Liebe Kolleginnen und Kollegen,

neue Strukturen bringen neue Herausforderungen und neue Chancen. So ähnlich sollten wir es auch, trotz aller berechtigter Skepsis, mit der diesjährigen Gesundheitsreform sehen, die sich dieses Mal in der Gestalt des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes (GMG) verbirgt. Ein Gesetzesname, der bereits nach dem ersten öffentlichen Auftauchen zum Kandidaten für das Unwort des Jahres gekürt wurde.

Mit dem GMG werden von Seiten des zuständigen Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS) weitreichende Veränderungen der traditionellen Strukturen der Gesundheitsversorgung in Deutschland verbunden. Manches soll „britischer", einiges „holländischer" werden: Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen (langfristig) entmachtet werden – das GMG sozusagen der Einstieg in den Ausstieg. Die Fachärzte (zumindest die meisten und die jüngeren) sollen den frischen Wind des freien Wettbewerbes spüren und unmittelbare Verträge mit Krankenkassen schließen können[1]. Und die Patienten dürfen sich an der Hand des Hausarztes (als Gatekeeper) durchs System führen lassen. Und dann ist da noch die Opposition im Bundestag, die im Rahmen einer großen Gesundheitsreformkoalition (schon seit einigen Jahren als „Lahnstein II" apostrophiert und gefordert) noch eigene Ideen in den Gesetzgebungsprozess einspielen wird. Wir dürfen gespannt sein, wie diese Diskussionen, die sicher noch bis zum Herbst über andauern werden, ausgehen werden.

Die Misere der wirtschaftlichen Entwicklung führt aber nicht nur zur Finanzierungskrise der Krankenkassen und den fatalen Folgen für die ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung, die mit dem GMG aufgefangen werden sollen. Auch die öffentlichen Kassen sind leer und gerade in Zeiten, in denen keine Bundestagswahlen und nur wenige Landtagswahlen anstehen, zeigen Politiker Mut. Mut wozu? Zu tiefen Einschnitten – ins Sozialsystem! Sozialhilfe und Arbeitslosenhilfe sollen gekürzt oder an Bedingungen gekoppelt werden. Öffentliche Zuschüsse für Beratungsstellen, sozialpädiatrische Zentren, sozialpsychiatrische Einrichtungen und eine Vielzahl von psychosozialen Initiativen und Projekten werden gekürzt oder ganz gestrichen und die Folgen spüren die Ärmsten und Bedürftigsten der Gesellschaft (und mit ihnen die MitarbeiterInnen entsprechender Institutionen). Nur stehen diese Entwicklungen leider nicht im Zentrum der öffentlichen Aufmerksamkeit, sondern sie werden heimlich, still und leise durchgezogen. Auch deshalb, weil sie überwiegend im Zuständigkeitsbereich der Länder oder der kommunalen und Gebietskörperschaften liegen (und meist im Windschatten der jährlichen, ziemlich langweiligen Haushaltsberatungen). Die Kammern werden sich auch hier engagieren, nicht nur im Interesse der psychotherapeutischen MitarbeiterInnen, sondern auch in ihrer gesellschaftlichen Verantwortung für ein geregeltes und sozial ausgewogenes Miteinander in unserer Gesellschaft, die immerhin noch den Anspruch erhebt, eine SOZIALE Marktwirtschaft zu sein.

Wir dürfen in dieser gesundheits- und sozialpolitisch spannenden Zeit vermutlich froh sein, dass die Interessen der PsychotherapeutInnen nach der Gründung der Bundespsychotherapeutenkammer im Mai gemeinsam und einheitlich vertreten werden. Wer sich noch an die vielstimmigen Gespräche und Diskussionen der Psychotherapeutenverbände mit der Politik und insbesondere mit dem Bundesgesundheitsministerium aus den zurückliegenden Jahren bzw. mit früheren Ministern (Seehofer, Fischer, zuletzt auch Schmidt) erinnert, der kann diese Entwicklung nur begrüßen. Bei der Diskussion um die Ausgestaltung des GMG, bei der im Prinzip fast alles Hergebrachte zur Disposition steht, werden die verschiedenen Interessengruppen (Hausärzte, Fachärzte, Krankenhäuser, Krankenkassen u.v.a.) sich gegenseitig mit Lobbyarbeit überbieten und auszustechen versuchen. In dieser Konstellation wäre es für die PsychotherapeutInnen als einer Berufsgruppe, die sich gerade etabliert hat, geradezu selbstmörderisch, bei öffentlichen Auftritten oder bei Initiativen in der Politik stärker auf die Unterschiede innerhalb der eigenen Zunft als auf die gemeinsamen Ziele hinzuweisen.[2] Insofern darf

1 Zur Gruppe der Fachärzte gehören nach dem 2. GMG-Arbeitsentwurf vom 13.3.03 auch die Psychotherapeuten.

2 Dass es bei der angedeuteten Vielstimmigkeit der Verbändeschar im Jahr 1998 zu einem Psychotherapeutengesetz kam, wird bekanntlich von einigen Spöttern nicht primär darauf zurückgeführt, *dass* die Psychotherapeutenverbände sich so engagiert haben, vielmehr wird bewundernd festgestellt, dass es zu dem Gesetz kam, *obwohl* die Verbände sich *so* engagierten. Und manche Mängel des Gesetzes und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen hängen ja vielleicht auch mit eben der damaligen 'vielstimmigen' Interessenvertretung zusammen...

man den ersten Schritten des neu gewählten Vorstandes der Bundespsychotherapeutenkammer mit Interesse entgegen sehen. Auf den Seiten 122 ff. finden Sie als Eilmeldung einen Kurzbericht über die konstituierende Delegiertenversammlung der Bundespsychotherapeutenkammer, die am 17./18. Mai in Berlin stattfand und insbesondere über die Ergebnisse der Wahl des Vorstandes.

Was bringen die weiteren Beiträge: Der erste Themenbeitrag von *Michael B. Buchholz* beschäftigt sich mit neueren Entwicklungen in der *Theoriebildung der Psychoanalyse*. Er weist darauf hin, dass heute weniger der „Trieb" als vielmehr die Interaktion und die Beziehung zwischen Therapeut und Patient im Zentrum der Aufmerksamkeit steht, und sieht Konvergenzen mit Entwicklungen außerhalb der Psychoanalyse.

Der folgende Beitrag von *Günter Zurhorst* befasst sich mit der wissenschaftlichen Basierung der Psychotherapie. Während in der ambulanten Gesundheitsversorgung schon seit längerem der Anspruch erhoben wird, dass ausschließlich empirisch abgesicherte Behandlungsverfahren zur Versorgung zugelassen werden, so gilt dieses Kriterium der Evidenzbasierung seit dem Psychotherapeutengesetz und der Etablierung des Wissenschaftlichen Beirats nach § 11 PsychThG auch für die Zulassung neuer Psychotherapieverfahren in der PsychotherapeutInnenausbildung. Zurhorst weist auf die begrenzte Anwendbarkeit der Evidenzkriterien, wie sie in der Medizin üblich sind, im Bereich der Psychotherapie hin und stellt ihnen das Konzept der ökologisch basierten Psychotherapie gegenüber.

Jürgen Doebert, langjähriger Insider der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), beschreibt anschließend die berufspolitische Bedeutung der KVen und die Rolle, die Psychotherapeuten in diesen mehrheitlich von Ärzten dominierten Institutionen einnehmen (können).

Der Beitrag von *Heiner Vogel* beschäftigt sich sodann mit der Frage, wieso angestellte und verbeamtete PsychotherapeutInnen so selten als Funktionäre in den Pychotherapeutenkammern aktiv sind, und er diskutiert insbesondere Möglichkeiten, eine bessere Beteiligung dieser KollegInnen zu erreichen.

In der Rubrik „Recht: Aktuell" weist *Hartmut Gerlach*, der Justiziar der Baden-Württemberger Kammer, auf aktuelle Gerichtsurteile hin und gibt weitere Rechtstipps. *Barbara Ripper*, Redakteurin des Psychotherapeutenjournals, berichtet in der Rubrik „Aktuelles aus der Forschung" kurz über neue Forschungsergebnisse.

Die Rubrik „Leserbriefe" finden Sie wie gewohnt auf den letzten Seiten im Anschluss an die Landesberichte der beteiligten Kammern.

Noch ein paar Bemerkungen in eigener Sache, d.h. zum Psychotherapeutenjournal: Mit der Gründung der Psychotherapeutenkammern hat sich das Psychotherapeutenjournal etabliert, eine psychotherapeutische Fachzeitschrift, die im deutschsprachigen Raum mit Abstand die auflagenstärkste ist und dementsprechend auch Beachtung findet. Wir von der Redaktion sind uns dieser Verantwortung bewusst. Die Sitzungen des Redaktionsbeirates sind zunehmend stärker von der Frage geprägt, wie es gelingen kann, gemeinsame und zukunftsweisende Positionen zu verdeutlichen, aber gleichzeitig auch die vorhandene Vielfalt darzustellen und Anregungen für neue Entwicklungen zum Ausdruck kommen zu lassen. Auch wollen wir kritische Meinungen bringen, die vielleicht zum Widerspruch anregen und neues Denken ermöglichen. Wir hoffen, diesem Anspruch immer besser gerecht zu werden und bitten Sie als LeserIn, unseren Weg engagiert und auch kritisch zu verfolgen. Mischen Sie sich ein, schicken Sie uns Ihre Anregungen, Rückmeldungen und Kritik!

Die Zahl der an der Zeitschrift beteiligten Kammern ist seit dem letzten Heft wieder um eine (Berlin) angewachsen. In den ostdeutschen Ländern wird zwischenzeitlich eine gemeinsame länderübergreifende Kammer vorbereitet. Bis aber ein Staatsvertrag zwischen den Ländern geschlossen und die Kammergründung erfolgt ist, wird vermutlich noch einige Zeit vergehen. Dagegen wird die Bundespsychotherapeutenkammer bereits beim nächsten Heft dabei sein. Unter anderem aus finanziellen Gründen wird sie – zumindest auf absehbare Zeit – nicht der alleinige Herausgeber der Zeitschrift sein, sondern vermutlich im Redaktionsteam gleichberechtigt mitwirken, aber dies wird im Detail noch zu regeln sein.

Wir hoffen, dass die Zeitschrift ihren Beitrag leisten wird zur Gestaltung eines einheitlichen und modernen Selbstverständnisses der PsychotherapeutInnen und wünschen Ihnen mit diesem Heft nun einen schönen und erlebnisreichen Sommer!

Heiner Vogel
für den Redaktionsbeirat des Psychotherapeutenjournals

Inhalt

Editorial 83

Artikel 87

Buchholz, M.
Relationen und Konvergenzen – neue Perspektiven der Psychoanalyse 87
Die Psychoanalyse hat ihren paradigmatischen Schwerpunkt vom „Trieb" über „Ich" und „Selbst" zur „Interaktion" verschoben. Die „Relation" zwischen Psychoanalytiker und Patient(in) hat neue Aufmerksamkeiten entstehen lassen. Noch fehlt eine Theorie des wichtigen Verbindungsstücks zwischen sprachlicher Konversation und imaginativen Prozessen. Konvergenzen mit wissenschaftlichen Entwicklungen, an die die Psychoanalyse wieder Anschluss finden könnte, werden diskutiert.

Zurhorst, G.
Eminenz-basierte, evidenz-basierte oder ökologisch-basierte Psychotherapie? 97
Inwiefern führt die überwiegende Orientierung der Psychotherapie an labormäßigen Forschungsstandards der Medizin zu einem für dieses Fach insgesamt inadäquaten Wissenschaftsverständnis und auch zu einer Zerstörung einer angemessenen Methodenvielfalt in der psychotherapeutischen Versorgung? Die vorhandene Ausrichtung an einem praxisfernen „Goldstandard" der Wirksamkeitsforschung sollte erweitert und ergänzt werden um eine praxisrelevante Forschung, die sich einer ökologischen Validität verpflichtet weiß.

Döbert, J.
Die Kassenärztliche Vereinigung – Machtmonopol der Ärzte und Psychotherapeuten oder zahnloser Tiger? 105
Die Geschichte der KVen und die rechtlichen Rahmenbedingungen werden erläutert, unter denen sie ihrem widersprüchlichen Auftrag zwischen genossenschaftsartiger Interessenvertretung und Kontrolle der Ärzte und Psychotherapeuten gerecht zu werden versuchen.

Vogel, H.
Der angestellte Psychotherapeut – das in den Kammern (noch) unbekannte Wesen 112
Angestellte/verbeamtete PsychotherapeutInnen stellen unter den Funktionären in Kammern und Verbänden eine verschwindende Minderheit dar. Neben einer Analyse möglicher Gründe dafür fragt der Beitrag nach Ansätzen einer besseren Vertretung dieser KollegInnen in den Kammern.

Recht: Aktuell 115
Gerlach, H.

Aktuelles aus der Forschung 118
Ripper, B.

Dokumentationen 122
Arbeitsgemeinschaft der Psychotherapeutenkammern der Länder
Gründung der Bundespsychotherapeutenkammer 122

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern 125
Baden-Württemberg 125
Bayern 129
Berlin 133
Bremen 137
Hamburg 141
Hessen 146
Niedersachsen 151
Nordrhein-Westfalen 157
Rheinland-Pfalz 164
Leserbriefe 168
Impressum 170

Innovative Psychotherapie-Ausbildung

ganzheitlich – praxisorientiert – kompetent – interdisziplinär

- Staatlich anerkanntes Ausbildungsinstitut mit KV-Zulassung
- Tiefenpsychologischer Schwerpunkt mit positivem Menschenbild
- 30 Jahre Erfahrung und über 40 Dozentinnen und Dozenten
- Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Ärztliche Weiterbildung zum Zusatztitel Psychotherapie
- Fachkundenachweis für KV-Zulassung (für bereits Approbierte)
- Ausbildung in zentraler Lage und berufsbegleitend in Blockform an Wochenenden
- Ausbildung zum diplomierten Familien- und Konfliktberater und tiefenpsychologischen Kunsttherapeuten

Information und Anmeldung bei: Wiesbadener Akademie für Psychotherapie,
Prof. Dr. med. Nossrat Peseschkian

Langgasse 38-40, 65183 Wiesbaden, Tel.: 06 11 – 37 37 07, Fax: 06 11 – 3 99 90,
info@wiap.de, www.wiap.de

VT Berichterstellung

zuverlässig und qualifiziert
Telefon: 02 21 / 5 70 88 31

Verhaltenstherapeut/in in Hamburg gesucht

mit Eintrag im Arztregister als Angest. ab 1.1.04 zunächst für
7 Std. pro Woche, später mehr Stunden u. als Gemeinschaftspraxis.
Chiffre: 001

KV-Sitz (PP/KJP)

in Erlangen ab 8/2003 abzugeben.
Tel.: 01 71 / 5 17 12 69

Biete **Übernahme** meines **Praxissitz für KJP**

im **Landkreis Osnabrück** zum 01.08.03.
Praxisräume bei Bedarf vorhanden.
Tel.: 0 54 07 / 81 83 68 oder 05 41 / 4 58 67

KRISENINTERVENTION

Berufsbegleitendes Weiterbildungscurriculum in **Wien** für PsychotherapeutInnen und Angehörige anderer Berufsgruppen, die im psychosozialen Feld tätig sind.
Nähere Informationen finden Sie unter: http://www.oeagg.at/w_krise.htm
Kontakt: DDr. Wolfgang Till, Tel.: 00 43 / 1 / 5 45 51 27, **Mail:** wolfgang.till@akh-wien.ac.at
Dr. Claudius Stein, Tel.: 00 43 / 1 / 5 22 80 00, **Mail:** claudius.stein@akh-wien.ac.at

Inserenten

AkiP, Köln 96

DFT e.V., Hamburg 156

Economica Verlag, Heidelberg U4

IVS, Fürth 163

MEG-Stiftung, München 114

Wiesbadener Akademie für Psychotherapie .. 86

Relationen und Konvergenzen – Neue Perspektiven der Psychoanalyse

Michael B. Buchholz

Zusammenfassung: Die Psychoanalyse hat ihren paradigmatischen Schwerpunkt vom „Trieb" über das „Ich" und das „Selbst" immer mehr zur „Interaktion" verschoben. Die Untersuchung, was zwischen Psychoanalytiker und Patient(in) geschieht, hat neue theoretische Fokussierungen entstehen lassen. Sie verdienen ähnliche Aufmerksamkeit und konzentrierte Diskussion wie die Ergebnisse der Säuglingsforschung. Noch fehlt aber eine Theorie der Sprache und des Spracherwerbs, insbesondere der imaginativen Struktur der Sprache, die prominentes Verbindungsstück zwischen Konversation und inneren Prozessen ist. Zu beidem sollen hier Ansätze vorgestellt und zur Diskussion angeboten werden. Hier finden sich Konvergenzen mit außerpsychoanalytischen wissenschaftlichen Entwicklungen, zu denen die Psychoanalyse wieder Anschluss finden sollte.

Einführung

Innerhalb der Psychoanalyse hat sich in den letzten Jahren eine Entwicklung hin zu einem Paradigma der Interaktion vollzogen. Manche sprechen von Intersubjektivität (Altmeyer, 2000), andere von relationalen (Mitchell & Aron, 1998; Safran & Muran, 2000), dritte direkt von interaktionstheoretischen (Buchholz & Streeck, 1999) Ansätzen. Daraus ergeben sich höchst interessante Perspektiven. Dies ist reizvoll, weil die Wendung zur Interaktion auch in der Forschung, soweit sie sich nicht nur mit „outcome", sondern mit dem therapeutischen Prozess befasst, beobachtet werden kann. Hier ist Interaktion als Objektbeziehung oder „Beziehungsgestaltung" immer schon Objekt sensibler Aufmerksamkeit gewesen. Viele wiesen darauf hin, dass die analytische Beziehung auch insofern gegenseitig ist, als auch Patienten ihren Therapeuten deuten (wenn auch versteckt und in kunstvollen Anspielungen, z.B. Casement, 1989; Havens, 1986) oder ihn gar zu „heilen" versuchen (von dem „verrückten" Wunsch, andere Menschen ändern zu wollen; so z.B. Searles, 1958; 1987). Wendung zur Interaktion ist immer auch Anerkennung von *Gegenseitigkeit* – selbst mit dem noch so sehr gestörten Patienten; insofern stellt aufmerksame Beachtung der Interaktion einen nicht zu unterschätzenden kurativen Faktor dar. „Gegenseitigkeit" ist das konzeptuelle Antidot gegen therapeutischen Hochmut, normativen Dünkel und „Bescheidwissen", weshalb Balint (1967) „Unaufdringlichkeit" als Kern der analytischen Haltung beschrieb.

Zu Anfang will ich die Entwicklung der Psychoanalyse hin zur Untersuchung von „Interaktion" in Stichworten erinnern. Dann will ich zeigen, wie hier ein klinisch und empirisch gehaltvolles Studium therapeutischer Interaktionen anvisiert wird. Ich füge dann sozialwissenschaftliche Professions- und Metaphern-theorie der kognitiven Linguistik dazu und werde klinische Bereiche skizzieren, die für die alltägliche Arbeit von praktischem Interesse sein könnten.

Der Weg zu Metapher und Interaktion

Die Geschichte der Psychoanalyse könnte man beschreiben als Lösung aus den engen Grenzen eines methodischen und konzeptuellen Individualismus. In einer ersten Etappe hatte die Psychoanalyse ihren Schwerpunkt beim „Trieb", wechselt seit den 1930er Jahren dann zum „Ich" und kann dessen Verhältnis zur Welt im Wesentlichen nur mit den Begriffen der „Außenwelt", der „durchschnittlich zu erwartenden Umwelt" (Hartmann, 1939) und mit dem Begriff der auto- und alloplastischen Anpassung beschreiben. Aber selbst in Zeiten von Freuds hydraulischer Theoriesprache finden sich schon andere Anklänge, wenn er fordert, der Analytiker habe sich mit seinem Unbewussten den Mitteilungen seines Patienten wie der Receiver des Telefons zuzuwenden. Hier wird eine intersubjektive Dynamik in einer Metaphorik formuliert, die „quer" zu allen Entwürfen der Theorie steht.

Mit dem Beginn der 70er Jahre taucht die Selbstpsychologie (Kohut, 1966; 1973) auf und mit ihr eine besondere Möglichkeit, soziale Bezogenheit zu denken, nämlich die, dass andere Menschen psychische Funktionen in der Gestalt von „Selbstobjekten" zur Verfügung stellen. Auf der gleichen Linie liegen die neuartigen Konzeptualisierungen der in dieser Zeit entwickelten Familientherapie. Allmählich schält sich auf dem Weg vom „Trieb" über das „Ich" zum „Selbst" ein Primat sozialer Bezogenheit heraus, die Psychoanalyse wird als „Beziehungsanalyse" (Bauriedl, 1980) reinterpretiert. Diese Versuche sind theoretisch ambitioniert, aber empirisch schwach, auch manchen etwas zu moralisierend. Ogden (1994) spricht Anfang der 90er Jahre von „I-ness" und „me-ness" als denjenigen Aspekten des Selbst-in-der-Bezogenheit, die auch schon der Begründer des symbolischen Interaktionismus, G.H. Mead (1927, 1934), unterschieden hatte. Damit wird auch terminologisch ein Anschluß an die Sozialtheorie markiert.

Empirisch fundiert wollen Thomä und Kächele (1985) „dem Dialog auf die Spur" kommen. Dies wird flankiert von den wohl avanciertesten Versuchen der New Yorker Gruppe um Stephen Mitchell (1987; 1988; 1991; 1993) und Jessica Benjamin (1985; 1990) herum (Mitchell & Aron, 1998), ein relationales Paradigma zu begründen. Begrenzungen eines theoretischen Individualismus werden aufgesprengt, soziale Bezogenheit als Primat gesetzt und was in psychoanalytischen Behandlungen geschieht, wird empirischer Beobachtung zugänglich – ebenso wie das, was in Familien geschieht oder in Mutter-Kind-Interaktionen oder in Gruppen.

Thomas Kuhn (1979) hat den Paradigmenwechsel dem Austausch der zentralen theoretischen Leitmetaphern gleichgesetzt. Dementsprechend zeigte Patricia Kitcher (1992) in einer brillanten wissenschaftshistorischen Studie, dass Freud nur bis etwa 1906 an die neurowissenschaftliche Literatur anschlussfähig zu bleiben versuchte. Freud begann kulturwissenschaftliche Bezüge zu intensivieren, von denen der Ödipuskomplex nur der prominenteste ist. Er konnte damit auf neue „Bildspender" zurückgreifen. Der Ödipuskomplex geht über den Solipsismus hinaus und erlaubt, Dreipersonenbeziehungen zu denken.

In seiner Schrift über den Witz (1905, S. 165) stellt er fest, dass er die neurophysiologischen Begriffe wie psychische Energie, Abfuhr und Quantität lediglich benutze, um sich die „Tatsachen der Psychopathologie philosophisch zurechtzulegen" und beschreibt dies als „Verbildlichung für das Unbekannte" – das Unbekannte ist der „psychische Apparat", eine seiner Metaphern für die Seele. Dessen individualistische Begrenzungen sprengt Freud auf, als er den Pool seiner theoretischen Bildspender erweiterte. Nicht der neue Name für denselben Bildspender (von „Wegen" zu „Bahnen"), sondern erst die Auswechslung der Bildspender (bei Freud: von der Neurophysiologie zur Übertragung/Beziehung/Interaktion und zur Kultur) vollzieht den theoretischen Zugewinn. Auf Interaktion, Übertragung, Kultur kann jetzt nicht mehr verzichtet werden. Die Therapeutik ihrerseits gelangt zur Wertschätzung der Metaphern, weil nur so der menschliche Bedarf nach Bedeutung gestillt werden kann. Die Metapher ist der Kunstgriff einer Sprache, die ihre Not kennt.

Entsprechende Entwicklungen finden sich interessanterweise auch andernorts.

Interaktion – in Psychologie und empirischer Psychotherapieforschung

Der amerikanische Philosoph Churchland (1981) sah die akademische Psychologie in einer Krise und belegte dies durch ein Gedankenexperiment. Man denke sich nur einmal die gelehrte Psychologie weg – niemand würde ihr Fehlen bemerken. Er erblickte darin einen plausiblen Grund für deren Wertlosigkeit. Freilich übersah er, dass eben dieses Gedankenexperiment von dem sehr einflussreichen Sozialpsychologen Fritz Heider (1958) schon einmal durchgespielt worden war. Heider[1] tut dies zunächst mit Technik und Physik, deren Fehlen wohl zur Folge hätte, dass wir in der Steinzeit landeten. Aber die Folgen eines Wegfalls der Psychologie fasst er ganz anders als Churchland auf. Es gäbe ein „Umgangswissen", das er „common sense psychology" nennt. Dessen Qualitäten sieht er – auch ohne jegliche akademische Psychologie – als herausragend an, denn es befähige uns, komplexe und schwierige Lagen zu bemeistern und sie lösbar zu *strukturieren*, wenn auch nicht immer zu *artikulieren*. Dies Umgangswissen, auch wenn es nicht artikuliert ist, ist unverzichtbar in einer kulturellen Welt, wie im Anschluss an Heider der Sozialpsychologe Znaniecki (1967, S. 307) formulierte. Vermutet wird, dass die kulturelle Welt der Bedeutungen zwar semantisch formulierbar, aber präkonzeptuell strukturiert ist[2]. Die span-

1 Eine Illustration seiner „Methode der Differenzen" (1958, S. 68f.)

2 Ich möchte auf die herausragende Arbeit der New Yorker Psycholinguistin und Entwicklungspsychologin Katherine Nelson (1996) hinweisen, die einen interessanten Versuch unternimmt, den Individualismus aufzuheben. Kultur ist nicht „umgebendes Milieu" gegenüber einem „Gehirn"; in deren Interaktion entwickelt sich über empirisch gut belegte Zwischenstufen ein „mediated mind", der seine Funktionen im Prozess der Evolution teilweise zu externalisieren lernt: Gedächtnis fungiert nicht nur im Gehirn, sondern meint die Fähigkeit, Speicher kulturellen Wissens (wie z.B. Bibliotheken) außerhalb der Person nutzen und sich so Tradition aneignen zu können. Auch die Fähigkeit zu denken, zu erzählen, eine „theoretische" Kompetenz auszubilden, vollzieht sich immer mit anderen – Individualität

(Fortsetzung siehe S. 89)

nende Frage ist, wie sich „Kultur" und „Körper" eigentlich miteinander verbinden? Zwar ruht sprachliche Artikulation auf körperlichen und sinnlichen Erfahrungen, die in Interaktion vermittelt sind und dieser Zusammenhang wird gleichermaßen gesehen in Sozialpsychologie oder kognitiver Linguistik. Aber die Psychoanalyse kann hier einzigartige Verbindungslinien ziehen. Freud (1923, GW XIII, S. 253) hatte programmatisch formuliert, „Das Ich ist vor allem ein körperliches". Der französische Psychoanalytiker Anzieu (1991, S. 128) formuliert allgemein „Jede psychische Funktion entwickelt sich auf der Basis einer körperlichen, deren Funktionsweise auf die psychische Ebene übertragen wird".

Wenn die körperliche Funktionsweise Vorbild jeder (!) psychischen Funktion ist, muss angegeben werden können, *wie* man sich das eigentlich vorstellen kann. Hier macht die kognitive Linguistik ihr einzigartiges Theorieangebot.

Profession – ein weiteres Theorieangebot

Dem interaktiven Vollzug wendet sich auch die soziologische Professionsforschung nachhaltig zu. Es geht dabei nicht nur um Professionen als Berufe eines besonderen Typs wie Ärzte, Lehrer, Manager oder Pastoren und deren berufsständische Verfasstheit. Die neue Aufmerksamkeit beobachtet, was Vertreter dieser Professionen *tun* und *wie* sie tun, was sie tun. Das ist mehr, als nur Expertentum (Oevermann 1996). Prägnant formuliert der Soziologie Rudolf Stichweh (1996, S. 62) die Leistung der Profession so: „Es geht offensichtlich immer um Probleme, die eine individuelle Person (oder: Organisation) betreffen, und zugleich ist dieser individualisierte Klient in Hinsichten betroffen und auf die Unterstützung durch Leistungsrollenträger angewiesen, die für seine Existenz oder für seinen Bestand relevant sein können, also nicht etwa alltägliche Probleme sind. Damit geht eine gewisse interaktive Dichte und Intimität des Kontakts einher, was in den betreffenden Funktionssystemen zur Folge hat, dass die *Interaktionsebene* (als Prominenz von Professionellen/Klienten-Interaktionen) eine besondere Ausprägung erfährt." (Seine Kursivierung, meine Unterstreichungen). Professionelle Interaktion ist im Gutachten des Sachverständigenrates 2000/2001 für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen anerkannt worden. Dort heißt es „Angesichts der in vielen Studien belegten und erfahrungsgestützten Beobachtung, dass Deutungen, Erwartungen, Wunsch- und Zielvorstellungen des Patienten sowie weitere psychosoziale Faktoren im Informations- und Deutungsaustausch zwischen Patient und Arzt den Krankheitsverlauf maßgeblich mitsteuern, ist eine stärkere Beachtung der personalen Interaktion als Qualitätskriterium ärztlicher Interventionen erforderlich."

Die spezifische Leistung des Professionellen besteht im individualisierenden Zuschnitt seiner Kompetenzen; es geht nicht nur um „Wissen", sondern um „Können". Aufregend ist, dass Stichweh keineswegs psychotherapeutische Professionen im Blick hat, aber was er formuliert, gilt doch gewiß auch für diese. Die besonderen Probleme unserer Profession werden mit der Akzentuierung „gekonnter" Interaktion auf neue Weise beschreibbar. Intimisierung und Individualisierung professioneller Leistung erzwingen einen diffusen und zugleich spezifischen Stil in der Interaktion[3]. Die Balance zwischen der spezifischen, rollengebundenen professionellen Interaktion und der Notwendigkeit zu diffuser Intimisierung und Individualisierung kann als zentrales Moment professionellen Könnens angesehen werden.

Professionelle denken weit bildhafter, assoziativer, verschlungener, als man annehmen würde (Schön und Rein, 1994); sie „schwimmen mit der Situation mit" und eine ihrer entscheidenden Leistungen besteht darin, dass sie in einem langwierigen interaktiven Prozess herausfinden, wie eine kaum formulierbar schwierig scheinende Lage in ein lösbares Problem *umgewandelt* werden könnte. Weil Sprachbilder manchmal dabei dem Begriff voraus sind, brauchen sie den Mut zur Vermutung. Zwanglos wird so ein Befund der Psychotherapieforschung erklärbar. Prochaska (1995) beschrieb eine Gruppe von Patienten, die zur Psychotherapie nicht motiviert, sondern geschickt wurden. Dazu gehören Herzinfarktpatienten, Alkoholiker, aber auch Mütter von schulschwierigen Kindern. Diese Patienten sind Problembesitzer, aber sie haben keine Problemakzeptanz. Bei ihnen stößt der Einsatz spezifischer Techniken, der eine rasche Änderung herbeiführen soll, auf einen Reaktanzwiderstand. Sie wehren sich dagegen, sich fremdbestimmt ändern zu sollen. Wird jedoch auf den Änderungsdruck verzichtet, machen sie den Schritt von der „pre-contemplation"-Stufe zur „contemplation" – sie können ihr Thema auf eine neue Weise beschreiben. Die langsame Umwandlung in ein lösbares Problem geht mit der Verwandlung des Problembesitzers in einen Problemakzeptierer einher und in diesem personalen Moment besteht das Intimisierte professioneller Interaktion. Es ist deshalb verkürzt und einseitig,

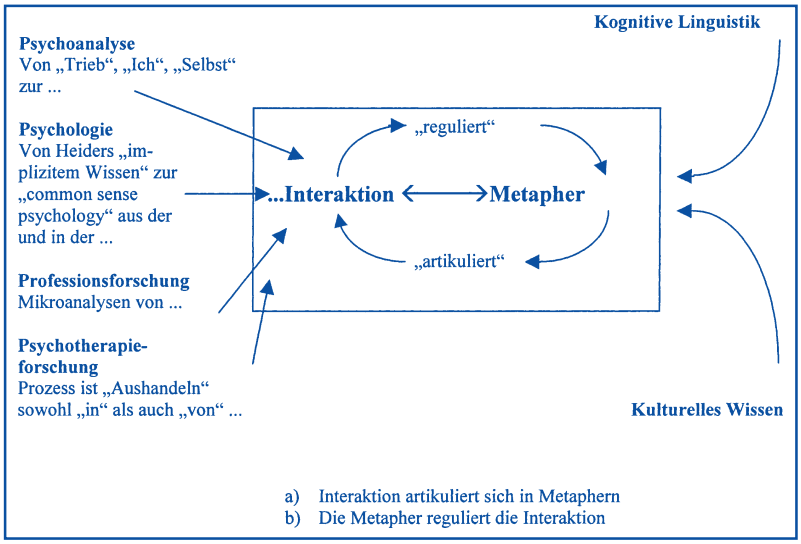
ist (das nicht immer erreichbare) Ende einer langen und komplizierten Entwicklung, nie deren Anfang.

3 Spezifisch – d.h.: auf die Rolle bezogen. Diffus – das sind umgekehrt jene Interaktionen, die nicht von der Rolle sanktioniert werden, etwa wenn ein Arbeitskollege den anderen fragt, ob das Wochenende mit der neuen Freundin gut war? Das geht nur gut, wenn „Freundschaft" besteht, also ein diffuser Interaktionskontext.

