bei der Neuerstellung der Internetseite standen die Kriterien Aktualität, Zugänglichkeit, Bedienungsfreundlichkeit und Übersichtlichkeit im Vordergrund.

Bedienungsfreundlichkeit

Die Homepage hat eine völlig neue Strukturierung erfahren, die es den Besucherinnen und Besuchern leicht machen soll, sich auf der Seite zu orientieren und gesuchte Informationen schnell aufzufinden. Durch eine differenzierte und sinnvolle Untergliederung der Inhalte kann nun lästiges Scrollen durch lange Einzelseiten vermieden werden. Die Hauptnavigationspunkte können jederzeit von jeder Seite aus angewählt werden. Unterseiten weisen immer einen Link zurück zu den jeweiligen Übersichtsseiten auf, so dass keine Gefahr besteht, sich beim Rundgang durch die Seiten zu „verirren".

Stets aktuell informiert

Die neue Homepage bietet bereits jetzt ein breites Spektrum an aktuellen Informationen zu den Aufgaben, der Struktur und den Aktivitäten der Psychotherapeutenkammer NRW, zu berufsrechtlichen Fragen, zu Ausbildungs- und Fortbildungsangeboten und -richtlinien sowie zum Versorgungswerk der Psychotherapeutenkammer NRW. Hier finden sich auch jeweils aktuelle Nachrichten, Presseberichte und Pressemitteilungen.

Therapeutensuchdienst

Für PsychotherapiepatientInnen und andere interessierte Personen wird derzeit ein Suchdienst aufgebaut, über den ganz gezielt unter Berücksichtigung wichtiger Kriterien nach Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen gesucht werden kann. Um den Nutzern einen möglichst hohen Qualitätsstandard garantieren zu können, werden in diesen Suchdienst ausschließlich Mitglieder der Psychotherapeutenkammer NRW in eigener Praxis aufgenommen.

Anzeigenbörse

Als besondere Dienstleistung für ihre Mitglieder plant die Psychotherapeutenkammer NRW die Einrichtung einer Anzeigenbörse. Hier soll Interessierten die Möglichkeit gegeben werden, unter den Kategorien „Stellensuche", „Stellenangebote", „Job-Sharing", „Praxissuche" sowie „Praxisangebote" eigene Anzeigen einzustellen bzw. auf hier veröffentlichte Anzeigen zu antworten.

Interner Bereich für Gremienmitglieder PTK und Mitglieder PTV

Den Mitgliedern ihrer Gremien bieten sowohl die Psychotherapeutenkammer NRW als auch das Versorgungswerk PTV die Möglichkeit, über die Internetseite der Psychotherapeutenkammer NRW aktuelle interne Informationen abzurufen. Zu diesem Zweck steht jeweils ein passwortgeschützter und nur den Mitgliedern dieser Gremien zugänglicher Bereich zur Verfügung.

Kongress- und Tagungskalender

Vorgesehen ist in naher Zukunft die Bereitstellung eines Dienstes, über den andere Träger und Organisationen auf der Internetseite der Psychotherapeutenkammer NRW aktuelle Ankündigungen für von ihnen veranstaltete Kongresse und Tagungen veröffentlichen können.

Breitgefächerte Linklisten

Auch die Linklisten auf der Internetseite der Psychotherapeutenkammer NRW sollen erweitert werden. Interessierte Besucherinnen und Besucher sollen hier nicht nur Verweise zu anderen Psychotherapeuten- und Heilberufskammern, Kassenärztlichen Vereinigungen und Ausbildungsinstituten finden. Hier soll darüber hinaus systematisch eine breite Sammlung von Hinweisen auf die Internetseiten und Kontaktdaten von Berufsverbänden, Fachgesellschaften, Fort- und Weiterbildungsinstituten, aber auch Gesundheitsportalen und Selbsthilfegruppen aufgebaut und zur Verfügung gestellt werden.

Ein Besuch lohnt sich!

Kurzum, die neue Internetpräsenz der Psychotherapeutenkammer NRW bietet mit ihrer neuen Struktur sowie den bereits installierten, aber auch den geplanten neuen Services eine reichhaltige, umfassende, übersichtlich und bedienungsfreundlich gestaltete Informationsplattform für ihre Mitglieder und alle interessierten Besucherinnen und Besucher.

In Institutionen beschäftigte Kammerangehörige: Fachkunde und Tätigkeitsfelder

In welchen Bereichen der Gesundheitsinstitutionen und der psychosozialen Versorgung psychotherapeutische Kompetenz hauptsächlich anzutreffen ist, war bisher nur überblickartig bekannt. Angaben über die Verteilung der psychotherapeutischen Ausbildungen und das Verhältnis der Berufsgruppen KJP/PP beruhten auf Schätzungen, ebenso wie Angaben über zentrale Personenmerkmale. Zur Bestimmung des Nachwuchsbedarfs und Beurteilung der Versorgungssituation in den institutionell verankerten Bereichen des Gesundheitswesens sind solche Daten aber unverzichtbar.

In enger Zusammenarbeit mit dem Ausschuss „Psychotherapie in Institutionen" wurde eine Auswertung der Verteilung von Ausbildung und Tätigkeitsfeldern der in Institutionen beschäftigten PP und KJP vorgenommen. Grundlage der Auswertung war die neue Mitgliederdatenbank, die nach der im November 2003 begonnenen Grunderhebung mit dem neuen Meldebogen eingerichtet wurde. In dieser waren bis zum Stichtag (20.04.2004) ca. 6.400 von insgesamt 6.800 Kammerangehörigen registriert. Die Rücklaufquote des Meldebogens liegt zum Stichtag demnach bei 94%. Alle bisher eingegangenen Meldebögen wurden elektronisch erfasst. Im Einzelfall fehlende und unklare Angaben werden fortlaufend telefonisch evaluiert. Die folgenden Ergebnisse beruhen auf der Auswertung von 6.119 Kammerangehörigen.

Ergebnisse

Von den 6.119 Approbierten der Gesamtstichprobe sind 2.620 **(42,8%) in Institutionen beschäftigt.** Davon sind 56% weiblich mit einem Altersdurchschnitt von 45,9 Jahren. Der Altersmittelwert der 44% männlichen liegt bei 49,9 Jahren.

In einem Beamtenverhältnis stehen 7,9% (208 Personen). Das Durchschnittsalter der Angestellten liegt bei 46,9 Jahren, das der Beamten bei 52,4 Jahren.

Fachkunde (Therapieausbildungen)

Bei den Fachkunden (Tabelle 1) waren Mehrfachangaben möglich. Die Häufigkeiten sind Fallzählungen der angegebenen Ausbildungen aller Beschäftigten PP und KJP

Therapieausbildung	Anzahl
AP (analytische Psychotherapie)	148
TP (tiefenpsychol. fundierte PT)	786
VT (Verhaltenstherapie)	1.236
GT (Gesprächspsychotherapie)	867
Neuropsychol. Therapie	71
Gestalttherapie	310
Psychodrama	168
Systemische Therapie	707

Tabelle 1: Fachkunden

Es fällt auf, dass eine vergleichsweise große Anzahl der Beschäftigten über Ausbildungen in Gesprächspsychotherapie oder Systemischer Therapie verfügt.

Approbationen und Tätigkeitsfelder

Da auch bei den Tätigkeitsfeldern (Institutionen) in einigen Fällen Doppelnennungen möglich sind, werden Fallzählungen der Beschäftigungsverhältnisse aufgeführt. Beispielsweise stehen Kammerangehörige gleichzeitig mit dem Versorgungsbereich einer Institution (Klinik) und der angegliederten Forschungsabteilung (Universität,

Tätigkeitsfeld	Beschäftigungsverhältnisse	KJP-Anteil (%)
Allgemeinpsychiatrische Klinik	272	6,8
Kinder- u. Jug. Psychiatr. Klinik	123	44,9
Psychosomatische Klinik	92	21,0
Gerontopsychiatrische Klinik	13	7,1
Sonstige somatische Klinik	110	30,0
Suchtklinik	133	28,8
Medizinische Reha	178	18,1
Privatklinik	20	19,0
Forensische Einrichtung	90	10,8
Jugendhilfeeinrichtung	148	51,5
Behindertenhilfe	139	28,6
Beratungsstellen (aller Arten)	898	40,4

Tabelle 2: Tätigkeitsfelder, Anzahl Beschäftigungsverhältnisse und KJP-Approbationen in %.

Forschung und Lehre) in einem vertraglich getrennten Arbeitsverhältnis.

Von den 2.620 abhängig Beschäftigten sind 230 doppelt approbiert. Das Verhältnis der Approbationen KJP zu PP liegt bei 30,8% zu 69,2%.

In der Tabelle 2 sind neben der Anzahl der Beschäftigungsverhältnisse pro Tätigkeitsfeld die entsprechenden Prozentanteile der KJP-Approbationen aufgeführt. PP-Approbationen addieren sich zu 100%.

Beim Vergleich der Tätigkeitsfelder ist zu berücksichtigen, dass Anzahl und Größe der jeweils darunter fallenden Institutionen erheblich variieren. Unbekannt ist auch die Zahl nicht approbierter Diplompsychologen, die im weiteren Sinne klinisch tätig sind. Demnach sind aus den Verteilungen in Tabelle 2 Rückschlüsse auf die psychotherapeutische Versorgungsdichte in einem entsprechenden Bereich nicht angebracht. Die Tabelle macht dennoch deutlich, dass psychologische Heilkunde von abhängig beschäftigten PP und KJP hauptsächlich in Beratungsstellen und Kliniken ausgeübt wird.

Kurzmeldungen

Kriterien für die Zulassung als psychologischer Sachverständiger im Maßregelvollzug neu abgestimmt

Zusammen mit dem MRV-Landesbeauftragten und den MRV-Trägereinrichtungen hat die Kammer die fachlichen Kriterien für die Zulassung als sachverständiger psychologischer Gutachter gemäß § 16 Abs. 4 MRVG neu abgestimmt und genehmigt.