Psychotherapie nur als „Problemlösung" zu beschreiben; professionelles Handeln und Behandeln ist weit mehr, nämlich *Umwandlung* – so, dass aus dem Hilfe Verweigernden ein sein Problem und Hilfe dafür Akzeptierender wird. Hier kann man sehen, welche Probleme es einer Psychotherapieforschung bereitet, wenn sie auf einer Metapher basiert, die sie selbst nicht reflektieren kann: die Metapher, dass Psychotherapie „Problemlösung" sei. Stiles und Shapiro wandten sich schon 1989 dagegen, Psychotherapie als „Dosis" eines Medikamentes aufzufassen. Daraus habe ich gelernt, dass eine unanalysierte Metapher mächtige Wirkungen auf Beziehungsgestaltungen haben kann – natürlich ist Psychotherapie *auch* Problemlösung, gelegentlich; aber manchmal ist sie auch: Tröstung oder: „sitting at the bedside" oder: Beichte oder ... oder ... und manchmal ist eine Deutung: ein Angriff oder: Fütterung oder: Verführung oder: Vorwurf oder ... oder ... Professionelles Können ist dann, das Richtige im richtigen Moment zu tun; manchmal trösten, manchmal deuten, manchmal abwarten...

Funktionen der Metapher für die Interaktion zu verstehen, kann also klinisch lohnend werden. Richtig ist gewiß, sich nicht auf *eine* festzulegen; man muss sie bewerten können. Erstes Kriterium der Bewertung einer Metapher ist, ob sie zur „Lage" passt – oder nicht; zweites Kriterium ist, ob sie originell-kreativ oder klischeehaft-abgegriffen ist. Und ein Aspekt therapeutisch-professionellen Könnens besteht wohl darin, kreativ originelle Metaphern zu (er-)finden, die zur „Lage" eines Patienten passen und diese so erhellen, dass eine „Umwandlung" möglich wird.

Zusammenfassend kann man diese Entwicklungen etwa so darstellen:



Die Metapher „artikuliert" vorbewusstes Wissen

Wenn man sich an Freuds Formel von der „Verbildlichung für das Unbekannte" erinnert, kann man sehen, dass die Metapher in der klinischen Interaktion selbst, nicht nur in der Forschung oder in der Theorie, Aufmerksamkeit beanspruchen darf. Die Metapher artikuliert ein besonderes Wissen.

Krause (1992, S. 271) stellt in seinen Studien über mimische Interaktionen bei Therapeut-Patient-Dyaden fest, dass Therapeuten, die sich in ihrer Gesichtsmimik vom Patienten „steuern" lassen, den Affektausdruck des Patienten nur „wiederholen" und selbst nur einen einzigen Affektausdruck, Freundlichkeit, zeigen, schlechtere Behandlungsergebnisse haben als jene, die im Affektausdruck differenzierter und teils auch konträr zum Patienten reagieren. Die Prognose über den Erfolg wird nach dem videografierten Erstinterview getroffen. „Das heißt, unsere Therapeuten haben ganz unabhängig von ihrer theoretischen Orientierung bereits in der 1. Stunde ein *vorbewusstes Wissen* über das Misslingen, das sich unbewusst daran aufhängt, inwiefern sie selbst in der 1. Stunde einen einzigen mimischen Affekt haben".

Dieser Befund ist konsistent mit anderen. Schwartz und Wiggins (1987) zeigten, dass klinische Diagnosen sehr schnell zustande kommen. Wenn man Diagnostikern videografierte therapeutische Gespräche in kleinen „Portionen" von je etwa einer Minute Dauer zeigt, formulieren sie meist schon nach 3-5 Minuten ihre abschließende Diagnose, die durch weitere Informationen aus einem insgesamt einstündigen Gespräch nicht mehr sehr viel verändert wird. In Sekundenbruchteilen spielt sich eine mimische Synchronisation ab, die dann kognitiv repräsentiert wird, z.B. in Freuds Gleichnis vom Telefonreceiver. Das ist in älteren Texten häufig als Intuition oder „Praecoxgefühl" angesprochen und gelegentlich belächelt worden; aber die Verfeinerung der wissenschaftlichen Beobachtung hat hier Befunde in guter Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung aufweisen können. Das flüchtige interaktive Geschehen verdichtet sich zu vorbewusstem Wissen; im Fall der mimischen Synchronisation kann man von einer präkonzeptuellen Repräsentanz sprechen. Es wird etwas gewusst und sogar für Dritte beobachtbar dargestellt, was noch

nicht artikuliert werden könnte. In der Psychoanalyse war es Bollas (1997), der dafür den Ausdruck „unthought known" geprägt hat. Es scheint ein Wissen über den Anderen zu geben, das noch nicht „gedacht", das präkonzeptuell ist und dennoch empirischer Forschung *und* klinischer Beobachtung zugänglich. Es ist beobachtbar, nicht unbedingt jedoch konzeptualisiert; es ist „ungedacht" und nicht mit Aufmerksamkeit besetzt.

In der Sprache äußert es sich in Metaphern. Ich gebe zur Illustration ein Beispiel aus einer Untersuchung. Wir haben die Teambesprechungen eines stationären Behandlungs-Teams untersucht, das freundlicherweise gestattete, seine Sitzungen über ein- und dieselbe Patientin während mehrerer Wochen zu untersuchen; so erhielten wir ein einmaliges Material und konnten die Ergebnisse des Projekts über den „Bildaufbau" an anderer Stelle publizieren (Buchholz et al., 2000).

In seinem Eröffnungsstatement sagt der Falldarsteller:

„Ja, also, Frau N. is (räuspert sich) zum Pflegepersonal relativ – mmh – zurück... zurück hält die sich – gleichzeitig, wenn se was will, dann sagt sie das relativ bestimmt, so, eigentlich kann man sagen, so – dann weiß se, was se will, dann kommt se 'rein – zumindest verhält se sich so bei mir. Ich hab bis jetzt einmal richtig eigentlich Kontakt gehabt – vorige Woche – ehh – wo sie mir erzählt hat, dat ihre, dass ihre – mmh – Tochter wohl irgendwie Alten-Schwester, Altenkrankenschwester (unverst.), wollte mir dann verkaufen halt, dass es ganz toll ist und ich hab dann gesagt, ich hab da auch 3 Jahre in der Geronto gearbeitet und ich fand's eigentlich nicht so toll, naja, es ging dann so weit, dass wir (uns) dann irgendwie unterhalten haben und sie meinte so zu mir – das war wirklich 'n naives Gespräch – aber ja, die verdien' ja sowieso mehr Geld als Krankenpfleger, – schwestern."

Man beachte wie ein interaktives Ereignis durch die Metapher vom „verkaufen" umgewandelt wird. Der Falldarsteller gibt so erkennbar seinem Beziehungsgefühl Ausdruck, von der Patientin in einer ihm noch nicht transparenten Weise „betrogen" worden zu sein; er artikuliert – wie die Therapeuten bei Krause – ein vorbewusstes Wissen, das sich übrigens später bestätigte; die Patientin war eine Betrügerin.

Das vorbewusste interaktive Wissen, das die Mimik im Gesicht, die Sprache an den Metaphern artikuliert, ist nun eins, von dem sein Besitzer nicht sagen kann, er wüsste, dass er das weiß. Die Psychoanalyse hat dafür seit Freud die Formel gebildet, dass der Träumer wisse, was sein Traum bedeute, dass er aber nicht wisse, dass er das weiß. Die kognitive Linguistik hat diese These systematisch ausgearbeitet. Danach gilt, von einer höchst einflussreichen Richtung formuliert, „Thought is mostly unconscious" – so der wuchtige Einleitungssatz des Buches („Philosophy in the Flesh") von Lakoff und Johnson (1999). Diese Theorie untersucht, wie menschliche Erfahrung entlang körperlich-sinnlicher Schemata organisiert wird; sie lassen sich auch in der Sprache finden. So nutzen wir das Container-Schema, wonach wir uns „in" einem Raum befinden oder jemanden „in" den Blick nehmen, häufig auch in der Vorsilbe „ent-", etwa wenn wir den Worten eines anderen etwas „ent-"nehmen. Selbstverständlich gibt es viele weitere Schemata. Der für die Psychoanalyse entscheidende Aspekt ist, dass die Imagination in der Analyse sprachlicher Bedeutungen mächtig aufgewertet wird. Ich habe dazu eine Reihe eigener Untersuchungen durchgeführt.

Auch in der psychotherapeutischen Prozessforschung bereiten sich vergleichbare Wendungen vor. Gründe für eine basale Neuorientierung werden unverblümt genannt. Marvin Goldfried (2000), Vorsitzender der internationalen „Society of Psychotherapy Research", meinte in einer „presidential adress" , die Forschung sei „infant science"; Staats (1991) sieht die Psychologie in einem beklagenswert chaotischen und uneinheitlichen Zustand und forderte damals schon, größeren Wert auf die *theoretische* Integration zu legen. Peterson und Trierweiler (1999) fordern die Berücksichtigung von Interaktion und Kontext. Um Interaktion mikroanalytisch zu studieren, forderte Hans Strupp (1996), einer der grand old men der Psychotherapieforschung, Verzicht auf statistische Gruppen-Designs und Rückkehr zur Einzelfallstudie – nur so könne man herausfinden, was den therapeutischen Prozess ausmache. Der renommierte Forscher William Henry (1998), Autor der großen Vanderbuilt-Studien in den USA, leitet seine sehr kritische Stellungnahme über „Pseudoscience" mit den Worten ein „If I had given this talk several years ago, I might have said that my greatest fear was that psychotherapy research would have *no* effect on clinical training. Today, my greatest fear is that it *will* – that psychotherapy research might actually have a profoundly *negative* effect on future training." (S. 126, Kursivierungen im Original).

In dieser Formulierung wird die Auffassung erkennbar, dass in der Profession Wissen und Können vorhanden ist, das im Sinne von Heider (1958) noch *unartikuliert* ist und deshalb nicht voreilig übersteuert werden dürfe. Es ist im Sinne von Krause „vorbewusst", und darf wohl als „flüchtig", vielleicht auch als „empfindlich" bezeichnet werden. Der Grund für Henrys sehr ernste Stellungnahme liegt in Befunden, wie sie Bergin und Garfield (1994) in der jüngsten Auflage ihres Handbuches publiziert haben: Nur

15% der Varianz des „outcome" von Psychotherapie geht auf die Anwendung bestimmter Techniken, der weitaus größte Varianzanteil, mehr als 40%, geht auf das Konto der therapeutischen Beziehung. Also auch hier wieder ein nachhaltiger Hinweis auf die Interaktion. Das Problembewusstsein einer Forschung, die bislang „Interaktion" ignorierte, ist durchaus gewachsen. Ich ziehe aus alledem für die psychoanalytische Forschung die folgenden Schlüsse:

Erstens, klinisches Verstehen und Forschung, die Zusammenhänge zwischen den flüchtigen Momenten eines subtilen Prozesses und dem „outcome" ermitteln wollen, müssen beide dazu beitragen, das professionelle Wissen zu artikulieren; *zweitens* dürfte wesentlich werden, das professionelle Können zu *be*schreiben ohne daraus ein *Vor*schreiben machen zu wollen; *drittens* muss es um die kooperative Interaktion[4] der Forscher und Kliniker gehen. Und dabei ist, *viertens*, zu berücksichtigen, dass Forschung und Profession „differing social systems" (Goldfried 2000, S. 3) sind und dass es deshalb keine Überlegenheitsansprüche geben kann (Buchholz 1999, 2000).

Metaphorische Synchronisierungen

Wenn man also Konversationsanalyse bzw. Interaktionstheorie, Professionstheorie und implizites Wissen sowie die kognitiv-linguistische Metaphorntheorie zusammennimmt, hat man ein mächtiges Theorieangebot. Es ist, zusammen mit den relationalen Wendungen innerhalb der Psychoanalyse und den hier beheimateten Überlegungen zum impliziten Wissen, zum „ungedachten Bekannten", geeignet, der empirischen Psychotherapieforschung und uns Klinikern interessante Anregungen zu geben. Man kann hinzufügen, dass empirische Forschungen wie die von Overbeck (1996), Najavits (1993), Kasulke (1992), Kronberger (1999) längst gezeigt haben, dass erfolgreiche Therapien mit einer Zunahme der Metaphorik verbunden sind. Das gibt einem das Gefühl, nicht ganz auf dem falschen Weg zu sein.

Man kann relevante *Domänen des Metapherngebrauchs* kennzeichnen:

1. Das Gespräch selbst. Die Auffassung vom Gespräch wird, wie das Beispiel vom „verkaufen" schon zeigt, „im Gespräch über das Gespräch" durch Metaphern dargestellt.
2. Symptome werden beinah immer bildhaft dargestellt; so sprechen Bulimikerinnen z.B. von ihren „Fressorgien", Angstpatienten von ihren „Panikattacken", Zwangspatienten formulieren, dass „mein Zwang mich überwältigt". Werden Symptome nicht metaphorisch präsentiert, so haben uns die konversationsanalytischen Untersuchungen von Wilke (1992) und Najavits (1993) gezeigt, unternehmen Therapeuten allerlei Anstrengungen, den Patienten zu einer solchen Formulierung zu bewegen.
3. Identitätskonzepte werden metaphorisch präsentiert, Patienten stellen sich z.B. als „Stehaufmännchen" oder „Angsthase" oder mit dem Satz „Ich bin ein Psychotiker"[5] dar und erzeugen mit solchen metaphorischen Identitätsbestimmung erhebliche affektive Resonanzen.
4. Die Behandlung selbst erhält eine metaphorische Bildgebung in sog. Prozessphantasien. Von Therapie ist als Beichte oder als Fitnesstraining die Rede, sie wird als Vivisektion phantasiert oder als Chirurgie oder als Problemlösen nach dem Rätselparadigma.
5. Affekte werden, wie wir aus Untersuchungen (Kemmler et al. 1991) wissen, nie „rein" bezeichnet, sondern immer in imaginativen Szenarien wie z.B. „die Wut überfiel mich".

Diese 5 Domänen – das Gespräch, die Symptome, die Identitäten, die Behandlung und die Affekte – lohnen sich zu untersuchen. Dabei kommt es nicht darauf an, den Wahrheitswert von Metaphern zu diskutieren, weil es keine externen Bezugsgrößen gibt – wie könnte man auch ermitteln, ob es wahr ist, dass jemanden die Wut „überfiel"? Entscheidender ist, wie es zu einer *interaktiven Synchronisierung* der Beteiligten kommt. Wie verständigen sich z.B. zwei Menschen in einer gemeinsamen Situation, die der eine metaphorisch als „ärztlich" auffasst und also glaubt, nur Medikamente könnten helfen und der andere meint, nur intensive Gespräche führen weiter? Oder wenn der eine Symptome als Zeichen einer körperlichen Krankheit liest, der andere sie aber metaphorisch als „Kompromiss" ansieht? Oder wenn Symptome als metaphorische „Waffen" genutzt werden? Gelingt es, diese Metaphern selbst zum Thema zu machen, dann befinden sich die Beteiligten bereits außerhalb auf einem exzentrischen Standpunkt (Plessner 1982)[6]. Von hier aus kann die ursprüngliche Metaphorik angeschaut, hier müssen aber auch neue Metaphern kooperativ kreiert werden. Es kommt zu Kipp-Effekten.

Die in einer Metapher mitformulierte Erwartung über den therapeutischen Prozess kann, wie im Fall psychosomatischer Patienten, somit anfänglich „bedient" werden (man verschreibt die

4 Die Freud'sche Junktim-These, die „Heilen und Forschen" in der Person des Therapeuten verankert, wäre zugunsten einer *institutionellen* Kooperation zwischen verschiedenen Personen zu realisieren.

5 Alles Beispiele aus Transkriptanalysen in Buchholz (2003)

6 Ich habe in meiner Triadentheorie (Buchholz, 1993) ausführlich den Begriff der „exzentrischen Position" erläutert.

gewünschten Pillen), man kann sie „teilen" (etwa, indem man das Verlangen des Patienten spiegelt). Irgendwann wird die Arbeit *in* der Metapher von der *an* der Metapher abgelöst. Die Metapher wird „ausgearbeitet", sie wird „elaboriert", in weiteren Schritten „expandiert" und kann schließlich sogar „transzendiert" werden. Wo solche Abfolgen sich finden, ist die therapeutische Beziehung produktiv und der „outcome" hoch. Im therapeutischen Prozess geht die Bearbeitung der metaphorisch verfassten An-Sichten (zur eigenen Identität, zu Symptomen oder zur Therapie) der Erlangung von Ein-Sicht voraus.

Ich will nun an einem drolligen Beispiel zeigen, wie eine solche Leitvorstellung in der Interaktion kreativ umgesetzt wird.

Ein von mir vor längerer Zeit supervidierter Therapeut hatte einen Mann im Erstgespräch vor sich sitzen, ein höherer und beleibter Jurist, der zu allem, was sein Therapeut ihm sagte, wortreich zu antworten wusste, dass er aber auf einem ganz anderen Standpunkt stehe. Immer wenn er mit dem Satz: „Da *stehe* ich aber auf einem ganz anderen Standpunkt ..." seine Rede metaphorisch einzuleiten begann, schob er sich ein klein wenig auf dem Sessel nach vorne, so sehr, dass er bald gemütlich mit den Armen über der Stuhllehne baumelnd eher lag als saß. Sein Therapeut war in Sachen Metaphern ein wenig gewitzt und begann seine nächste Äußerung mit den Worten einzuleiten: „Also, Sie *liegen* auf dem Standpunkt ..." Es ist auf dem Video zu sehen, wie der Mann seinen Therapeuten anstrahlt. Durch eine leichte Verschiebung und die Schaffung einer neuen und zur Situation passenden Metapher geschah ein Kipp-Effekt, der die Fortsetzung des Dialogs möglich machte. Man darf sich klar machen, dass keine Theorie des richtigen Therapeutenverhaltens diesen kleinen, aber wirkungsvollen Kipp-effekt hätte anleiten können.

Man muss professionelle Praxis nicht als von vorneherein theorie*determiniert* anzusehen; Theorie dient in der Psychotherapie der Verfeinerung der persönlichen Sensibilität. Sie ist innerhalb der Profession nie mehr als eine Intuition, die gewissermaßen die Geduld verloren hat, wie George Steiner einmal für die „humanities" insgesamt formuliert hat. Mit der Untersuchung interaktiver Synchronisierungen der Metaphern könnte sich eine neuartige Theorie ergeben, eine Theorie, die sich überraschen lassen kann.

Synchronisierungen von Bindungsmustern

Ich habe auf die interaktive Synchronisierung durch Metaphern in 5 therapeutisch relevanten Domänen abgehoben. Ich habe erinnert, dass es in der Psychoanalyse eine verstärkte Wendung hin zur Interaktion gibt und ein besonderes Gebiet ist die Bindungsforschung. Alles Interesse hat sich bislang den Bindungsmustern von Kleinkindern, der mehrgenerationalen Tradierung (Fonagy et al., 1993) von Bindungsmustern in den Familien und dem Zusammenhang von Bindungsmustern mit anderen Verhaltens- und Erlebensbereichen zugewandt (Dornes, 1998). Bindungsmuster werden in früher Kindheit durch die sog. „Fremde Situation" ermittelt; Kinder im Alter von knapp einem Jahr werden von ihrer Mutter für wenige Minuten getrennt und man untersucht, wie sie mit dem Alleinsein und dem Hinzukommen einer fremden Person zurechtkommen und auf die Wiederkehr der Mutter reagieren. Eine solche Versuchsanordnung verbietet sich natürlich mit Erwachsenen. Deren Bindungsmuster werden durch das sogenannte „Adult Attachment Interview" (AAI) bestimmt, das besondere Kompetenzen zu seiner Durchführung und Auswertung verlangt. Die Tatsache, dass aus sprachlichen Merkmalen auf Bindungsverhalten geschlossen, dass Bindungsverhalten des Säuglings in einem gewissen Umfang die sprachliche Gestaltung des AAI vorherzusagen gestattet, ist aufregend, bislang meines Wissens jedoch nicht systematisch verstanden. Hier fehlt eine Sprach-Theorie. Immerhin kann die Metaphern-theorie sensibilisieren dafür, dass zwischen zweien, von denen der eine die therapeutische Situation als „Beichte" (oder als „Vivisektion" oder als „Unterricht" oder als „Seminardisput") auffasst, während der andere gemäß Freuds Chirurgenmetapher „operieren" (oder aber nur „spiegeln" oder „aufklären" oder „Verhalten lehren") möchte, ein Problem des gemeinsamen Bezugsrahmens entstehen wird.

Synchronisierungsprobleme entstehen jedoch nicht nur aus unterschiedlichen metaphorischen Bildgebungen, sondern auch aus divergierenden Momenten anderer Art. Ich möchte deshalb weitergehend anregen, nicht nur Bindungsmuster von Patienten individualisierend zu untersuchen, sondern das *interaktionstheoretische* Potential der Bindungstheorie auszuschöpfen.

Angehende Therapeuten lernen nämlich in ihrer Ausbildung zunächst die Herstellung eines guten Kontakts zum Patienten. Ihre Ausbildung baut sich von ihren basalen Fähigkeiten her auf. Ein Teil dieser Erfahrung wird in den uns so geläufigen Metaphern von der „Begleitung" oder vom „In-Beziehung-kommen" noch erinnert. Erst in einer zweiten Stufe lernen sie die Anwendung spezifischer Techniken wie z.B. Wahrnehmung und Bearbeitung eines Übertragungswiderstands, die Konfrontation eines Patienten mit destruktiven Weltsichten, das Einfordern von bewusst verborgenen Übertragungsphantasien oder die Korrektur depressiver Selbstanklagen. In einer Art

Zwischenschritt vor dem Übergang zur nächsten Stufe begreifen sie dann auch, dass nicht alles in der Psychotherapie von anderen gelernt, deshalb auch nicht alles gelehrt werden kann, dass manches ausgehalten werden muss. In einer dritten Stufe der Reife entwickeln Therapeuten eine persönliche Theorie, eine Philosophie der Psychotherapie, lösen sich von Vorgaben und Regeln und beginnen, eigene Entdeckungen zu machen. [7]

Diesem Stufen-Aufbau therapeutischer Entwicklung steht der von Patienten entgegen. Er verläuft umgekehrt, vom Spezifischen zum Allgemeinen. Patienten haben zu Beginn eine spezifische „Theorie" über sich selbst, ihre Störung, deren Ursprünge und über das, was hilft. Sie können diese Theorie nicht immer artikulieren, aber sie haben sie. Sie möchten, dass der Therapeut ihre Phantasie von dem, was hilft, ihre Prozessphantasie (Schöttler & Buchholz, 1993), „bedient". Sie beginnen damit, Anwendung spezifischer Techniken zu erwarten, sei es, dass sie soziale „Techniken" lernen, in Gefühle getaucht oder in Ansprüchen versorgt werden wollen. Erst wenn dieser spezifische Beginn überwunden ist, können auch sie nach einer Phase der allmählichen Wertschätzung der Beziehung erkennen, dass manches im Leben „ausgehalten" werden muss. Während Therapeuten also eher mit dem *diffusen* Konzept der „Beziehung" und Patienten eher mit der *spezifischen* Erwartung nach „Technik" beginnen, muss wegen dieser Synchronisierungs-Differenz die therapeutische Situation ein Potential haben, welches bei beiden Beteiligten beständig die zentrale „Bindungsfrage" provoziert. Das mildert sich erst gegen Ende der Behandlung, wenn sie verstehen, dass „Kampf" gegen die Störung Teil der Störung ist und erst dann aufgegeben werden kann. Solange gekämpft wird, ist das Arbeitsbündnis immer prekär; gute Kooperation aber braucht nicht nur Lösungskompetenzen, sondern v.a. „Bindung". Bordin (1979) meinte, das sog. Arbeitsbündnis könne durch die drei Komponenten „bond", „goals" und „tasks" beschrieben werden. Mit „bond" meinte Bordin (1979) allerdings nur solche Größen wie den gegenseitigen Respekt, die Berücksichtigung der Autonomie etc. Was „bond" darüber hinaus meinen könnte, hat uns die Bindungstheorie gelehrt. Bindungsmuster zwischen Erwachsenen werden interaktiv ausgehandelt, wobei ich unter „Aushandeln" keineswegs nur einen rationaldiskursiven Gebrauch dieses Begriffs vor Augen habe. Die Bindungstheorie lehrt, dass die in frühen präverbalen Erfahrungen erworbenen Arbeitsmodelle durch aktuelle Interaktionen gleichsam provoziert, aber auch überlagert werden. Das internalisierte Arbeitsmodell klappt sich gleichsam in die aktuelle Interaktion hinein und steuert diese mit. Es würde sich wohl lohnen, dafür einen psychoanalytischen Sinn zu entwickeln (Köhler, 1992; 1998). Dann können wir auch klinisch lernen, wie wir Patienten helfen können, nicht immer wieder die gleichen Abweisungen interaktiv zu provozieren, unter denen sie dann leiden. Auch von dieser Seite also kommt Interaktion in den Blick. Hoffnung auf Hilfe aus dem Verbund von klinischer Erfahrung und erfahrener Forschung so vieler verschiedener Richtungen für die Beratung und Behandlung solcher Menschen bleibt das langfristige Ziel.

Literatur

Altmeyer, M. (2000). Narzißmus, Intersubjektivität und Anerkennung. *Psyche*, 54, 143-171.

Anzieu, D. (1991). *Das Haut-Ich.* Frankfurt: Suhrkamp.

Balint, M. (1967). Therapeutische Regression, Urform der Liebe und die Grundstörung. *Psyche*, 21, 713.

Bauriedl, T. (1980). *Beziehungsanalyse.* Frankfurt: Suhrkamp.

Benjamin, J. (1985). Die Fesseln der Liebe: Zur Bedeutung der Unterwerfung in erotischen Beziehungen. *Feministische Studien*, 4, 10-33.

Benjamin, J. (1990). *Die Fesseln der Liebe* (engl. 1988). Frankfurt: Stroemfeld/Roter Stern.

Bergin, A. E. & Garfield, S. L. (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.). New York: Wiley.

Bollas, C. (1997). *Der Schatten des Objekts. Das Ungedachte Bekannte. Zur Psychoanalyse der frühen Entwicklung.* Stuttgart: Klett-Cotta.

Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.

Buchholz, M. B. (1993). *Dreiecksgeschichten – Eine klinische Theorie psychoanalytischer Familientherapie.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Buchholz, M. B. (1999). *Psychotherapie als Profession.* Gießen: Psychosozial-Verlag.

Buchholz, M. B. (2000). Psychotherapie – Profession oder Wissenschaft? *Journal für Psychologie*, 8, 3-16.

Buchholz, M. B. (2003). *Metaphern der „Kur". Qualitative Studien zum therapeutischen Prozess.* Giessen: Psychosozial-Verlag.

Buchholz, M. B., Grabhorn, R., Hartkamp, N., von Kleist, C., Metzger, H.-G., Overbeck, A. & Stirn, A. (2000). Illegitime Deals – ein Teamprozess unter der Lupe. *Psychother. Soz.*, 2, (1), 34-61.

Buchholz, M. B. & Streeck, U. (1999). Qualitative Strategien – ihr Nutzen

7 Prominent ist Bion, der irgendwo gesagt hat, er könne sich nicht an die Regeln der Psychoanalyse halten, weil er gar nicht wisse, was das ist. Ebenso John Klauber (1967, 1975), der mitteilt, er habe 10 Jahre gebraucht, um nach seiner Ausbildung frei von den Verfahrensvorschriften zu werden und da erst begonnen, sich als Psychoanalytiker zu fühlen.

für den professionellen Psychotherapeuten. Psychother. Soz. 1, 1-21.

Casement, P. (1989). *Vom Patienten lernen.* Stuttgart: Klett-Cotta.

Churchland, P. (1981). Eliminative materialism and the propositional attitude. *Journal of Philosophy,* 78, 67-90.

Dornes, M. (1998) Bindungstheorie und Psychoanalyse. *Psyche*, 52, 299-348.

Fonagy, P., Steele, M., Moran, G., Steele, H. & Higgitt, A. (1993). Measuring the Ghost in the Nursery: An Empirical Study of the Relation between Parents' Mental Representations of Childhood Experiences and Their Infants' Security of Attachment. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 41, 957-989.

Freud, S. (1905). *Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten.* G.W., Bd. 6. Frankfurt: S.Fischer.

Freud, S. (1923) *Das Ich und das Es.* G.W. 13

Goldfried, M. R. (2000). Consensus in Psychotherapy Research and Practice: Where Have All the Findings Gone? *Psychotherapy Research,* 10, (1), 1-16.

Hartmann, H. (1939). *Ego Psychology and the Problem of Adaptation.* New York: International Universities Press, 1958.

Havens, L. L. (1986). *Making Contact: Uses of Language in Psychotherapy.* Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Heider, F. (1958). *The Psychology of Interpersonal Relations.* New York/London/Sydney: Wiley & Sons.

Henry, W. P. (1998). Science, Politics and the Politics of Science: The Use and Misuse of Empirically Validated Treatment Research. *Psychotherapy Research,* 8, 126-140.

Kasulke, E. (1992). *Sprachinhalts- und Interaktionsanalyse einer Paartherapie mit dem reflektierenden Team.* Unveröffentlichte Dissertation, Universität Wien.

Kemmler. L., Schelp, T. & Mecheril, P. (1991). *Sprachgebrauch in der Psychotherapie. Emotionales Geschehen in vier Therapieschulen.* Bern/Göttingen/Toronto: Hans Huber.

Kitcher, P. (1992). *Freud's Dream. A Complete Interdisciplinary Science of Mind.* Cambridge/London: A Bradford Book, The MIT Press.

Klauber, J. (1967). Der Psychoanalytiker als Person. *Psyche*, 21: 745.

Klauber, J. (1975). Über einige Schwierigkeiten, Psychoanalytiker zu sein. *Psyche*, 29, 835.

Kohut, H. (1966). Formen und Umformungen des Narzißmus. *Psyche*, 20, 561.

Kohut, H. (1973). *Narzißmus.* Frankfurt: Suhrkamp.

Krause, R. (1992). Die Zweierbeziehung als Grundlage der psychoanalytischen Therapie. *Psyche*, 46, 588-612.

Kronberger, N. (1999). Schwarzes Loch, geistige Lähmung und Dornröschenschlaf: Ein metaphernanalytischer Beitrag zur Erfassung von Alltagsvorstellungen von Depression. *Psychother. Soz.,* 1, 84-104.

Kuhn, T. S. (1979). Metaphor in Science. In A. Ortony (Hrsg.), *Metaphor and Thought.* Cambridge/London/New York: Cambridge University Press.

Köhler, L. (1992). Formen und Folgen früher Bindungserfahrungen. *Forum Psychoanal.*, 8, 263-280.

Köhler, L. (1998). Anwendung der Bindungstheorie in der psychoanalytischen Praxis. Einschränkende Vorbehalte, Nutzen, Fallbeispiele. *Psyche*, 52, 369-397.

Lakoff, G. & Johnson, M. (1999). *Philosophy in the Flesh. The Embodied Mind and Its Challenge to Western Thought.* New York: Basic Books.

Mead, G. H. (1927). Die objektive Realität von Perspektiven. In H. Steinert (Hrsg.), *Symbolische Interaktion. Arbeiten zu einer reflexiven Soziologie.* Stuttgart: Klett-Cotta (1973).

Mead, G. H. (1973). *Geist, Identität und Gesellschaft* (1934). Frankfurt/M: Suhrkamp.

Mitchell, S. A. (1987). The Interpersonal and the Intrapsychic: Conflict or Harmony? *Contemporary Psychoanalysis,* 23, 400.

Mitchell, S. A. (1988). *Relational Concepts in Psychoanalysis. An Integration.* Cambridge: Harvard University Press.

Mitchell, S. A. (1991). Contemporary Perspectives an Self: Toward an Integration. *Psychoanalytic Dialogues,* 1, 121-147.

Mitchell, S. A. (1993). Hope and Dread in Psychoanalysis. New York: Basic Books.

Mitchell, S.A. & Aron, L. (1999). Relational Psychoanalysis – The Emergence of a Tradition. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Najavits, L. M. (1993). How Do Psychotherapists Describe Their Work? A Study of Metaphors for the Therapy Process. *Psychotherapy Research,* 3, 294-299.

Nelson, K. (1996). *Language in Cognitive Development. The Emergence of the Mediated Mind.* Cambridge: Cambridge University Press.

Oevermann, U. (1996). Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In A. Combe & W. Helsper (Hrsg.), *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns.* Frankfurt/M: Suhrkamp.

Ogden, T. H. (1994). The Analytic Third: Working with Intersubjective Clinical Facts. *Int. J. Psychoanal.,* 75, 3-19.

Overbeck, G., Müller, Th., Jordan, J. & Grabhorn, R. (1996). Der stationäre Therapieverlauf bei einer essgestörten Patientin im Spiegel der formalen psycholinguistischen Textanalyse. Ein Beitrag aus der intensiven multimodalen Einzelfallforschung. Teil I. *Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis,* 11, 210-224.

Peterson, R. L. & Trierweiler, S. J. (1999). Scholarship in Psychology: The advantages of an expanded vision. *American Psychologist*, 54, 350-355.

Plessner, H. (1982). Mit anderen Augen. Aspekte einer philosophischen Anthropologie. Stuttgart: Reclam.

Prochaska, J. O. (1995). Common Problems: Common Solutions. *Clinical*

Psychology: Science and Practice, 2, 101-105.

Safran, J. D. & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance – A Relational Treatment Guide.* New York: The Guildford Press.

Schön, D. A. & Rein, M. (1994). *Frame Reflection. Toward the Resolution of Intractable Policy Controversies.* New York: Basic Books.

Schöttler, B. & Buchholz, M. B. (1993). „Haltung", „Prozessphantasie" und „Fortschrittsvorstellung" nach stationärer Psychotherapie. *PPmP – Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie,* 43, 140-149.

Schwartz, M. A. & Wiggins, O. P. (1987). Typifications: The first step for clinical diagnosis in psychiatry. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 175, 65-77.

Searles, H. F. (1958). Die Empfänglichkeit des Schizophrenen für unbewusste Prozesse im Psychotherapeuten. *Psyche*, 12, 321-343.

Searles, H. F. (1987). My Work With Borderline Patients. London: Jason Aronson.

Staats, A. W. (1991). Unified positivism and unification in psychology: Fad or new field? *American Psychologist*, 46, 899-912.

Stichweh, R. (1996). Professionen in einer funktional differenzierten Gesellschaft. In: A. Combe & W. Helsper (Hrsg.), *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns.* Frankfurt: Suhrkamp.

Stiles, W. B. & Shapiro, D. A. (1989). Abuse of the Drug Metaphor in Psychotherapy Process-Outcome Research. *Clinical Psycholoy Review*, 9, 521-543.

Strupp, H. H. (1996). Nachhaltige Lektionen aus der psychotherapeutischen Praxis und Forschung. *Psychotherapeut*, 41, 84-87

Thomä, H. & Kächele, H. (1985). *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie* (Bd. 1.)Berlin: Springer.

Wilke, S. (1992). *Die erste Begegnung. Eine konversations- und inhaltsanalytische Untersuchung der Interaktion im psychoanalytischen Erstgespräch.* Heidelberg: Asanger.

Znaniecki, F. (1967). *The laws of social psychology.* New York: Russel & Russel.

Dipl.-Psych. Prof. Dr. Michael B. Buchholz

Schlesierring 60
37085 Göttingen
Buchholz.mbb@t-online.de

Eminenz-basierte, Evidenz-basierte oder Ökologisch-basierte Psychotherapie?

Günter Zurhorst

Hochschule Mittweida

Liebe Leserinnen und Leser,

in loser Folge werden Sie in dieser und den folgenden Nummern Artikel zu Fragen der wissenschaftlichen Fundierung von Psychotherapie finden. Es geht hier um Grundfragen unserer Profession, die ihre Professionalität nicht nur persönlicher Expertise im Sinne eines impliziten Wissens (Polanyi) verdankt, sondern vor allem auch expliziter, wissenschaftlich begründeter Konzeptualisierung und Handlungsleitung. Die Profession hat sich gesellschaftlich etabliert mit dem Eintritt in den wissenschaftlichen Diskurs und sie wird ihre Zukunft nur mit einem tragfähigen wissenschaftlichen Fundament gewinnen. Die generelle Effektivität von Psychotherapie steht heute außer Frage, aber viele Fragen des therapeutischen Geschehens sind noch ungeklärt. Es scheint klar, dass nur die Evidenzbasierung von Psychotherapie der Weg sein kann, der langfristig die gesellschaftliche Akzeptanz von Psychotherapie sichert und die Ressourcenverteilung zu Gunsten der Psychotherapie befördert. Vieles dessen, was heute evidenzbasiert ist, beruht auf einem klaren Konkurrenzprinzip, das die outcome-Forschung kreiert hat. Das hat der ganzen Zunft nicht geschadet, sondern auch den einen oder anderen Weckruf ausgelöst. Nur noch wenige Praktiker glauben sich heute zurücklehnen zu können, im Glauben, dass das „everybody has won, so all shall have prizes" ewig hält. Aber Evidenzbasierung ist kein einfaches, sondern ein komplexes und mehrstufiges Prinzip, angesichts eines Feldes zahlreicher wechselwirkender Variablen. So wundert es auch nicht, dass die wissenschaftlichen Auffassungen weit auseinander gehen können. Wir wollen Sie mit kontrastierenden Argumenten konfrontieren. In diesem Heft können Sie die Auffassung von Günter Zurhorst (Berlin) nachlesen, der eine ökologische Konzeptualisierung von Psychotherapie als Alternative zu „Eminenz"- und Evidenzbasierung vorschlägt. Demnächst werden Sie von Jürgen Margraf (Basel) lesen können, wie Effektivität und Effizienz mit dem Methodenarsenal der empirischen Psychologie auch differentiell erforscht werden können. In einer weiteren Folge soll der narrative und hermeneutische Gesichtspunkt zum Tragen kommen. Ich wünsche Interesse bei der Begegnung mit einer spannenden Diskussion und nachhaltige Einsichten!

Lothar Wittmann für den Redaktionsbeirat

Zusammenfassung: Der folgende Text befasst sich mit der Frage, inwiefern die Einführung der evidence-based medicine in die medizinische Versorgung des Gesundheitssystems in gleicher Weise auch für die psychotherapeutische Versorgung Geltung haben kann. Es wird gezeigt, dass die Versuche, die psychotherapeutische Versorgung allein oder überwiegend am „Goldstandard" randomisierter, kontrollierter Studien auszurichten, zu einer erheblichen Verengung nicht nur des Wissenschaftsbegriffs in der Psychotherapie, sondern ineins damit auch zu einer Vereinseitung bzw. Zerstörung der Methodenvielfalt in der psychotherapeutischen Landschaft führt. Statt einer ausschließlich an experimentell-labormäßigen Studien ausgerichteten Psychotherapie, die am ehesten noch für verhaltensmedizinisch orientierte Ansätze gelten mag, sollte verstärkt eine Erforschung der Psychotherapie unter realen Praxisbedingungen (ökologische Validität) erfolgen.

Kernpunkt der Auseinandersetzung

Es dürfte inzwischen unstreitig sein, dass es in unserer medizinischen Versorgung ein großes Defizit an qualitätsgesicherten, praxisrelevanten und von Partikularinteressen freien Leitlinien gibt: „Es wäre aller

Mühe wert, einmal nur die letzten 10 Jahre daraufhin zu untersuchen, wie viele der vollmundigen Versprechungen der Pharma- und Apparateindustrie zu realen Verbesserungen in der Versorgung geführt haben", betont z.B. Norbert Schmacke, Leiter des Stabsbereichs Medizin im AOK-Bundesverband (Schmacke, 2001, S. 55). Auch dasjenige ärztliche Handeln, das sich über lange Zeit einseitig auf die „ärztliche Erfahrung", d.h. auf anekdotenhafte Verweise autoritärer Medizin-Päpste („Eminenz-basierung") stützte, sollte der Vergangenheit angehören. Ungerechtfertigte Autorität sowie der Verdacht, sich lediglich durch raffinierte Werbestrategien beeinflussen zu lassen, sollten durch „wissenschaftliche Evidenzbasierung" abgelöst werden. Und dies in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung, also auch der Psychotherapie, in der die Orientierung an Meister-Schüler-Verhältnissen ebenfalls eine große Rolle spielt. Doch was ist, wenn dieser auf den ersten Blick begrüßenswerte Wandel von der Eminenz- zur Evidenzbasierung in der Psychotherapie eher dazu dient (bzw. dienen soll), eine Psychotherapie-Landschaft verhaltensmedizinisch zu vereinseitigen, die bisher auf vielfältige und unterschiedliche Weise wissenschaftlich anerkannt ist, wenn also „Evidenz-basierung" mittels eines einseitigen Wissenschaftsverständnisses betrieben wird, das möglichwerweise dem Forschungsgegenstand „Psychotherapie" wenig angemessen ist und ein „szientistisches Selbstmißverständnis" (Habermas) darstellt? Wäre es dann nicht angemessener, die Vereinseitigung der Psychotherapie zu einer „Labor-Psychotherapie" durch eine an der realen Praxis orientierte Psychotherapieforschung (ökologisch-basierte Psychotherapie) aufzuheben? Mit dieser Frage beschäftigt sich der vorliegende Artikel.

Die Problemlage

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) stellte in seinem Gutachten von 1999 klar, dass eine „Inventur des Evidenz-Bestands" der Medizin sehr ernüchternd gewirkt hat, „weil sie aufzeigte, dass die Bereiche gesicherten Wissens in der Medizin sehr viel kleiner und die Grauzonen sehr viel größer sind als erwartet". Gemäß einer Übersicht von 1992 zeigte sich, dass „nur etwa 4% aller ambulant und stationär erbrachten Dienstleistungen dem Anspruch auf belastbare Evidenz genügen, 45% genügen einfacheren Evidenzkriterien und für den 'Rest' (rechnerisch 51%) gibt es heute keine wissenschaftliche Evidenz" (SVR 1999, S. 79).

Vor diesem Hintergrund ist es mehr als verständlich, dass eine Debatte um die Einführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen und hier insbesondere der Evidenz-basierten Medizin (EbM) in den 90er Jahren auch bei den Akteuren des deutschen Gesundheitswesens eingesetzt hat. Und da die Psychotherapie, soweit sie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung stattfindet und an ärztlichen Weiterbildungseinrichtungen bzw. staatlich anerkannten Ausbildungsinstituten durchgeführt wird, sich den Kriterien des SGB V (Wirksamkeit, Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit) im Prinzip zu stellen hat, gerät sie unweigerlich in den Sog dieser geforderten Evidenz-basierung.

Ohne Zweifel sind Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung wichtige Anliegen auch der Psychotherapie. Und im Vergleich zur Medizin braucht sich die Psychotherapie hinsichtlich ihrer wissenschaftlichen Absicherung wahrlich nicht zu verstecken. Doch ist hier die wichtigere Frage zu stellen, ob die Art von Wirksamkeit, die z.B. angesichts der Hochkosten-Diagnostik im Bereich bildgebender Verfahren oder des Robotereinsatzes in der Chirurgie oder der Einführung neuer Generationen von Medikamenten gelten sollte, in gleicher Weise und in gleicher Hinsicht auch für die Psychotherapie zutreffen kann. Sind beispielsweise die Prinzipien der pharmakologischen Forschung auch für die Psychotherapie angemessene Forschungsstrategien? „Verabreicht" der Psychotherapeut seine psychotherapeutische Leistung so wie ein Arzt ein Medikament verordnet oder ein Ultraschallgerät anwendet oder bedarf es bei der Psychotherapie einer gegenstandsangemesseneren Forschung; anderer Kriterien der „Wirksamkeit"? Kann und sollte es in der Psychotherapie überhaupt so etwas wie einen „einheitlichen, wissenschaftlich fundierten Kanon an Untersuchungs- und Behandlungsmethoden" geben, auf den die naturwissenschaftlich-medizinische Forschung vom Grunde her ausgerichtet ist?

Was heißt „Evidenz-basierung"?

In seiner mittlerweile berühmten Stellungnahme „Was ist Evidenz-basierte Medizin und was nicht?" definiert Sackett (1996) die EbM folgendermaßen: „EbM ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. Die Praxis der EbM bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung" (Sackett 1996, S. 1).

Zu beachten ist hier zunächst die unterschiedliche Bedeutung des englischen und deutschen Begriffs von evidence und Evidenz. Während der deutsche Begriff so etwas wie „unabweisbare Augenscheinlichkeit" meint, beschreibt der englische Begriff Fakten und Belege, die einen 'nicht-evidenten' Sachverhalt erhärten oder widerlegen. Demzufolge ist der Klärungsbedarf bei einer medizinischen Maßnahme umso größer, je unklarer das gesundheitliche Nutzen-Risikoverhältnis des in Betracht

gezogenen diagnostischen und therapeutischen Vorgehens ist (Lichtung der Grauzonen medizinischen Handelns).

Des weiteren will Sackett mit seiner Definition klarstellen, dass hier weder an eine „Kochbuchmedizin" noch an eine Reduktion medizinischen Handelns auf „externe Evidenz" („reine Wissenschaftlichkeit") gedacht ist. EbM soll gerade nicht „wissenschaftsgläubig" im Sinne eines unreflektierten Szientismus sein, sie verlangt von klinisch tätigen Ärzten vielmehr, die beste verfügbare externe Evidenz mit der klinischen Erfahrung des Arztes und den Werten und Präferenzen des Patienten zu verbinden. Daher schlägt der SVR vor, statt von „evidenz-basierter Medzin" besser von „evidenz-gestützter, an Patientenpräferenzen orientierter und auf ärztlicher Erfahrung fußender Medizin" (SVR 1999, S. 72) zu sprechen. Gemeint ist damit das Herstellen einer Balance von Evidenz, Erfahrung und Werten je nach klinischer Situation.

Das Verfahren der EbM sieht im wesentlichen folgende Schritte vor:

- Formulierung einer klinisch relevanten Fragestellung,
- Identifizierung der relevanten Literatur (mit Hilfe der Cochrane-Collaboration, einer speziellen Datenbank für wissenschaftliche Studien, gereiht nach unterschiedlichen Niveaus von Evidenz),
- Kritische Würdigung der gefundenen Evidenz (gemessen an Hierarchie-Stufen) und
- Prüfung der Anwendbarkeit auf die konkrete klinische Situation.

Die entscheidende Grundlage dafür bildet stets die Klinische Epidemiologie, um Zufall, systematische Fehler (bias) und Fehleinschätzung der unabhängigen Variablen (confounding) möglichst auszuschließen.

Es ist jedoch hinzuzufügen, dass es hinsichtlich der Balance von Evidenz, Erfahrung und Werten durchaus bei einigen Akteuren im Gesundheitswesen eine Einengung der EbM auf eine „Linie der verschärften Beweisführung" gibt, die im Sinne einer strikten Ergebnis-Orientierung nur solche diagnostischen und therapeutischen Leistungen in der Gesundheitsversorgung zulassen möchten, die *zugleich* dem „Goldstandard" randomisierter, kontrollierter Studien (RCT – randomized controlled trial) *und* dem Gebot der Wirtschaftlichkeit entsprechen („das Vernünftige sparsam tun", Raspe, 1996), was durchaus zu kaum lösbaren Widersprüchen führen kann. Jedenfalls wäre es nach Sackett ein „Mißbrauch" und „fundamentales Mißverständnis", den Einsatz der EbM als ein primäres Mittel der Kostenkontrolle zu verwenden (Sackett, 1996, S. 2). Für die Psychotherapie ist in diesem Zusammenhang z.B. auf die Tätigkeit des gesetzlich eingerichteten Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie (WBP) hinzuweisen, der in starker Einengung der international gültigen Wissenschaftskriterien die „Wirksamkeit" psychotherapeutischer Verfahren aussschließlich an eben diesem „Goldstandard" bemißt. Auf die dadurch hervorgerufene RCT-Lastigkeit der psychotherapeutischen Versorgungsforschung wird noch genauer einzugehen sein (s. Zurhorst, 2000, S. 17 ff; Zurhorst & Legewie, 2001, S. 76 ff.).

Zuvor ist noch kurz darzulegen, wie der Zusammenhang von EbM und der Entwicklung von sogenannten Leitlinien zu sehen ist.

Was heißt „evidenz-basierte Leitlinie"?

Es wurde bereits auf das Problem aufmerksam gemacht, dass das Vorhandensein noch so hochrangiger externer wissenschaftlicher Evidenz (Hierarchiestufen von level 4 bis hinauf zum level 1 der RCT-Studien) nicht garantieren kann, dass das medizinisch Angemessene und wirtschaftlich Effektivste getan wird. Dazu bedarf es elaborierter Handlungsempfehlungen bzw. Leitlinien. Nach der allgemein akzeptierten Definition handelt es sich bei medizinischen Leitlinien um systematisch entwickelte Entscheidungshilfen für Ärzte und Patienten, die eine individuell angemessene gesundheitliche Versorgung ermöglichen sollen (Field & Lohr, 1990). Wichtig hieran ist, dass diese Versorgung nicht nur intuitiv aufgrund bloß subjektiver und intransparenter Handlungsmaximen erfolgt, sondern aufgrund von konsensuell festgelegten Entscheidungs- und Handlungskorridoren, wobei Unterschiede zu machen sind zwischen „Richtlinien" und „Leitlinien": Während erstere kodifizierte Regeln des Handelns und Unterlassens mit Sanktionsmöglichkeiten darstellen, gilt dies für letztere nicht: Im Text jeder Leitlinie ist zu lesen, dass diese für Ärzte „rechtlich nicht bindend" sind und „weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung" haben. Ob dies auf Dauer juristisch zu halten sein wird, ist jedoch eher unwahrscheinlich.

Ziele von Leitlinien sind nach Aussage des SVR (1999, S. 85 f.) u.a.:

- Verbesserung der Versorgungsqualität
- Standardisierung von Interventionen
- Risikoreduzierung
- Budgetkontrolle
- Verbesserung der Effizienz (Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung)
- Verbesserung der Aus- und Weiterbildung
- Reduktion von Verschwendung (z.B. regionale Mehrfachangebote)
- Aufdeckung von Daten- und Forschungslücken
- Informationsservice für die Öffentlichkeit
- Verbesserung der Patienteninformation und -partizipation
- Förderung von Prävention und Rehabilitation.

Gegenwärtig haben die 140 Mitgliedsgesellschaften der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und andere Institutionen bereits über 1000 Leitlinien in Deutschland herausgegeben.

Auch in der Psychiatrie und Psychotherapie gibt es mittlerweile einen stärkeren Trend zur Leitlinienentwicklung, auffälligerweise (fast) nur bei ärztlichen Gesellschaften, zu denen Psychologische Psychotherapeuten keinen Zutritt haben.

Zu Beginn dieses Jahres waren insgesamt 75 Leitlinien im Internet verfügbar (www.awmf-online.de), die von folgenden Mitgliedern der AWMF verabschiedet worden sind:

- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (DGKJP)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)
- Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)
- Deutsches Kollegium für psychosomatische Medizin (DKPM)
- Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (DGPM)
- Allgemeine ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie (AÄGP)(AWMF, 2002).

Auch hier gibt es unterschiedliche Empfehlungsstufen. Die meisten Leitlinien bewegen sich auf der niedrigsten Stufe 1. Auf der höchsten, der Stufe 3, gibt es bisher keine Empfehlungen, da keine Evidenz-basierung im Sinne von RCT vorliegt.

Die Situation bei den Leitlinien insgesamt gleicht einem Wildwuchs in einem undurchschaubaren Interessendschungel. Der SVR stellt dazu fest: „So zeigen mehrere Untersuchungen, dass ein erheblicher Teil der derzeit vorliegenden ausländischen wie deutschen Leitlinien nicht den international geforderten Qualitätskriterien einer multidisziplinären, evidenz-basierten und transparent dokumentierten Leitlinienentwicklung entspricht. Darüber hinaus werden bei der Leitlinienentwicklung Fragen der Berücksichtigung von Patientenpräferenzen sowie adäquater Disseminations-, Implementations- und Evaluationsstrategien nur unzureichend berücksichtigt“ (SVR, 1999, S. 98). Um aus dieser chaotischen Situation herauszukommen, wurden im Sinne des Health Technology Assessment (HTA) eine Art von Clearingstellen bei der Ärztlichen Zentralstelle für Qualiätssicherung (ÄZQ) sowie der AWMF (CLA) eingerichtet, die als steuernde Kommunikationsforen für Kliniker, Methodiker, Repräsentanten der Selbstverwaltung und AWMF-Vertreter fungieren. Da die Entwicklung von evidenzbasierten, praktikablen, flexiblen und für Nutzer wie Laien verständlichen Leitlinien sehr zeitaufwändig und eine quasi flächendeckende Erstellung unbezahlbar und auch wenig effektiv ist, bedarf es einer Priorisierung. Der SVR hat hier in Übereinstimmung mit der ÄZQ insbesondere chronische Krankheitsbilder benannt: „Demnach gehören koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz, Hypertonie, Rückenbeschwerden, Osteoporose, Nikotinabhängigkeit und Schlaganfall in die Kategorie der Leitlinienthemen mit der höchsten Priorität; Adipositas, Asthma, Demenz und Depression in die Kategorie mit der zweithöchsten Priorität“ (SVR, 1999, S. 90).

Kritik der evidenz-basierten Leitlinien

Es wurde bereits auf einige Schwachstellen der EbM hingewiesen. Aus der Fülle der in der Literatur aufgelisteten Probleme seien nur einige wenige herausgegriffen, die unmittelbar zur Thematik der Psychotherapie gehören.

Da ist z.B. die Frage des Verbindlichkeitsgrades evidenz-basierter medizinischer Leitlinien. Hier weist der SVR auf die generellen Probleme der Medizin als **angewandter** Naturwissenschaft hin: „Die Anwendung (der) Erkenntnisse verleiht ihr jedoch erst in einem System völlig anderer Denk- und Bewertungsstrukturen, nämlich dem Leben des individuellen Patienten und dem gesellschaftlich kulturellen Umfeld, ihren Sinn“ (SVR, 1999, S. 66). Daraus ergeben sich weitgehende Konsequenzen.

Zum einen bedarf die **evidence-based medicine** einer Ergänzung durch die **narrative-based medicine (NbM)** (Greenhalgh, 1999), die sich nicht auf Naturwissenschaften, sondern auf Phänomenologie und Hermeneutik stützt. „In der NbM wird ärztliches Handeln als ein deutender Vorgang betrachtet, der narrative Fähigkeiten erfordert, um die ‘Geschichten’ der Patienten und der Kliniker mit objektivierbaren medizinischen Befunden (z.B. Testergebnissen) zu verbinden. Die Akkumulation fallbezogener Erfahrungen (case expertise) befähigt den klinisch tätigen Arzt, bei der klinischen Entscheidungsfindung die angemessenste medizinische Maxime auszuwählen. Unter case expertise ist hierbei die Fähigkeit des Arztes zu verstehen, die Geschichten und die ‘Krankheitsskripte’ (aber auch die klinischen Anekdoten der Kollegen) zu verstehen und zutreffend zu deuten. Schwierigkeiten der Ärzte, wissenschaftliche Erkenntnisse im Kontext der klinischen Begegnung mit den Patienten angemessen umzusetzen, entstehen aus der Sicht der NbM vor allem dann, wenn das narrativ-deutende Paradigma aufgegeben wird und sich klinisches Handeln ausschließlich auf externe wissenschaftliche Evidenz stützt.“

(SVR, 1999, S. 67). Trisha Greenhalgh setzt den Akzent sehr deutlich:

> Furthermore, it is only within such an interpretive paradigm that a clinician can meaningfully draw on all aspects of evidence – his or her own case based experience, the patient's individual and cultural perspectives, and the results of rigorous clinical research trials and observational studies – to reach an integrated clinical judgement. (Greenhalgh, 1999, S. 325)[1]

Zum anderen kommt der SVR folgerichtig zu einer Ablehnung des ätiologischen Krankheitsmodells, das zwar für Infektionskrankheiten eine begrenzte Gültigkeit hat, ansonsten aber grundsätzlich von unzutreffendem Kausalitätsdenken bestimmt ist: „Vor diesem Hintergrund bedarf das ätiologische Krankheitsverständnis einer Revision zugunsten eines konditionalen Krankheitsverständnisses, nach dem Krankheit wesentlich von den Lebensumständen, vom Lebensstil und der patientenseitigen Interpretation abhängt" (SVR, 1999, S. 68).

Diese Aussage ist für die Psychotherapie in Deutschland von erheblicher Bedeutung, da die gesamte Richtlinien-Psychotherapie bei Strafe ihrer Exkommunikation gezwungen ist, ein strikt ätiologisches Krankheitsmodell nachzuweisen (Faber & Haarstrick, 1999, S. 11 ff.). Eine „konditionalistische Betrachtungsweise" (Faber & Haarstrick, 1999, S. 13) von Krankheit wird dort ausdrücklich abgelehnt. Dass dies jedoch mit der sozialrechtlichen Zulassung z.B. der Verhaltenstherapie in Widerspruch steht, hat Reinecker klar formuliert: „Im Kontrast zum medizinischen Modell psychischer Störungen wird nicht versucht, sog. Ursachen dieses Problems zu identifizieren, weil die Ursachen eines psychischen Problems zumeist lange in der Vergangenheit liegen ... Das in der Verhaltenstherapie vertretene Konzept der funktionalen Analyse schränkt das Verständnis von 'Ursachen' insofern ein, als darunter vorausgehende, begleitende und nachfolgende Bedingungen zu verstehen sind, deren Veränderung zu einer Veränderung des Problems führen" (Reinecker, 1997, S. 116). Von daher stellt sich die Frage, ob die Psychotherapie-Richtlinien der KBV überhaupt einer wissenschaftlichen Kritik standhalten und ob sie nicht eher aus Gründen der Kostenersparnis im Gesundheitswesen eine willkürliche Zementierung von bestimmten Psychotherapieschulen aufrechterhalten (sollen).

Als Alternativen zum ätiologischen Modell schlägt der SVR systemtheoretische Ansätze (z.B. das Situationskreismodell von v. Uexküll & Wesiack), insbesondere aber auch lebenswelttheoretische bzw. phänomenologisch-hermeneutische Ansätze vor. Man meint hier Sozialwissenschaftler am Werke zu sehen, wenn der SVR schreibt: „Diese Denkrichtungen gehen über den systemischen Ansatz hinaus, indem den Prozessen im System nur eine Funktion innerhalb eines jeweiligen unter Umständen sehr engen Kontextes zugewiesen wird. Es geht darum, den subjektiven Krankheitswert und damit die Ebene des Krankheitserlebens des Patienten, ebenso wie die realen Konsequenzen einer Krankheit einzubeziehen. Die Bemühungen der Medizin, Lebensqualität als Folge von Krankheit oder auch einer Therapie zu erfassen, lassen sich hier zuordnen" (SVR, 1999, S. 69). Zu denken ist hier etwa an die Bedeutung einer Krankheit für die Aufrechterhaltung einer selbständigen Lebensführung, die Bedeutung der Behinderung für den sozialen Rollenverlust, die Alltagsbewältigung, den Hilfebedarf, die Abhängigkeit etc.. Nicht zu vernachlässigen sind hier auch die psychologischen Wirkfaktoren der Arzt-Patient-Beziehung: „Dabei wird der Arzt selbst mit seiner komplexen Wahrnehmungs- und emotionalen Schwingungsfähigkeit und seinen sozialen Interaktions- und Rollenmustern, aber auch seinen kognitiven und emotionalen Deutungskonzepten ... zum diagnostischen Instrument und therapeutischen Agens" (SVR, 1999, S. 69).

Was ergibt sich daraus für die Psychotherapie? Wenn die Konzeption der Medizin als angewandter Naturwissenschaft im Sinne eines technologischen Determinismus nicht trägt und eine strikte Ausrichtung an RCT-Studien praxisirrelevant ist, ergibt sich beinahe zwangsläufig die Frage, inwiefern das Vorhaben, evidenz-basierte Leitlinien im Sinne **naturwissenschaftlicher** Medizin für die Psychotherapie sozialrechtlich verbindlich zu machen, von vornherein zum Scheitern verurteilt ist. Denn sowohl Gegenstand wie Methode sind in der Psychotherapie einer **sozialwissenschaftlichen** Forschungsstrategie verpflichtet, bei der die Frage der Wirksamkeit und Qualitätsverbesserung eigener, gegenstandsangemessener Zugänge bedarf. Darauf haben Beck und Bonß (1989) überzeugend hingewiesen, indem sie dem technologischen **An**wendungsdenken der Naturwissenschaft das interpretative **Ver**-wendungsdenken der Sozialwissenschaft entgegengesetzt haben und das – wie beim SVR eben gezeigt wurde – auch im Rahmen der Medizin einen zunehmenden Stellenwert erhalten wird.

Grundzüge einer ökologisch-basierten Psychotherapie

In der Auseinandersetzung mit den einseitigen, RCT-orientierten Wissen-

1 „Außerdem gehört es einzig zu einem solchen interpretativen Paradigma, dass ein Kliniker sich auf alle bedeutsamen Aspekte der Evidenz stützen kann – seine oder ihre fallgestützte Erfahrung, die individuellen und kulturellen Perspektiven des Patienten und die Ergebnisse von harten klinischen und empirischen Forschungsstudien – um eine integrierte klinische Beurteilung durchzuführen zu können." (*Übers. v. Verf*)

schaftskriterien des Wissenschaften Beirats Psychotherapie (WBP) (s. dazu Zurhorst & Legewie, 1999) hat Heiner Legewie einen Alternativ-Vorschlag für eine sozialwissenschaftlich orientierte Psychotherapieforschung und Qualitätssicherung unterbreitet (Legewie, 2000), den ich hier als **ökologisch-basierte Psychotherapie** bezeichnen und in ein paar Kernpunkten nahe am Text Legewies referieren möchte. Seine Ausgangsthese ist, dass die Einführung empirischer Wirksamkeitsnachweise und Maßnahmen zur Qualitätssicherung nur dann eine Chance für die notwendige „Modernisierung der Psychotherapie" bietet, wenn es gelingt, Forschungsmethoden und Qualitätsstandards zu entwickeln und durchzusetzen, die den Besonderheiten therapeutischen Handelns gerecht werden, d.h. dem dialogischen Charakter der Psychotherapie entsprechen und eine hohe Praxisrelevanz aufweisen.

Der Ansatzpunkt: Was ist psychotherapeutisches Expertentum?

Basis der Psychotherapie ist der Dialog zwischen Psychotherapeut und Patient. Der Erfolg hängt in hohem Maße von spezifischen kommunikativen Kompetenzen und Strategien des Psychotherapeuten im Zusammenspiel mit dem Patienten ab, also von Expertenkompetenzen, die – wie bereits dargestellt – nicht als evidenz-basiertes Wissen („level 1 – Wissen") kodifizierbar sind.

Neuere theoretische Überlegungen und empirische Untersuchungen zum menschlichen Expertentum zeigen, dass der Versuch, Expertenhandeln durch ein System von Korrelationen oder Wenn-Dann-Regeln zu beschreiben, grundsätzlich scheitern muss (s. Legewie & Ehlers, 1994, S. 316-320). Der Philosoph Hubert Dreyfus hat sich mit sogenannten „Expertensystemen" der Künstlichen Intelligenz auseinandergesetzt, die auf solchen Regelsystemen aufbauen (s. Dreyfus & Dreyfus, 1987). Für das klägliche Scheitern aller bisher bekannten Expertensysteme bei Aufgaben, zu deren Lösung auch praktisches Alltagswissen erforderlich ist, macht Dreyfus das einseitig rationalistische Denkmodell in den Humanwissenschaften verantwortlich. Zur Begründung bezieht er sich unter anderem auf phänomenologische Analysen von Maurice Merleau-Ponty, der in seiner „Phänomenologie der Wahrnehmung" menschliche Existenz als leibhaftige Erfahrung darstellt. Wahrnehmen, Denken und Handeln vollziehen sich immer nur „leib-haftig", in konkreten Situationen.

Dreyfus unterscheidet fünf Stufen des Kompetenzerwerbs (s. Tab. 1).

Stufe	Komponenten	Perspektive	Entscheidung	Einstellung
Neuling	Kontext-frei	Keine	Analytisch	Distanziert
Fortgeschrittener Anfänger	Kontext-frei und situational	Keine	Analytisch	Distanziert
Kompetenz	Kontext-frei und situational	Gewählt	Analytisch	Distanziertes Verstehen und Entscheiden. An Ergebnissen gefühlsmäßig beteiligt
Gewandtheit	Kontext-frei und situational	Erfahren	Analytisch	Teilnehmendes Verstehen Distanziertes Entscheiden
Experte	Kontext-frei und situational	Erfahren	Intuititv	Gefühlsmäßig beteiligt

Tab. 1: Fünf Stufen beim Fertigkeitenerwerb (aus Dreyfus & Dreyfus 1987)

Wie zu sehen ist, findet sich nur in den Anfängerstadien ein Handeln nach festen Regeln (Wissen, dass ...), das einem rationalen Problemlösemodell (Entscheidung zwischen Alternativen) entspricht. Bei zunehmender Kompetenz wird das anfängliche Regelwissen nicht einfach verinnerlicht, sondern es kommt zum Erwerb eines neuartigen, situationsgebundenen und ganzheitlichen Erfahrungswissens (Wissen, wie...), bei dem es nicht um rationales Problem-Lösen, sondern um das kritische Betrachten der eigenen Intuitionen geht. Eine vorhandene Situation wird also nicht mehr in kontextfreie Elemente zerlegt, sondern es geht um die bessere Erfassung *ganzer Situationen*. Und hier unterscheidet sich der Experte (5. Stufe) vom routinierten Könner insbesondere durch gefühlsmäßige Beteiligung und leidenschaftliches Engagement für seine Aufgabe.

Diese phänomenologische Theorie menschlicher Expertenschaft hat nun weitreichende Konsequenzen:

- für die Vermittlung psychotherapeutischer Kompetenzen in der Ausbildung
- für die Qualitätssicherung in der Psychotherapie
- für die Methoden- und Theoriewahl in der Psychotherapieforschung
- für die Diskussion um Nutzen und Gefahren der „Evidenz-basierten Medizin" in der Psychotherapie.

Insbesondere läßt sich hieraus ableiten, dass der Einsatz evidenz-basierten Wissens für erfahrene Psychotherapeuten nur ausnahmsweise bei schwierigen Entscheidungen (z.B. bei Ausbleiben des Therapieerfolgs) zur Ergänzung der eigenen Intuition sinnvoll ist, etwa in der Supervision und in Qualitätszirkeln.

Für Ausbildungskandidaten im Anfängerstadium kann evidenz-basiertes Wissen zusätzlich von didaktischem Wert sein. Des weiteren müssen an die Stelle von RCT-Studien ökologisch valide Praxisevaluationen treten (s. Herrle, 1998). Die Angemessenheit von Design, Erhebungs- und Auswertungsmethoden solcher Studien können nicht allgemein festgelegt werden, sondern müssen von Fall zu Fall entsprechend der jeweiligen Fragestellung beurteilt werden. Die heute gängige Praxis der „Verrechnung" von Ergebnissen in Metaanalysen muss durch argumentativ vergleichende Literaturgutachten ersetzt werden. Hierbei ist insbesondere auch die Berücksichtigung von Auswirkungen des **sozialen und kulturellen Kontextes** bedeutsam, in dem Psychotherapie stattfindet.