Für die Grundqualifikation können anstelle einer dreijährigen Vollzeittätigkeit im Bereich des Maßregelvollzugs auch damit vergleichbare Behandlungserfahrungen nachgewiesen werden. Damit wird einem größeren Kollegenkreis die Qualifikation als MRV-Gutachter eröffnet, beispielsweise auch denjenigen, die im Strafvollzug entsprechende Behandlungen durchführen. Interessierte KollegInnen mit entsprechenden Berufserfahrungen und Voraussetzungen können die Antragsunterlagen mit Kriterienliste und Gutachtenleitlinien bei der Geschäftsstelle schriftlich anfordern oder sich telefonisch informieren.

Psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen

Am 27.2.04 fand ein Fachgespräch mit der Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren (PSZ) für Flüchtlinge in NRW in der PTK statt. Erörtert wurden die besonderen Bedingungen und Probleme der psychotherapeutischen Behandlung von Flüchtlingen mit unsicherem Rechtsstatus. Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen PTK und Psychosozialen Zentren (PSZ) zur Verbesserung der Versorgung wurden diskutiert. Die Vertreterinnen der PSZ sahen Handlungsbedarf in folgenden Bereichen:

- Thematisierung kulturspezifischer Besonderheiten in der Ausbildung,
- Fortbildung von PsychotherapeutInnen über die kulturelle, rechtliche und psychische Situation von traumatisierten Flüchtlingen,
- Entwicklung von Qualitätsstandards für die psychopathologische Begutachtung von Flüchtlingen,
- Sicherung des Rechtes auf psychotherapeutische Behandlung und die Absicherung der Finanzierung.

Die grundsätzliche fachliche und politische Unterstützung der PTK NRW wurde zugesagt. Vereinbart wurden ein kontinuierlicher Informationsaustausch zwischen PTK und PSZ und ein weiteres Gespräch zur Planung konkreter Arbeitsschritte in der zweiten Jahreshälfte.

Aktivitäten zur Suchtbekämpfung

Das „Landesprogramm gegen Sucht" ist eine gemeinsame Initiative der Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz und befasst sich mit den Problemfeldern illegaler Drogen, Alkohol- und Medikamentenabusus. Vor knapp 4 Jahren ist im Landesministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie (MGSFF) die Programmbegleitende Arbeitsgruppe (PBAG) eingerichtet worden, in der sich kommunale Einrichtungen, Vertreter von Trägerverbänden, Forschungseinrichtungen und kommuna-

len Modellprojekten über ihre Versorgungsaktivitäten austauschen. Die PBAG kann Empfehlungen aussprechen und gibt Erfahrungen aus der Umsetzung einzelner Projekte weiter.

In der PBAG ist die Psychotherapeutenkammer NRW vertreten. Vorgestellt wurden auf der letzten Sitzung die Ergebnisse der Begleitforschung zum Bundesprogramm „Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten – FreD". Das Modellprogramm richtete sich an 14- bis 21-jährige, die erstmalig wegen des Konsums illegaler Drogen strafrechtlich auffällig geworden sind, bei denen aber mit einer Einstellung des Verfahrens nach § 31a BtMG oder im Zusammenhang mit den §§ 45 und 47 JGG zu rechnen war. Ihnen wurde über die Jugendgerichtshilfe die Teilnahme an einem Informationskurs nahe gelegt, an dem 83,3% der Angesprochenen teilnahmen. Die überwiegende Mehrheit der Teilnehmer war mit Inhalten und Durchführung der Kurse zufrieden. Bei allen Teilnehmern war eine Reduzierung des Drogenkonsums festzustellen.

Auf der PBAG-Sitzung wurden ausführliche Materialien vorgestellt, die bei der Koordinationsstelle Sucht des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe bezogen werden können.

Fortbildungskurse 2004

Das Fortbildungsprogramm der Psychotherapeutenkammer NRW für das Jahr 2004 liegt vor und kann über die Geschäftsstelle angefordert oder von der Homepage heruntergeladen werden.

Geschäftsstelle

Willstätterstr. 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211/522847-0
Fax 0211/522847-15
Mo – Do 8.30 – 16.30 Uhr
Fr 8.30 – 14.30 Uhr
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Beratung am Telefon

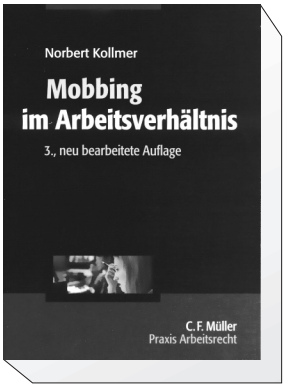
Beratung durch den Geschäftsführer der Kammer (Rechtsanwalt)
Mi: 14.00-15.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 **0**

Mitgliederberatung durch den Vorstand
Mo: 12.30-13.30 Uhr; 17.30-18.00 Uhr
Di: 12.30-13.30 Uhr; 18.30-19.30 Uhr
Fr: 11.00-12.00 Uhr; 12.30-13.30 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 **27**

Sprechstunde der Präsidentin
Mo: 12.00-13.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 **0**

Beratung von Angestellten für Angestellte
Mi: 13.00-14.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 **0**

Ihr Rechtsberater zum aktuellen Thema:



Mobbing im Arbeitsverhältnis
Von Dr. Norbert Kollmer
3., neu bearbeitete Auflage 2003
XX, 295 Seiten. Kartoniert € 34,–
ISBN 3-8114-1812-2
(Praxis Arbeitsrecht)

Mobbing am Arbeitsplatz gehört in vielen Betrieben mittlerweile zur täglichen Praxis. Die Folgen des Mobbing sind bekannt: Verschlechterung des Betriebsklimas bis hin zu zum Teil schweren Gesundheitsstörungen bei den Betroffenen. Für die Firmen selbst bedeutet Mobbing oft einen erheblichen Kostenfaktor.

Mittlerweile liegen wegweisende Entscheidungen aus der Arbeitsgerichtsbarkeit zum Thema Mobbing vor.

Der bewährte Rechtsratgeber *Mobbing im Arbeitverhältnis* zeigt praxisnah die aktuellen Entwicklungen auf:

- Auswirkungen der neuen Rechtsprechung auf die betriebliche Praxis
- Konkrete Handlungspflichten für Arbeitgeber zur Unterbindung von Mobbing
- Fragen der Beweislast
- Mitbestimmungsrechte des Betriebsrats
- Fragen des Arbeitsschutzes
- Schadensersatz- und Unterlassungsansprüche, Recht auf Gegendarstellung

Checklisten, einschlägige Rechtsvorschriften sowie wichtige Adressen im Anhang runden das Werk ab.

60706280-5

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

CFM C.F. Müller
www.cfmueller-verlag.de

Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz

Zertifizierung von Fortbildungsveranstaltungen – Aktueller Stand

Seit dem 25. März 2004, einen Tag nach der Veröffentlichung im Psychotherapeutenjournal, ist die Fortbildungsordnung der Landespsychotherapeutenkammer in Kraft. In den vergangenen Wochen erreichten uns dazu zahlreiche Anfragen. Auf einige können wir an dieser Stelle eingehen, andere bedürfen der weiteren Klärung und Abstimmung auf Bundesebene, so z. B. die neue sozialrechtliche Verpflichtung zur Fortbildung nach § 95d SGB V.

Abstimmung auf Bundesebene

Hier besagt das Gesetz, dass der Nachweis über die Fortbildung durch Fortbildungszertifikate der Kammern erbracht werden kann. Andere Fortbildungszertifikate dagegen müssen den Kriterien entsprechen, die die jeweilige Arbeitsgemeinschaft der Kammern dieser Berufe auf Bundesebene aufgestellt hat. Hier ist eine Abstimmung der Bundespsychotherapeutenkammer mit der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erforderlich. Letztere ist laut Gesetz zuständig für die Regelungen im Einzelnen. Mit der komplexen Thematik befasst sich auf Bundesebene die Fortbildungskommission und auf Landesebene der Ausschuss für Fort- und Weiterbildung. Wir bitten um Verständnis dafür, dass wir Näheres erst dann veröffentlichen, wenn rechtssichere und tragfähige Lösungen entwickelt sind.

Was jetzt schon feststeht: Alle Fortbildungsmaßnahmen, die den Kriterien der Fortbildungsordnung entsprechen, werden von der Kammer anerkannt. Auch Veranstaltungen, die bereits von anderen Kammern (Landes- bzw. Bezirksärztekammern, anderen Landespsychotherapeutenkammern) oder den Kassenärztlichen Vereinigungen zertifiziert wurden, werden formlos von der LPK Rheinland-Pfalz anerkannt. Dazu benötigt die Geschäftsstelle Informationsunterlagen über die einzelnen Veranstaltungen und eine Bestätigung über die Teilnahme des Kammermitglieds.

Veranstalter erhalten auf Anfrage vorab Teilnahmebescheinigungen, auf denen auch schon die Punktebewertung für die einzelne Fortbildungsmaßnahme eingetragen ist. Diese Bescheinigungen werden von den Mitgliedern gesammelt und jeweils bis Endes März des Folgejahres bei uns eingereicht.

Ein weiteres Thema, das viele Fragen aufwirft, ist die Supervision. Als Supervisoren werden auf jeden Fall diejenigen anerkannt, die die Voraussetzungen nach der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung erfüllen. Für alle anderen Fälle warten wir eine Entscheidung der Bundespsychotherapeutenkammer über die Musterfortbildungsordnung ab.

Kammereigene Schulungen

Qualitätszirkel: Grundsätzlich werden die Qualitätszirkel, die von den KVen bereits anerkannt wurden, von unserer Kammer als Fortbildung zertifiziert. Die KV-Moderatoren werden von uns anerkannt. Wir planen darüber hinaus, kammereigene Moderatorenschulungen für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten anzubieten.

Intervisionsgruppen: Sie müssen von einem verantwortlichen KJP oder PP geleitet werden, und es muss ein Protokoll erstellt werden, das auch die Teilnehmerliste enthält.

Dieter Best, Barbara Kaleta

Im Landeskrankenhausplan 2003 Psychotherapie Bestandteil der stationären Akutversorgung

Nach monatelangen Abstimmungen im Ausschuss für Krankenhausplanung wurde am 16.12.2003 der neue Landeskrankenhausplan (LKP) von der Landesregierung verabschiedet. Der LKP wurde auf der Grundlage eines vorbereitenden Gutachtens zur Bedarfsentwicklung durch die Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH (GEBERA) erstellt und „gibt die förmlich festgestellten Absichten der Landesregierung zur Krankenhausplanung in einem bestimmten Zeitraum wieder". Mit dem LKP wird das Ziel einer ausreichenden Bedarfsdeckung für die stationäre Akutversorgung im Zeitraum 2003 bis 2007 verfolgt. „Ziel der Standort- und Kapazitätsplanung ist die Bereitstellung einer landesweiten Krankenhausstruktur, die eine dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende, bedarfsgerechte stationäre Akutversorgung in wirtschaftlicher Weise ermöglicht." Das Angebot soll regional ausgewogen und nach Versorgungsstufen gegliedert sein.

Defizite und Fehlsteuerungen im Bereich der ambulanten Versorgung sind durch geeignete Maßnahmen im ambulanten Sektor selbst zu beseitigen, es ist nicht Aufgabe der Krankenhausplanung, für einen entsprechenden Ausgleich zu sorgen. Für die öffentliche Förderung von Investitionen ist die formale Aufnahme eines Krankenhauses in den LKP Voraussetzung, d. h. die Anerkennung als Plankrankenhaus. „Patientinnen und Patienten und ihre Krankenkassen haben einen Anspruch gegen das Krankenhaus auf eine dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Krankenhausbehandlung, soweit die stationäre Behandlung notwendig ist." Das Plankrankenhaus muss entsprechend seinem

Versorgungsauftrag die Leistungen erbringen, die seiner Versorgungsstufe entsprechen.

Der LKP 2003 setzt insbesondere Schwerpunkte zur Verbesserung der Versorgung in Akutkrankenhäusern von Krebspatienten (v. a. bei Brustkrebs), von Diabetikern, Schlaganfallpatienten, geriatrischer Patienten und Demenzkranken, von Patienten mit Gefäßkrankheiten.

Durch beharrliche Überzeugungsarbeit der Landespsychotherapeutenkammer ist erstmals in einem Landeskrankenhausplan Psychotherapie als wichtiges Behandlungsangebot in somatischen Akutkrankenhäusern genannt. Im Kapitel „Psychosomatik und Psychotherapie" wird darauf verwiesen, dass mindestens 25 % der in Akutkrankenhäusern behandelten Patientinnen und Patienten (auch) psychosomatische Beschwerden haben.

„Die somatischen Beschwerden können psychisch verursacht sein. Es ist deshalb wichtig, während der Akutphase der Behandlung in einem Allgemeinkrankenhaus auch die psychosomatische und psychotherapeutische Behandlung einzuleiten, damit eine Integration der Behandlungsmaßnahmen erfolgen kann. Langfristiges Ziel ist es, dass psychosomatischer und psychotherapeutischer Sachverstand an allen Allgemeinkrankenhäusern verfügbar ist."

Dadurch soll u. a. erreicht werden:

- Optimierung der stationären Liegezeiten,
- Verringerung der Fehlbelegungsrate und Reduzierung der Kosten der Gesamtbehandlung,
- geringere Hospitalisierungsraten bei geriatrischen Patientinnen und Patienten in Alters und Pflegeheimen,
- poststationäre Kostenreduktion bei Einbeziehung der nachbehandelnden Ärztinnen und Ärzte in den Informationsfluss.

Damit dies in allen Krankenhäusern gewährleistet ist, sollen **Konsiliar- und Liäsondienste** unter Nutzung vorhandener Ressourcen im stationären und ambulanten Bereich aufgebaut werden. Der Aufbau selbstständiger psychosomatischer Kliniken ist nicht beabsichtigt.

Auch in den Abschnitten zur Schmerztherapie und Onkologie wurde der Stellenwert von Psychotherapie für eine dem modernen medizinischen Erkenntnisstand entsprechenden Versorgungsqualität festgeschrieben. Unsere Stellungnahmen zu den verschiedenen Entwürfen des LKP bezogen sich auch auf weitere Fachgebiete, z. B. auf die Neurologie und die Palliativmedizin.

Auch wenn nicht alle unsere Vorstellungen in den LKP 2003 aufgenommen wurden, ist das Ergebnis als Erfolg zu werten. Bestehende Stellen in den Krankenhäusern sollen abgesichert und neue Arbeitsfelder in vernetzten Versorgungsstrukturen für Psychotherapeuten eröffnet werden. Erst seit Sommer 2003 ist die Landespsychotherapeutenkammer (mit ihrem Präsidenten bzw. mit ihrer Geschäftsführung) im Ausschuss für Krankenhausplanung mit beratender Stimme vertreten. Vom Ministerium wurde jedoch zugesichert, dass mit dem derzeit laufenden Novellierungsverfahren zum Landeskrankenhausgesetz (LKG) die Landespsychotherapeutenkammer als ordentliches Mitglied rechtlich verankert wird. Der Ausschuss für Krankenhausplanung ist ein beratendes Gremium für das Landesministerium, in dem die an der Krankenhausversorgung in Rheinland-Pfalz beteiligten Institutionen – Krankenkassen, Krankenhausträger, Landesärztekammer und die Landespsychotherapeutenkammer nach der Änderung des LKG vertreten sind.

Alfred Kappauf

Schwerpunktpraxen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche

Der Vorstand der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz hat in den vergangenen Monaten gemeinsam mit der Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten und dem Deutschen Psychotherapeutenverband die Initiative für ein Projekt zur Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher ergriffen. Einbezogen in die bisherigen Gespräche waren außerdem der DVT, der BVKJ und die VAKJP.

Bekanntermaßen steht dem großen Bedarf an Behandlungsmöglichkeiten nicht nur ein viel zu geringes, sondern in vielen Fällen auch ein unpassendes und unflexibles Versorgungsangebot gegenüber. Insbesondere sind die beschränkten Möglichkeiten, die die Einzelpraxen niedergelassener Psychotherapeuten bieten können, oft wenig zur Behandlung komplexer Störungen geeignet. Statt Richtlinienpsychotherapie ist bei komplexen Störungen oft eine multimodale Behandlung in einem interdisziplinären Team notwendig. Dies erfordert einen hohen Koordinationsaufwand, der unter den derzeitigen Bedingungen weder finanziell noch organisatorisch geleistet werden kann. Mit dieser Zustandsbeschreibung sind wir beim Verband der Angestelltenkrankenkassen (VdAK) vorstellig geworden.

Es geht dabei um den Aufbau und die Förderung von Schwerpunktpraxen von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Psychologischen Psychotherapeuten mit entsprechender Qualifikation. In 2 Modellregionen (in Rheinland-Pfalz und den fünf neuen Bundesländern) soll das Konzept erprobt werden. Zur Anschubfinanzierung sollen Mittel beantragt werden, die für die integrierte Versorgung durch das GKV-Modernisierungsgesetz zur Verfügung stehen.

Mängel in der Versorgung

Namhafte Studien weisen auf gravierende Mängel in der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher hin. Bemängelt wird die Unterversorgung vor allem in ländlichen Gebieten. So waren nach dem Bundesarztregister Ende 2002 z. B. im Bereich der KV Trier lediglich 6 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zugelassen, im Bereich der KV Koblenz 23. Die wenigen Kinder- und Jugendpsychiater tragen zur Entlastung nicht wesentlich bei.

Die große Lücke zwischen Bedarf und Angebot führt zu Wartezeiten auf einen freien Therapieplatz von mehreren Monaten bis zu über einem Jahr. Nach einer Studie von Zepf u. a. wurden von niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten 55 % der Anfragen von Eltern auf einen Therapieplatz bereits am Telefon abgewiesen. Diese Ergebnisse entsprechen auch unserer eigenen Umfrage unter den Psychotherapeuten, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten.

In der epidemiologischen Forschung wird davon ausgegangen, dass 8 bis 15 % der Kinder und Jugendlichen psychisch auffällig sind. Ein Viertel davon zeigt schwere Formen psychischer Auffälligkeit und ist dringend behandlungsbedürftig. Bestimmte psychische Erkrankungen weisen eine hohe Persistenz auf und zeigen sich auch im späteren Lebensalter, wenn sie unbehandelt bleiben (z. B. Angst- und Zwangsstörungen, Störungen des Sozialverhaltens, Essstörungen). Depressionen im Kindes- und Jugendalter werden in einem Drittel der Fälle chronisch, und sie sind nach Unfällen die zweithäufigste Todesursache. Hyperkinetische Störungen weisen eine hohe Komorbidität vor allem mit Störungen des Sozialverhaltens und dissozialen Auffälligkeiten auf. Unbehandelt haben sie eine ungünstige Prognose.

Die Folge ist, dass viele Kinder und Jugendliche unbehandelt bleiben, was angesichts der hohen Persistenzraten psychischer Störungen von Kindern und Jugendlichen nicht zu verantworten ist. Eltern greifen in einer solchen Situation oft nach jedem Strohhalm. Dies führt zu einer unkoordinierten Inanspruchnahme von kinder- oder hausärztlichen, psychotherapeutischen, psychiatrischen, beraterischen (Erziehungsberatungsstellen, schulpsychologische Stellen) und ergotherapeutischen Interventionen. Ein Case-Management findet üblicherweise nicht statt. Neben der Unterversorgung besteht also eine Fehlversorgung.