Angemessene Forschungsstandards und Praxisrelevanz: Ökologische Validität

Studien zum Behandlungserfolg (Outcome-Studien) – oder besser Prozeß-Erfolgs-Studien – sind in der Psychotherapieforschung unverzichtbar. Hierbei geht es vordringlich um die Frage, welche methodischen Standards von solchen Studien gefordert werden müssen, damit sie für die Praxis von Nutzen sind. Es stellt sich die Frage der **ökologischen Validität** von Psychotherapie-Erfolgs-Studien, wobei ökologische Validität ein Kriterium dafür ist, wieweit die Ergebnisse einer wissenschaftlichen Studie auf die Alltagspraxis übertragen werden können. Legewie benennt folgende Kriterien (s. Tabelle 2):

Optimal „randomisierte und kontrollierte Studie"	Psychotherapie unter Praxisbedingungen
Randomisierte Treatmentzuordnung	Unpraktikabel Entmündigung des Pat.
Plazebo- und Nichtbehandlungsgruppen	ethisch nicht vertretbar Pat. suchen selber Th.-Platz
Eindeutige Diagnosen Keine Mulitmorbidität	Entspricht nicht der Mehrzahl der Pat.
Standardisierte oder Manualisierte Behandlung	Keine „echte" Therapie: z.B. fehlt Selbstkorrektur
Festgelegte Stundenzahl	Behandlung bis Erfolg
Vorab festgelegte „meßbare" Erfolgskriterien	Bedeutung nicht meßbarer unerwarteter Erfolge
Gruppenstatistischer Wirksamkeitsnachweis	Fehlende Skalenqualität Irrelevant für Einzelfall

Tab. 2: Kontrollierte Psychotherapiestudien vs. Psychotherapie in der Praxis

Die Einlösung der in der Tabelle genannten Kriterien für eine praxisrelevante, ökologisch valide Qualistätssicherung in der Psychotherapie geschieht wesentlich auf der Grundlage dialogischer Forschung, insbesondere der **Grounded Theory,** die in den 60er Jahren von den Soziologen Glaser und Strauss (1967; 1974) als eigenständige Methodologie ausgearbeitet wurde. Grounded Theory ist keine Einzelmethode, sondern ein wissenschaftstheoretisch in der Hermeneutik begründeter Forschungsstil. Gleichzeitig umfaßt sie ein abgestimmtes Arsenal von Einzeltechniken, mit deren Hilfe aus Interviews, Feldbeobachtungen, Dokumenten und Statistiken schrittweise eine in Daten begründete („grounded") Theorie entwickelt werden kann (zur praktischen Einführung s. Strauss & Corbin, 1996; s. auch das TU-Berlin ATLAS/ti-Projekt, Muhr, 1994).

In Tabelle 3 hat Legewie Vorschläge für eine umfassende regionale Psychotherapiestudie zusammengefaßt, die in einem größeren Versorgungsgebiet von einer multidisziplinären Arbeitsgruppe durchgeführt werden müßte: Psychotherapeuten, in quantitativen und qualitativen Methoden gleichermaßen erfahrene Sozialwissenschafter, Epidemiologen und Gesundheitsökonomen. Eine solche Studie könnte als Aufgabe eines Sonderforschungsbereichs oder Forschungsverbunds Gesundheitswissenschaften grundlegende Erkenntnisse auch für Kostenträger und gesundheitspolitische Entscheidungen liefern. Ebenso wichtig sind methodisch fundierte Einzelstudien zu eingegrenzten Fragestellungen in kleineren Untersuchungseinheiten bis hin zu Psychotherapiestationen und Einzelpraxen, wobei das Design in Anlehnung an Tabelle 3 modifiziert werden kann.

Chancen einer ökologisch-basierten Psychotherapie

Die Umsetzung dieser Vorstellungen wird angesichts der gegenwärtigen RCT-lastigen Hauptströmung der Psychotherapieforschung nicht leicht sein. Auch in der weiteren Fachöffentlichkeit, in der AWMF, in den Gremien der Ärztekammern und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung („Bundesausschuß Ärzte und Krankenkassen") und den „Beratenden Fachausschüssen für Psychotherapie" der Kassenärztlichen Vereinigungen und womöglich in den Psychotherapeutenkammern und bei vielen gesundheitspolitischen Akteuren (Politikern, Krankenkassen) existiert heute noch ein einseitiges gesundheitswissenschaftliches Forschungsverständnis.

Design (regionale Prozess-Erfolgs-Studie):

- Prospektive Verlaufsstudie: *ca. 6 – 10 Jahre*
- Population: *z.B. Bevölkerung von 1 – 2 (Standard-)Versorgungsgebieten (möglichst unterschiedliche demografische Daten und Versorgungsstrukturen)*
- Fallidentifikation: *Breites Spektrum (z.B. F 4/F 45)*

Quantitative Evaluation (möglichst Totalerhebung):

- Eingangsphase: *Wahre Prävalenz/Inzidenz erheben (zumindest Stichprobe, z.B. N = 1000)*
- Dokumentation pro behandelten Fall:
  - *alle Behandlungsmaßnahmen und Hilfen*
  - *alle Krankheits- und Sozialkosten (Datenbanken der Kostenträger)*
  - *Diagnosen, Symptomatik, Befinden, soziale Anpassung, Arbeit (z.T. Skalen)*
- Statistische Auswertung: *Kosten/Nutzen-Analysen vor/nach unterschiedlichen Interventionen*

Qualitative Evaluation (5 -10 % der Fälle, auch unbehandelte Fälle):

- Theoriegeleitete Stichproben: *möglichst kontrastierende Gruppen*
- Quasi-experimentelle Vergleiche: *z.B. Kassenstandard versus optimale Behandlung ausgewählter Fälle*
- Naturalistische Erhebungsmethoden: *Interviews, teilnehmende Beobachtung (+„harte" Daten!)*
- Grounded-Theory-Auswertung: *Rekonstruktion der Verlaufsbiographien mit/ohne Psychotherapie*

Tab. 3: Design einer umfassenden Studie zur regionalen psychotherapeutischen Versorgung

Zu hoffen ist, dass die Frustration der praktisch tätigen Psychotherapeuten über die heute vorhandene Art der Psychotherapieforschung und die dringende Notwendigkeit der Qualitätssicherung in der Praxis längerfristig dazu führen werden, dass **ökologisch valide und praxisrelevante** Studien sich in der Forschung, Gesundheitspolitik und Medienöffentlichkeit durchsetzen können.

„Wenn es aber nicht gelingt", so Legewies (2000) Resümee, „den Besonderheiten der Psychotherapie bei Einführung der EbM Rechnung zu tragen, wird sich für Psychotherapeuten künftig bestenfalls der bürokratische Aufwand durch neue sinnlose Formalitäten erhöhen – schlimmstenfalls werden sich solche 'wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren' immer mehr durchsetzen, die ein simples Regelsystem für Anfänger ('Manualisierung') an die Stelle der *Kunstlehre* heilkundlicher Psychotherapie setzen" (Legewie 2000, S. 45).

Literatur

AWMF (2000). Mitglieder der AWMF. Verfügbar unter: http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/ awmfmemb.htm (12.8.2002).

Beck, U. & Bonß, W. (Hrsg.). (1989). *Weder Sozialtechnologie noch Aufklärung? Analysen zur Verwendung sozialwissenschaftlichen Wissens.* Frankfurt/M: Suhrkamp.

Dreyfus, H. & Dreyfus, S. (1987). *Künstliche Intelligenz – Von den Grenzen der Intelligenzmaschine und dem Wert der Intuition.* Reinbek: Rowohlt.

Faber & Haarstrick (1999). *Kommentar Psychotherapie-Richtlinien*. München/Jena: Urban&Fischer.

Field, M.J. & Lohr, K. N. (Hrsg.). (1990). *Clinical practice guidelines. Directions form a new program.* Washington D.C: Institute of Medicine.

Glaser, B. G. & Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research.* Chicago: Aldine.

Glaser, B. G. & Strauss, A. (1974). *Interaktion mit Sterbenden.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Greenhalgh, T. (1999). Narrative based medicine in an evidence based world. *BMJ, 318*. Verfügbar unter: http://www.bmj.com (30.1.2001).

Herrle, J. (1998). Soziale Unterstützungsnetzwerke im psychotherapeutischen Kontext. In B. Röhrle, G. Sommer & F. Nestmannn (Hrsg.), *Netzwerkintervention* (S. 51-76). Tübingen: Dgvt-Verlag.

Legewie, H. (2000). Psychotherapie unter Rationalsierungsdruck. *psychomed,* 2, 45-50.

Legewie, H. & Ehlers, W. (1994). *Knaurs moderne Psychologie.* München: Droemer Knaur.

Muhr, T. (1994). ATLAS/ti – Ein Werkzeug für die Textinterpretation. In A. Böhm, A. Mengel & T. Muhr (Hrsg.), *Texte verstehen – Konzepte, Methoden, Werkzeuge* (S. 35-48). Konstanz: Universitätsverlag.

Raspe, H. (1996). Evidence based medicin: Modischer Unsinn, alter Wein in neuen Schläuchen oder aktuelle Notwendigkeit? *Z. ärztl. Fortb., 90*, 553-562.

Reinecker, H. (1997). Verhaltenstherapie. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie* (S. 112-153). Stuttgart/New York: Thieme.

Sackett, D.L. (1996). *Was ist Evidenzbasierte Medizin und was nicht?* Verfügbar unter: http:// www.cochrane.de/deutsch/ccsackett.htm (12.8.2002).

Schmacke, N. (2001). Leitlinienorientierung. *Dr. med. Mabuse,* 134, 52-55.

Strauss, A. & Corbin, J. (1996). *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung.* Weinheim: Psychologie Verlags Union.

SVR (1999). *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bd. II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege*. BT-Drs. 14/5661 v. 21.3.2001.

Zurhorst, G. (2000). Nach zwei Jahren Psychotherapeutengesetz: In Kürze vor dem berufspolitischen Scherbenhaufen? *Journal für Psychologie,* 4, 17-26.

Zurhorst, G. & Legewie, H. (2001). Stellungnahme zur Novellierung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) an das Bundesministerium für Gesundheit. *Journal für Psychologie*, 1, 76-82.

Prof. Dr. Dr. Günter Zurhorst

Döbelner Str. 58
04741 Rosswein
zurhorst@htwm.de

Die Kassenärztliche Vereinigung – Machtmonopol der Ärzte und Psychotherapeuten oder zahnloser Tiger?

Jürgen Doebert

Kassenärztliche Vereinigung Süd-Württemberg

Zusammenfassung: Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sind gesundheitspolitisch umstrittene Institutionen. Die Geschichte der KVen und die rechtlichen Rahmenbedingungen werden erläutert, unter denen sie ihrem widersprüchlichen Auftrag zwischen genossenschaftsartiger Interessenvertretung und Kontrolle der Ärzte und Psychotherapeuten gerecht zu werden versuchen. Damit kann abgeschätzt werden, in welchem Ausmaß und unter welchen Bedingungen die Psychotherapeuten sich gesundheitspolitisch für die KVen und in den KVen engagieren sollen. Es wird verdeutlicht, dass die Monopol-Position der KVen durch sehr viele Regelungen so eingeengt ist, dass die Mitglieder der KVen den genossenschaftlichen Aspekt kaum mehr erkennen. Die Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen und KVen, die vor allem reglementierende Funktionen haben, werden erklärt.

Die Zukunft der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) wird in der gegenwärtigen Diskussion zur Reform des Gesundheitswesens viel diskutiert. Dabei geht es in dieser Diskussion nicht gerade zimperlich zu. Vertreter der Regierung, der Krankenkassen und auch der Medien sehen in den KVen ein Monopol und ein Mittel zum Machtmissbrauch zugunsten der Interessen von Ärzten. Mithilfe der KVen würden die Honorarwünsche der Ärzte durchgesetzt, Abrechnungsbetrug vertuscht und schlechte Qualität der ärztlichen Leistungen gedeckt – "KV" als Abkürzung für "Kriminelle Vereinigung". Die KVen ihrerseits machen sich auch nicht gerade beliebt mit manchen politischen Akzenten. Sie fühlten sich als Prügelknaben der Nation und schlugen kurz vor der Wahl zu: "Was verstehen Politiker von Medizin – nichts" stand in einer Anzeigen-Kampagne der KVen zu lesen. Die Rechtmäßigkeit solcher Aktionen darf bezweifelt werden, wenn man bedenkt, dass KVen Körperschaften des öffentlichen Rechts sind. Machtmonopol der Ärzte – Körperschaft des öffentlichen Rechts; dies scheint ein Widerspruch zu sein.

Was ist für uns Psychotherapeuten gut?

Angesichts der Tatsache, dass auch wir Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Stellung zu der Frage nehmen müssen, ob wir in den KVen für uns eine geeignete Organisationsform sehen, soll in diesem Artikel versucht werden, die Aufgaben der KVen darzustellen und die rechtlichen Rahmenbedingungen zu umreißen, unter denen die KVen tätig sind.

Um die jetzige rechtliche Konstruktion und manche anscheinend bis heute aktuellen Konflikte zu verstehen, hilft ein Blick in die Geschichte.

Ein alter Konflikt

"Die Ambulatorien waren in der Tat mehr als nur ein Kampfinstrument der Krankenkassen gegen den Ärztestreik. Sie waren herausragendes Symbol gesundheitspolitischer Zielvorstellungen der linken Parteien, und so wurden sie zum Kristallisationskern einer Gesundheitspolitik, die sich der Politik der großen Ärzteverbände entgegenstellte. Nach den sozialpolitischen Vorstellungen linker Parteien wie der Sozialdemokratie sollte der Staat ebenso fürsorglich wie patriarchalisch mittels eines zentralisierten Gesundheitssystems über die Gesundheit des einzelnen wachen." (Jütte, 1997, S. 115)

Diese Sätze sind nicht etwa bereits ein Rückblick auf unsere heutige Diskussion zu Gesundheitszentren, sondern beziehen sich auf die 20er Jahre des vorigen Jahrhunderts! Daran wird deutlich, dass die Diskussion darüber, wie ärztliche Leistung erbracht werden soll – in einer Institution oder in freiberuflicher Praxis – nicht neu ist. Diese Diskussion lief sowohl innerhalb der Ärzteschaft, wie auch zwischen (linken) Politikern und Ärzten.

Bismarck

Der Kampf zwischen Ärzten und Krankenkassen geht noch weiter zurück, nämlich bis zur Einführung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Jahr 1883. Als Kassenarzt hatte man zwar die Macht, dem Patienten zu Krankengeld oder kostenlosen Medikamenten zu verhelfen, war aber dem Druck der Kassen ausgesetzt, die Ausgaben zu begrenzen, restriktiv krank zu schreiben und sparsam Arzneimittel zu verschreiben. Einzelne Ärzte machten Verträge mit einzelnen Krankenkassen. Da damals genug Ärzte zur Verfügung standen und zunächst auch nur für relativ wenige gesetzlich Krankenversicherte Verträge abgeschlossen werden mussten, hatten hier die Krankenkassen die Macht der Auswahl. Also schon damals gab es die Nachfragemacht der Kassen. Verschärfend kam nach 1918 hinzu, dass in den Leitungsgremien der Krankenkassen (sozialdemokratische) Arbeitervertreter saßen, die den finanziellen Wünschen der Ärzte deutliche Grenzen setzten. Auch heute noch sitzen Vertreter der Arbeitnehmerseite in den Vorständen und Aufsichtsgremien der gesetzlichen Krankenkassen. Den statusbewussten Ärzten gefiel schon damals diese Machtverteilung ganz und gar nicht. Im Laufe der Jahre wurde die Krankenversicherungspflichtgrenze immer weiter angehoben, was jedes Mal aus Sicht der Ärzte einen Verlust weiterer Privatversicherter und immer mehr Einfluss und Macht der Krankenkassen auf ihr tägliches Tun mit sich brachte.

Im Jahr 1900 wurde der "Leipziger Wirtschaftliche Verband" , der später nach seinem Gründer in "Hartmannbund" umbenannt wurde, gegründet. Dieser Verband versuchte mit gewerkschaftsähnlichen Mitteln, die wirtschaftlichen Interessen der niedergelassenen Ärzte gegenüber den Krankenkassen zu vertreten. So kam es im Jahr 1904 auch zu regionalen Ärztestreiks.

RVO und Parität

Vor der Einführung der Reichsversicherungsordnung (RVO) am 1.1.1914 gab es heftige Auseinandersetzungen zwischen den Krankenkassen und den Ärzten, insbesondere dem Leipziger Wirtschaftlichen Verband. Als Kompromiss wurden dann Regelungen gefunden, die bis heute nachwirken: Nicht mehr die Krankenkassen allein konnten einen Arzt als Kassenarzt zulassen, vielmehr gab es paritätisch besetzte sogenannte Vertrags- und Registerausschüsse, sozusagen die Vorläufer der heutigen Zulassungsausschüsse. Auf 1350 Versicherte war mindestens ein Arzt zuzulassen, die erste Form von Bedarfsplanung. In ebenfalls paritätisch besetzten Ausschüssen wurden erste Schritte von Individualverträgen des einzelnen Arztes mit einer Krankenkasse zu Kollektivverträgen vorbereitet. Faktisch hatten hier die Ärzte die Macht der Krankenkassen geschwächt.

Die Erfindung der KV

In den 20er Jahren ging es den Ärzten zunächst nicht schlecht. Aber es gab immer mehr junge Ärzte und wenige Kassenarztstellen. Die Wirtschaftskrise führte zu weitreichenden Sparmaßnahmen bei den Krankenkassen. "In diesem Komplex aus realen Einkommensverlusten, Statusdenken und subjektiv empfundener Verelendung sieht eine ganze Reihe von Historikern auch einen der wesentlichen Gründe, warum sich die ohnehin konservative Ärzteschaft gegen Ende der Weimarer Republik politisch immer mehr nach rechts radikalisierte und schließlich für den Nationalsozialismus so empfänglich war." (Jütte, 1997, S. 130). Um zu vermeiden, dass die finanzielle Spannung zwischen Ärzten und Krankenkassen durch staatliche Eingriffe (alle Ärzte nur noch als Angestellte) gelöst würde, entwickelte der Hartmannbund sein Modell. Dieses nahm zwar Einkommensverluste der Ärzte in Kauf, beinhaltete aber die Möglichkeit, das Geld in eigener Regie zu verteilen. Am 8.12.1932 wurde dieses Modell in einer Notverordnung von der Regierung übernommen und erlassen. Darin war außerdem geregelt, dass die Ausgaben für ärztliche Behandlung an die Einnahmen der Krankenkassen gekoppelt wurden. So wurden die Kassenärztlichen Vereinigungen erschaffen, die als öffentlich rechtliche Körperschaften definiert waren. Die Ärzte hatten damit auch die Pflicht zur flächendeckenden Versorgung, den Sicherstellungsauftrag und die Bedarfsplanung in die Hand bekommen. Der Preis dafür war aber, nicht mehr streiken zu dürfen und eine staatliche Aufsicht zu haben. Durch den Abschluss von Kollektivverträgen, d.h. durch Verträge, die in einer Region für alle niedergelassenen Ärzte galten, konnten die KVen selbst das knappe Geld verteilen.

Ganz sicher ist auch in der finanziellen Enge und der großen Zahl an Medizinern ein Grund zu sehen, warum die KVen nach der Machtergreifung Hitlers ziemlich schnell bereit waren, allen jüdischen Ärzten die Zulassung zu entziehen. Lifton (1988) zeigt durch Interviews von ärztlichen Nazi-Tätern,

dass die Körper- und Gesundheitsmetaphorik der nationalsozialistischen Ideologie (Das Volk als Körper mit kranken Teilen) viele Ärzte in ihrer ärztlichen Identität ansprach. Erst am Ende des vorigen Jahrhunderts gab es die Bereitschaft in einigen KVen, ihre eigene Geschichte in dieser Hinsicht aufzuarbeiten. Als Beispiel sei die KV Süd-Baden angeführt.

Die Konstruktion der KVen nach dem Krieg knüpfte in den westlichen Bundesländern an der Notverordnung von 1932 an und besteht bis heute.

Heute sind die Aufgaben und Rechte der KVen im Sozialgesetzbuch V geregelt. Dazu kommt eine umfassende Rechtsprechung.

Zwei Seiten einer Medaille

Obwohl im Moment angegriffen als „Machtkartell der Ärzte" scheint das Image der KV als Interessenvertretung, Genossenschaft oder gar Ärztegewerkschaft für die Ärzte selbst nicht gerade überzeugend zu sein. Nicht nur Psychotherapeuten klagen vor Gericht gegen die Honorarverteilungen. Ärzte legen massenhaft Widerspruch gegen Honorarstreichungen und -kürzungen durch die KV ein. Sie ärgern sich genauso wie die Psychotherapeuten über Regularien, die ihnen "die KV" vorschreibt, z.B. wenn sie bestimmte Leistungen erbringen wollen. Die Klagen vor Gericht führen zu Urteilen, die wiederum die KVen zu neuen Maßnahmen zwingen, die von anderen als Zwang empfunden werden.

Paradebeispiel für den Ärger unter den KV-Mitgliedern ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) (siehe dazu den Artikel von Best, D. im Psychotherapeutenjournal, 0/2002). Nicht nur Psychotherapeuten, sondern auch Ärzte fühlen sich bei der Erstellung der Leistungslegende und Bewertung ihrer Leistungen im EBM benachteiligt. Das jüngste Beispiel sind die sog. KO-Leistungen. Teilröntgen, Gastroskopie, Koloskopie und viele andere ärztliche Leistungen sind ab 01.01.03 für Hausärzte nicht mehr abrechenbar. Für viele Hausärzte in ländlichen Regionen, die sich wegen mangelnder Facharztpräsenz auf diese Leistungen spezieller eingerichtet hatten, bricht ein großer Teil ihres Leistungsspektrums damit weg.

Der Widerspruch kommt zustande durch den Doppelcharakter der KVen. Viele KV-Mandatsträger leiden selbst unter dieser Janusköpfigkeit aus Interessenvertretung einerseits und Kontrolle der eigenen Kollegen andererseits. Der Wunsch der Mandatsträger in der Selbstverwaltung durch die zu Kontrollierenden (Ärzte und Psychotherapeuten) wiedergewählt zu werden, ist sicher ein weiterer Grund, warum eine echte Kontrollfunktion seitens der KVen über Jahre hinweg unterblieben ist. Im öffentlichen Diskurs wird hier nicht berücksichtigt, dass betrügerische Ärzte im Rahmen der Gesamtvergütung primär den Kollegen in die Tasche greifen, nicht aber etwa den Krankenkassen, die mit Zahlung ihrer Kopfpauschale nun auf die innerärztliche Verteilung verweisen können. Im SGB V liest sich dieser Konflikt so: „Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die Rechte der Vertragsärzte gegenüber den Krankenkassen wahrzunehmen. Sie haben die Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten zu überwachen und die Vertragsärzte, soweit notwendig ... zur Erfüllung dieser Pflichten anzuhalten." (SGB V, § 75, Abs. 2)

Bestes Beispiel für unklares Vorgehen gegen Missbrauch sind die Plausibilitätsprüfungen, die in vielen KVen nur sehr zögerlich und halbherzig umgesetzt werden. Die Zeitbewertungen der KBV in ihren neuen und damit für alle KVen gültigen Plausibilitätskriterien mit im Schnitt 12 Stunden erlaubter Tagesarbeitszeit muten paradox und unglaubwürdig an. Jeder Taxifahrer oder LKW-Fahrer, der nach maximal 4 Stunden Lenkzeit eine mindestes 30-minütige Pause einlegen muss und zusammenhängende Ruhezeit zwischen zwei Arbeitsschichten von 10 Stunden nachweisen muss, wird bezweifeln, dass mit solchen Zeitvorgaben wirklich jemand zu kontrollieren ist.

Interessanterweise hat aber diese Vorgabe der KBV die Zustimmung des Bundeskriminalamtes gefunden, mit dem die KBV wegen möglicherweise folgender Prozesse schon vorher solche Regelungen abspricht.

Gebremste Interessenvertretung

Die Interessenvertretung darf sich nicht auf den einzelnen Arzt beziehen sondern nur auf die Gesamtheit der Ärzte. Der genossenschaftliche Aspekt schlägt sich darin nieder, dass die KV-Vorstände mit den Krankenkassen für alle Ärzte und seit 1999 auch für Psychotherapeuten die Vergütung aushandeln und Kollektivverträge abschließen. Hierbei können beispielsweise besondere Qualifikationsanforderungen für die Erbringung bestimmter Leistungen und die Höhe der Vergütung dieser Leistungen vereinbart werden. Strukturelle Verbesserungen z.B. mehr Ambulante Operationen, also Verlagerung von stationären Leistungen in den billigeren ambulanten Sektor, können in gesonderten Strukturverträgen vereinbart werden.

Der gesetzlich vorgegebene Kontrahierungszwang mit geregeltem Schiedsamtsverfahren (s.u.) legt die Vertragsparteien derzeit darauf fest, für flächendeckend gültige Vertragswerke

zu sorgen. Daraus resultiert das in der Regel jährlich wiederkehrende Ritual der Vertragsverhandlungen. Kann man sich nicht einigen, gilt der bestehende Honorarvertrag weiter bis das Schiedsamt oder die im Anschluss mögliche Sozialgerichtsbarkeit einen Spruch fällen. Ein vertragsfreier Zustand kann also nicht eintreten.

Die gegenwärtige Realität dieser "Verhandlungen" besteht darin, dass mit den Verhandlungsführern der Kassen der Region darüber gestritten werden muss, ob die Kassen bereit sind, die maximal mögliche jährliche Erhöhung, die sich an der Grundlohnsummensteigerung orientiert, wie sie vom BMGS festgestellt wird, an die Ärzte zu zahlen oder nicht. Die Vertragsverhandlungen sind also durch diese Koppelung an die Grundlohnsummensteigerung schon seit einigen Jahren nach oben begrenzt. Da die KV durch ihren Charakter als Körperschaft öffentlichen Rechts mit Pflichtmitgliedschaft keinen Streik organisieren darf, bestehen bei diesen "Verhandlungen" folgende 3 Möglichkeiten:

- die KVen nehmen entgegen, was die Kassen zu zahlen bereit sind
- Die KVen fordern mehr, die Kassen lassen sich überzeugen, z.B. weil ihnen die KV eine strukturelle Verbesserung der Versorgung anbietet, für die die Kassen auch zu Zahlungen bereit sind. Hierbei kann manchmal die Konkurrenz der Kassen**arten** (BKK, IKK, AOK, EK) dazu führen, dass regionale "Schmankerln" vereinbart werden können, die aber im Effekt weniger als 5 % der Gesamtvergütung betreffen
- KV und Kassen können sich nicht einigen. In diesem Fall beginnt ein Schiedsamtsprozess auf Landesebene. Das Ergebnis sind Mittelwege, oft aber Entscheidungen zugunsten der Kassen, so dass die KVen sich eher scheuen, diesen Weg zu gehen.

Die Unzufriedenheit der niedergelassenen Ärzte mit ihrer somit als zahnlos wahrgenommenen KV als Interessenvertretung führte schon zu vielen Netzbildungen. Davon versprechen sich einige Ärztefunktionäre unter neuen gesetzlichen Regelungen, z.B. durch dann wieder mögliche Streikmaßnahmen den Kassen mehr Gelder abverhandeln zu können. Welche Gelder hier über Netze verteilt werden sollen, ist angesichts der Finanzlage der Kassen klar: das der nicht organisierten anderen Ärzte.

Die bisherige Stärke der KVen liegt also darin, alle Ärzte zu vertreten und zu verhindern dass Gruppen von Ärzten gegeneinander ausgespielt werden. Insofern sind die KVen echte Monopolisten, weil sich die Kassen außerhalb der KVen keine ärztlichen Leistungen im Ambulanten Bereich einkaufen können. Der Versuch der Politik, die Kliniken weiter für die Ambulante Versorgung zu öffnen, ist also eine weitere gezielte Maßnahme, das Monopol der KVen schrittweise aufzulösen. Wie lange die Geschichte dieses Versuchs ist, zeigte der oben zitierte Text zu den Ambulatorien, die heute Gesundheitszentren oder Ambulanzen heißen würden. Monopole unterliegen eigenen Gesetzten. „Schwache" Ärzte werden dadurch gestützt, "starke", d.h. gut organisierte, hochtechnisierte und effiziente Praxen gebremst.

Die KV als Regelungs- und Steuerungsinstanz

Dieser in Bezug auf Honorarverhandlungen eher schwachen „genossenschaftlichen" Seite der KVen steht eine Fülle von "Obrigkeits-Aufgaben" gegenüber. Das Interesse der Ärzte und Psychotherapeuten wird allein durch die Tatsache gewahrt, dass hier im Rahmen der Selbstverwaltung die eigenen Fachleute Regelungen treffen und nicht staatliche Verwaltungsbeamte. Die Vorstände der KVen sind daher bisher durch Ärzte (und neuerdings auch durch einige Psychotherapeuten) besetzt. Deren fachliche Einschätzungen oder auch deren Wunsch, Ärzte- und Psychotherapeuteninteressen zu vertreten, werden allerdings in unglaublich hohem Maße durch gesetzliche Regelungen, Vorschriften der Bundesausschüsse, Vorgaben der Aufsichtsbehörde des jeweiligen Bundeslandes und durch Gerichtsurteile eingeengt. Dies sind im Laufe der Jahre gewachsene Gegenmaßnahmen, um wiederum die Vorteile der Monopolstellung der KVen zu begrenzen. Im Endeffekt führt das dazu, dass die Justiziare und Verwaltungsrechts-Fachleute in den KVen die konkreten Entscheidungen stark mitbestimmen. Es gibt einen der Entwicklung bei dem Einkommenssteuersystem entsprechenden Prozess: In dem Bemühen immer mehr Gerechtigkeit herzustellen, ist ein unüberschaubar komplexes System von Regelungen entstanden, das immer neue Ungerechtigkeiten hervorbringt.

In den zwischen Krankenkassen und KVen zu schließenden Gesamtverträgen wird aber nicht nur über das Geld verhandelt, sondern darin müssen gem. § 83, Abs. 2 SGB V auch Verfahren vereinbart werden, mit denen die Abrechnungen der Ärzte und Psychotherapeuten geprüft werden. Manche öffentliche Beschwerde von Krankenkassen über Abrechnungsbetrug der Ärzte wirkt daher wenig überzeugend, sind doch die Krankenkassen durch die Verträge in die Wirtschaftlichkeitsprüfung einbezogen. Wie, wie oft, mit welchen Mitteln und durch wen die Abrechnungen der Ärzte und Psychotherapeuten geprüft werden, bestimmen die Krankenkassen mit. Dabei steht primär das Verordnungsverhalten

(Medikamente, Heilmittel) der Ärzte im Focus der Prüfung.

Die gemeinsame Selbstverwaltung

Die kontrollierenden und regelnden Aufgaben können unterteilt werden in solche, die die KV allein wahrnimmt und solche, die gemeinsam mit den Krankenkassen erfüllt werden.

Die gemeinsamen Ausschüsse

Jedem niedergelassenen Psychotherapeuten sind die **Zulassungs- und Berufungsausschüsse** bekannt, in denen die Vertreter der Leistungserbringer (also über die KV benannt) und der Krankenkassen darüber bestimmen, ob und wo ein Arzt oder Psychotherapeut sich niederlassen kann. Die KV hat den sogenannten Sicherstellungsauftrag, d.h. sie muss für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten sorgen. In den Zeiten einer flächendeckenden Bedarfsplanung in fast allen Fachgebieten (ausgenommen sind heute noch die Anästhesisten) gibt es kaum mehr echte Neuzulassungen. Die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten waren die letzte große Welle von Neuzulassungen. Bei festgefügter Bedarfsplanung entscheiden die Zulassungsgremien primär nur noch über die ordnungsgemäße Nachbesetzung bei Praxisabgabe oder über quantitativen bzw. qualitativen Sonderbedarf. Wenn in einzelnen Fachgebieten z.B. bei den Kinder- und Jugendlichentherapeuten die Sicherstellung nicht gewährleistet ist, muss der Zulassungsausschuss Maßnahmen ergreifen, um dies zu ändern und Sonderbedarf aussprechen. Wenn also die Versorgung in einer bestimmten Region in Bezug auf ein Fachgebiet oder auf bestimmte hochqualifizierte Leistungen nicht gewährleistet ist, werden die Gremien tätig Diese Maßnahmen könnten in der Ausschreibung und Förderung einer neuen Praxis liegen, bestehen aber in der Regel darin, dem Zulassungsausschuss vorzuschlagen, entsprechend qualifizierte Krankenhausärzte zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung zu ermächtigen. Bei Überversorgung darf eigentlich keine Neuzulassung im Zulassungsausschuss bewilligt werden. Solange aber der Verkauf einer Praxis am Ende der Tätigkeit eines Arztes oder Psychotherapeuten Teil seiner Altersvorsorge ist, müssen vakant werdende Kassenarztsitze ausgeschrieben und neu besetzt werden.

Weitere gemeinsame paritätisch besetzte Gremien auf Länder- bzw KV-Ebene sind:
Der **Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen**, in dem darüber entschieden wird, ob in einer Region Über- oder Unterversorgung vorliegt. Hier wird überprüft, ob gemessen an den vom ebenfalls gemeinsam besetzten Bundesausschuss für Bedarfsplanung festgesetzten bundeseinheitlichen Kriterien die Öffnung oder Sperrung einer Region für die Niederlassung zu veranlassen ist.
Der **Prüfungs- und Beschwerdeausschuss**: Nach § 106 SGB V führen Krankenkassen und KV gemeinsam die Prüfungen der Wirtschaftlichkeit von Leistungen sowie zur korrekten Abrechnung durch. Dieser Ausschuss ist die Instanz, in der über Beschwerden der Leistungserbringer gegen Entscheidungen der Prüfinstanz vorgebracht und entschieden wird, bevor möglicherweise ein Sozialgerichtsprozess angestrengt wird
Die **Schiedsämter** sowie die sog. **erweiterte Landesschiedsstelle**: Sie entscheiden unter Leitung eines unabhänigen Dritten bei strittigen Vertragsverhandlungen zwischen KV und Kassen.

Auf **Bundesebene** gibt es ebenfalls paritätisch besetzte Gremien:
Der **Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen** erlässt Regelungen mit faktischer Gesetzeskraft, die die gesamte vertragsärztliche Versorgung betreffen. Dazu gehören z.B. verschiedene Richtlinien, mit denen eine wirtschaftliche und qualitätsgesicherte Versorgung gewährleistet werden soll. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen besteht aus verschiedenen Unterausschüssen. Bei Angelegenheiten, die die psychotherapeutische Versorgung betreffen, gibt es eine eigene Zusammensetzung dieses Ausschusses (und seines Arbeitsausschusses). Auf der Leistungserbringerseite sitzen in diesem Unterausschuss Psychotherapeuten. Hier wird über neue Verfahren, QS-Instrumente und Richtlinien für die Durchführung von Psychotherapie entschieden.
Darüber hinaus setzt der **Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in seiner besonderen Zusammensetzung für die Bedarfsplanung** die zahlenmäßigen Vorgaben fest, sowie die Systematik der Definition der Regionen. Dass hierbei nicht der reale Versorgungsbedarf festgestellt wird, lässt sich sehr gut an der psychotherapeutischen Versorgung darlegen.
Im neu geschaffenen **Koordinierungsausschuss,** dem auch Vertreter der Krankenhäuser und der Zahnärzte angehören, werden sektorübergreifende Angelegenheiten verhandelt, sowie z.B. die Krankheiten ausgewählt und definiert, denen im Rahmen der DMP´s (Disease-Management-Programme) besondere Aufmerksamkeit gezollt werden soll.

Alle Psychotherapeutenverbände fordern, dass in all diesen Ausschüssen Psychotherapeuten angemessen vertreten sein sollen. Dies ist bis jetzt aber nur ausnahmsweise und in Ansätzen der Fall.

Zusammenfassend kann man feststellten, dass es weite Bereiche der gesundheitlichen Versorgung gibt, die KVen und Krankenkassen schon seit Jahren gemeinsam regeln. Die Klage über eine Monopolstellung der KVen wirkt daher übertrieben, weil dieses Monopol außerdem durch mannigfache Verordnungen und Gesetzeseinschränkungen bereits stark reguliert ist.

Die KV als Kontrolleur

Ohne Beteiligung der Krankenkassen kann und muss die KV disziplinarisch gegen ihre Mitglieder vorgehen, wenn sie sich nicht an die Regeln halten: Verstöße gegen die Gebührenordnung und ihre Leistungslegenden, Abrechnung von Leistungen, die nicht zum Fachgebiet gehören, Verstöße gegen Regelungen zur maximalen Anzahl einer Leistung im Quartal, Erbringung einer Leistung ohne entsprechenden "Führerschein" (z.B. Röntgen) oder ohne die vorgeschriebene Dokumentation (z.B. auf Video), unplausibel viele Leistungen pro Tag oder Quartal, Abrechnungsketten, Ringüberweisungen usw. Ein Großteil dieser Prüfungen wird in der KV (aber aufgrund von vertraglichen Vereinbarungen auch mit den Krankenkassen) automatisch durch entsprechende Computerprogramme vorgenommen. Detailliertere Recherchen bei auffälligen Leistungserbringern werden dann "von Hand" durchgeführt. Zum Teil werden Abrechnungen der KV-Mitglieder nur sachlich richtig gestellt, d.h. es werden Leistungen gestrichen, die nicht hätten erbracht werden dürfen oder die nicht vollständig erbracht wurden, zum Teil wird ein Disziplinarverfahren in Gang gebracht, wenn der begründete Verdacht auf einen Verstoß gegen geltende Bestimmungen vorliegt. Bei Betrugsverdacht, also nachweislichem Vorsatz eines selbst bereichernden Verstoßes wird der Fall der Staatsanwaltschaft übergeben. Diese Aufgaben werden unter dem Begriff der **Gewährleistungspflicht** der KVen zusammengefasst: die KV muss eine ordnungsgemäße Behandlung der Patienten und Abrechnung der Leistungen gegenüber den Kassen gewährleisten.

Die zentrale Aufgabe der KV

Ebenfalls ohne die Kassen regelt die Vertreterversammlung der KV die **Honorarverteilung** unter ihren Mitgliedern. Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) wird nur im Einvernehmen mit den Krankenkassen erstellt. Dies bedeutet, dass der HVM den Krankenkassen rechtzeitig bekannt gemacht werden und ihnen eine Gelegenheit zu Stellungnahme eingeräumt werden muss. Eventuelle Kritik der Kassen muss aber nicht umgesetzt werden. Entgegen der Vorstellung vieler Bürger zahlt die Krankenkasse nicht für den einzelnen Kranken den Betrag, den dessen Behandlung kostet. Die Krankenkassen zahlen für jedes Mitglied, das in der Region einer KV seinen Wohnsitz hat, eine sog. Kopfpauschale an die KV. Die Höhe dieser Kopfpauschale stieg bisher mit der Grundlohnsumme von Jahr zu Jahr. Die Summe dieser Kopfpauschalen aller Versicherten aller Krankenkassen einer KV-Region ist die von der KV zu verteilende Gesamtvergütung. Die KV stellt nun dieser Geldsumme die Punktzahlsumme aller Leistungen, die von den Mitgliedern der KV erbracht wurden, gegenüber. Jeder ärztlichen und psychotherapeutischen Leistung wird im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) eine Punktzahl zugemessen. Der Quotient von Geldsumme (Gesamtvergütung) und Punktesumme (Summe aller ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen in EBM-Punkten) ergibt den so genannten „Punktwert". Nach diesem Punktwert werden nun von der KV die Leistungen, gemessen in Punktzahlen, der einzelnen Ärzte und Psychotherapeuten bezahlt.

Formal ist also die Argumentation der Kassen richtig, die darauf hinweisen, dass die Bezahlung der Psychotherapeuten ein innerärztliches Verteilungsproblem sei, denn sie haben mit ihrer Kopfpauschale ihre gesetzliche Verpflichtung erfüllt.

Bei der Honorarverteilung haben die KVen wie schon oben dargestellt von Anfang an das Problem, dass sie knappe Mittel an zu viele Leistungserbringer verteilen müssen. Ziel der HVM ist es, zwischen den verschiedenen Arztgruppen unter Beachtung regionaler und fachspezifischer Besonderheiten die Mittel so zu verteilen, dass alle halbwegs zufrieden sind. Dies geschieht angesichts der Knappheit zunehmend mit dem Mittel der Budgetierung. D.h. Leistungen werden nur bis zu einer bestimmten Höhe der Punktzahl oder der Fallzahl bezahlt, der Rest wird bei der Abrechnung gestrichen. Etwa 20% der Leistungen, die budgetiert sind, fallen so unter den Tisch. Außerdem kann die KV im HVM bestimmte Leistungen oder die Leistungen bestimmter Arztgruppen mit unterschiedlichen Punktwerten ausstatten. Als Körperschaft öffentlichen Rechts muss die KV aber jeden HVM der Aufsichtsbehörde, in der Regel dem jeweiligen Sozial- oder Gesundheitsministerium des jeweiligen Bundeslandes, zur Genehmigung vorlegen. Dies gilt übrigens auch für die Satzungen der KV und für Verträge, die sie abschließt.

Die gesetzliche Forderung nach Honorarverteilungsgerechtigkeit eröffnete die Möglichkeit der Klagen vor den Sozialgerichten bis hin zum BSG auf eine den anderen Arztgruppen vergleichbare Honorierung angesichts der Praxisbesonderheiten von Psychotherapeuten.

Die Beratenden Fachausschüsse für Psychotherapie

Mit dem Psychotherapeuten-Gesetz wurden in jeder KV und in der KBV Beratende Fachausschüsse für Psychotherapie etabliert. Obwohl ihr gesetzlich geregelter Auftrag nur die Beratung der KV-Vorstände ist, waren sie das erste gemeinsame organisatorische Standbein aller Psychotherapeuten in den KVen. In einigen KVen konnte auf diesem Weg vorbereitet werden, dass Psychotherapeuten in Vorstandspositionen auf KV- oder auf Bezirksebene gewählt wurden. Nachdem in vielen KVen auch Fachausschüsse der Haus- und der Fachärzte eingerichtet wurden, ist die Bedeutung der Beratenden Fachausschüsse gestiegen. Es besteht allerdings die Gefahr, dass das KV- und KBV- Establishment die Aufwertung der Fachausschüsse damit verbindet, Vorstandsposten und Mitgliedschaft in anderen Ausschüssen für uns Psychotherapeuten für überflüssig zu erklären.

Macht?

Zusammenfassend komme ich zu folgender Einschätzung:

1. Die Macht der KVen als Interessenvertreter der Ärzte und Psychotherapeuten gegenüber den Krankenkassen wird überschätzt.
   Einzelverträge von einzelnen Ärzten oder von Ärzteverbünden würden nicht zu mehr Geld für die ambulante Versorgung führen. Es bestünde aber die Gefahr einer großen Entsolidarisierung zwischen Fachgruppen sowie zwischen Haus- und Fachärzten. Für uns Psychotherapeuten bergen Einzelverträge die Gefahr, von den Kassen längerfristig zu sehr kurzen Psychotherapien für geringes Honorar gezwungen zu werden, wenn wegen kurzfristiger Marktvorteile einzelne Gruppen attraktive Verträge abschließen. Alle Psychotherapeutenverbände sind sich deswegen einig, dass gegenwärtig ein Verbleib in den KVen und damit im Kollektivvertragssystem als Garant für solidarische Vertretung aller Psychotherapeuten der günstigere Weg ist.
2. Die Macht der etablierten KV-Vorstände und -Verwaltungen gegenüber allen Psychotherapeuten und deren Anliegen, spezielle Interessen und vor allem ihre Forderung nach angemessenem Honorar abzulehnen, ist sehr hoch. Nur mithilfe der Gerichte ist hier Abhilfe zu schaffen. Wir müssen daher in den KVen eine angemessene Repräsentanz haben. Hierzu gehört die Einführung des Verhältniswahlrechts (=Abschaffung der 10%-Quote). Dies würde Listenbildung mit anderen Arztgruppen, insbesondere den ärztlichen Psychotherapeuten ermöglichen.

Der lange Marsch

Der Prozess, in den KVen Einfluss zu gewinnen, verläuft äußerst mühsam. Dies liegt nicht nur daran, dass nun nicht mehr nur ärztliche Psychotherapeuten (und die von ihnen Delegierten) sondern auch die neu zugelassenen Psychotherapeuten einen Teil vom Kuchen beanspruchen. Vielmehr liegt es auch an unterschiedlichen Vorstellungen darüber, was Krankheit ist, wie sie behandelt werden muss und welche Rolle dabei der Behandler einnimmt. Austausch und gegenseitige Information über den Praxisalltag und Behandlungskonzepte in möglichst vielen Gremien sind das einzige Mittel, die Integration der Psychotherapie in die somatisch akzentuierte Medizin voranzutreiben.

Quote und Mandat

Es ist schwer abzuschätzen, ob die Forderung nach einem festen Platz in allen Gremien oder das politische Agieren in Koalitionen und Listenverbindungen für uns Psychotherapeuten mehr Einfluss bringt.

Die Einbeziehung von Psychotherapeuten in die Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen ist unbedingt notwendig. Dies kann sowohl in der Rolle als Mandatsträger in einem KV-Vorstand wie auch mit besonderem Mandat für diese Verhandlungen geschehen.

Literatur

Best, D. (2002). Der EBM 2000plus – ein Fortschritt für die Psychotherapeuten? *Psychotherapeutenjournal*, 0: 38-42.

Filler, G. (2002). *Die Wirtschaftlichkeit und die Prüfung in der vertragsärztlichen Versorgung. Beratungsservice für Ärzte.* (Band 7). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Hess, R. & Quasdorf, I. (2001). *Aufgaben und Organisation ärztlicher Körperschaften und Verbände.* (Heft 1.) Köln: Reihe: KBV-Fortbildung.

Jütte, R. (1997). *Geschichte der Deutschen Ärzteschaft.* Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Lifton, R. J. (1988). *Ärzte im Dritten Reich.* Stuttgart: Klett-Cotta.

SGB V – Handbuch Sozialgesetzbuch V, Krankenversicherung (2002). Altötting: KKF, Der Fachverlag für Sozialversicherung.

Dipl.-Psych. Jürgen Doebert

Mitglied im Vorstand der KV Süd-Württemberg, Vorsitzender des Beratenden Fachausschusses bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
Charlottenstr. 82
72764 Reutlingen
doebert.j@t-online.de

Herr Dipl.-Psych. Benedikt Waldherr und Frau Dipl.-Psych. Christa Leiendecker waren in Form von Ergänzungen im Text und sachlichen Korrekturen an diesem Artikel beteiligt.

Der angestellte Psychotherapeut – das in den Kammern (noch) unbekannte Wesen

Heiner Vogel

Universität Würzburg, Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie

Etwa die Hälfte aller psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen sind niedergelassen – etwa ebenso viele sind angestellt oder verbeamtet.[1] Sieht man sich die Funktionäre in den Kammern und den Psychotherapeutenverbänden an, so gibt es hier ein anderes Verhältnis – die Niedergelassenen stellen hier zumeist die überwiegende Mehrheit dar, gelegentlich kommen Angestellte überhaupt nicht vor. Da die Kammern aber die Interessen aller ihrer Mitglieder vertreten sollen (schließlich werden auch die Beiträge von allen bezahlt), ist dies kein akzeptabler Zustand, denn die Interessen und Bedürfnisse von Angestellten unterscheiden sich natürlich in vielerlei Hinsicht von denen der Niedergelassenen, und es wäre vermessen anzunehmen, dass letztere die Interessen der Angestellten einfach mit vertreten können.

Wie kann man aber erklären, dass unter den Funktionären so wenig Vertreter von Angestellten sind? Eine häufige Antwort auf diese Frage ist, die Angestellten hätten wenig Bereitschaft zur Interessenvertretung. Manche gehen gar so weit zu sagen, die engagiertesten Angestellten hätten sich längst niedergelassen und die Verhältnisse bei den Funktionären spiegelten nur diesen selektiven Mechanismus wider.

Denkbar ist dies natürlich, aber es bleibt doch eine ziemlich fragwürdige Spekulation. Denn es gibt nachhaltige strukturelle Gründe, weshalb es Angestellten schwer fällt, sich in Gremien der Kammern und der Verbände – auch wenn sie es wollten – zu engagieren:

Solange man als Mitarbeiter einer Klinik, einer Beratungsstelle oder einer anderen Institution beschäftigt ist, hat man auch die arbeitsvertragliche Verpflichtung, die entsprechenden Vorgaben des Arbeitgebers umzusetzen, und in aller Regel sind damit auch Anforderungen an Arbeitszeiten und Anwesenheitstage verbunden. Man würde sich nicht nur mit KollegInnen, sondern auch mit Vorgesetzten und mit den Trägern der Institution Probleme einhandeln, wollte man seine Arbeitsleistung oder seinen Arbeitseinsatz regelmäßig wegen Veranstaltungen des Verbandes oder der Kammer reduzieren oder die wegen einer Kammersitzung nicht erbrachte Arbeitszeit am Abend oder am Wochenende nachholen. Dienstpläne, Besprechungsroutinen und allgemein die Arbeitsabläufe in Kliniken und anderen Einrichtungen sind zumeist nicht sehr flexibel (bis auf jene Konstellationen, in denen die Änderungen vom Chef ausgehen). Selbst Beratungsstellen – und nur dort sind Psychologische PsychotherapeutInnen oder Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen regelmäßig in leitender Funktion tätig – sind in Teamstrukturen organisiert, und sie müssen öffentliche Verpflichtungen erfüllen, denen auch der Leiter sich nur gelegentlich problemlos und ohne Belastung der internen und externen Kooperationsstrukturen entziehen kann.

Niedergelassene KollegInnen sind demgegenüber *selbstständig*, d.h. sie sind ihr eigener Chef, und sie können jederzeit, wenn sie sich dazu entscheiden, ihre Praxis für einen halben oder ganzen Tag schließen. Sie müssen zwar berücksichtigen, dass sie dann einige Therapiestunden zeitlich verlegen oder absagen müssen und im Ergebnis vermutlich weniger Geld verdienen werden. Was aber der entscheidende Unterschied ist: Sie brauchen keinen Vorgesetzten, kein Team und keine Dienststelle fragen, ob sie denn bitteschön einige Stunden für ei-

1 Im Weiteren sei wegen der einfacheren sprachlichen Darstellung nur von Angestellten die Rede, die Beamten sind damit immer auch mit angesprochen.

nen Verband oder eine Kammer arbeiten können und dafür die Arbeitszeiten verändern dürfen ...

Kammer- oder Verbandsarbeit bedeutet für Niedergelassene somit eine gewisse finanzielle Einschränkung, die aber möglicherweise durch Umschichtung von Therapien teilweise kompensiert werden kann oder auch durch Entschädigungsgelder.

Für viele Angestellte bedeutet derartiges Engagement jedoch, beim Arbeitgeber und beim Vorgesetzten zum Bittsteller werden zu müssen und vermutlich trotzdem verpflichtet zu werden, die volle Arbeitsleistung zu erbringen, möglicherweise dann auch in den Freizeitbereich hinein. Die Frage eines Angestellten nach Dienstbefreiung oder Arbeitszeitverlegung wegen Kammerarbeit stellt regelmäßig eine Herausforderung für die Zusammenarbeit im Team bzw. in der Einrichtung dar und wenn sie mit „ja" beantwortet werden soll, setzt dies auch bei den KollegInnen und Vorgesetzten nicht selten Überzeugung und Entgegenkommen voraus, denn sie müssen ggf. bereit sein, eigene Termine zu verändern, Zuständigkeiten (z.B. Dienste) zu übernehmen oder ähnliches. Ein derartiges Ansinnen setzt also ein konstruktives und förderliches Klima voraus.

Wohlgemerkt: Die Ausführungen sollen keinesfalls verdeutlichen, dass ein Funktionär der einen oder anderen Gruppe mehr oder weniger Freizeit für berufspolitisches Engagement opfern wird. Da wird es – cum grano salis – keine wesentlichen Unterschiede geben. Aber im Angestelltenbereich hängt die Gelegenheit zum Engagement neben dem eigenen Interesse auch noch von der Entscheidung (oder zumindest Billigung) des Vorgesetzten bzw. des Teams ab, und das ist ein nicht zu unterschätzender Unterschied.

Weitere Unterschiede betreffen natürlich den thematischen Bezug. Die meisten Psychotherapeutenverbände und die Kammern konzentrieren sich in ihrem Engagement derzeit auf die Themenfelder und Fragestellungen der niedergelassenen KollegInnen und hier, insbesondere bei der Integration der Niedergelassenen in die ambulante Regelversorgung, gab es in den letzten Jahren bekanntlich heftigsten Zündstoß und das wird in den nächsten Jahren auch noch so weitergehen. Angestellte fühlen sich von den Auseinandersetzungen um die ambulante Psychotherapie zunächst einmal nicht angesprochen, und es fällt ihnen somit vermutlich doppelt schwer zu glauben, dass die Arbeit in Kammern oder Verbänden für sie einen erkennbaren Nutzen bringt.

Für die Niedergelassenen, die tagtäglich mit den Widerfährnissen des Gesundheitssystems zu „kämpfen" haben, bietet das berufspolitische Engagement in Verbänden und Kammern die willkommene Möglichkeit, der sonst erlebten Machtlosigkeit etwas entgegen zu setzen. Für Angestellte bietet sich dagegen im Falle struktureller Probleme am Arbeitsplatz bzw. entsprechender Belastungen in der Einrichtung häufig eher der Ansatzpunkt, innerbetrieblich, durch Teamarbeit oder gewerkschaftliches bzw. betriebs- oder personalratsbezogenes Engagement Änderungen zu erreichen (und wenn man sich so umhört, z.B. in Reha-Kliniken oder psychosozialen Einrichtungen, so sind hier tatsächlich überraschend viele „Psychos" in den Personal-/Betriebsräten tätig). Da sie häufig in konstruktive berufsgruppen-übergreifende Teamarbeit eingebunden sind, liegt es auch nicht unbedingt nahe, fachpolitisches Engagement in einen Berufsverband oder die Kammer (als gesetzlicher Berufsvertretung) einzubringen.

Die jüngsten Entwicklungen zeigen, dass auch für PsychotherapeutInnen im Angestelltenbereich die Zeiten härter geworden sind. Beispielhaft seien genannt:

- Die generelle Einführung von fallpauschalierter Vergütung im Krankenhaus (nach dem Konzept der Diagnosis Related Groups [DRG's]) droht, die zarten Ansätze psychosozialer Versorgungsleistungen in Akutkrankenhäusern zurückzuschrauben.
- Maßnahmepakete zur Haushaltskonsolidierung bei Ländern, Gemeinden und Gebietskörperschaften enthalten in vielen Fällen eine Streichung oder „Rückführung" der Zuschüsse für Beratungsstellen.
- Die Einführung der Soziotherapie als Krankenkassenleistung im vergangenen Jahr bot einigen Ländern eine willkommene Rechtfertigung, um die Finanzierung von sozialpsychiatrischen Diensten zu reduzieren oder gar zu streichen.
- Die Entwicklung von Behandlungsleitlinien durch ärztliche Fachgesellschaften (die nicht-ärztlichen Psychotherapeuten-Gesellschaften haben sich hier bisher noch vornehm zurückgehalten bzw. genauer: sie sind herausgehalten worden) vernachlässigen in vielen Fällen somatischer Erkrankungen die psychosozialen Dimensionen von Krankheit und Behandlung. Die Leitlinienentwicklung bei psychischen Störungen ist dagegen durch ärztliche PsychotherapeutInnen dominiert, was sich nicht nur im Ductus der Formulierungen niederschlägt (Vogel & Schieweck, 2000).

In den Kammern sind nun alle PsychotherapeutInnen Mitglieder, die Niedergelassenen und die Angestellten. Und diese Entwicklung lässt sich auch nicht mehr umkehren, eine Änderung brächte niemandem Vorteile. Vielmehr müssen wir sehen, dass der Beruf des Psychotherapeuten bzw. der Psychotherapeutin ein breites Spek-

trum an Tätigkeitsfeldern abdeckt und die Problemstellungen und Herausforderungen in jedem Bereich etwas anders gelagert sind.

Wichtig ist es für die Zukunft, dass die Kammern, die gesetzlich zur Vertretung aller PsychotherapeutInnen verpflichtet sind, diese Aufgabe auch tatsächlich ernst nehmen und dass in der Kammerpolitik alle Felder der Psychotherapie bearbeitet werden. Dies betrifft die Mitwirkung in den Gremien, die Berücksichtigung der Themen der verschiedenen Gruppen in der politischen Arbeit der Kammern, aber auch so profane Dinge wie die Berücksichtigung der besondern Arbeitsbedingungen von Angehörigen der verschiedenen Berufsfelder bei der Festlegung von Sitzungsterminen und –zeiten.

Wichtig ist aber vor allem, dass auch die angestellten KollegInnen sehen, dass sie und ihre Institutionen von aktuellen gesundheits- und sozialpolitischen Entwicklungen genauso nachhaltig betroffen sind wie die Niedergelassenen und die Kammern als gesetzliche Körperschaft die besten Voraussetzungen bieten, um gemeinsam (d.h. einrichtungsübergreifend) und wirksam zu intervenieren. Und die Kammer ermöglicht, durch den Zusammenschluss auf Bundesebene und die Austauschmöglichkeiten über Ländergrenzen hinweg, auch wertvolle Unterstützung beim Einsatz für den Erhalt einer angemessenen psychosozialen Versorgungslandschaft. Die Kammern werden vermutlich (ebenso wie kürzlich die Gewerkschaft ver.di) sukzessive, auch auf der Ebene der Bundeskammer, Fachausschüsse installieren, um entsprechende Austauschmöglichkeiten zu ermöglichen und Initiativen zu beginnen.

Um das Spektrum psychotherapeutischer Tätigkeiten und insbesondere, um die Problemstellungen in den verschiedenen Feldern institutioneller Psychotherapie stärker deutlich zu machen, werden in den folgenden Heften des Psychotherapeutenjournals in loser Folge jeweils einzelne Bereiche vorgestellt werden.

Literatur

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.

Dipl.-Psych. Dr. Heiner Vogel

(PP, KJP) Mitglied im Vorstand der Bayerischen Psychotherapeutenkammer.
Institut für Psychotherapie
und Medizinische Psychologie
der Universität Würzburg
Klinikstr. 3
97070 Würzburg
h.vogel@mail.uni-wuerzburg.de

Recht: Aktuell

Praxistipps – Hinweise – Informationen

Hartmut Gerlach

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Recht beunruhigend

Bundessozialgericht: Zulassungsentzug droht bei mehr als 13-Stunden-Beschäftigungsverhältnis

Dass ein Beschäftigungsverhältnis von mehr als 13 Stunden einer Zulassung zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) entgegensteht, kann inzwischen als allgemein bekannt unterstellt werden (siehe Psychotherapeutenjournal 0/2002, S. 36). Neu ist, dass auch dann eine Zulassung zu entziehen ist, wenn der Psychotherapeut/Arzt *nach* seiner Zulassung ein Beschäftigungsverhältnis mit mehr als 13 Stunden eingeht, so ein aktuelles Urteil des Bundessozialgerichts – BSG (Urteil v. 05.02.2003; B 6 KA 22/02 R). Wörtlich heißt es im Urteil: „Einem Vertragsarzt, der *nach* seiner Zulassung ein Beschäftigungsverhältnis eingeht, das seiner Zulassung ... entgegengestanden hätte, ist danach grundsätzlich die Zulassung zu entziehen. ... Ob das auch gilt, wenn der Umstand, dass der Arzt in einem solchen Beschäftigungsverhältnis steht, den Zulassungsgremien bekannt war, diese aber auf eine Bedingung gem. § 20 Abs. 3 Ärzte-ZV i. S. der Beendigung dieses Beschäftigungsverhältnisses verzichtet haben, bedarf … keiner abschließenden Entscheidung; in einem solchen Fall sind Aspekte des Vertrauensschutzes des Betroffenen in besonderer Weise zu beachten. Die ohne eine Bedingung erteilte Zulassung stellt einen begünstigten Verwaltungsakt dar. Auf dessen Bestand darf der Betroffene vertrauen, soweit er ihn nicht durch vorwerfbares Verhalten erwirkt hat ... Eine Zulassung, die nur mit einer Nebenbestimmung hat erteilt werden dürfen, darf nicht ohne Prüfung von Vertrauensschutzaspekten wegen Fehlens der Voraussetzungen entzogen werden. Ggf. ist dem Betroffenen Gelegenheit zu geben, sein Beschäftigungsverhältnis so auszugestalten, dass den Anforderungen (der Ärzte-ZV) entsprochen wird.“.

Also: Nur dann, wenn den Zulassungsgremien (Zulassungsausschuss, Berufungsausschuss) die (Neben-)Beschäftigung bekannt war, sie dennoch dem Zulassungsbescheid keine Bedingung beigefügt haben (bspw.: „Die Zulassung steht unter der Bedingung, dass der Psychotherapeut sein Beschäftigungsverhältnis auf 13 Stunden/Woche bis spätestens drei Monate nach dem Zeitpunkt reduziert, zu dem die Zulassung unanfechtbar geworden ist“), kann sich der Psychotherapeut auf Vertrauensschutz berufen. Er muss aber gleichwohl sein Beschäftigungsverhältnis auf 13 Stunden zurückführen. Hat der Psychotherapeut aber die Bedingung nicht eingehalten wie im vom BSG entschiedenen Fall, dann ist ihm die Zulassung zu entziehen.

Resümee: Psychotherapeuten, die einer ungenehmigten Beschäftigung nachgehen, müssen, wenn die KV davon erfährt, mit Zulassungsentzug rechnen. Psychotherapeuten hingegen, die ein genehmigtes Beschäftigungsverhältnis ausüben, das 13 Stunden nicht übersteigt, haben nichts zu befürchten. Übersteigt die Nebentätigkeit indes die 13 Stunden, dann ist zu unterscheiden, ob genehmigt oder ungenehmigt. Wenn genehmigt, dann ist nicht ohne weiteres damit zu rechnen, dass Konsequenzen drohen; im Übrigen bleibt dem Psychotherapeuten die Möglichkeit, diese Tätigkeit herunter zu fahren. Wenn die Stundenüberschreitung allerdings ungenehmigt geschieht, dann besteht für den Psychotherapeuten akuter Handlungsbedarf!

Recht wenig

10-Pfennig-Punktwerte für die Jahre 2000 ff. ade?

Das Bundessozialgericht (BSG) hat den Erwartungen der Psychotherapeuten, ab 2000 endlich in den

Genuss einer 10-Pfennig-Vergütung (= 5,11 Cent) zu kommen, einen Dämpfer aufgesetzt. Hatte das BSG bekanntlich die Verfassungsmäßigkeit des begrenzten Ausgabenvolumens für das Jahr 1999 (Artikel 11 PsychThG) bestätigt, (das Urteil vom 06.11.2002 (B 6 KA 21/02 R) liegt nun endlich schriftlich vor), so findet sich darin an versteckter Stelle folgender Satz, der aufhorchen lässt: „Auch bloße gesetzliche Rahmenbestimmungen (vgl. für den Zeitraum ab 2000 § 85 Abs. 4 ... SGB V) und ebenso untergesetzliche Vorschriften, die Vorgaben für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen enthalten, […] können zur Folge haben, dass sich ein niedrigerer Punktwert als 10 Pfennig für die psychotherapeutischen Leistungen ergibt, ohne dass damit Rechte der Psychotherapeuten verletzt werden ...".

Fazit: Die Psychotherapeuten müssen sich wohl darauf einstellen, dass der Anspruch auf die 10 Pfennige für die Jahre 2000 ff. auf keiner soliden Basis (mehr) steht. Die mündliche Begründung zweier Urteile des Landessozialgerichts NRW (Urteile v. 09.04.2003; L 11 KA 133/02 und 134/02) scheint diesen Trend zu bestätigen, denn die 10 Pf. wurden vom Vorsitzenden als nicht zwingend angesprochen. Die beiden Urteile liegen allerdings noch nicht schriftlich vor.

Recht getrennt

Bundessozialgericht: KV darf Approbationsbehörde nicht korrigieren

Die Klägerin, Diplom-Psychologin, hatte im Zeitfenster nur psychotherapeutische Behandlungen von Kindern und Jugendlichen mit den Gesetzlichen Krankenkassen im Kostenerstattungsverfahren abgerechnet. Die Approbationsbehörde verlieh ihr die Approbation als Psychologische Psychotherapeutin. Um die Zulassung zur KV zu erhalten, beantragte sie die Eintragung in das Arztregister. Die KV in ihrer Funktion als registerführende Stelle lehnte die Eintragung mit dem Hinweis ab, die Fachkunde der Klägerin für die Behandlung von Erwachsenen sei nicht nachgewiesen. Das BSG (Urteil v. 06.11.2002; GesR 2003 S. 112) sah das freilich anders. Die Prüfungsbefugnis der KV (Arztregisterstelle) könne sich nur darauf beschränken, ob die geltend gemachten Behandlungen in Richtlinienverfahren erbracht worden seien, sie sei aber nicht berechtigt, die berufsrechtlich „bescheinigte Qualifikation" im Eintragungsverfahren erneut zu prüfen. Die Zulassungsgremien seien auch an eine fehlerhafte Eintragung im Arztregister gebunden und dürften diesen Umstand im Zulassungsverfahren nicht aufgreifen. Allerdings würden rechnerische Fehler der Approbationsbehörde die KV im Rahmen der Fachkundeprüfung ebenso wenig binden, wie etwaige Mehrfachanrechnungen von Behandlungsstunden oder Falldokumentationen.

Die Argumentation des BSG leuchtet ein. Was ist aber, wenn die KV feststellt, dass die Approbation mittels unrichtiger Bescheinigungen erschlichen wurde? Wird sie die Zulassung zu verhindern suchen – und sei es, dass sie im sozialgerichtlichen Verfahren die Beiladung der Approbationsbehörde (§ 75 SGG) anregt, um jener Kenntnis von diesem Vorgang zu verschaffen? Denn: Stellt die Approbationsbehörde fest, dass sie tatsächlich mit unrichtigen Bescheinigungen getäuscht worden ist, steht ihr der Weg offen, die Approbation zu widerrufen.