Bessere Angebotsstruktur

Mit den von uns vorgeschlagenen Schwerpunktpraxen würde eine Angebotsstruktur geschaffen, in der die an der Behandlung Beteiligten fachübergreifend im Sinne der integrierten Versorgung zusammenarbeiten, wobei der geregelten Zusammenarbeit mit Kinderärzten und Beratungsstellen eine wichtige Rolle zukäme.

Da wir mit dem Projekt zum Teil juristisches Neuland betreten, bedürfen viele Details noch der juristischen Prüfung. Sollten Sie als Kammermitglied weitere Informationen wünschen, wenden Sie sich bitte an die Geschäftsstelle.

Dieter Best

Elektronische Gesundheitskarte – Modellprojekt Rheinland-Pfalz beteiligt Psychotherapeuten

Spätestens zum 1.1.2006 soll die bisherige Krankenversichertenkarte durch eine Elektronische Gesundheitskarte ersetzt werden. Das sieht das GKV-Modernisierungsgesetz vor. In Rheinland-Pfalz hat das Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit (MASFG) gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Trier bereits 2001 ein entsprechendes Modellprojekt „Gesundheitskarte Rheinland-Pfalz" initiiert. Damit soll vor allem die Patientensouveränität gestärkt werden. Weitere Ziele sind, Doppeluntersuchungen zu vermeiden und die Behandlungsqualität durch effizienteren und sichereren Informationsaustausch zwischen den Behandlern zu verbessern. Mittels einer den aktuellen wissenschaftlichen Stand umfassenden Datenbank wird u. a. überprüft und automatisch angezeigt, ob Unverträglichkeiten gegen Medikamente bzw. problematische Wirkstoffinterferenzen bestehen. An der Entwicklung der Kartenstruktur und der Softwarelösung haben Vertreter der Ärzte, der Apotheker sowie der Kostenträger und der Industrie und nicht zuletzt der Datenschutzbeauftragte mitgewirkt.

Bei einer Informationsveranstaltung im Mai in Trier mit dem Staatssekretär im BMGS, Dr. Klaus-Theo Schröder, und der rheinland-pfälzischen Sozialministerin, Malu Dreyer, wurde das Gemeinschaftsprojekt vorgestellt. Dr. Schröder zeigte sich dabei beeindruckt von der bemerkenswerten Atmosphäre, die sich durch Aufgeschlossenheit und Elan auszeichnete.

Eindrucksvoll geworben

Damit – so der BMGS-Vertreter – habe Rheinland-Pfalz eindrucksvoll für den Antrag des Landes geworben, als Modellregion für die Vorbereitung der bundesweiten Einführung der elektronischen Gesundheitskarte berücksichtigt zu werden.

Die technische Seite: Patientendaten werden auf einem zentralen Server verschlüsselt und anonym gespeichert. Der Zugriff zu den Daten ist nur mit der Patientenkarte und der jeweiligen Autorisierung durch den Patienten möglich. Daten können bei Verlust der Karte nicht verloren gehen und auch nicht von Dritten eingesehen werden. Bisher hat über ein Drittel der Arztpraxen der KV-Region Trier sowie alle Krankenhäuser ihre Bereitschaft zur Teilnahme am Projekt zugesagt. Auch Kolleginnen und Kollegen aus der Landespsychotherapeutenkammer haben bereits ihre Beteiligung an dem Projekt erklärt. Die Psychotherapeuten waren jedoch nicht in den Entwicklungsprozess dieses Modellversuchs einbezogen, der ab Herbst von den Labortests in die Erprobung mit Patienten gehen soll. Daher wandte sich der Vorstand der Landespsychotherapeutenkammer an das Landesministerium sowie an den Vorstand der KV Trier mit der sachlich begründeten Erwartung, dass Psychotherapeuten bei diesen weitreichenden telematischen Weichenstellungen beteiligt werden sollten.

Bei der Veranstaltung in Trier erklärte die Ministerin: „Es wird klar sein, dass die Psychotherapeuten mit in das Projekt einbezogen werden." Auch der Staatssekretär des BMGS betonte in seinen Ausführungen, es sei bei der Elektronischen Gesundheitskarte (geregelt in § 291a SGB V) immer Wille des Gesetzgebers gewesen, dass die Psychotherapeuten einbezogen werden.

Jetzt müsse die Kommunikation und Kooperation der Psychotherapeutenkammer mit den anderen Heilberufskammern gestärkt werden. Denn eine künftige Aufgabe der Heilberufskammern ist es, die so genannte Health Professional Card – ein elektronischer Berufsausweis – an die Angehörigen aller verkammerten Heilberufe auszugeben. Dieser ist für den Zugriff auf die Daten der zukünftigen bundesweiten Gesundheitskarte erforderlich.

Die wissenschaftliche Begleitung liegt bei einem Forscherteam der Universität Trier: Prof. Dr. Hans Braun, Prof. Dr. Alois Hahn, Dr. Rüdiger Jakob, Prof. Dr. Jost Reinecke.

Alfred Kappauf

Psychotherapie und Unfallversicherung

Seit dem 01.01.2002 führen die Landesverbände der gewerblichen Berufsgenossenschaften als Träger der gesetzlichen Unfallversicherung ein Modellverfahren zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung traumatisierter Patienten mit akuten Belastungsreaktionen oder posttraumatischen Belastungsstörungen durch. Durch das Modellverfahren soll die Einbindung von Psychotherapeuten in die berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren erprobt werden. Die bisherigen Ergebnisse sind durchaus positiv, wie eine erste Auswertung zeigt. Insgesamt geht man von jährlich ca. 1.000 Fällen aus, bei denen eine entsprechende Psychotherapie erforderlich wäre. Oft jedoch erhalten die Patienten keine oder keine geeignete Behandlung, was zur Folge hat, dass traumatische Störungen chronifizieren und erhebliche Folgekosten verursachen. Wird jedoch eine geeignete Behandlung durchgeführt, sind bei fast allen Patienten auch deutliche Besserungen bis hin zur völligen Symptomfreiheit feststellbar.

Dies heißt nicht, dass das Modellverfahren nicht verbessert werden könnte. In mehreren Gesprächen, die der Kammervorstand mit den Geschäftsführern der gewerblichen Berufsgenossenschaften geführt hat, wurden u. a. folgende Punkte als verbesserungs- bzw. klärungsbedürftig festgestellt:

- Die Sensibilität der Durchgangsärzte für psychische Störungen muss gefördert werden.
- Das nach SGB VII vorgeschriebene Berichtswesen sollte bei der Psychotherapie überdacht und vielleicht vereinfacht werden.
- Die ökonomische Effizienz der Psychotherapie muss erfasst werden.
- Die Qualifikation der teilnehmenden Psychotherapeuten muss definiert werden.

Die Honorare für Psychotherapie nach der UV-GOÄ sind unangemessen niedrig. Das Mindesthonorar sollte sich mindestens an den Vorgaben der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung richten. Ein weiteres Gespräch ist für September vereinbart.

Dieter Best

Psychodiabetologie-Weiterbildung

Seit vergangener Woche besteht in Bernkastel-Kues unser neuer Weiterbildungsgang Psychodiabetologie. Dies bietet Kammermitgliedern die Möglichkeit, sich berufsbegleitend weiterzubilden. Entstanden ist dieser neue Bereich in enger Abstimmung der Landespsychotherapeutenkammer mit der Deutschen Diabetikesgesellschaft.

Damit haben wir auch die Hinweise von Diabetesschwerpunktpraxen aufgegriffen, dass vor allem junge Diabetiker zunehmend psychotherapeutische Begleitung brauchen, um sich leichter auf die für sie veränderte Situation einzustellen.

Ein weiterer Punkt ist die Tatsache, dass angesichts der steigenden Zahl von Diabetes-Fällen in Deutschland die Anzahl der Psychologen in den Kliniken nicht mehr ausreicht.

Vor diesem Hintergrund hat sich die Kammer entschieden, eine entsprechende Weiterbildungsordnung zu beschließen und eine Weiterbildung für die Kompetenzerweiterung im somatopsychischen Bereich auf den Weg zu bringen.

Alfred Kappauf, Barbara Kaleta

Geschäftsstelle

Landespsychotherapeutenkammer
Rheinland-Pfalz
Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30
55130 Mainz
Tel. 06131/5703813
Fax 06131/5700663
Mo – Fr 10.00 – 12.30 Uhr
Di und Do 14.00 – 16.00 Uhr
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de

Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

in den letzten Monaten hat es für die Kammerarbeit im Wesentlichen drei Schwerpunkte gegeben: Die Erarbeitung einer Fortbildungsordnung, Vorbereitungsarbeiten für die Entscheidung zur Gründung eines Versorgungswerks und Lobbyarbeit für eine angemessene Vergütung der angestellten und niedergelassenen Kollegen.

Durch die Erarbeitung einer Fortbildungsordnung sollte den gesetzlichen Vorschriften des SGB V Genüge getan werden. Der § 95 d des SGB V schreibt eine Fortbildungspflicht für diejenigen vor, die an der sozialrechtlichen Krankenversorgung teilnehmen. Zu dieser Personengruppe zählen sowohl die niedergelassenen Psychotherapeuten als auch die in Versorgungszentren angestellten Kolleginnen und Kollegen. Bis zum 30. Juni 2009 muss erstmals und dann fortlaufend im 5-Jahres-Turnus der Nachweis für die Erfüllung der Fortbildungspflicht der Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber erbracht werden. Die Aufgabe der Psychotherapeutenkammer dabei ist es, einen rechtlichen Rahmen zu schaffen, damit ein von der Kammer ausgestelltes Fortbildungszertifikat von der Kassenärztlichen Vereinigung ohne weitere Prüfung anerkannt wird. In Absprache mit der Kassenärztlichen Vereinigung, Herrn Bartz, können dabei auch Fortbildungen rückwirkend ab dem 01.01.04 anerkannt werde, weil zu diesem Zeitpunkt das Gesetz in Kraft getreten ist. Diese Regelung gilt nur für Kollegen, die ab dem 01.01.04 bereits in der vertragsärztlichen Versorgung tätig waren. Wer später seine Zulassung bekommen hat, kann seine Fortbildungen ab dem 01.07.04 anerkennen lassen.