Ernstlich bedroht sein könnte die Approbation aber aus einem scheinbar banalen Grund, nämlich dann, wenn die nach § 12 Abs. 3 bis 5 PsychThG erforderliche psychotherapeutische Vortätigkeit seinerzeit „unerlaubt" ausgeübt wurde. Bsp.: Der Therapeut hatte sich von seiner Beratungsstelle Behandlungen und Stunden bescheinigen lassen, war allerdings nicht im Besitz einer (eingeschränkten) Heilpraktikererlaubnis (HPG-Erlaubnis) und auch nicht unter Aufsicht und Weisung eines dazu ermächtigten Arztes tätig gewesen. Mit dieser Problematik befasst sich das nachfolgende Urteil:

Bundesverwaltungsgericht: Übergangsapprobation setzt „erlaubte" psychotherapeutische Tätigkeit voraus

Das Bundesverwaltungsgericht – BVerwG (Urteil vom 28.11.2002; Az: 3 C 44.01) hatte sich mit dem Fall einer Dipl.-Psychologin zu befassen, der die Approbation mit der Begründung verweigert worden war, sie habe, ohne im Besitz einer HPG-Erlaubnis gewesen zu sein, damit unerlaubt ihre psychotherapeutische Vortätigkeit (§ 12 Abs. 4 PsychThG) ausgeübt. Dazu das BVerwG: „Die Rechtmäßigkeit der bisherigen Tätigkeit ist … der entscheidende Anlass für den Gesetzgeber, Ausnahmen von den für die Zukunft ansonsten geltenden Regelungen zuzulassen … Nur eine erlaubte Vortätigkeit (kann) Grundlage für eine besondere Behandlung von Altfällen sein. Es wäre … ein Wertungswiderspruch, wenn eine bisherige rechtswidrige Tätigkeit vom Gesetzgeber auch noch durch die Zuweisung eines neuen herausgehobenen Status honoriert würde.". Die Ausübung von Psychotherapie im Delegationsverfahren (ohne HPG-Erlaubnis) sei hingegen rechtmäßig gewesen und rechtfertige daher nicht die Gleichstellung mit einer rechtswidrigen psychotherapeutischen Tätigkeit. Das BVerwG wies mithin das Begehren der Psychologin ab, ihr die Approbation zu erteilen.

Zusammengefasst: Wie oben ausgeführt, ist es der KV zwar verwehrt, die Rechtmäßigkeit der Approbation nach-

zuprüfen. Ist es ihr aber verwehrt, die Anerkennung der Fachkunde zu verweigern, wenn die „psychotherapeutische Vortätigkeit" unerlaubt, weil ohne HPG-Erlaubnis, geschah? Mit den vorzitierten Argumenten des BVerwG hinsichtlich eines Wertungswiderspruchs könnte u. U. die Registerstelle ihre Ablehnung, die begehrte Fachkunde zu bescheinigen, begründen.

Ganz Recht:

Wissen Sie eigentlich, dass

- sich Anfang April 2003 die „Bundesfachkommission Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (FK PP/KJP)" der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver. di) zu ihrer konstituierenden Sitzung in Berlin getroffen hat? Dieses Gremium wird sich auch mit der Anpassung des BAT an die geänderte Rechtslage nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes befassen. Denn bislang findet das Qualifikationsmerkmal „Approbation" noch keine Berücksichtigung in der Vergütungsordnung (Anlage 1a zum BAT). Nur die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind bislang in der Vergütungsgruppe III eingruppiert (siehe Psychotherapeutenjournal 1/2003, S. 30).
- Sie als niedergelassene/r Psychologische/r Psychotherapeut/in oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in verpflichtet sind, der **Berufsgenossenschaft** für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Pappelallee 35/37, 22089 Hamburg, Ihre Praxisadresse usw. (§ 192 Abs. 1 SGB VII) mitzuteilen, auch wenn Sie keine Angestellten beschäftigen? Eine Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Unfallversicherung entsteht für Sie damit nicht; eine freiwillige Versicherung ist aber möglich – und empfehlenswert!
- Sie als Unternehmer/in (selbständige Psychotherapeuten/innen sind Unternehmer/innen – § 14 Abs. 1 BGB) die **„Entfernungspauschale"** (§ 4 Abs. 5 Nr. 6 Satz 2 EStG) für Fahrten zwischen Wohnung und Betriebsstätte („Praxis") als Betriebsausgabe steuerlich abzuziehen berechtigt sind? Die Kosten sind selbst dann abziehbar, wenn die tatsächlichen Pkw-Kosten darunter liegen sollten.
- ab 1. April 2003 die gesetzliche Neuregelung von **„geringfügigen Beschäftigungen"** in Kraft trat? Danach wurde die Arbeitslohngrenze auf 400 Euro angehoben. *Eine* geringfügige Beschäftigung kann jetzt auch neben der Hauptbeschäftigung steuerunschädlich ausgeübt werden. Denn bis 400 Euro zahlt der Arbeitgeber die insgesamt 25% Sozialversicherung und Lohnsteuer in einer Summe. Geringfügige Beschäftigungen, die die 400 Euro überschreiten, aber unter 800 Euro bleiben, belasten den Arbeitnehmer zwar auch mit Sozialversicherungsbeiträgen (und Steuern), aber doch nur sehr moderat (sog. „Gleitzonenregelung").
- die Bundesregierung Erleichterungen für **Existenzgründer** und **Kleinunternehmen** plant? Danach sollen Unternehmer (selbständige Psychotherapeuten/innen sind Unternehmer/innen, s. o.), deren Umsatz im Gründungsjahr 50.000 Euro nicht überschreitet, eine Betriebsausgabenpauschale von 50 vom Hundert der Betriebseinnahmen geltend machen dürfen; eine Aufzeichnungspflicht soll lediglich für die Einnahmen gelten. Die Begünstigung soll dauerhaft bestehen.
- **Honorarbescheide** einer KV nur vorläufige Regelungen darstellen, auf deren dauerhaften Bestand Sie nur in beschränktem Umfang vertrauen können? Der KV ist nämlich eine umfassende Berichtigungsbefugnis eingeräumt – allerdings begrenzt durch den gebotenen Vertrauensschutz des Psychotherapeuten/Arztes (BSG NZS 2002, S. 552, 554).
- es beim Betreiben einer **Homepage** neben dem **Teledienstegesetz** (siehe Psychotherapeutenjournal 1/2003, S. 29) auch noch das **Teledienstedatenschutzgesetz (TDDSG)** zu beachten gilt? Danach ist der Nutzer zu Beginn des Nutzungsvorgangs über die Verarbeitung von Bestands- und Nutzungsdaten zu unterrichten (§ 4 Abs. 1 TDDSG). Die Erhebung von Daten beginnt nämlich, sobald der Nutzer das Internetangebot aufruft. Der komplette Gesetzestext findet sich im Internet unter www.netlaw.de/gesetze/tddsg.htm.

RA Hartmut Gerlach

Justiziar der Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg
Hauptstätterstr. 89
70178 Stuttgart
Tel. 0711/674470-50
gerlach@psychotherapeutenkammer-b-w.de

Aktuelles aus der Forschung

Barbara Ripper

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Die Lebensqualität von übergewichtigen Kindern und Jugendlichen ist mit der von krebskranken vergleichbar

Schwimmer, J. B., Burwinkle, T. M. & Varni, J. W (2003). Health-related quality of life of severely obese children and adolescents. JAMA, 289 (14), 1813-1819.

Forscher aus Kalifornien und Texas evaluierten anhand von Selbsteinschätzungs-Fragebögen die Lebensqualität von 106 übergewichtigen Kindern und Jugendlichen zwischen 5 und 18 Jahren (mittlerer BMI: 34,7). Sie verglichen die Daten mit jenen von 401 gesunden und 106 krebskranken Kindern und Jugendlichen.

Adipöse Kinder und Jugendliche empfinden ihre Lebensqualität in allen Bereichen (physisch, psychosozial, emotional, sozial und auf die Schule bezogen) verglichen mit gesunden Kindern als signifikant ($p<0.001$) eingeschränkt (67 vs. 83 Punkte im Test). Die Ergebnisse sind mit denen von krebskranken Altersgenossen vergleichbar, deren Lebensqualität relativ zu gesunden Kindern bisher als am deutlichsten reduziert angesehen wurde.

Kommentar: Die Ergebnisse verdeutlichen die vielfältigen Belastungen von übergewichtigen Kindern und Jugendlichen. Dies weist auf eine mögliche psychotherapeutische Behandlungsbedürftigkeit der Betroffenen hin; besonders wichtig erscheinen auf diesem Hintergrund jedoch präventive Maßnahmen zur Vermeidung von Übergewicht bzw. von gesundheitspsychologischer Intervention bei dieser Gruppe mit dem Ziel der Verhinderung sowohl körperlicher als auch psychischer Probleme und ihrer Chronifizierung.

Die Merkfähigkeit bei Schulkindern ist auch von der Schlafqualität abhängig

Steenar, M. R., Vuontela, V., Paavonen, E. J., Carlson, S., Fjallberg, M. & Aronen, E. (2003). Working memory and sleep in 6- to 13-year-old schoolchildren. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 42 (1), 85-92.

In einer Studie an 60 Schulkindern in Helsinki wurden die Schlafzeiten und die Schlafqualität mittels eines Aktigrafie-Monitors (einem Gerät das die Bewegungen im Schlaf aufzeichnet und darüber Aufschluss über Schlafdauer und -qualität geben kann) am Handgelenk über 72 Stunden erfasst. Innerhalb dieser drei Tage wurde das Gedächtnis der Kinder durch Aufgaben getestet, in denen sie sich immer mehr entweder auditorisch oder visuell dargebotene Items merken mussten.
Niedrigere Schlafeffizienz und überlange Schlafzeiten korrelierten mit einer höheren Zahl an falschen Antworten in allen Schwierigkeitsgraden der Aufgabe. Zu kurze Schlafdauer beeinflusste nur die Antworten in der höchsten Schwierigkeitsstufe negativ. Eine niedrige Schlafqualität wirkte sich besonders auf die Leistungen in den auditiv dargebotenen Aufgaben aus, während bei visuellen Aufgaben dieser Zusammenhang schwächer ausgeprägt war.

Kommentar: Dieses Ergebnis legt nahe, Kinder mit Lernproblemen oder ADHS auch zu ihren Schlafgewohnheiten zu befragen und bei der Behandlung mögliche Schlafstörungen zu berücksichtigen.

Patienten mit Borderline-Störung leiden auch im Alter unter affektiven Störungen, Beziehungsproblemen und kognitiven Störungen – nur die Impulsivität nimmt mit dem Alter ab

Stevenson, J., Meares, R. & Comerford, A. (2003). Diminished Impulsivity in Older Patients With Borderline Personality Disorder. The American Journal of Psychiatry, 160 (1), 165-166.

Gemeinhin geht man oft davon aus, dass die Symptome bei Borderline-Patienten mit dem Alter langsam schwächer werden. Um diese Annahme zu prüfen, wurden bei 123 Patienten mit Borderline-Störung die Ergebnisse aus Subtests der „Revidierten Diagnostischen Interviews für Borderline" (DIB-R) in einer linearen Regression mit dem Alter der Patienten in Beziehung gebracht. Erfasst wurden die Hauptmerkmale der Störung: affekti-

ve Beeinträchtigung, Beziehungsprobleme, kognitive Störungen und impulsives Verhalten.
Dabei zeigten ältere Patienten mit Borderline-Störung zwar weniger Impulsivität als jüngere Patienten, aber hinsichtlich der anderen Faktoren gab es keine Altersunterschiede. Diese Faktoren erschweren offenbar auch im höheren Alter die Interaktion der Patienten mit ihrer Umwelt. Dieses Ergebnis weist auch darauf hin, dass der lange postulierte Zusammenhang zwischen affektiver Instabilität und erhöhter Impulsivität genauerer Untersuchungen bedarf.

Kommentar: Zwar kann nach diesen Ergebnissen bei älteren Patientinnen und Patienten mit etwas geringeren emotionalen Schwankungen gerechnet werden; hinsichtlich der sozialen Fertigkeiten, der dysfunktionalen Verzerrung (vor allem in der Wahrnehmung und Interpretation interpersoneller Beziehungen) und auch der Depressivität besteht jedoch auch in höherem Alter die Notwendigkeit der Intervention bzw. Berücksichtigung in der psychotherapeutischen Behandlung.

Die Qualität der Partnerschaft entscheidet mit über den Therapieerfolg bei agoraphobischen Patienten

Löhr, C., Schewe, K., Baudach, M. & Hahlweg, K. (2003). Zum Zusammenhang von Partnerschaftsqualität und Therapieerfolg bei agoraphobischen Patienten. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 32 (1), 10-13.

Um zu untersuchen, ob die Qualität der Partnerschaft einen Einfluss auf die Aufrechterhaltung und den Behandlungserfolg bei agoraphobischen Störungen hat, wurden 23 Patientinnen und Patienten mit Agoraphobie und ihre Partner bzw. Partnerinnen ein Jahr nach einer stationär durchgeführten Reizkonfrontationstherapie untersucht. Es zeigte sich, dass zwischen der subjektiv erlebten Partnerschaftsqualität (besonders die des Patienten selbst, weniger die seines Partners) und dem Therapieerfolg ein Zusammenhang besteht. So wirkte sich sowohl einerseits ein vom Patienten als negativ beurteiltes Verhalten des Partners in Konfliktsituationen, aber auch anderseits positive Aspekte der Partnerschaft (wie Zärtlichkeit, Gemeinsamkeit und Kommunikation) positiv auf den Therapieerfolg aus.

Kommentar: Die Ergebnisse weisen darauf hin, es sinnvoll und hilfreich sein kann, bei einer Reizkonfrontationstherapie Partner mit in die Therapie einzubeziehen. Sicherlich ist dabei von Belang, dass die Partner über den Sinn der Intervention aufgeklärt sind und deren Unterstützung nicht in der Förderung von Vermeidungsverhalten der Patienten besteht.

Zur Effizienz der Behandlung mittels EMDR bei posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS)

Taylor, S., Thordarson, D. S., Maxfield, L., Fedoroff, I. C., Lovell, K. & Ogrodniczuk, J. (2003). Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. J Consult Clin Psychol, 71, 330-338.

„Eye movement desensitization and reprocessing" (EMDR) kombiniert Aspekte der Exposition mit angstauslösenden Ereignissen und kognitiver Therapie. Als ein Teil dieser in den letzten Jahren bekannter gewordenen Behandlungstechnik werden Patienten vom Therapeuten angeleitet, bestimmte gelenkte Augenbewegungen durchzuführen. Diese Therapieform gilt als besonders schnelle und effektive Therapie bei posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS).
Um diese Annahme zu überprüfen, wurden 60 ambulante Patienten mit PTBS in acht 90-minütigen Sitzungen entweder mit verlängerter Exposition, mit EMDR oder mit Entspannungstraining behandelt.
Insgesamt nahmen 45 Patienten an den Behandlungen teil. Der Erfolg der Therapieverfahren wurde hinsichtlich der Anzahl der Patienten, die nach Abschluss der Behandlung und drei Monaten danach die Kriterien für PTBS nicht mehr erfüllten, verglichen. Die Expositionstherapie erwies sich hierbei als signifikant effizienter als das Entspannungstraining, während die Unterschiede zwischen EMDR und dem Entspannungstraining statistisch nicht bedeutsam waren.
Die Expositionstherapie führte im Vergleich zu den beiden anderen Therapieformen zu signifikanten Verbesserungen hinsichtlich des Wiedererlebens der traumatischen Erfahrungen und zu geringerem Vermeidungsverhalten. Hinsichtlich der PTBS-typischen Abstumpfungs- und Erregungssymptome zeigte sich kein Unterschied zwischen den Gruppen. Es konnten keine Hinweise auf eine schnellere Symptomverbesserung mittels EMDR gefunden werden.

Kommentar: Die Ergebnisse dieser gut kontrollierten Therapiestudie sprechen gegen die Annahme, EMDR würde ein besonders schnelles und effizientes Therapieverfahren bei PTBS darstellen, was mit Ergebnissen anderer Studien übereinstimmt. Dies weist darauf hin, dass die Erfolge von EMDR kaum auf den Fokus dieses Verfahrens auf die Augenbewegungen zurückzuführen sind, sondern eher auf Elemente wie in-sensu Exposition oder kognitive Therapieelemente, die auch Teil anderer erfolgreicher Therapiemethoden sind. Die derzeit teilweise zu beobachtende Euphorie zu diesem Verfahren erscheint empirisch wenig fundiert.

Psychotherapie kann bei HIV-Patienten Schmerzen reduzieren, die Akzeptanz scheint aber niedrig zu sein

Evans, S., Fishman, B., Spielman, L. & Haley, A. (2003). Randomized trial of cognitive behavior therapy versus supportive psychotherapy for HIV-related peripheral neuropathic pain. Psychosomatics, 44 (1), 44-50.

Eine Studie mit 61 HIV-Positiven Patienten mit peripheren Neuropathien (mit Symptomen wie Taubheitsgefühl, Kribbeln oder Brennen in den Extremitäten) konnte zeigen, dass nach sechswöchiger Psychotherapie die Schmerzen signifikant reduziert waren und die Patienten im Alltag weniger beeinträchtigt waren. Trotzdem beendeten nur 28 der 61 Patienten die Therapie – viele nahmen nur eine Sitzung in Anspruch und bevorzugten eine medikamentöse Schmerzbehandlung.
Die Hälfte der Patienten nahm an einem Psychotherapieprogramm teil, in dem besonders die Bewältigung der Erkrankung und ihrer Begleiterscheinungen gefördert wurde. Die Vergleichsgruppe nahm an einer unspezifischen verbal unterstützenden Behandlung teil. Beide Gruppen berichteten über einen Rückgang der Schmerzen und der Stressbelastung und über eine Verbesserung von Alltagsfähigkeiten wie z.B. Gehen oder Schlafen und der Genussfähigkeit. Dabei waren die Erfolge bei jenen Patienten besonders deutlich, deren Bewältigungsfähigkeiten trainiert worden waren und die diese auch eingesetzt hatten.

Kommentar: Einige Patienten mit HIV-Infektionen scheinen eine psychotherapeutische Begleitung als hilfreich zu erleben, wobei ein spezifisches Training der Bewältigungsfähigkeiten besonders effektiv zu sein scheint. Offensichtlich kann jedoch nicht von einer generellen Indikation für ein schmerz- und symptomorientiertes Bewältigungstraining ausgegangen werden. Persönliche Umgangsweisen mit der Infektion und ihren Folgeerscheinungen müssen individuelle Berücksichtigung finden.

Welche Faktoren tragen entscheidend zum Erfolg von 12-Stufen-Programmen bei Substanzmissbrauch bei?

Morgenstern, J., Bux, D., Labouvie, E., Blanchard, K. A. & Morgan T. I. (2002). Examining mechanisms of action in 12-step treatment: The role of 12-step cognitions. J Stud Alcohol, 63, 665-672.

Bei der Behandlung von Alkohol- und Kokain-Abhängigkeit haben sich 12-stufige Behandlungsprogramme als sehr effektiv erwiesen. Um die Wirkkomponenten dieser Programme zu identifizieren, wurden 370 Patienten mit diagnostiziertem Substanzmissbrauch (DSM-IV) untersucht, die an einem solchen 12-Stufen-Programm teilnahmen.
Als Erfolgsvariablen wurden bei Beginn des Programms, bei Beendigung und 6 und 12 Monate danach sechs kognitive Faktoren erfasst, die in 12-Stufen-Programmen thematisiert werden (Kraftlosigkeit, Glauben an eine höhere Macht, Krankheitsattribuierung, Effekte der Abstinenzverletzung, sich zu den Anonymen Alkoholikern oder zu den Anonymen Drogensüchtigen bekennen und die Identifikation mit anderen bei der Gesundung), 2 Faktoren, die auch in anderen Behandlungsformen relevant sind (Bekennen zur Abstinenz und der Versuch, riskante Situationen zu meiden) und einen für Psychotherapie spezifischen Faktor (Reduktion der Selbstkritik).
Bei Beginn der Behandlung lag der Prozentsatz der abstinenten Tage bei 33%, 6 Monate nach Beendigung der Therapie lag er bei 89% und 12 Monate danach bei 86%.
Prädiktoren für positive Ergebnisse 12 Monate nach Behandlungsende waren: „Bekennen zur Abstinenz", „Versuch, riskante Situationen zu meiden" und „Bekennung zu den Anonymen Alkoholikern oder zu den Anonymen Drogensüchtigen". Die Krankheitsattribuierung und ein Glaube an eine höhere Macht waren nicht mit dem Behandlungsergebnis verknüpft.

Kommentar: Die beiden Kognitionen „Bekennen zur Abstinenz" und „Versuch, riskante Situationen zu meiden" stellen nicht nur verlässliche Prädiktoren für den Behandlungserfolg dar, sondern sind auch wesentliches Element vieler anderer erfolgreicher Behandlungsansätze. Es erscheint daher ratsam und wichtig, in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen diese Faktoren besonders zu berücksichtigen.

„Einstiegsdroge“ Cannabis als Prädiktor für weiteren Substanzmissbrauch

Lynskey, M. T., Heath, A. C., Bucholz, K. K., Slutske, W. S., Madden, P. A., Nelson, E. C., Statham, D. J. &, Martin, N. G. (2003). Escalation of drug use in early-onset cannabis users vs. co-twin controls. JAMA, 22/29, 289, 427-33.

Marihuana und Cannabis werden immer wieder als „Einstiegsdrogen" bezeichnet. Um zu überprüfen, ob ein Konsum dieser „weichen Drogen" im Jugendalter tatsächlich einen Prädiktor für einen späteren Missbrauch anderer Drogen darstellt, wurden in einer australischen Studie 311 gleichgeschlechtliche Zwillingspaare (durchschnittliches Alter: 30 Jahre) interviewt. Von den Zwillingen hatte jeweils nur einer der beiden vor dem 17. Lebensjahr Cannabis genommen.
Bei Personen die von einem frühen Cannabismissbrauch berichteten, war der Missbrauch anderer Drogen oder eine Alkoholabhängigkeit 2,1 bis 5,2 Mal häufiger. Ein Ausschluss anderer Risikofaktoren (früher Alkohol- oder Tabakgenuss, Konflikte oder Trennung der Eltern, sexueller Missbrauch in der Kindheit, Verhaltensstörungen, Depressionen oder soziale Ängste) veränderte den gefundenen Zusammenhang nur minimal.

Kommentar: Die Ergebnisse dieser aufwändigen Studie machen einen Einfluss genetischer Ursachen und den der gemeinsamen Umwelt und Erziehung von Geschwistern auf eine Prädisposition für Substanzmissbrauch unwahrscheinlich. Obwohl sich die Studie nur auf retrospektive Aussagen der Teilnehmer stützt, weisen die Daten doch darauf hin, dass früher Cannabis-Konsum einen hohen Risikofaktor für späteren Substanzmissbrauch darstellt. Trotzdem lassen sich auch bei diesem korrelativen Zusammenhang keine Aussagen über Ursache und Wirkung treffen – frühe Cannabis-Konsumenten könnten sich auch in anderen, bisher unbekannten Eigenschaften, von ihren Zwillingsgeschwistern unterscheiden.

Kurzform des Fragebogens zur Psychotherapiemotivation – FPTM-23

Schulz, H., Lang, K. Nüblich, R. & Koch, U. (2003). Psychometrische Überprüfung einer Kurzform des Fragebogens zur Psychotherapiemotivation – FPTM-23. Diagnostica, 49 (2), 83-93.

Sowohl in der Grundlagenforschung als auch in Interventionsstudien, im Rahmen der Bedarfsplanung und in der psychotherapeutischen Praxis ist man auf die Erfassung der Psychotherapiemotivation von Patienten angewiesen.
Ein Verfahren zur Erfassung dieses Faktors, der auch einen entscheidenden Einfluss auf den Therapieerfolg ausübt, ist der Fragebogen zur Psychotherapiemotivation (FPTM), der nun in einer auf 23 Items verkürzten Fassung vorliegt. An 4.638 Patienten der stationären Psychotherapie wurden die Gütekriterien dieses Fragebogens psychometrisch überprüft. Dabei konnte die Strukturierung in sechs Faktoren repliziert werden und die internen Konsistenzen der Skalen erwiesen sich als ausreichend hoch. Auch die ersten Ergebnisse zur Konstruktvalidität sind zufrieden stellend.

Kommentar: Die Entwicklung zuverlässiger diagnostischer Verfahren trägt wesentlich zur Professionalisierung der Psychotherapie bei. Viele der entwickelten Fragebögen eignen sich vornehmlich zum Einsatz in Forschungsprojekten. Bei fraglicher Psychotherapiemotivation kann der Einsatz dieses praktikablen Kurzinventars jedoch auch im Praxisalltag für die Planung der Therapie wichtige Hinweise liefern, obwohl sich die Stichprobe, an der der Fragebogen überprüft wurde, nur aus stationär behandelten Patienten zusammensetzt.

Forschungsprojekt zu Kränkungen in der Supervision und Lehrsupervision sucht Teilnehmer

Supervision ist ein bedeutsames Instrument der Qualitätssicherung helfender Berufe. In einer Dunkelfeldstudie der Universitäten Amsterdam und Krems soll im Rahmen einer ersten quantitativen Erhebung die Risiken, Schäden und Nebenwirkungen von Supervisionen erfasst werden. Nachfolgend werden bei Teilnehmern, die sich dafür bereit erklären, auch qualitative Interviews durchgeführt. Personen, die in helfenden Berufen tätig sind und sich für eine Teilnahme interessieren finden den Fragebogen und zusätzliche Informationen unter: www.supervisionsforschung.de
Jutta E. Ehrhardt
Daubenrather Kirchweg 3
52428 Jülich
Tel: 02461/34956-0, Fax: -1
Mo/Fr: 18.30 – 19.30 Uhr

Dr. Barbara Ripper

Wissenschafliche Mitarbeiterin der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg,
Hauptstätterstraße 89
70178 Stuttgart
Tel. 0711/674470-40
ripper@psychotherapeutenkammer-b-w.de

Bundespsychotherapeutenkammer gegründet

1. Deutscher Psychotherapeutentag am 17. und 18. Mai 2003 in Berlin

Am 17. Mai 2003 um 10.00 Uhr gründeten die Präsidentinnen und Präsidenten der neun bereits konstituierten Psychotherapeuten-Landeskammern im Hotel Alsterhof in Berlin die Bundespsychotherapeutenkammer. Der **Gründungsakt** setzte den Schlusspunkt von 1 ½ Jahren Verhandlungen und Vorbereitungen der Landeskammern, sowie der Gründungs- und Errichtungsauschüsse. Damit sind nun auch Deutschlands Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten in einer Bundeskammer geeint.

Die im Anschluss an den Gründungsakt am 17. und 18. Mai durchgeführte Delegiertenversammlung (der 1. Deutsche Psychotherapeutentag) fand in lebhafter und doch sachbezogener Atmosphäre statt, so dass am Ende der Sitzung, die bis zum Sonntag um 16.00 Uhr andauerte, die im Vorfeld avisierten Ziele des Treffens erreicht waren. Die Delegiertenversammlung wurde mit der **Begrüßung** durch die Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Berlin, Frau **Gisela Borgmann**, eröffnet. Die Berliner Kammer zeichnete im Übrigen auch für die hervorragende Organisation und Ausrichtung des 1. Deutschen Psychotherapeutentages verantwortlich.

Im Anschluss an die Begrüßung durch Frau Borgmann wünschte auch der Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Herr **Dr. Schröder**, dem 1. Deutschen Psychotherapeutentag gutes Gelingen und überbrachte hierzu die Grüße der Ministerin Ulla Schmidt, die wegen eines Auslandsaufenthaltes selbst verhindert war. Herr Dr. Schröder sicherte dabei zu, dass geprüft werde, ob der Erstzugang des Patienten zum Therapeuten erhalten werden könne.

80 Delegierte aus den neun Bundesländern mit bereits konstituierten Kammern waren anwesend, sowie als Gäste VertreterInnen aus den Ländern, in denen die Landeskammern noch aufgebaut werden müssen. Nach Erledigung der Formalia und Feststellung der Beschlussfähigkeit der Delegiertenversammlung folgte der Tagesordnungspunkt „Aussprache und Abstimmung über die **Satzung** der Bundespsychotherapeutenkammer", die – wie vergleichsweise auch die Bundesärztekammer – in der Rechtsform des nicht rechtsfähigen Vereins gegründet wurde. Ein – wie sich noch herausstellen sollte – Tagesordnungspunkt mit hoher Brisanz, waren doch insgesamt 24 Änderungsanträge von der Delegiertenversammlung zu beraten und abzustimmen. Besonders kontrovers wurde dabei die Zahl der Sitze im neuen Vorstand diskutiert. Auf der einen Seite stand das Argument der Geschlossenheit und politischen Handlungsfähigkeit, auf der anderen Seite der Versuch eine möglichst breite Einbeziehung der verschiedensten Strömungen zu erreichen. Nach ausführlicher Erörterung und Diskussion wurde das vorgeschlagene Modell eines fünfköpfigen Vorstandes von der Delegiertenversammlung bevorzugt. Eine Aufstockung des Vorstandes um höchstens zwei weitere Beisitzer auf dann insgesamt maximal sieben Mitglieder fand dagegen keine Mehrheit. Schließlich wurde nach Abarbeitung sämtlicher Änderungsanträge die Satzung in der durch die Delegiertenversammlung redigierten Fassung bei 4 Enthaltungen und 3 Gegenstimmen verabschiedet.

Trotz vorgerückter Stunde sollten auch die **Vorstandswahlen** entsprechend der Tagesordnung noch am ersten Sitzungstag durchgeführt werden. Zunächst stand die Wahl des Präsidenten an.
Einziger Kandidat für dieses Amt war der Präsident der Psychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, Herr **Detlev Kommer**. Nachdem er sich dem Plenum vorgestellt und einige Fragen zu seiner Person und der avisierten fachlichen Ausrichtung eines von ihm geführten Vorstandes beantwortet hatte, ergab die Wahl ein eindeutiges Votum. Herr Kommer wurde bei 22 Gegenstimmen und 2 Enthaltungen mit 56 Ja-Stimmen zum ersten Präsidenten der Bundespsychotherapeutenkammer gewählt.
Noch eindeutiger fiel die Wahl des 1. Vizepräsidenten aus. Hier kandidierte der Präsident der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, Herr **Dr. Lothar Wittmann**. Ebenfalls ohne Gegenkandidaten angetreten, erreichte Herr Dr. Wittmann 63 Ja-Stimmen bei 15 Gegenstimmen und einer Enthaltung. Daran anschließend folgte die Wahl des/r 2. Vizepräsidenten/in. Um diese Position bewarben sich zwei Personen. Zum einen die Präsidentin der mitgliederstärksten Landeskammer Nordrhein-Westfalen, Frau **Monika Konitzer** und zum anderen der Vizepräsident der Psychotherapeutenkammer Berlin, Herr **Heinrich Bertram**. Die bei dieser Konstellation erforderliche Stichwahl sah

Frau Konitzer vorn. Sie erhielt 50, ihr Kontrahent Bertram 25 Stimmen.
Auch die Beisitzerwahlen fielen im Ergebnis eindeutig aus. Hier wurden **Hermann Schürmann** aus Nordrhein-Westfalen und **Peter Lehndorfer** aus Bayern mit 56 bzw. 55 Ja-Stimmen gewählt.

Mit dieser Personalentscheidung endete der erste Versammlungstag gegen 22.30 Uhr, so dass das anschließende Buffet für alle Delegierten und geladenen Gäste zur Mitternachtsveranstaltung wurde. Dennoch fanden sich die Delegierten am Sonntag bereits um 9.00 Uhr zur Fortsetzung der Versammlung im Tagungsraum des Hotels Alsterhof ein.

Am zweiten Sitzungstag stand zunächst die Wahl der **VertreterInnen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Länderrat** auf dem Programm. Gewählt wurden auf Vorschlag der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen **Martin Klett** (Baden-Württemberg) und **Marion Schwarz** (Hessen).

Im Anschluss daran wurde mit 69 Ja- gegenüber 11 Nein-Stimmen beschlossen, dass jede Länderkammer pro Mitglied einen **Jahresbeitrag von 30 €** an die Bundeskammer zu entrichten hat.

Einmütig wurde sodann **Berlin** als **Sitz der Geschäftsstelle der Bundespsychotherapeutenkammer** bestimmt.

Nach den Wahlen zur **Versammlungsleitung** für die Wahlperiode – hier setzten sich **Frau Friederike Wetzorke** (Niedersachsen) als Versammlungsleiterin und **Herr Jürgen Hardt** (Hessen) sowie **Herr Wolfgang Schreck** (NRW) als Stellvertreter durch – traten die Delegierten in die Diskussion über die vorgelegte Geschäftsordnung ein.

Bei lebhafter Aussprache und einer Vielzahl von Änderungsanträgen, die aber in ihrer großen Mehrzahl von den Delegierten zurückgewiesen wurden, wurde schließlich auch die **Geschäftsordnung** der Bundespsychotherapeutenkammer beschlossen.

Abschließend stand das Papier **„Eckpunkte der Bundespsychotherapeutenkammer für die anstehende Gesundheitsreform"** (s.u.) auf der Tagesordnung. Trotz der fortschreitenden Ermüdung aller Teilnehmer wurden hier nochmals sehr kontrovers und konstruktiv fachliche Themen problematisiert. Bei 24 Gegenstimmen und 8 Enthaltungen fand auch dieses Eckpunktepapier die Zustimmung der Mehrheit der Versammlung, die um 16.00 Uhr von der Präsidentin der Kammer Berlin mit dem Dank an alle Delegierten für die an den Tag gelegte Ausdauer und Disziplin geschlossen wurde.

Der Vorstand nahm seine gesundheitspolitische Arbeit unmittelbar auf und gab am folgenden Tag eine Pressekonferenz. Auf ihr bezeichnete Detlev Kommer den **Direktzugang** der Patienten zur Psychotherapie als unabdingbar.

Eckpunkte der Bundespsychotherapeutenkammer für die anstehende Gesundheitsreform

Der Deutsche Psychotherapeutentag hat am 18. Mai 2003 auf Antrag des Vorstands der Bundespsychotherapeutenkammer die folgenden Eckpunkte für die anstehende Reform des Gesundheitssystems beschlossen:

1. Gesundheit und Krankheit lassen sich nicht auf eine biologische Dimension verkürzen

Die Wirksamkeit psychischer Faktoren und sozialer Bedingungen bei der Entstehung, Aufrechterhaltung und Überwindung von Erkrankungen ist bei unterschiedlichen Krankheitsbildern allgemein anerkannt und wissenschaftlich belegt. Psychische und psychisch mit bedingte Erkrankungen haben in erheblichem Ausmaß zugenommen. Die akademischen Heilberufe der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind deshalb in erheblich stärkerem Umfang als bisher üblich sowohl auf der Ebene der Systemplanung als auch in der kurativen und rehabilitativen Versorgung sowie in der Prävention mit einzubeziehen, wenn den psychosozialen Dimensionen von Gesundheit und Krankheit im Interesse der Bevölkerung angemessen Rechnung getragen und die damit verbundenen gesundheitsökonomischen Einsparpotentiale effektiv genutzt werden sollen.

2. Der direkte Erstzugang zu einer bedarfsorientierten psychotherapeutischen Versorgung muss erhalten bleiben

Repräsentative epidemiologische Untersuchungen belegen die große Verbreitung psychischer Störungen in der Bevölkerung und die damit einhergehende starke Beeinträchtigung der Betroffenen. Sie zählen bereits heute zur Spitzengruppe der kostenintensivsten Krankheiten und werden nach Einschätzung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in ihrer Bedeutung weiter zunehmen. Die tatsächliche Versorgungslage ist jedoch infolge einer verfehlten Bedarfsplanung in vielen Regionen der BRD auch heute noch durch eine hohe Rate an Fehl- bzw. Unterversorgung psychisch Kranker gekennzeichnet. Um die verbreitete und kostenträchtige Tendenz zur Chronifizierung psychischer Störungen abzubauen, muss deshalb bei der anstehenden Gesundheitsreform an einer zentralen Errungenschaft des Psychotherapeutengesetzes, dem direkten Erstzugang des Patienten zu einem Psychotherapeuten seiner Wahl, ohne Abstriche oder Erschwernisse festgehalten werden.

Finanziell geförderte Hausarztmodelle oder demotivierend wirkende Praxisgebühren bei der direkten Inanspruchnahme eines Psychotherapeuten werden sich dagegen als kostensteigernde Barrieren auswirken anstatt die empirisch belegte Tendenz zur Fehlversorgung im Rahmen von Primärarztsystemen abzubauen. Psychotherapie als Krankenkassenleistung muss deshalb integraler Bestandteil einer gesamtvertraglich geregelten Basisversorgung der Bevölkerung bleiben.

3. Bedarfsplanung

Die Gleichsetzung des Versorgungsbedarfs mit dem Ist-Stand der Behandlerzahlen bei der Bedarfsplanung für die psychotherapeutische Versorgung hat keinerlei fachlich ausgewiesenen Bezug zu der tatsächlichen Verbreitung krankheitswertiger und behandlungsbedürftiger psychischer Störungen in der Bevölkerung. Insbesondere in ländlichen Gebieten, in den neuen Bundesländern und in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie besteht deshalb eine erhebliche Unterversorgung. Eine eigene Bedarfsermittlung und Bedarfsplanung für den

Bereich der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen ist deshalb unerlässlich.

Hinzu kommt, dass der zehnjährige „Bestandsschutz" für psychotherapeutisch tätige Ärzte nach § 101, Abs. 4 SGB V eine bedarfsorientierte und gleichmäßige Verteilung der Behandler in allen Regionen verhindert und je nach den Verhältnissen in einem Planungsbereich sowohl zu einer Über- als auch zu einer Unterversorgung beitragen kann. Je nach regionalem Versorgungsbedarf sollten deshalb versorgungsorientierte und nicht berufsgruppenspezifische Neuzulassungen ermöglicht werden.

4. Weiterentwicklung einer integrierten psychotherapeutischen Versorgungskette

Bestimmte Krankheitsverläufe und psychische Krisen können stationäre psychotherapeutische Behandlungen erforderlich machen, die aufgrund fehlender Kapazitäten in der Akutversorgung und häufig langwieriger Aufnahmeprozeduren in der stationären Rehabilitation schwierig zu realisieren sind. Psychotherapeutische Akutstationen werden bedarfswidrig flächendeckend nicht vorgehalten. Erschwerend kommt hinzu, dass Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten derzeit keine Einweisungsbefugnisse für stationäre Behandlungen haben, keine kostengünstige belegpsychotherapeutische Funktionen übernehmen können und die Leitung von stationären Einheiten in der Regel noch Ärzten vorbehalten ist, obwohl es auch hierfür keine fachlichen Begründungen gibt. Diese strukturell und rechtlich bedingten Systemdefizite führen zu vermeidbaren Kostensteigerungen, die im Interesse einer fachgerechten und kostengünstigen Kontinuität der psychotherapeutischen Versorgung dringend zu korrigieren sind.

5. Gleichberechtigte Einbeziehung der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in strukturierte Behandlungsprogramme für chronische Erkrankungen und in integrierte Versorgungssysteme

Zur Förderung der Krankheitsbewältigung und zur Stärkung der persönlichen Ressourcen der Patienten ist heilkundliches psychologisches Fachwissen erforderlich, das somatisch ausgebildeten Ärzten in der Regel nicht zur Verfügung steht. Um die von der Gesundheitspolitik gewünschte Steigerung der Effektivität und Qualität bei der Behandlung chronischer Erkrankungen erreichen zu können, sind Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bereits bei der Erstellung von Behandlungsleitlinien und in der Versorgung gleichberechtigt mit zu beteiligen. Bei der Umsetzung von Disease-Management-Programmen und bei integrierten Versorgungssystemen müssen psychologische Screening-Verfahren und Schnittstellen für die diagnostische und therapeutische Einbeziehung der Psychotherapeuten verbindlich vorgesehen werden. Der Einbezug psychologisch-psychotherapeutischen Fachwissens in Disease-Management-Programme erfordert ein spezifisches Spektrum an Leistungen zusätzlich zur traditionellen Richtlinien-Psychotherapie. Dazu bedarf es zwingend einer Änderung des § 28 SGB V, der bisher die Tätigkeit im Widerspruch zur Legaldefinition des Psychotherapeutengesetzes auf die Richtlinienpsychotherapie beschränkt.

6. Mehr Mitwirkungsrechte für Psychotherapeuten in der Selbstverwaltung

Die Erfahrungen nach 4 Jahren Psychotherapeutengesetz zeigen: Das bisherige sozialrechtliche Integrationsmodell ist unzureichend, eine angemessene Vertretung der psychotherapeutischen Berufe in die Strukturen der ärztlichen Selbstverwaltung ist nicht gelungen. Dies zeigen die endlosen Auseinandersetzungen über eine angemessene Vergütung psychotherapeutischer Leistungen, die Ausgrenzung psychotherapeutischen Sachverstandes bei den DMPs, die Ablehnung einer angemessenen Beteiligung von Psychotherapeuten im Vorstand der KBV.

Die Bundespsychotherapeutenkammer fordert deshalb gesetzlich abgesicherte und angemessene Vertretungsmöglichkeiten in den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, etwa nach dem Muster eines Drei-Säulenmodells, mit einer hausärztlichen, fachärztlichen und psychotherapeutischen Versorgungsebene.[1] Jeder Versorgungsbereich soll mit einem eigenständigen Verhandlungsmandat gegenüber den Krankenkassen ausgestattet sein. Verhandlungen über Verträge mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen, die die psychotherapeutische Versorgung betreffen, sollen federführend von dem psychotherapeutischen Vorstandsmitglied geführt werden können. Im Vorstand der KBV und der KVen muss je ein Sitz für einen Vertreter der Psychotherapeuten gewährleistet sein. Dasselbe gilt für alle Gremien, die mit Fragen der stationären und ambulanten psychotherapeutischen Versorgung befasst sind. Die Psychotherapeuten müssen in der Vertreterversammlung entsprechend ihrem jeweiligen Anteil an den Mitgliedern der Kassenärztlichen Vereinigungen vertreten sein. Dies wird durch ein Verhältniswahlrecht garantiert, bei dem die bisherige 10%ige Beschränkung für die Psychotherapeuten entfällt.

7. Psychotherapie erfordert eine angemessene Vergütung

Bei der Vergütung der ambulanten psychotherapeutischer Leistungen ist die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zugrunde zu legen, insbesondere ist § 85 Abs. 4 des SGB V in der Weise präziser zu fassen, dass alle mit Mindestzeiten versehenen psychotherapeutischen und psychodiagnostischen Leistungen einschließlich der probatorischen Sitzungen mit festen Honoraren zu vergüten sind. Wenn aus Finanzierungs- und Steuerungsgründen Selbstbeteiligungsregelungen für Inanspruchnahmen eingeführt werden, dürfen diese nicht wie in früheren Gesetzesentwürfen isoliert nur für die Psychotherapie gelten.

Unter Berücksichtigung des vergleichbaren Qualifikationsniveau und der funktional gleichwertigen Tätigkeit im Rahmen von Anstellungsverhältnissen ist die tarifrechtliche Gleichstellung der Psychotherapeuten mit den Fachärzten vorzusehen.

8. Berufsrechtliche Änderungsnotwendigkeiten: Legaldefinition und Ausbildungsbestimmungen

Die in § 1 Abs. 3 PsychThG vorgenommene Legaldefinition der Psychotherapie klammert die präventiven und rehabilitativen Fachkompetenzen der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aus, die bei der anstehenden Gesundheitsreform für den Ausbau einer präventiven Orientierung und für die notwendige Weiterentwicklung der ambulanten Rehabilitation benötigt werden, wie sich dies u.a. bei der nach wie vor ungeregelten neuropsychologischen Therapie als besonders dringlich erweist.

Der in der Legaldefinition ebenfalls enthaltene Ausschluss von Heilversuchen stellt im übrigen ein gravierendes und zudem verfassungsrechtlich bedenkliches Hindernis bei der wissenschaftlich fundierten Weiterentwicklung der Psychotherapie dar. In der Versorgungspraxis wird dadurch in begründeten Einzelfällen der Rückgriff auf aussichtsreiche und klinisch hinreichend bewährte psychotherapeutische Interventionen als Alternative zu einer Behandlung verwehrt, auf die ein Patient u.U. nur unzureichend anspricht. Eine solche Interventionsmöglichkeit muss deshalb aus fachlichen Gründen wie auch aus Gründen der Gleichstellung mit den übrigen akademischen Heilberufen durch eine entsprechende Korrektur ermöglicht werden.

Die Konzeption der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten berücksichtigt zuwenig den psychotherapeutischen Kompetenzerwerb im Rahmen der universitären Ausbildung. Anrechnungsmöglichkeiten sind nicht vorgesehen. Gleichzeitig sollte die Möglichkeit geschaffen werden, die bisher überwiegend verfahrensorientierte Ausbildung durch problem- und störungsspezifische Aus-, Fort- und Weiterbildungskonzeptionen zu ergänzen.

Im Anschluss an die anstehenden Reformen des Gesundheitssystems sollte daher unverzüglich eine entsprechende Novellierung der einschlägigen berufsrechtlichen Bestimmungen des Psychotherapeutengesetzes vorgenommen werden.

---

1 Für Ärzte, die hauptberuflich Psychotherapie ausüben, ist eine Option vorzusehen, sich für den fachärztlichen oder den psychotherapeutischen Versorgungsbereich zu entscheiden. Entscheiden sie sich für den psychotherapeutischen Versorgungsbereich, steht ihnen dort das aktive und passive Wahlrecht zu.

Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die politische Landschaft im Gesundheitswesen ist derzeit durch kontroverse Diskussionen um unterschiedlichste Modelle von Reformen gekennzeichnet. Die Gründung der Bundespsychotherapeutenkammer ist dabei ein wichtiger Schritt, den Erhalt der psychotherapeutischen Versorgung im Kontext der Gesetzlichen Krankenversicherung zu sichern. Auf der Landesebene haben Aktivitäten zur stationären und ambulanten Psychotherapie und weitere Einrichtungen der psychosozialen Versorgung sowie die weitere Arbeit der Ausschüsse an den jeweils relevanten Inhalten besondere Priorität. So fand im Zusammenhang mit der Bedarfsplanung der stationären Psychotherapie ein Treffen mit einem Vertreter des Sozialministeriums statt. Hierbei wurde der Vorstand über den aktuellen Stand der Versorgungssituation informiert und erörterte Aspekte der Ausbildungssituation. Eine Intensivierung des gegenseitigen Austausches wird angestrebt.

In dieser Ausgabe berichten die Vorsitzenden der Ausschüsse „Berufsordnung", „Psychotherapie in Institutionen" und „Aus-, Fort- und Weiterbildung" ausführlicher über ihre Arbeit.

Anfang April 2003 wurde der Beitragsbescheid für das laufende Jahr an die Mitglieder versandt. Bisher haben etwa 2/3 der Mitglieder eine Einzugsermächtigung erteilt, was sehr zu einer Entlastung der Buchhaltung in der Geschäftsstelle beiträgt.

Auf vollen Touren laufen die Vorbereitungen für den Landespsychotherapeutentag am 21. September in Stuttgart. Zur Planungsgruppe gehören neben der Wissenschaftlichen Mitarbeiterin Frau Dr. Ripper auch Frau Banthien, Frau Kremp-Ottenheym, Frau Schwalm und Frau Raymann und Herr Kommer für den Vorstand. Eine umfassende Information, verbunden mit einer Einladung zum Landespsychotherapeutentag, wird allen Kammermitgliedern im Sommer zugehen.

Mit freundlichem Gruß aus Stuttgart

Ihr Kammervorstand:

Detlev Kommer, Siegfried Schmieder, Thomas Fydrich, Trudi Raymann, Mareke de Brito Santos-Dodt

Delegierte für die Bundespsychotherapeutenkammer (BPK)

Auf der Vertreterversammlung am 15.3.03 wurden folgende Vertreterinnen und Vertreter als Delegierte und Stellvertreter der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg für die Delegiertenversammlung der BPK (siehe auch Psychotherapeutenjournal 01/2003, S. 43) gewählt:

Delegierte	Persönliche Stellvertreter
Prof. Dr. Walter Bongartz	Dipl.-Psych. Thomas Müller-Staffelstein
Dr. Alessandro Cavicchioli	Dr. Jens Hertel
Prof. Dr. Thomas Fydrich	Dipl.-Psych. Andreas Schale
Martin Klett	Monika Laitenberger
Dipl.-Psych. Detlev Kommer	Dipl.-Psych. Sabine Schäfer
Dr. Dietrich Munz	Dipl.-Psych. Ursula Neumann
Dipl.-Psych. Mareke Santos-Dodt	Dipl.-Psych. Marianne Funk
Dipl.-Psych. Siegfried Schmieder	Dipl.-Psych. Peter Gabriel
Dipl.-Päd. Trudi Raymann	Sibille Seeger
Dipl.-Psych. Michael Reisch	Prof. Dr. Herbert Pielmaier
Prof. Dr. Dirk Revenstorf	Dipl.-Psych. Frieder Gocht

Versorgungswerk

Die vom Sozialministerium favorisierte Lösung, das Versorgungswerk für die Psychotherapeuten in Baden-Württemberg in das Ärzteversorgungswerk zu integrieren, kann nicht umgesetzt werden. Im Sozialministerium wird derzeit geprüft, ob die jetzt erforderliche eigenständige gesetzliche Lösung in Baden-Württemberg politisch durchsetzbar ist. Der Vorstand der Landespsychotherapeutenkammer wirbt verstärkt darum, eine eigene, kostengünstige Altersversorgung in Form eines Versorgungswerks zu etablieren. Selbst unter günstigen Voraussetzungen wird die Realisierung eines Versorgungswerks frühestens Ende 2004 möglich sein (siehe auch Ausgabe 1/2003, S. 20, S. 47).

Umfrage Notfallpsychotherapie, Psychotraumatologie und Psychoonkologie

Mit dem Beitragsbescheid wurde Anfang April 2003 eine Umfrage zu den Tätigkeitsfeldern Notfallpsychotherapie, Psychotraumatologie und Psychoonkologie an die Mitglieder versandt. Da der Katastrophenplan des Landes Baden-Württemberg bislang unsere Berufsgruppen nicht mit einbezieht, soll den relevanten Stellen des Landes die psychologisch-psychotherapeutische Kompetenz unserer Berufsgruppen für die Notfall-Versorgung verdeutlicht werden. Einschlägig qualifizierte Mitglieder der Kammer sollen in ein entsprechendes Notfall-Versorgungsnetz integriert werden.

Auch im Bereich der Psychoonkologie soll das Fachwissen und die spezifischen Qualifikationen entsprechend ausgebildeter Mitglieder berücksichtigt werden. Dies soll zunächst vor allem im Kontext mit Verträgen zu Disease-Management-Programmen (DMP) bei Brustkrebserkrankungen (Mammakarzinom) berücksichtigt werden.

Mit der Erhebung sollen fundierte Informationen über vorhandene Qualifikationen sowie die örtliche Verfügbarkeit und Ressourcen unserer Kammermitglieder zusammengestellt werden. Bisher haben etwa 700 Kammermitglieder reagiert und wir bedanken uns für diese umgehende Rückmeldung. Mit der Auswertung der Fragebögen wurde bereits begonnen. Über die Ergebnisse der Umfrage sowie die weiteren Initiativen (beispielsweise auch zu Fortbildungsmaßnahmen) werden wir im Psychotherapeutenjournal berichten. Zugleich bitten wir alle diejenigen Kolleginnen und Kollegen, die bisher noch nicht geantwortet haben, den Fragebogen, der auch auf unserer Homepage abrufbar ist, jetzt noch auszufüllen und zurückzusenden. Nur eine möglichst vollständige Beteiligung aller Kammermitglieder an der Umfrage gibt uns die Möglichkeit, den zuständigen politischen Gremien des Landes gegenüber mit zuverlässigen Zahlen zu operieren und mit dem erforderlichen Nachdruck für eine Mitbeteiligung unserer Berufsgruppen in diesen Versorgungsbereichen einzutreten.

Stellungnahme zu den geplanten Kürzungen im Sozialetat 2003 des Landes Baden-Württemberg

Folgende Resolution wurde von der Vertreterversammlung verabschiedet:

„Die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer hat am 15. März 2003 mit Bestürzung von den geplanten Kürzungen im Sozialetat des Landes Baden-Württemberg in Höhe von 10 Millionen Euro Kenntnis genommen. Besonders betroffen von diesen Mittelstreichungen sind die Sozialpsychiatrischen Dienste, deren Zuschüsse um die Hälfte gekürzt werden sollen (2 Millionen Euro), die Förderung von Arbeitslosen-Initiativen, der Ausländersozialdienst und die Förderung der Erziehungsarbeit in Jugendwohnheimen, denen die Zuschüsse gänzlich entzogen werden sollen sowie die Förderung der Schulsozialarbeit an 176 Brennpunkt-Schulen im Land, die statt wie bisher mit 2,52 Millionen Euro jetzt nur noch mit 0,52 Millionen Euro gefördert werden soll.

Die Kürzungen werden u.a. damit begründet, dass andere Kostenträger für diese Leistungen zuständig seien. Dieser Verweis geht fehl, weil bei den Krankenkassen, den Arbeitsämtern und den Gemeinden einschlägige Leistungskürzungen ebenfalls auf der Tagesordnung stehen.

Von den Mittelstreichungen werden in erster Linie Mitbürgerinnen und -bürger betroffen sein, die aufgrund einer psychischen Erkrankung oder aus sozialen Gründen dringend darauf angewiesen sind, psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen zu können, um bei der Bewältigung ihrer schwierigen Lebenssituation Unterstützung zu erfahren und im Interesse ihrer sozialen Integration gefördert zu werden. Fällt diese Unterstützung weg, wird bei vielen Menschen die Gefahr der psychischen Dekompensation ansteigen, mit der Folge langwieriger und kostenträchtiger Krankenhausaufenthalte, während insbesondere bei jüngeren Menschen das Risiko der sozialen Devianz zunimmt. Kurzfristige Kosteneinsparungen im Sozialetat erweisen sich so als gesellschaftlicher Bumerang, der mittelfristig unweigerlich von der Gemeinschaft zu tragende Kostensteigerungen nach sich zieht.

Die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg schließt sich deshalb den Forderungen der kirchlichen

Sozialverbände des Landes an, von den geplanten Kürzungen Abstand zu nehmen. Gerade in wirtschaftlich schwierigen Zeiten ist der Erhalt – wenn nicht sogar der Ausbau – psychosozialer Dienste wichtiger denn je, wenn den gesellschaftlichen Entsolidarisierungsprozessen, die den Zusammenhalt unserer Gesellschaft bedrohen, nicht weiter Vorschub geleistet werden soll. Die Konsolidierung des Haushaltes des Landes Baden-Württemberg darf nicht zu Lasten psychisch kranker Menschen und sozial benachteiligter Gruppen durchgesetzt werden."

Der Text wurde an die Abgeordneten des Landtages, an die Fraktionsführer sowie an die kirchlichen Verbände und die Presse versandt.

Berichte der Ausschüsse „Berufsordnung Baden-Württemberg", „Psychotherapie in Institutionen" und „Aus-, Fort- und Weiterbildung"

Ausschuss „Berufsordnung Baden-Württemberg"

Der Ausschuss „Berufsordnung" hat seine Arbeit im April 2002 aufgenommen und bisher neun Mal getagt. Die Entwicklung einer Berufsordnung für alle Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie für niedergelassene und angestellte Kolleginnen und Kollegen hat sich für die Mitglieder des Ausschusses als außerordentlich anregend herausgestellt. Dabei hat die Formulierung verbindlicher Regeln, die auch den Ansprüchen juristischer Überprüfung standhalten, verdeutlicht, dass die Entwicklung einer Berufsordnung einen prozessualen Charakter hat.
Der Ausschuss hatte zuerst versucht, die allgemeinen ethischen Grundlagen herauszuarbeiten, die die Bestimmung einer „guten psychotherapeutischen Praxis" ermöglichen. Auf diesem Wege ergaben sich kaum überwindbare Unterschiede zwischen den verschiedenen psychotherapeutischen Schulen und ihrer jeweiligen wissenschaftlichen Grundlage. Ausgehend von diesen fruchtbaren Diskussionen sucht der Ausschuss jetzt nach bescheideneren Formulierungen, die gleichwohl eine allgemein gültige Berufsordnung auf den Weg bringen.
Neben dem Vergleich verschiedener Ethik-Richtlinien nationaler und internationaler Berufsverbände war die bereits verabschiedete Berufsordnung der LPK-Niedersachsen eine äußerst hilfreiche Vorlage. Die besonderen berufsspezifischen Anforderungen schienen uns aber in Letzterer noch nicht genügend berücksichtigt. In der Zwischenzeit hat der Ausschuss einen ersten Entwurf vorgelegt, der mit dem Vorstand der LPK diskutiert wurde und jetzt einer erneuten Überarbeitung bedarf. Der Entwurf einer Berufsordnung wird auf dem Landespsychotherapeutentag Baden-Württemberg und parallel dazu auf der Homepage der LPK im September 2003 den Kammermitgliedern vorgestellt.

Dr. Peter Wegner (Vorsitzender), Dr. Martin Wendisch (Stellv. Vorsitzender), Kristiane Göpel, Werner Kraft und Prof. Dr. Dirk Lorenzen

Ausschuss „Psychotherapie in Institutionen"

Im Ausschuss „Psychotherapie in Institutionen" (PTI) sind unterschiedliche öffentliche und private Einrichtungen repräsentiert: u.a. Beratungsstellen, Justizvollzugsanstalten sowie Kliniken unterschiedlichster Art. Dem entsprechend vielfältig sind die sozial-, arbeits-, tarif-, und berufsrechtlichen Fragen, die berücksichtigt werden müssen. Die Themen wurden zunächst erfasst und gewichtet. Weiter wurde geklärt, welche Anliegen der in Institutionen arbeitenden Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eher länderspezifisch sind und welche primär auf Bundesebene bearbeitet werden sollen. Es fand ein Treffen von Delegierten der Länderausschüsse PTI statt, um entsprechend die Aufgaben und Anliegen zu diskutieren und aufeinander abzustimmen. In diesem Gremium wurden auch Wünsche und Forderungen hinsichtlich der Satzung der BPK abgestimmt.
Auf Landesebene wurde beim Sozialministerium Baden-Württemberg beantragt, das Landeskrankenhausgesetz entsprechend der im Psychotherapeutengesetz definierten heilberuflichen Kompetenzen der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auf die Umsetzung des Psychotherapeutengesetzes anzupassen. Ein Änderungsvorschlag wurde rasch erarbeitet und in einem ersten Gespräch des Kammervorstandes und des Ausschussvorsitzenden mit dem Sozialministerium dort vorgelegt und erläutert. Neben einer genaueren Erfassung der Angestellten in den verschiedenen Tätigkeitsfeldern wird eine Befragung der Träger der verschiedenen Einrichtungen zum Stand der Umsetzung des PsychThG vorbereitet. Der Ausschuss PTI wird auf dem Landespsychotherapeutentag am 21.09.2003 zum aktuellen Stand seiner Aktivitäten ausführlich informieren. Die Mitglieder des Ausschusses laden die in Institutionen arbeitenden Kolleginnen und Kollegen ein, auch dort mit den Ausschussmitgliedern in Kontakt zu treten, ihre Anliegen einzubringen und dadurch die Arbeit mitzugestalten.

Dr. Roland Straub (Vorsitzender), Dr. Dietrich Munz (Stellv. Vorsitzender), Dr. Karl-Eugen Graf, Dr. Dieter Horch, Elisabeth Noeske, Jürgen Pitzing und Andreas Schale

Ausschuss „Aus-, Fort- und Weiterbildung"

Am Beginn der Ausschussarbeit stand die Beschäftigung mit den rechtlichen Rahmenbedingungen bezüglich möglicher Weiterbildungsregelungen (WBO's). In Baden-Württemberg besteht ein gewisser Handlungsdruck, da das Heilberufe-Kammergesetz (HBKG) noch in dieser Legislaturperiode novelliert werden und dabei möglichst auch die Beschränkung bezüglich dem Erlassen von Weiterbildungsregelungen für die PP und KJP entfallen soll. Von daher ist es vordringlich, dem Sozialministerium Vorschläge für eine Definition der im HBKG zu formulierenden Fachrichtungen innerhalb der Psychologischen- und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zu unterbreiten. Dies ist deshalb zwingend, weil vom Gesetzgeber aufgrund des Bundesverfassungsgerichtsurteils von 1972 gefordert wurde, dass statusbildende Normen, zu denen die Fach(arzt)richtungen gehören, förmlich durch Gesetz festgelegt werden müssen.

In diesem Ausschuss wird deshalb zurzeit die Definition dieser Fachrichtungen diskutiert. Sobald ein vom Ausschuss und dem Vorstand der LPK gemeinsam getragener Vorschlag erstellt ist, wird dieser der Vertreterversammlung zur Beratung vorgelegt. Das Ergebnis wird dem Sozialministerium als Vorschlag unserer Kammer zur Definition der Fachrichtungen im zu novellierenden HBKG übermittelt werden. Daneben wird ein Entwurf für die im HBKG zu formulierenden Bestimmungen bezüglich der WBO's in den dann definierten Fachrichtungen, vergleichbar den entsprechenden Paragraphen bei den anderen Heilberufen, erarbeitet und dem Sozialministerium als Vorschlag vorgelegt werden. Dies wird ein wesentlicher Teil der Aufgaben des Ausschusses ausmachen, so dass mit ersten definitiven Weiterbildungsregelungen nicht vor Mitte 2004 gerechnet werden kann.

Martin Klett, KJP (Vorsitzender) Sabine Schäfer, (Stellv. Vorsitzende) Dr. Maren Langlotz-Weis, Gudrun Klein, Helga Kremp-Ottenheym, Prof. Dr. Walter Bongartz und Prof. Dr. Bruno Preilowski.

Aktualisierung der Internetseite der Kammer

Der bisher passwortgeschützte Bereich der Internetseite wurde aufgehoben und die dort enthaltenen Dokumente sind nun direkt abrufbar. Einschlägige Satzungen und Dokumente werden zum größten Teil als Files im pdf-Format angeboten. In der neuen Rubrik „Wissenswertes" stellen wir Themen und Nachrichten auch für das allgemeine Publikum vor. Hier finden Sie kurze Berichte zu Themen wie „Zahl der Krankschreibungen infolge psychischer Krankheit", „Posttraumatischer Stress bei Kindern" und „Hinweise zu Gesprächen mit Kindern über Krieg und Terrorismus".

Kammer lädt Richter, Kammeranwälte und Beisitzer zu Vorbereitungstreffen ein

Für den 16. Juni 2003 hat der Vorstand der Kammer die vier Berufsrichter, die drei Kammeranwälte und die vierzehn Psychotherapeutischen Beisitzer der Berufsgerichte zu einem ersten Kennen lernen und zur Vorbereitung auf ihre Arbeit eingeladen. Ebenfalls eingeladen wurden die Mitglieder des Ausschusses „Berufsordnung".

Drei Berufsgerichte für Psychotherapeuten sind es bekanntlich, die das Heilberufe-Kammergesetz für Baden-Württemberg vorschreibt: Die beiden Bezirksberufsgerichte in Karlsruhe und Stuttgart sowie das Landesberufsgericht – als Berufungsinstanz – ebenfalls in Stuttgart. Aufgabe der Gerichte ist es, über Kammermitglieder Gericht zu halten, denen berufsunwürdige Handlungen vorgeworfen werden. Sobald der Kammeranwalt durch eine Anzeige oder auf anderem Wege von dem Verdacht einer berufsunwürdigen Handlung Kenntnis erlangt, erforscht er den Sachverhalt, um dann zu entscheiden, ob eine berufsgerichtliche Klage zu erheben ist. Dem Kammervorstand liegen bereits etliche Beschwerden gegen Kammermitglieder vor (siehe Ausgabe 1/2003, S. 46). Einige davon wurden bereits an Kammeranwälte abgegeben und entschieden. Mit Anklagen einzelner Mitglieder ist demnächst zu rechnen.

Kammersprechstunde auf der DGVT-Tagung

Auf der 14. Workshoptagung der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) wurde am 27. März 2003 von der Kammer eine Sprechstunde abgehalten. Die Wissenschaftliche Mitarbeiterin der Kammer, Frau Dr. Ripper, stand für Anfragen, Anregungen und Beschwerden zur Verfügung. Nach Rücksprache mit dem Vorstand bietet die Kammer gerne weitere solche Veranstaltungen an.

Geschäftsstelle

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

Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Psychotherapeutenkammer Bayern konstituiert

Wir haben im Mitgliederrundbrief 2/2003 bereits kurz über die Ergebnisse der zurückliegenden Wahlen informiert und wollen jetzt etwas ausführlicher den Weg zur endgültigen Bildung der Kammer darstellen. Abschließend werden wir als neuer Vorstand einen Ausblick auf die kommende Zeit geben.

Mit den Wahlen für die Delegiertenversammlung vom 12. bis 27. Februar waren alle Mitglieder aufgerufen, die Zusammensetzung ihres „Parlaments" zu bestimmen. Wir drucken hier noch einmal die Ergebnisse ab, diesmal in der Reihenfolge nach Stimmenanteil (siehe unten, detailliertere Angaben: siehe Homepage der Kammer).

Die Durchführung dieser Wahlen stellte alle Beteiligten vor eine große Herausforderung. Sowohl die Geschäftsstelle als auch der Wahlausschuss und der Vorstand des Gründungsausschusses hatten, angefangen von der Erstellung des Wählerverzeichnisses bis hin zur Durchführung der Wahl und der Stimmenauszählung, eine Vielzahl von Aufgaben zu bewältigen.

Parallel dazu organisierten die Listen und Listenverbindungen ihre Bemühungen, sich bei den WählerInnen bekannt zu machen. Das bayerische Wahlsystem brachte es mit sich, dass die Auszählung wie bei den hiesigen Gemeindewahlen besonders aufwendig war, aber doch im zeitlichen Rahmen bewältigt werden konnte. Eine Nachzählung im Bereich der KJP erbrachte eine Verschiebung von wenigen Einzelstimmen, womit aber dann ein Sitz von der „Gemeinsamen Liste" zur Liste „KJP in Bayern" verschoben wurde.

Ergebnisse der Kammerwahl für die Psychologischen PsychotherapeutInnen

Listenname	Listen-Nr.	Name der/des Erstplatzierten	Stimmen-anteil	Dele-gierte
Die Gemeinsame Liste	Liste 7	Dr. Karin Tritt	41,8 %	16
Integrative Liste Psychotherapie	Liste 1	Ellen Bruckmayer	30,5 %	12
Unabhängige Liste Klinischer Psychologen / Psychotherapeuten	Liste 4	Dr. Paul Kochenstein	11,6 %	4
Systemiker/innen für Methodenvielfalt	Liste 3	Dr. Hermann Scheuerer-Englisch	6,8 %	3
Neuropsychologie, Angestellte und Moderne Methoden	Liste 6	Gerhard Rudolf Müller	3,4 %	1
Deutscher Fachverband Verhaltenstherapie (DVT)	Liste 2	Prof. Dr. Hans Reinecker	3,0 %	1
Verband Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (VPP)	Liste 5	Helge Halbensteiner	2,9 %	1

38 Sitze von insgesamt 45 Sitzen: Wahlberechtigte: 3886, Wahlbeteiligung: 63,3%

Ergebnisse der Kammerwahl für die Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen

Listenname	Listen-Nr.	Name der/des Erstplazierten	Stimmen-anteil	Dele-gierte
KJP in Bayern	Liste 4	Peter Lehndorfer	50,9 %	4
Die Gemeinsame Liste	Liste 3	Dr. Sabine Schlippe-Weinberger	36,2 %	2
Systemiker/innen für Methodenvielfalt	Liste 2	Gerhard Krones	12,0 %	1
	Liste 1	Rainer Hoffmann	0,9 %	0

7 Sitze von insgesamt 45 Sitzen: Wahlberechtigte: 749, Wahlbeteiligung: 68,6%

Die Mitglieder der Delegiertenversammlung bei der konstituierenden Versammlung am 9. April 2003 mit den Vertretern des Ministeriums für Gesundheit, Ernährung und Verbraucherschutz und dem Wahlleiter, Herrn Keßler (2. von rechts), vor dem Künstlerhaus in München.