Auch wenn die erwähnte Fortbildungspflicht des SGB V nur die sozialrechtlich Zugelassenen (einschließlich der in Versorgungszentren angestellten Psychotherapeuten) betrifft, gibt es darüber hinaus für alle Kammermitglieder eine allgemeine Fortbildungspflicht, die durch das Heilberufegesetz des Landes Schleswig-Holstein vorgegeben ist. Allerdings gibt es hierzu bislang noch keine Nachweispflicht.

Der Fort- und Weiterbildungsausschuss der PKSH wollte mit dem erarbeiteten Entwurf für eine Fortbildungsordnung diese beiden Fortbildungspflichten (gemäß SGB V und gemäß Heilberufegesetz S.-H.) miteinander kompatibel machen und in eine einheitliche Fortbildungsordnung integrieren. Der Sinn, der dahinter steht, ist, dass die Kriterien für die Anerkennung von Fortbildungsveranstaltungen im Bereich der Psychotherapie von der Psychotherapeutenkammer festgelegt werden sollten und nicht von Fachfremden (z. B. Juristen, Ärzten oder Verwaltungsbeamten).

Neben dieser Entscheidung für eine Fortbildungsordnung für alle Kammermitglieder zeigte sich aber auch eine Schwierigkeit darin, die unterschiedlichen Vorgaben der Gesetzestexte (SGB V einerseits und Heilberufegesetz andererseits) in einer gemeinsamen Fortbildungsordnung zu integrieren. So müssen Veranstaltungen, die den Kriterien des § 95 d SGB V genügen, inhaltlich behandlungsrelevant sein, während Fortbildung nach dem Heilberufegesetz auch in Randbereichen der Berufsausübung (z. B. Steuerrecht für Psychotherapeuten) anerkannt wäre. Die Kammerversammlung beschloss daher, den vorgelegten Entwurf einer Fortbildungsordnung an den zuständigen Ausschuss zur Überarbeitung zurückzugeben und auf der nächsten Kammerversammlung am 28. Mai die endgültige Fortbildungsordnung zu verabschieden.

Ein weiterer Schwerpunkt der Kammerarbeit war die Beschäftigung mit Fragen im Zusammenhang mit der Entscheidung für die Gründung eines Versorgungswerks für unsere Kammermitglieder. Berufsständische Versorgungswerke für verkammerte Berufe bieten den Berufsangehörigen eine angemessene Altersvorsorge, Schutz im Invaliditätsfall und eine Absicherung der Hinterbliebenen.

Im Hinblick auf die aktuelle Rentendiskussion und die Unwägbarkeiten der gesetzlichen Rentenversicherung bietet die Gründung eines berufsständischen Versorgungswerks sowohl für die selbstständigen als auch für die angestellten Kollegen eine gesicherte und rentable Altersvorsorge. Handelt es sich bei dem Finanzierungssystem der gesetzlichen Rentenversicherung um ein so genanntes Umlagesystem (im Rahmen des Generationenvertrags finanzieren die heute Berufstätigen durch ihre Beiträge die heutigen Renten), so handelt es sich bei den Vorsorgungswerken um ein so genanntes Kapitaldeckungsverfahren, nach dem jeder Versicherte selbst durch seine Beiträge mit Zins und Zinseszins und den sich daraus ergebenden Anwartschaften seine eigene spätere Rente finanziert. Dieses Finanzierungssystem der Versorgungswerke gibt den Versicherten mehr Sicherheit und bietet in der Regel durch die geringeren Verwaltungskosten eine höhere Altersrente als die gesetzliche Rentenversicherung oder eine private Vorsorge.

Bei den Risiken, die durch ein Versorgungswerk abgedeckt sind, handelt es sich um die eigene Altersrente des Versicherten (in der Regel ist der Beginn dieser Altersrente bei den Versorgungswerken ab dem 60. Lebensjahr frei wählbar), um die Invaliditätsrente im Falle der Berufsunfähigkeit und um die finanzielle Absicherung der Hinterbliebenen beim Tod des Versicherten.

Besteht ein berufsständisches Versorgungswerk, sind alle Angehörige des Berufsstandes automatisch innerhalb des Versorgungswerkes pflichtversichert. Zum Zeitpunkt der Gründung des Versorgungswerks

haben allerdings alle Kammermitglieder innerhalb eines angemessenen Zeitraumes (zumeist 6 Monate) ein Befreiungsrecht von dieser Versicherungspflicht. Ohne Angabe von Gründen kann dabei jeder für sich entscheiden, ob er dem Versorgungswerk angehören will oder nicht. Eine entsprechende Regelung für Angestellte, damit diese sich auch nach Ablauf dieser Übergangsfrist von der Versicherungspflicht in einem Versorgungswerk befreien können, muss über die Satzung des Versorgungswerks erfolgen. Dies ist deshalb notwendig, da Mitte der 90-er Jahre der Gesetzgeber das Befreiungsrecht für Angestellte von der gesetzlichen Rentenversicherungspflicht (bei der BfA) und damit die Möglichkeit einer alleinigen Absicherung über ein Versorgungswerk abgeschafft hat. Pflichtversicherte Angestellte müssen daher in der BfA verbleiben, haben aber die Möglichkeit, sich eine freiwillige zusätzliche Altersvorsorge durch das Versorgungswerk zu verschaffen.

Der Vorstand der PKSH wird auf der nächsten Kammerversammlung über das Thema Versorgungswerk ausführlich berichten. Die Entscheidung über die Gründung eines Versorgungswerkes bleibt der Kammerversammlung vorbehalten.

Ein weiterer Schwerpunkt der Vorstandsarbeit war die Erhebung eines Fragebogens für Angestellte und niedergelassenen Kollegen. Aus diesen Daten, die sich auf Art und Umfang der Tätigkeit im Zusammenhang mit der Vergütung beziehen, können wichtige Argumente für zukünftige Lobbyarbeit gezogen werden. Der Rücklauf der Fragebogenaktion war erfreulich hoch, wir bedanken uns an dieser Stelle für die Unterstützung unserer Kammermitglieder.

Neben diesen schwerpunktmäßigen Aufgaben hat der Vorstand der PKSH seit der letzten Kammerversammlung im November 2003 zehn Mal getagt. Die Vorstandsmitglieder haben an diversen auswärtigen Sitzungen teilgenommen, u. a. an Gesprächen mit verschiedenen Landtagsabgeordneten, an einer Anhörung vor dem Sozialausschuss, am Länderrat und am Expertenhearing zur Neuropsychologie. Die Möglichkeiten der Kooperation und der Nutzung von Synergieeffekten der vier benachbarten Landeskammern (Niedersachsen, Hamburg, Bremen und Schleswig-Holstein) wurden im Rahmen eines Treffens der Vorstände der Nordkammern im Dezember 2003 in Hamburg besprochen. Dabei ging es um die Zusammenarbeit bei Fragen der Angestellten, einen Internetsuchdienst/PsychFindex, einen gemeinsamen norddeutschen Psychotherapeutentag, eine gemeinsame Akkreditierungs- und Zertifizierungsstelle für die norddeutschen Kammern und einer Kooperation der Schlichtungsstellen. Am 21. April fand ein Treffen der Nordkammern in Bremen zur Koordinierung der Fortbildungsordnungen der Länder statt, um ggf. eine gemeinsame Zertifizierungsstelle einrichten zu können. Weitere Gespräche sind geplant. Im Gesundheitsministerium trafen sich die Heilberufekammern Schleswig-Holsteins zu möglichen Änderungen des Heilberufegesetzes im Rahmen des neuen EU-Rechtes. Ein Treffen mit der Ärztekammer und der dortigen Fortbildungsakademie ist für Juni geplant.

Jahresrechnung 2003

Bei der letzten Kammerversammlung erläuterte Herr Dr. Rogner und der Geschäftsführer der Kammer Herr Borowski den Haushaltsabschluss des Rumpfjahrs 2003. Das Haushaltsjahr weist auf Basis eines realistischen Haushaltsplan einen soliden Abschluss ohne Defizit aus und lässt erwarten, dass auch das Jahr 2004 ohne Defizit abgeschlossen werden kann.

Nach dem anschließenden Bericht des Rechnungsprüfungsausschusses (Frau Dürkop und Herr Deutschmann) erfolgte die Entlastung des Vorstandes.

Verabschiedung einer Gebührenordnung

Der Geschäftsführer legte der Kammerversammlung einen detaillierten Entwurf einer Gebührenordnung zur Beschlussfassung vor. Diese soll gewährleisten, dass von einem Kammermitglied persönlich veranlasste Sonderleistungen und Amtshandlungen ausschließlich diesem Kammermitglied in Rechnung gestellt werden können.

Die üblichen Serviceleistungen der Kammer für ihre Mitglieder sind davon nicht betroffen und natürlich weiterhin kostenlos. Die Kammerversammlung stimmte mit deutlicher Mehrheit für den vorgelegten Entwurf.

Information zur Kostenerstattung

Was tun, wenn die psychotherapeutische Versorgung nicht gewährleistet ist?

Von Heiko Borchers

Im folgenden Abschnitt soll informiert werden über die Erbringung und Abrechnung von Psychotherapie außerhalb der Vertragspsychotherapie, d. h. ohne eine sozialrechtliche Zulassung innezuhaben. Diese vornehmlich in den Jahren vor 1999 unter dem Begriff der Kostenerstattungspsychotherapie bekannte Möglichkeit, für Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen psychotherapeutische Behandlung in Anspruch zu nehmen, ist nicht zu verwechseln mit der jüngst durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) eingeführten und für alle Versicherten geltenden generellen Wahlmöglichkeit zwischen Kostenerstattung und Sachleistung gemäß § 13 Abs. **2** SGB V (Näheres hierzu siehe: Best/Gerlach/Kommer/Orlowski/Wasem/Weidhaas, Gesundheitsreform 2004, S. 9 ff).

Es war seinerzeit die erklärte Absicht des Gesetzgebers, mit dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG) eine dauerhafte Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung zu schaffen. Doch nach wie vor gibt es Regionen mit einer deutlichen Unterversorgung. Besonders bei

der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Psychotherapie hat das Gesetz vielerorts keine durchgreifende Verbesserung gebracht.

In derartigen Fällen von Unterversorgung haben die Regelungen gemäß § 13 Abs. **3** SGB V und die Gerichtsentscheide, insbesondere der Vergleich vor dem Bundessozialgericht (BSG) vom 21.05. 1997 mit Aktenzeichen 6 RKa 15/97 weiterhin Gültigkeit und geben Orientierung. Es ergibt sich hierdurch für den in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten eine besondere Form der Leistungsbeschaffung und für den Psychotherapeuten ein Weg der Leistungserbringung und Abrechnung ohne Vertragspsychotherapeutensitz.

Vom BSG wurden erstmals deutlich die Bedingungen genannt, unter denen eine rechtskonforme Kostenerstattung (außervertragliche Kostenübernahme) gemäß Sozialgesetzbuch (SGB V) für Leistungen von Psychotherapeuten möglich ist.

1. Der Antrag des Versicherten auf Durchführung der Behandlung muss durch einen zur psychotherapeutischen Vertragsbehandlung berechtigen Behandler befürwortet werden (sog. Notwendigkeitsbescheinigung).
2. Leistungen in der Kostenerstattung dürfen nur für die in den Psychotherapie-Richtlinien zugelassenen Verfahren erbracht werden.
3. Leistungen in der Kostenerstattung (gem. § 13 Abs. 3 SGB V) dürfen nur vergütet werden, wenn ein an der vertraglichen Versorgung beteiligter Psychotherapeut (Arzt, Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut) nicht zur Verfügung steht.

Es ist dem Wortlaut des Vergleichs (BSG Az. 6 RKa 15/97) nach Sache der zur Sicherstellung der Versorgung verpflichteten Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und Krankenkassen, einen Vertragsbehandler zur Verfügung zu stellen, nicht Aufgabe des Patienten, sich einen Platz zu suchen. Wenn im Zusammenwirken von Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenkasse kein Vertragsbehandler zur Verfügung gestellt wird, sind die Voraussetzungen für eine Kostenerstattung nach § 13 Abs. **3** SGB V erfüllt.

Insofern können KVen und Krankenkassen nicht einfach nur auf Listen mit möglichen Vertragsbehandlern verweisen. Ergibt die Behandlungsanfrage bei einem Vertragsbehandler, dass der nachgefragte Platz nicht zur Verfügung steht, besteht Anspruch auf Kostenerstattung (außervertragliche Behandlung). Mehr als drei vergebliche Behandlungsanfragen sind aus fachlichen Gründen und im Sinne des Gebots einer humanen Krankenbehandlung nicht zumutbar.

Die Versorgung gilt als sichergestellt, wenn eine indizierte Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinien im Zusammenwirken von Krankenkasse und Kassenärztlicher Vereinigung bei einem Vertragsbehandler zur Verfügung gestellt wird.

Wenn kein Platz zur Verfügung gestellt werden kann, ist alternativ Kostenerstattung bei Leistungen durch Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten begründet. Nun argumentieren Krankenkassen gerne damit, dass sie behaupten, es gäbe ausreichend Behandlungsplätze, man müsse nur etwas warten. Auch hierauf sind die Richter am Sozialgericht eingegangen: Psychotherapie ist häufig eine schnell erforderliche Behandlungsleistung. Nach den Grundsätzen einer humanen Krankenversorgung ist eine behandlungsbedürftige Erkrankung in aller Regel unverzüglich zu behandeln. Mithin sind längere Wartefristen als sechs Wochen als unzumutbar abzulehnen. Im Einzelfall sind möglicherweise Wartefristen bis zu drei Monaten bei Erwachsenen, aber nur sechs Wochen bei Kinder- und Jugendlichen hinzunehmen, wenn dadurch keine akute Gesundheits- oder andere Beeinträchtigungen des Patienten zu erwarten sind.

In der Praxis hat es sich bewährt, dass der Patient bei der Krankenkasse einen formlosen schriftlichen Antrag auf Kostenerstattung für Psychotherapie stellt. Dem Antrag muss die Notwendigkeitsbescheinigung (siehe oben) beigelegt sein und er sollte folgende Angaben des Psychotherapeuten beinhalten: Die Diagnose (gemäß ICD) mit Vermerk, dass es sich um eine Krankheit im Sinne des SGB V handelt und dass die psychotherapeutische Behandlung in seiner Praxis umgehend begonnen werden kann. Des Weiteren Angaben über Art und Umfang der Behandlung, die veranschlagte Anzahl der Sitzungen sowie das Honorar pro Sitzung. Die Krankenkasse ist verpflichtet, den Antrag zu bescheiden. Bei einer Ablehnung kann Widerspruch eingelegt werden.

Generell ist jeder approbierter Psychotherapeut befugt, die heilkundliche Psychotherapie auszuüben (§ 1 PsychThG). Die außervertragliche Psychotherapie darf jedoch von den gesetzlichen Krankenkassen nur erstattet werden, wenn es sich um ein Behandlungsverfahren gemäß Psychotherapie-Richtlinien handelt. So ist es statthaft, wenn die Krankenkasse bzw. deren Medizinischer Dienst (MDK) überprüft, ob die Psychotherapie im beantragten Kostenerstattungsverfahren ein derartiges Behandlungsverfahren darstellt. Es ist nicht Aufgabe des MDK, die generelle Qualifikation des Behandlers zu prüfen. Hierin läge eine grobe Missachtung der Tatsache, dass mit Beginn des Jahres 1999 das Psychotherapeutengesetz in Kraft getreten ist. Außerdem könnte man ein derartiges Vorgehen als eine Diskreditierung der Heilberufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verstehen. Zumindest aus Schleswig-Holstein ist ein solches Ansinnen von Seiten des MDK bekannt.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Oswald Rogner, Dr. Angelika Nierobisch, Heiko Borchers, Lea Webert und Peter Koch

Geschäftsstelle

Walkerdamm 17
24103 Kiel
Tel. 0431/661199-0
Fax 0431/661199-5
Mo – Do 9.00 – 14.00 Uhr
Fr 9.00 – 13.00 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

Leserbriefe

Die Redaktion begrüßt es sehr, wenn sich Leser in Briefen zu den Themen der Zeitschrift äußern. Sie macht aber darauf aufmerksam, dass sie sich angesichts der erfreulich zunehmenden Zahl von Zuschriften das Recht vorbehält, eine Auswahl zu treffen oder ggf. Briefe zu kürzen. Bitte beachten Sie, dass diese die Meinung des Absenders und nicht die der Redaktion wiedergeben.

„Berufspolitische Weichenstellungen" von W. Groeger in Ausgabe 4/2003

Der Artikel „Berufspolitische Weichenstellungen" von W. Groeger in der Ausgabe 4/2003 des Psychotherapeutenjournals hat bei mir Besorgnis ausgelöst: Nachdem in früheren Ausgaben des Psychotherapeutenjournals verschiedentlich die Bedeutung angestellter / beamteter Psychotherapeuten – auch in Arbeitsfeldern jenseits des Gesundheitswesens im engeren Sinne – hervorgehoben wurde, beziehen sich die Überlegungen von Herrn Groeger ausschließlich auf das Arbeitsfeld frei praktizierender Therapeuten im Gesundheitswesen mit seinen spezifischen gesetzlichen Grundlagen und Steuerungsmechanismen. Die Überlegungen von Herrn Groeger sind dabei an sich durchaus legitim und auch nachvollziehbar. Gefährlich finde ich es aber, allein auf dieser Grundlage dann Leitlinien für die Fort- und Weiterbildung abzuleiten, die generalisiert für den ganzen Berufsstand und auch andere Arbeitsfelder mit ihren wieder eigenen Steuerungsmechanismen Gültigkeit haben sollen. Hier wären die Psychotherapeutenkammern an ihren eigenen Anspruch zu erinnern, auch angestellte Therapeuten in verschiedenen Praxisfeldern zu vertreten.

Mit freundlichen Grüßen

Burkhard Kensy
Richard Strauss Str. 131
81679 München

Der Beruf des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten – ein Beruf mit Zukunft?

Groeger (Psychotherapeutenjournal 4/2003) stellt eine „gesetzlich vorgegebene Schieflage im Verhältnis der beiden neuen Heilberufe zueinander" fest: „So können PP sich in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen weiterqualifizieren und eine sozialrechtliche Zulassung hierfür erwerben, während dies umgekehrt den KJP für die Behandlung von Erwachsenen verwehrt ist." Warum schlägt er nicht vor, dass es kurz-/mittelfristig anzustreben sei, dass es für KJP die Möglichkeit gibt, sich im Rahmen von Weiterbildung für die psychotherapeutische Behandlung von Erwachsenen zu qualifizieren? Die festgestellte historische Bedingtheit der beiden Berufe sollte meiner Meinung nach weder den Rückschluss rechtfertigen, die Aufteilung sei überholt, noch zur alleinigen Argumentation *für* die Zukunftsfähigkeit des Berufes des KJP dienen. Immerhin: offenbar hat sich der Beruf (und damit die pädagogischen Grundberufe) in der Versorgungspraxis bewährt, was mit dem PTG entsprechend gewürdigt wurde. Groeger erkennt ja auch an, dass es besonderer Qualifikationen bedarf, psychotherapeutisch mit Kindern und Jugendlichen (und deren Bezugspersonen) zu arbeiten. Längerfristig – unter Berücksichtigung der kommenden neuen Studienabschlüsse! – wäre eine Vereinheitlichung der Grundvoraussetzungen für alle Psychotherapeuten durchaus denkbar, es fragt sich nur, auf welchem „Niveau". Denkbar wäre eine gemeinsame Grundausbildung für alle Psychotherapeuten (die wissenschaftliche Theorie betreffend), die Unterschiede in der Praxis der Behandlung von Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern (Behandlungsmethoden) müssten sich allerdings danach in unterschiedlichen vertieften Ausbildungen niederschlagen.

Friederike Wetzorke
Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapeutin
f.wetzorke@t-online.de

Editorial von R. Richter in Ausgabe 1/2004

Ich bin verärgert und entsetzt über das Vorwort von Herrn Prof. Richter im Psychotherapeutenjournal 1/2004. Die darin deutlich werdende grandiose Unkenntnis der Arbeitsrealität niedergelassener PsychotherapeutInnen ist für jemanden, der unsere Berufsgruppe vertreten soll, unfassbar. Die Wirklichkeit meiner Praxis ebenso wie die meiner KollegInnen zeichnet sich durch die überwiegende Arbeit mit schwer persönlichkeitsgestörten Menschen aus, die durchweg zwischenzeitlich auch in stationärer Behandlung sind. Die beschworene Zukunft unseres Berufes ist doch Alltagsrealität und die schwer zu findenden Therapieplätze sind nicht darin begründet, dass ambulant arbeitende PsychotherapeutInnen nicht mit schwer gestörten PatientInnen arbeiten, sondern dass deren Kapazitäten begrenzt sind. Wo bitte soll der 'Kernbereich' liegen, für den Herr Prof. Richter sich in vorgeblich unserem Interesse und dem der PatientInnen einsetzt? Den zu definieren gelingt nicht aus der eingeschränkten Klinik-Sicht auf die ambulante Arbeitsrealität.

Mit freundlichen Grüßen

Maria Becker
BeckRau@t-online.de

Kleinanzeigen per Fax: 06221/489-323

Mit 20 Millimeter Höhe sind Sie dabei!

Diese Anzeige kostet gerade mal € 53,–

20 mm

56 mm

Mit wenig Aufwand viel Aufsehen erregen!

Ihre Kleinanzeige im *Psychotherapeutenjournal*

Einfach per Fax, oder per Mail an: tanja.schott@hjr-verlag.de

30 mm

56 mm

Die Spalten sind 56mm breit – die Höhe bestimmen Sie!

Sie können so viel Millimeter buchen, wie Sie für Ihren Anzeigentext brauchen.

z.B. 40mm für € 106,–

40 mm

56 mm

Ich hätte gerne mehr Informationen. Bitte senden Sie mir kostenlos:

☐ ein Ansichtsexemplar des *Psychotherapeutenjournal*

☐ Ihre aktuellen Media-Informationen

Hiermit gebe ich folgende Kleinanzeige in Auftrag:

Rubrik (frei wählbar) : _____

Format: 56mm breit x _____ mm hoch (mind. 20 mm)

☐ Chiffre (zzgl. € 15,– Gebühr)

Text: (**fett** zu druckenden Text bitte so markieren)

_____

_____

_____

_____

Anzeigenschluss	Größe	Preise (zuzüglich Mehrwertsteuer)
Heft 1/2004 **01.03.04** erscheint 26.03. **Heft 2**/2004 **01.06.04** erscheint 25.06. **Heft 3**/2004 **23.08.04** erscheint 20.09. **Heft 4**/2004 **24.11.04** erscheint 18.12.	Spalte: 56mm breit Mindesthöhe: 20mm	€ 2,65 pro mm

Absender:

Name, Vorname .....

Straße .....

PLZ/Ort .....

Telefon .....

Fax .....

E-Mail .....

Daten werden elektronisch gespeichert und ggf. zu Werbezwecken verwendet

Praxisverkauf/-kauf

Psychologische Psychotherapeutin (VT) sucht **KV-Sitz** im Raum Koblenz oder Oberbayern, alternativ auch Interesse an Job-Sharing.

Tel.: 0841/9711694

Bottrop

KV-Zulassung

zum 1.7.2004 oder später abzugeben.

Chiffre PTPJ 040201

PP-KV-Sitz (VT)

Kauf oder Tausch

Suche Ostalbkreis (auch Job-Sharing), biete Hannover Stadt.

Tel.: 0511/4819360

PP (m.) sucht KV-Sitz

im Raum Würzburg zu kaufen.
Einstieg auch über Jobsharing.

Tel.: 09281/1441544

KV-Sitz Region Hannover

PP (w TP Erw)

Verkauf 2004

Chiffre PTPJ 04 02 03

Psycholog. Psychotherapeut sucht bundesweit

KV-Sitz zur Übernahme.

Chiffre PTPJ 04 02 04

VT-Sitz Köln

ab 2005 mit Haus und Praxis zu verkaufen, 150 qm, auch als Praxisgemeinschaft nutzbar, 320.000 € VB,

Tel.: 02203/803719

Hamburgerin (40J., Tochter 16J.) **sucht** im Laufe des nächsten Jahres

KV-Sitz (TP) in Freiburg.

Tel: 040-555 34 56

KV-Sitz (PP) in Cham

abzugeben.

Tel.: 0911/472552

Berlin, Psychologische Psychotherapeutin (Schwerpunkt TP) sucht Praxis zum Kauf oder Einstieg in eine Gemeinschaftspraxis.

Tel.: 0 30 / 48 09 52 99

Praxisverkauf/-kauf

Psychologischer Psychotherapeut

sucht **KV-Sitz** in **Berlin**
ab sofort oder später.

Tel: 030-7510401

KV-Sitz, Psychologische Psychotherapie PA u. TP

in Köln-Lindenthal zum 1.10.2004 abzugeben.

Chiffre PTPJ 040202

KV-Sitz (VT)
Raum Baden
von PP (w) gesucht.
Kauf, Jobsharing, Vertretung.
Tel. 0761/1209312

Jobsharing

PP/Ki-Ju. Psychotherapeutin sucht Jobsharing-Möglichkeit in Ki-Ju. psychotherapeutischer Praxis in München.

Tel.: 0160/8421709

Mönchengladbach
Jobsharing-Angebot
für PP
zentrale Lage in Bahnhofsnähe

Tel.: 0173/170078

Stellengesuche

Hamburg: Approb. Psych. Psychoth. (TP, GT), w., 40, mit Arztregistereintrag und eigenem Raum in HH, sucht Mitarbeit in einer Psychotherapeutischen Praxis.

Tel.: 040 - 32 52 77 30

Approbierte PP
(tiefenpsych. und analyt.)
sucht Anstellung
(bis zu 10 Wochenstunden)
im Raum Suedbaden.
Tel: 0761/405194

Stellenangebote

Berlin – Aufbau eines interdiszipl.Teams

Verhaltenstherapeutln,

möglichst erfahren in Behandlung chron. Schmerzpatienten, gesucht
www.ruecken-zentrum.de
Tel.040-4136230
(Dipl.-Psych. Kerstin Hafenbrack)

Praxisvermietung

Psychoth. Praxengem.
vermietet **2 Therapieräume**
(15 m² mit Balkon zum Innenhof / 10 m², auch als Büro geeignet),

Mietpreise: € 350 / € 277
inkl. aller (!) Nebenkosten,

in Hamburg-Winterhude (zentrale Lage).

Tel.: 040/ 4808489 und
040/ 51310521.

PRAXISRÄUME in HANNOVER
für Psychotherapie.
Praxisgemeinschaft.
Tel. abends 05136 892545.

praxis@kuk-walter.de

Kinder- und Jugendpsychotherapeutin
sucht KV-Sitz
im Bereich KV Oberbayern.
Ab sofort o. später.
Tel. 08801-911870

Aus- und Weiterbildung

Psychotherapeutin aus **Bochum gründet Qualitätszirkel**
mit Vergabe von Fortbildungspunkten:
Fallsupervision im
interkollegialen Austausch
(Ärzte/innen und PP) erweitert
durch spirituelle Elemente
(Ruhe-Übung, Atem- und
Körperwahrnehmung)

Tel.: 0234/2878278

mail:reginaweiser@web.de

Arbeitsüberlastung?
Dienstleistungen f. psychologische Praxen
bietet
zuverlässige und qualifizierte Hilfe.
E-Mail: dunja.hergenroether@koeln.de;
Telefon: 02 21 / 5 70 88 31

Veranstaltungen

„DIE WEISHEIT DES KINDES
UND DES ALTERS“
7.Todtmooser Tagung
1. - 5. September 2004
– für alle Altersstufen –
Mitwirkende: u.a. Wilfried Belschner, Oswald Hebermehl, Nesmil Ghassemlou, Pieter Loomans, Jörg Maiwald (Deutsche Liga für das Kind), Karin Maurer (Unicef), Norbert Mayer, Carola Meier-Seethaler, Tilmann Moser, Erika Prümm, Antoni Taulé (angefragt), Gerhard Walch, Alfred Walter, Edith Zundel
Infos : RÜTTE - FORUM
Graf-Dürckheim-Weg 5, D-79682 Todtmoos
Tel.: 07674 / 8511; Fax 07674 8561
www.ruette-forum.de; info@ruette-forum.de

Verschiedenes

Der Körper in der Psychotherapie
Einjährige Fortbildung

Sept. 04/8 Wochenenden/Berlin/1.740,- €
Info: Dr. Th. Busch Tel.: 030/24533845
Institut für Körperpsychotherapie. Berlin

Kontaktdaten der Psychotherapeutenkammern

Bundespsychotherapeutenkammer
Klosterstr. 64
10179 Berlin
Mo – Do 9.00 – 15.00 Uhr
Tel. 030/27 87 85-0
Fax 030/278785-44
info@bptk.de
www.bptk.de

Baden-Württemberg
Hauptstätter Straße 89
70178 Stuttgart
Mo – Do 9.00 – 15.30 Uhr
Fr 9.00 – 15.00 Uhr
Tel. 0711/674470-0
Fax 0711/674470-15
lpk-bw@t-online.de
www.lpk-bw.de

Bayern
St.-Paul-Str. 9, 80336 München
(Post: Postfach 151506
80049 München)
Tel. 089/515555-0
Fax 089/515555-25
Mo – Do 9.00 – 15.30 Uhr
Fr 9.00 – 13.00 Uhr
info@psychotherapeutenkammerbayern.de
www.psychotherapeutenkammerbayern.de

Berlin
Kurfürstendamm 184
10707 Berlin
Tel. 030/887140-0, Fax -40
Mo, Mi – Fr 9.00 – 14.00 Uhr
Di 14.00 – 19.00 Uhr
info@psychotherapeutenkammerberlin.de
www.psychotherapeutenkammerberlin.de

Bremen
Lüder-von-Bentheim-Str. 47,
28209 Bremen
Tel. 0421/27 72 000
Fax 0421/27 72 002
Mo, Di, Do, Fr 10.00 – 14.00 Uhr
Mi 13.00 – 17.00 Uhr
Sprechzeit des Präsidenten:
Di 12.30 – 13.30 Uhr
verwaltung@psychotherapeutenkammerhb.de
www.psychotherapeutenkammer-hb.de

Hamburg
Curschmannstraße 9
20251 Hamburg
Tel. 040/4210 1234
Fax 040/4128 5124
Mo, Di, Do, Fr 10.00 – 12.00 Uhr,
Mi 15.00 – 17.00 Uhr
info@psychotherapeutenkammerhamburg.de
www.psychotheraeutenkammerhamburg.de

Hessen
Gutenbergplatz 3
65187 Wiesbaden
Tel. 0611/7249387
Fax 0611/7249523
Mo – Do 9.00 – 13.00 Uhr
post@psychotherapeutenkammerhessen.de
www.psychotherapeutenkammerhessen.de

Niedersachsen
Roscherstr. 12
39161 Hannover
Tel. 0511/850304-30
Fax 0511/850304-44
Mo – Do 9.00 – 12.00, 13.30 – 15.00 Uhr
Fr 9.00 – 12.00 Uhr
Beitragsangelegenheiten:
Mo – Fr 9.00 – 12.00
Mo – Do 13.00 – 13.30 Uhr
info@pk-nds.de
www.pk-nds.de

Nordrhein-Westfalen
Willstätterstr. 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211/522847-0
Fax 0211/522847-15
Mo – Do 8.30 – 16.30 Uhr
Fr 8.30 – 14.30 Uhr
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Rheinland-Pfalz
Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30
55130 Mainz
Tel. 06131/5703813
Fax 06131/5700663
Mo – Fr 10.00 – 12.30 Uhr
Di und Do 14.00 – 16.00 Uhr
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de

Schleswig-Holstein
Walkerdamm 17
24103 Kiel
Tel. 0431/661199-0
Fax 0431/661199-5
Mo – Do 9.00 – 14.00 Uhr
Fr 9.00 – 13.00 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

Inserentenverzeichnis

Arbeitskreis Psychoanalytische Familienthearpie	Göttingen	125
Brandes & Apsel Verlag	Frankfurt	117
C.G.Jung Gesellschaft	Köln	141
DAP Deutsche Akademie für Psychoanalyse	München	135
Deutscher Ärzte-Verlag	Köln	159
Deutsche Fachgesellschaft für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	Hamburg	133
Einfach Genießen	München	145
EMDR-Institut	Bergisch-Gladbach	125
Ergosoft	Hassloch	2.US
Fortbildungsstelle	Stuttgart	139
GNP-Akademie	Würzburg	111
IVS Institut für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin	Nürnberg	127
Psycho-Vision	Kempten	137
Psychoholic	Bonn	109
Deutscher Psychologen Verlag	Bonn	113
Springer-Verlag	Heidelberg	116
Weisser Ring	Mainz	111
Wittgensteiner Kliniken	Bad Berleburg	123
Württembergische	Wiesbaden	141

Impressum

Das „Psychotherapeutenjournal" publiziert Beiträge, die sich – direkt oder indirekt – auf die Prävention, Therapie und Rehabilitation psychischer Störungen und auf psychische Aspekte somatischer Erkrankungen sowie auf wissenschaftliche, gesundheitspolitische, berufs- und sozialrechtliche Aspekte der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Berufspraxis von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beziehen. Das „Psychotherapeutenjournal" ist der Methodenvielfalt in der Psychotherapie und ihren wissenschaftlichen Grundlagendisziplinen sowie der Heterogenität der Tätigkeitsfelder der Psychotherapeuten verpflichtet.

Herausgeber
Bundespsychotherapeutenkammer, Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin, Psychotherapeutenkammer Bremen, Psychotherapeutenkammer Hamburg, Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen, Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein.

Redaktionsbeirat
Detlev Kommer (Baden-Württemberg), Siegfried Schmieder (Baden-Württemberg), Dr. Nikolaus Melcop (Bayern), Dr. Heiner Vogel (Bayern), Gisela Borgmann (Berlin), Anne Springer (Berlin), Karl Heinz Schrömgens (Bremen), Prof. Dr. Rainer Richter (Hamburg), Harry Askitis (Hamburg), Jürgen Hardt (Hessen), Uta Cramer-Düncher (Hessen), Dr. Lothar Wittmann (Niedersachsen), Prof. Dr. Hans-Jochen Schwartz (Niedersachsen), Karl Wilhelm Hofmann (NRW), Dieter Best (Rheinland-Pfalz), Dr. Angelika Nierobisch (Schleswig-Holstein), Peter Koch (Schleswig-Holstein).

Anschrift Redaktion
Dr. Barbara Ripper
Landespsychotherapeutenkammer B-W
Hauptstätter Str. 89
70178 Stuttgart
Tel. 0711/674470-40
Fax 0711/674470-15
ripper@psychotherapeutenkammer-b-w.de

Verlag
R. v. Decker, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Im Weiher 10, 69121 Heidelberg, Annette Kerstein, Tel. 06221/489-318; Fax: 06221/489-529,
annette.kerstein@hjr-verlag.de

Anzeigen
Tanja Schott, Tel. 06221/489-154, Fax: 06221/489-323, tanja.schott@hjr-verlag.de

Satz
Strassner ComputerSatz
69181 Leimen

Druck
Druckhaus Darmstadt GmbH
64295 Darmstadt

Bezug und -bedingungen
Inland € 72,– (inkl. Versandspesen)
Ausland € 75,– (inkl. Versandspesen)
Studenten € 34,– (inkl. Versandspesen)
Alle Preise verstehen sich inkl. Mehrwertsteuer. Der Abonnementpreis wird im Voraus in Rechnung gestellt und umfasst 4 Ausgaben jährlich. Das Abonnement verlängert sich zu den jeweils gültigen Bedingungen um ein Jahr, wenn es nicht mit einer Frist von 8 Wochen zum Ende des Bezugszeitraumes gekündigt wird.

Erscheinungsweise
Das „Psychotherapeutenjournal" erscheint viermal jährlich. Für Mitglieder der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein ist der Bezugspreis durch den Kammerbeitrag abgegolten.

Urheber- und Verlagsrechte
Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten.

Manuskripte
Redaktionsschluss der Ausgabe 3/2004 ist der 2. Juli 2004. Manuskripte sind schriftlich in dreifacher Ausfertigung oder elektronisch (Diskette; Email) im Word- oder rtf-Format an die Redaktion zu senden. Dabei ist die bei der Redakteurin erhältliche Formatvorlage zu verwenden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (tif-Format, mind. 300 dpi), Tabellen in getrennten Dateien einzureichen. Bei Einreichung in schriftlicher Form wenden Sie sich bitte zu den Formalitäten zu Abbildungen und Tabellen an die Redakteurin. Der Umfang des Manuskripts sollte im Regelfall 10 Seiten (zweizeiliger Abstand incl. Abbildungen und Tabellen) nicht überschreiten, während der Titel des Beitrages nicht länger als 70 Zeichen sein sollte.
Die verwendete Literatur ist nach den „Richtlinien zur Manuskriptgestaltung", herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Göttingen: Hogrefe Verlag, 1997), im Text zu zitieren und am Schluss des Manuskripts zu einem Literaturverzeichnis zusammenzustellen. Jedem Manuskript ist eine Zusammenfassung von maximal 120 Worten und eine Kurzbeschreibung mit bis zu 50 Worten (für das Inhaltsverzeichnis) beizulegen. Die Redaktion behält sich das Recht auf Kürzungen vor.
Autoren erhalten jeweils zwei Belegexemplare der Ausgabe des „Psychotherapeutenjournal", in der ihr Beitrag erschienen ist.

Rechtseinräumung
Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt (dies gilt auch für die Wahrung der Anonymität von Patienten bei der Veröffentlichung von Fallberichten).
Der Autor räumt – und zwar auch zur Verwertung seines Beitrags außerhalb der ihn enthaltenden Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung – dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:

a) Das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck – auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zur sonstigen Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen (Abstracts);
b) das Recht zur Veröffentlichung einer Mikropie-, Mikrofiche- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Wege von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe durch Radio und Fernsehsendungen;
c) das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z.B. Diskette, CD-Rom, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm – sei es unmittelbar oder im Wege der Datenfernübertragung –, sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte;
d) das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z.B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sog. Kopienversandes auf Bestellung;
e) das Recht zur Vergabe der vorgenannten Nutzungsrechte an Dritte im In- und Ausland sowie die von der Verwertungsgesellschaft WORT wahrgenommenen Rechte einschließlich der entsprechenden Vergütungsansprüche.

Verantwortlich für den allgemeinen Teil ist der Redaktionsbeirat. Für die Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern sind deren Vorstände verantwortlich.