Erste Delegiertenversammlung

Im Anschluss an die endgültige Verkündung der Wahlergebnisse durch den Wahlleiter konnte dann am 9. April die erste Delegiertenversammlung durchgeführt werden.

Von Anfang an war natürlich angesichts der anstehenden Wahlen eine gewisse Spannung im Raum. Aufgrund der Erfahrungen der konstituierenden Versammlungen anderer Landeskammern gab es Befürchtungen, dass zeitaufwendige und vielleicht sogar chaotische Vorgänge aufkommen könnten.

Allein der Umstand, dass eine in dieser Zusammensetzung neue Versammlung an einem Tag 7 Vorstandsmitglieder, 5 Finanzausschussmitglieder sowie 13 Delegierte für die Bundespsychotherapeutenkammer mit ggf. 2 StellvertreterInnen, also insgesamt bis zu 51 Personen, zu wählen hatte, bedeutete eine beträchtliche zeitliche Herausforderung. Die Sitzung konnte jedoch trotz mehrerer Unterbrechungen für die Besprechungen der einzelnen Gruppierungen untereinander reibungslos und im Zeitplan durchgeführt werden. Das war vermutlich neben einer guten Vorbereitung durch den Gründungsausschussvorstand auch auf die spürbare gemeinsame Verantwortung aller Beteiligten zurückzuführen, trotz bestehender Differenzen einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten.

Die ersten Tagesordnungspunkte der Delegiertenversammlung waren dem Abschluss der Gründungsphase gewidmet: Bericht des Vorstands des Gründungsausschusses und seine Entlastung, Dank an den Wahlleiter und die Verabschiedung einer vorläufigen Geschäftsordnung für die anstehenden Wahlen.

Das Ergebnis der sich anschließenden **Vorstandswahlen** ist in der untenstehenden Tabelle zusammengestellt.

In den neuen Vorstand wurden gewählt:

Amt	Name	Liste / Verband	Stimmen
Gewählter Präsident	Dr. Nikolaus Melcop	PP-Liste 7; Vereinigung	28
Gegenkandidatin	Dr. Karin Tritt	PP-Liste 7; DFT	14
Ungültige Stimmen			1
Gewählte Vizepräsidentin	Gerda B. Gradl	PP-Liste 7; DPTV	28
Gegenkandidat	Dr. Heiner Vogel	PP-Liste 7; DGVT	15
Gewählter Vizepräsident	Peter Lehndorfer	KJP-Liste 4; VAKJP	32
Gegenkandidat	Rainer Knappe	PP-Liste 7; AVM	11
Gewählte Beisitzerin	Ellen Bruckmayer	PP-Liste 1; DGPT	24
Gegenkandidatin	Dr. Karin Tritt	PP-Liste 7; DFT	19
Gewählte Beisitzerin	Dr. Karin Tritt	PP-Liste 7; DFT	23
Gegenkandidatin	Elisabeth Gerz-Fischer	PP-Liste 1; BVVP	19
Gewählter Beisitzer	Rainer Knappe	PP-Liste 7; AVM	25
Gegenkandidat	Dieter Meier	PP-Liste 1; DPG	14
Gegenkandidat	Thomas Hünerfauth	PP-Liste 4; Sekt. Klin.Ps./BDP	3
Gewählter Beisitzer	Dr. Heiner Vogel	PP-Liste 7; DGVT	23
Gegenkandidatin	Elisabeth Gerz-Fischer	PP-Liste 1; BVVP	18

Finanzausschuss, weitere Ausschüsse, Bundespsychotherapeutenkammer

Nach den Vorstandswahlen wählte die Versammlung den Finanzausschuss: Rudi Bittner, Berthold Günther, Barbara John und Brigitte Kissinger; hiermit wurden die Mitglieder des Finanzausschusses aus der Zeit des Gründungsausschusses in ihrem Amt bestätigt. Die aus der Gründungsphase bestehenden Ausschüsse Berufsordnung und Satzung bleiben nach der zu Beginn dieser Sitzung verabschiedeten Geschäftsordnung kommissarisch im Amt, bis in einer nächsten Delegiertenversammlung diese und weitere Ausschüsse neu gewählt werden.

Im Anschluss bestätigte die Versammlung den Beschluss des Gründungsausschusses, der Bundespsychotherapeutenkammer beizutreten und hierfür auch die erforderlichen Finanzmittel bereitzustellen. Es herrschte Einigkeit, dass die PsychotherapeutInnen auch auf der Bundesebene eine effektive Vertretung brauchen.

Die letzten Wahlen des Tages waren dann die Wahlen der Delegierten und ihrer Stellvertreter für die erste Delegiertenversammlung der Bundespsychotherapeutenkammer am 17./18. Mai. Die Versammlung beschloss, pro Delegierten je 2 StellvertreterInnen zu wählen. Nach mehrfachen Besprechungspausen konnte dann eine Zusammenstellung von Personen gefunden werden, die von fast allen Anwesenden mitgetragen wurde (siehe Tabelle).

Am Nachmittag übermittelte der bayerische Staatsminister für Gesundheit, Ernährung und Verbraucherschutz **Eberhard Sinner** die Glückwünsche der Bayerischen Staatsregierung. Er betonte in seiner Ansprache die Bedeutung, die den Psychotherapeuten im Gesundheitswesen zukomme. Insbesondere sprach er sich dafür aus, einen ganzheitlichen Ansatz in der Gesundheitsversorgung zu fördern.

Delegierte für die Bundespsychotherapeutenkammer mit StellvertreterInnen:

Delegierte/r	1. Stellvertreter/in	2. Stellvertreter/in
Bastian (KJP)	Dr. Schlippe-Weinberger (KJP)	Melcop, G. (KJP)
Bruckmayer (PP)	Halbensteiner (PP)	Dr. Waldvogel (PP)
Gradl (PP)	Dr. Peter (PP)	Hennermann (PP)
Krones (KJP)	Günther (KJP)	Dr. Guter (KJP)
Lehndorfer (KJP)	Stadler, Th. (KJP)	Kissinger (KJP)
Dr. Melcop, N. (PP)	Bittner (PP)	Dr. Rose (PP)
Misgeld (PP)	Müller, G. F. (PP)	Dr. Scheuerer-Englisch (PP)
Müller, G.R. (PP)	Knappe (PP)	Prof. Dr. Butollo (PP)
Stadler, A. (PP)	Sacher (PP)	Dr. Ühlein (PP)
Dr. Tritt (PP)	Wetzstein (PP)	Wurzbacher (PP)
Dr. Vogel (PP)	Merod (PP)	Tham (PP)
Wagner-Link (PP)	Prof. Dr. Höfling (PP)	Hockel (PP)
Waldherr (PP)	Gerz-Fischer (PP)	Meier (PP)

Der neu gewählte Präsident unserer Kammer, Dr. **Nikolaus Melcop**, stellte im Anschluss an diese Ansprache die Notwendigkeit heraus, gerade in Zeiten der weitreichenden Umstrukturierung des Gesundheitswesens die Psychotherapie als festen Bestandteil der Gesundheitsversorgung weiter zu stärken.

Minister Eberhard Sinner bei seiner Ansprache zu den Kammerdelegierten

Erste Schritte der neuen Kammer und Programm für die nächste Zeit

Mit dieser ersten Delegiertenversammlung haben die von den Kammermitgliedern gewählten Delegierten nunmehr die bayerische Psychotherapeutenkammer endgültig ins Leben gerufen. Die intensive Vorarbeit des Gründungsausschusses wird damit jetzt in einer neuen Form weitergeführt, teilweise auch von anderen Personen. Was will und muss die Kammer in der nächsten Zeit anpacken?

Viele konkrete Pflichtaufgaben warten auf uns. Unsere Hauptaufgabe bleibt es jedoch, die Interessen von uns bayerischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten so zu vertreten, dass wir unseren Beitrag zur Gesundheitsversorgung und -förderung in der angemessenen Form leisten können. Wir sind ein wichtiger Teil einer Gesellschaft, die zur Zeit in einer wirtschaftlichen Krise steckt und nach neuer Orientierung in den rasanten weltweiten Veränderungen sucht. Das spüren wir in unserer täglichen Arbeit mit Menschen, die an psychischen Störungen erkrankt sind. Die Krise betrifft aber auch die Grundlagen unserer beruflichen Existenz. Die geplante Re-

form des Gesundheitswesens wird uns alle, Angestellte und Niedergelassene, mit weitreichenden Veränderungen unseres beruflichen Tuns und Selbstverständnisses konfrontieren. Noch stehen wir als Kammer am Anfang – dieser aufkommende Sturm aber wird unser aller Kräfte bündeln und mobilisieren, um neue Chancen sehen und nutzen zu können. Die Kammer kann und will Veränderungen nicht aufhalten. Aber sie kann und muss angesichts dieser Herausforderungen mit der Unterstützung möglichst vieler Mitglieder lebendig in der Gesellschaft handeln lernen.

Wir als neuer Vorstand konnten auf der Grundlage der bisherigen Vorarbeit in den ersten beiden Wochen rasch in die Arbeit und in eine erste Arbeitsteilung finden; Nikolaus Melcop knüpfte erste offizielle Kontakte u.a. mit dem zuständigen Ministerium, mit der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Für die weitere Arbeit werden wir jetzt intern gute und vernünftige Regelwerke brauchen, eine solide Haushaltsplanung – und angemessene Räume für die Geschäftsstelle. Die Ausschüsse zu den Bereichen Berufsordnung, Satzung und Finanzen haben deshalb ihre begonnene Tätigkeit intensiviert. Der Haushaltsplan für 2003 ist zu erstellen, wir werden eine neue Beitragsordnung erarbeiten, die Beiträge für 2003 sind zu erheben und die vorliegenden Ermäßigungsanträge abschließend zu bearbeiten. Der neue Vorstand hat sich auf der Grundlage der schon bestehenden Vorarbeiten mit der Planung für die zukünftigen Geschäftsstelle befasst und wird jetzt neue Räume finden müssen, weil die derzeitige provisorische Lösung nicht mehr tragbar ist.

Für die weitere inhaltliche Arbeit stehen neben den Vorstandsmitgliedern auch viele Delegierte und interessierte Kammermitglieder bereit. Wichtige Bereiche sind: Aus-, Fort- und Weiterbildung, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Angestellten- und Beamteninteressen, Qualitätssicherung, Serviceleistungen für die Kammermitglieder (Versorgungswerk, Beratungsleistungen u.a.), Serviceleistungen für KlientInnen/PatientInnen (PsychotherapeutInnensuche), Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, mit anderen Psychotherapeuten-Landeskammern sowie der Bundespsychotherapeutenkammer und nicht zuletzt die Vertretung unserer Anliegen bei Entscheidungsträgern und ihre Darstellung in der Öffentlichkeit.

Der neu gewählte Kammervorstand: vordere Reihe: Gerda B. Gradl, Nikolaus Melcop, Peter Lehndorfer, hinten von links: Heiner Vogel, Ellen Bruckmayer, Karin Tritt, Rainer Knappe

Wir gehen mit Kraft an die vor uns liegende Arbeit und auf die großen Herausforderungen zu – und freuen uns über alle, die uns unterstützen wollen und mit uns Kontakt aufnehmen.

Eilmeldung

Nach Redaktionsschluss wurde am 6. Mai 2003 im Bayerischen Landtag von der CSU der Entwurf für ein geändertes **Polizeiaufgabengesetz** eingebracht, der eine generelle Beschneidung von Schweigepflicht und Zeugnisverweigerungsrecht für die bislang besonders geschützten Berufsgruppen mit sich bringen soll. Wie Sie vielleicht bereits der Presse entnehmen konnten, gab es viele ablehnende Stellungnahmen von Verbänden betroffener Berufe (u. a. Ärzte, Priester, Journalisten sowie von uns). Unsere Stellungnahme dazu finden Sie auf der Kammer-Homepage. Nach den intensiven Protestaktionen wurde die weitere Beratung des Gesetzentwurfs zurück gestellt, zumindest bis nach den diesjährigen Landtagswahlen.

Der Vorstand der Kammer:

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

Vorläufige Geschäftsstelle

Goethestr. 54
80336 München
(Post: Postfach 151506
80049 München)
Tel: 089/515555-0
Fax: 089/515555-25
Mo – Fr von 9.00 – 13.00 Uhr
info@psychotherapeutenkammer-bayern.de
www.psychotherapeutenkammer-bayern.de

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Berlin

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das Land Berlin ist im Psychotherapeutenjournal neu dabei. Dazu hat sich ein Redaktionsteam gebildet, in dem alle Fraktionen vertreten sind. Dieses Debüt nehmen wir zum Anlass, auch unsere Kolleginnen und Kollegen aus den anderen Bundesländern über die Zusammensetzung unseres Vorstands, der DV und der Gremien zu informieren und um ein kleines Resümee unserer bisherigen Arbeit zu geben.

Der Vorstand

Präsidentin

Dipl.-Psych. Gisela Borgmann

Vizepräsident

Dipl.-Psych. Heinrich Bertram

Beisitzerinnen und Beisitzer

Dipl.-Psych. Monika Basque
Ethik, Menschen- und Patientenrechte, Berufsordnung
Dipl.-Psych. Marga Henkel-Gessat
Mitgliederbetreuung
Dipl.-Psych. Michael Schmude
Psychotherapeutische, psychosoziale Versorgung im öffentlichen Bereich
Dipl.-Päd. Christoph Stößlein
Aus-, Fort- und Weiterbildung
Dipl.-Psych. Dr. Manfred Thielen
Wissenschaft, Forschung, Qualitätssicherung

Die Zusammensetzung der Berliner DV in Zahlen:

Liste	Mandate
Berliner Bündnis für psychische Gesundheit	21
Kontext	2
Berliner Forum Psychotherapie und Psychoanalyse	9
Berliner Psychotherapeuten	8
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	5
Hochschulvertreter	2

Die Ausschüsse

Die Berliner Kammer hat sechs Ausschüsse, die jeweils siebenköpfig paritätisch besetzt sind:

1. **Satzung und Geschäftsordnung**
   Sprecher: Dr. Erwin Kaiser, Liste Forum
2. **Haushalt und Finanzen**
   Sprecher: Christian Remmert, Liste Bündnis
3. **Aus-, Fort- und Weiterbildung**
   Sprecherin: Inge Brombacher, Liste Bündnis
4. **Öffentliche psychotherapeutische/psychosoziale Versorgung**
   Sprecher: Gerd Pauli, Liste Kontext
5. **Ethik, Berufsordnung, Patientenrechte**
   Sprecher: Immo Zöller, Liste Bündnis
6. **Wissenschaft, Forschung und Qualitätssicherung**
   Sprecher: Bernd Fliegener, Liste Bündnis

Die Geschäftsstelle

Geschäftsführerin

Volljuristin
Dipl.-Verwaltungswirtin K. Struck

Sekretariat

R. Hofmann-Britz
S. Baum
H. Mössner

Rückblick

Der Berliner Vorstand ist seit eineinhalb Jahren im Amt. Wie bei allen Landeskammern standen zunächst der Aufbau einer Geschäftsstelle mit entsprechenden Räumlichkeiten, Personal und nicht zuletzt einer guten Software im Vordergrund. Vorrangig galt es, die vom Senat übertragenen Aufgaben wie der Berufsaufsichtspflicht, der Registrierung aller Mitglieder, Führung der Niederlassung usw. zu erfüllen.

Die gewählte Berliner Delegiertenversammlung hatte die Aufgabe, eine **Hauptsatzung** und eine **Berufsordnung** zu entwickeln. Die Hauptsatzung und der erste Teil der Berufsordnung werden voraussichtlich auf der nächsten Delegiertenversammlung im Juni verabschiedet werden. Ein weiteres wichtiges Thema war die Frage des **Umgangs mit Patientenbeschwerden**. Im Februar ist von der Delegiertenversammlung einstimmig eine **Schlichtungsordnung** verabschiedet worden, die zwischenzeitlich vom Senat aufsichtsrechtlich

gebilligt worden ist. Das Thema **Fortbildung** ist schon sehr weit vorangetrieben, so dass wir zuversichtlich sind, ebenfalls im Juni, eine Fortbildungsordnung verabschieden zu können.

Auf das in unserer Stadt sehr brisante Thema „Kriegstraumatisierter PatientInnen" hat unsere Psychotherapeutenkammer sofort reagiert und eine Expertengruppe installiert, die (auf der Grundlage der Standards für Begutachtung traumatisierter Bürgerkriegsflüchtlinge der Projektgruppe SBPM) ein Ratingverfahren entwickelt hat. Anhand dieses Ratings wird über die Qualifikation von BewerberInnen für die bei der Psychotherapeutenkammer geführte Gutachterliste entschieden. Die **Liste der Qualifizierten Gutachter** wird den Gerichten zur Verfügung gestellt. Damit einhergehend wurde auch eine Fortbildungsreihe zur „Qualifikation für Begutachtung und Therapie traumatisierter Flüchtlinge" gemeinsam mit der Ärztekammer Berlin etabliert und zweimal erfolgreich durchgeführt.

Auch die Öffentlichkeitsarbeit nahm einen breiten Raum ein. Zum einen haben wir regelmäßig einen **Berliner Rundbrief** herausgegeben, den Sie auf unseren Internetseiten nachlesen können: www.psychotherapeutenkammer-berlin.de. Der letzte war dem Thema Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gewidmet. Darüber hinaus haben wir uns für eine regelmäßige Präsenz in den Medien eingesetzt, überwiegend in der lokalen aber auch in der überregionalen Presse.
Nicht zuletzt ist unsere Kammer eine Serviceeinrichtung für unsere Mitglieder. Es werden Sprechzeiten angeboten und in vielfältigen berufsrechtlichen und praktischen Fragen Beratung durchgeführt und Unterstützung angeboten.

Aktuelle Themen

Die Unterversorgung im Kinder- und Jugendlichenbereich in Berlin ist zunehmend besorgniserregend. Mit der Reduzierung der Anwendung des Kinder- und Jugendlichenhilfegesetzes für Psychotherapie bei Kindern engagiert sich die Psychotherapeutenkammer im Diskussionsprozess mit den Beteiligten. Nach Treffen mit den Gesundheitspolitischen und Jugendpolitischen Sprechern aller Fraktionen wird die Psychotherapeutenkammer die im Thema involvierten Akteure an einen „Runden Tisch" einladen.

Bei Erscheinen dieser Zeitschrift können Sie schon auf unseren Internetseiten die Auswertung der **Podiumsdiskussion** am 22.06.03 mit dem Thema **„Psychotherapie: Praxis und Wissenschaft"** nachlesen. Die inhaltliche Vorbereitung der Veranstaltung können Sie im nachfolgenden Abschnitt verfolgen.

Ebenso finden Sie im Internet die Beiträge und Reden zu unserem **Frühjahrsempfang** am 03.06.03.

Von unserem **„Tag der offenen Tür"** am 05.06.03 werden wir für unsere Mitglieder auch wieder einige Impressionen im Netz darstellen.

Ausblick

Auf Berlin bezogen hat die Weiterentwicklung einer **Berufsordnung** hohe Priorität, damit wir die Standards unserer beruflichen Ausübung selbst bestimmen können.

Von großer Bedeutung für unsere Mitglieder wird die Entscheidung über die Etablierung eines **Versorgungswerks** in Berlin sein. Über diese Möglichkeit werden wir demnächst ausführlich und gesondert berichten. Vorab sei soviel erwähnt: Zum einen haben wir die landesrechtlichen Grundlagen, ein Versorgungswerk zu gründen oder uns einem anzuschließen, mit dem Berliner Senat auf den Weg gebracht und zum anderen haben wir uns intensiv mit verschiedenen Varianten auseinandergesetzt, insbesondere mit der Satzung des Versorgungswerks Niedersachsen und mit der Frage, ob sich Berlin diesem anschließen will.

Ein weiteres Themenfeld, das sich die Kammer vorgenommen hat, beschäftigt sich mit der Frage des **Bedarfs an Psychotherapie**. Dabei ist es für Berlin besonders wichtig, dass Versorgung nicht allein im Kassenfinanzierten niedergelassenen Bereich stattfindet und dass gerade der stationäre und komplementäre öffentliche und durch Freie Träger organisierte Bereich ein festes Standbein der Gesundheitsversorgung ist. Gut, dass wir in Berlin eine überdurchschnittlich hohe Beteiligung von Angestellten und Beamten in der Zusammensetzung der Delegierten haben und damit dem hohen Anteil von Angestellten unter unseren Mitgliedern Rechnung tragen können. Der Vorstand der Berliner Psychotherapeutenkammer hat Prof. Dr. Dr. Günter Zurhorst (Hochschule Mittweida; Berlin) beauftragt, eine Vorstudie zu einer patientenorientierten Bedarfsermittlung und Versorgungsplanung in der ambulanten, teilstationären und stationären Psychotherapie im Raum Berlin zu erstellen. Dieser Auftragserteilung gingen ausführliche Beratungen im Ausschuss „Wissenschaft, Forschung, Qualitätssicherung" voraus. Auf der Basis dieser

Voruntersuchungen sollen die Realisierungsmöglichkeiten einer Versorgungsstudie geprüft werden.

Damit einhergehend beschäftigen wir uns auch mit der Frage, wie Patientinnen und Patienten einen Psychotherapeuten finden und wie wir neben den Einzelpraxen die Angebote von Beratungsstellen und Kliniken zusätzlich differenziert darstellen können.

Ein Zukunftsthema, das bei Erscheinen dieser Zeitschrift schon Historie ist, ist die Gründung der Bundespsychotherapeutenkammer und unsere Mitarbeit in diesem Rahmen. In Bezug auf die vermutlich weitreichenden Veränderung der traditionellen Strukturen der **Gesundheitsversorgung** in Deutschland sind wir mit den Akteuren im Gespräch, so dass wir unsere Interessen einbringen können. Dabei ist besonders die Bundespsychotherapeutenkammer hilfreich, damit unser Berufsstand mit einer Stimme sprechen kann. Das gilt auch für das Thema Europa. Auch hier ist die Berliner Kammer in den europäischen Diskussionsprozess einbezogen.

Podiumsdiskussion

Zur wissenschaftlichen Anerkennung von Psychotherapieverfahren

Der Ausschuss „Wissenschaft, Forschung, Qualitätssicherung" hat sich in mehreren Sitzungen mit dem Thema der wissenschaftlichen Anerkennung von Psychotherapieverfahren beschäftigt.

Die intensive Auseinandersetzung mit dieser Thematik führte zur Planung einer **öffentlichen Podiumsdiskussion**, die am 22.6.03 stattfindet und zu der Experten wie Prof. Dr. Michael B. Buchholz (Göttingen), Prof. Dr. med. Michael Linden (Berlin, stellv. Mitglied des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie), Prof. Dr. Dirk Revenstorf (Tübingen) und Dipl.-Psych. Bernd Fliegener (Berlin, Vors. des Ausschusses) ihre Teilnahme zugesagt haben.

Die Bandbreite der Positionen innerhalb des Ausschusses bewegte sich zwischen zwei kontroversen Polen, einerseits der Position des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie (WBP) und andererseits einem deutlich offeneren Verständnis des Terminus „wissenschaftlicher Anerkennung". Der WBP hat eigene Kriterien entwickelt, die sich an einem nach ICD-Kategorien unterteilten Katalog von Efficacy-Studien mit unbehandelten Kontrollgruppen, Zufallzuweisung, manualisierter Behandlung etc. orientieren. Kritiker des WBP haben das eigenständige Aufstellen von wissenschaftlichen Anerkennungskriterien problematisiert, denn der Auftrag des WBP bestehe nach dem Psychotherapeutengesetz lediglich darin, zu überprüfen, inwieweit das anzuerkennende Psychotherapieverfahren bereits wissenschaftlich anerkannt sei.

Nach den empirisch ausgerichteten Kriterien des WBP wurde in seiner bisherigen Empfehlungspraxis lediglich die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie nach fast 3-jähriger Überprüfung als Verfahren zur vertieften Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten für den Bereich der Erwachsenentherapie anerkannt. Für den Kinder- und Jugendlichenbereich wurde ihr die Anerkennung aus unerklärlichen Gründen versagt. Andere Verfahren wie die Systemische Therapie /Familientherapie und das Psychodrama wurden als „unwissenschaftlich" klassifiziert. Die Neuropsychologie wurde zwar wissenschaftlich anerkannt aber nicht zur vertieften Ausbildung zugelassen. Andere Nicht-Richtlinienverfahren wie die Gestalttherapie oder Körperpsychotherapie u. a. haben auf dem Hintergrund dieser Empfehlungspraxis bisher erst gar keinen Antrag gestellt.

In der Diskussion über die Kriterien der berufsrechtlichen Anerkennung von Psychotherapieverfahren bildete sich im Ausschuss eine Mehrheitsmeinung heraus, die sich folgendermaßen zusammenfassen lässt:

- **Das Vorliegen eines Störungsmodells.**
- **Das Vorliegen eines Models zur therapeutischen Wirkung des Verfahrens.**
- **Nachweis von Studien (Effectiveness oder Efficacy, therapiebegleitend oder retrospektiv), die die Wirksamkeit des Verfahrens stützen.** Studien in realistischem Setting (Effectiveness) ohne die Forderung nach unbehandelten Kontroll- oder Placebogruppen.
- **Im Rahmen der Qualitätssicherung und -förderung** sollte die Durchführung sinnvoller Effectiveness-Studien für bekannte und neuere Psychotherapieverfahren und -methoden inkl. integrativer Ansätze finanziell und organisatorisch ermöglicht und gefordert werden. Neuere Verfahren und Methoden könnten z. B. in Modellprojekten unter Maßgabe geeigneter Schutzkriterien für Patienten untersucht werden. Des weiteren sollte ein fachlicher und wissenschaftlicher Diskurs auch zwischen den Vertretern verschiedener Verfahren gefordert werden, wie das zum Beispiel in der Schweiz geschieht. Wir hoffen, Ihnen demnächst eine interessante Auswertung der Podiumsdiskussion geben zu können.

Beschwerdemanagement

Die Psychotherapeutenkammer Berlin ist dabei, ein umfassendes Beschwerdemanagement zu etablieren, das dem sensiblen Bereich der Patient-Therapeut-Beziehung Rechnung trägt. Dazu gehört u. a. die Einrichtung einer Schlichtungsstelle.

Schlichtung

Das Berliner Kammergesetz sieht zur Schlichtung von Streitigkeiten, die Möglichkeit einer Schlichtungsstelle vor. Die Delegiertenversammlung hat im Februar diesen Jahres eine Schlichtungsordnung verabschiedet. Zwischenzeitlich haben wir auch die aufsichtsrechtliche Genehmigung erhalten. Nach Veröffentlichung im Amtsblatt wird die Schlichtungsordnung wirksam und die Schlichtungsstelle kann ihre Arbeit aufnehmen.

Ziel der Schlichtung ist es, Konflikte zu entschärfen, Missverständnisse aufzuklären und Streitigkeiten gütlich beizulegen. Sie kann zwischen Patient/innen und Psychotherapeut/innen, aber auch zwischen Psychotherapeut/innen untereinander durchgeführt werden. Ein ganz wesentlicher Teil der Schlichtung ist, dass alle beteiligten Parteien bereit sind, an einem solchen Verfahren teilzunehmen. Das Schlichtungsverfahren ist ein gänzlich freiwilliges Verfahren.

Wie kommt es zur Schlichtung? Interessierte Personen können bei der Kammer einen Antrag auf Schlichtung stellen, indem sie kurz den Sachverhalt und die/den betroffene/n Psychotherapeutin/Psychotherapeuten benennen. Die Kammer würde dann klären, ob auch die andere Seite zu einer Schlichtung bereit ist. Sofern das der Fall ist, würde die Angelegenheit an die Schlichtungsstelle zur weiteren Bearbeitung weitergeleitet werden. Als Schlichter werden KollegInnen verschiedenen Psychotherapieausrichtungen berufen, die unter anderem über Erfahrung in Mediation verfügen. Selbstverständlich können auch bereits die im Streit befindlichen Parteien gemeinsam einen Antrag auf Schlichtung stellen. In einzelnen Beschwerdeverfahren kann auch die Kammer von sich aus an die betroffenen Parteien herantreten und eine Schlichtung empfehlen.

Für eine Schlichtung nicht geeignet sind jedoch Verfahren zur Vorbereitung oder anstelle eines Schadensersatzprozesses o. ä. Die Schlichtungsstelle ist nicht zu verwechseln mit einer Schiedsstelle, es sind keine Haftpflichtversicherer eingebunden und es wird durch die Schlichter auch keine Sanktion verhängt. Der Schlichter macht einen Vorschlag zur Beilegung der Streitigkeiten. Die Beteiligten haben die Wahl, diesen Vorschlag anzunehmen.

Beschwerdeverfahren

Unabhängig von der Schlichtung regelt das Berliner Kammergesetz das Beschwerdeverfahren. Das Beschwerdeverfahren ist vergleichbar mit einem Disziplinarverfahren. Es dient dazu, Qualitätsstandards und die Beachtung der Berufsordnung und Berufsethik in den eigenen Reihen zu verteidigen und durchzusetzen. Es wird im Interesse des Berufsstandes geführt. Insofern ist es ein **internes** Verfahren des Berufsstandes und es ist nicht zu verwechseln mit straf- oder zivilrechtlichen Gerichtsprozessen. Diese sind ggf. unabhängig von einem internen berufsrechtlichen Verfahren einzuleiten und zu betreiben.

Jede bei der Psychotherapeutenkammer Berlin eingehende Beschwerde wird geprüft. Die Beschwerdeführer können sich an die Präsidentin oder an die Geschäftsführerin wenden. Liegt der Verdacht eines gravierenden Berufsverstoßes vor, ist ein förmliches Untersuchungsverfahren einzuleiten. Ein solches förmliches Untersuchungsverfahren wird von einem „neutralen Dritten", dem so genannten Untersuchungsführer, durchgeführt. Der Untersuchungsführer der Psychotherapeutenkammer Berlin ist der Rechtsanwalt und Notar Ulrich Voget. Er hat seine Arbeit aufgenommen.

Erhärtet sich der Verdacht des Berufsvergehens im förmlichen Untersuchungsverfahren, kann die Einleitung eines berufsgerichtlichen Verfahrens (extern) beantragt werden. Das Berufsgericht ist als Sonderkammer am Verwaltungsgericht Berlin angesiedelt.

In weniger schwerwiegenden Fällen kann die Kammer – unabhängig von einem förmlichen Untersuchungsverfahren oder von einem berufsgerichtlichen Verfahren – selbstständig ihre Mitglieder abmahnen, eine Rüge erteilen oder gar eine Rüge mit einer Geldauflage bis zu zurzeit umgerechnet DM 10.000,00 (voraussichtlich in Kürze € 10.000,00) verhängen.

Da das Beschwerdeverfahren ein rein internes Verfahren des Berufsstandes ist, haben die Beschwerdeführer keinen Anspruch darauf zu erfahren, wie das Beschwerdeverfahren ausgegangen ist. In Einzelfällen kann es allerdings angezeigt sein, das Ergebnis der Prüfung der Beschwerde auch dem Beschwerdeführer mitzuteilen.

Weitere Informationen zu unserer Kammerarbeit finden Sie auf unseren Internetseiten. Sie haben auch die Möglichkeit, sich regelmäßig unsere Newsletter mailen zu lassen.

Wir wünschen Ihnen einen angenehmen Sommer.

Das Redaktionsteam

Geschäftsstelle

Kurfürstendamm 184
10707 Berlin
Tel.: 030/887140-0
Fax: 030/887140-40
info@psychotherapeutenkammer-berlin.de
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Bremen

Quo vadis? – Zur Zukunft der Erziehungsberatungsstellen und Schulpsychologischen Dienste in Bremen

Heftige Diskussionen in der Öffentlichkeit löste ein Prüfbericht des Bremer Rechnungshofes zur Zukunft der „Ambulanten psychologischen Dienste Bremens für junge Menschen und deren Familien" aus. Im Zentrum der Proteste stand der Vorschlag des Prüfamtes, in den Erziehungsberatungsstellen 5,9 und im Schulpsychologischen Dienst 2,8 psychologische Fachkräfte einzusparen.

In dem ausführlichen Bericht wurde erhebliche Kritik an der Arbeit der ambulanten Dienste geäußert. So heißt es u.a.: Es bestehe ein Nebeneinander der Dienste bei gleichen Zielgruppen, eine klare Abgrenzung der Zuständigkeiten sei nicht gegeben und fachlich nicht begründet. Insbesondere in der Erziehungsberatung gebe es zu viele Beratungsstellen und dadurch personell zu kleine Organisationseinheiten. Es gebe keine Leitungsstrukturen und keine wirksame Fach- und Dienstaufsicht. In der Folge gebe es nur unzureichende methodenübergreifende Beratungsangebote. Es gebe eine reine Kommstruktur, insbesondere sozial Benachteiligte fielen eher heraus. Zudem würden die ambulanten Dienste Aufgaben in der Krankenversorgung übernehmen, die über den Sicherstellungsauftrag der örtlichen KV abzudecken sei. Weiterhin wurde die unterschiedliche Leistung der Fachkräfte kritisiert, vor allem die zu geringen Klientenkontakte pro Tag.

In einer Erklärung zur Zukunft der Erziehungsberatungsstellen und Schulpsychologischen Dienste äußerte der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Bremen sein Unverständnis, die Arbeit dieser Dienste auf den personellen Abbau zu reduzieren. Eine Einschränkung der Beratungsangebote aus finanziellen Erwägungen gehe gänzlich an den aktuellen Erfordernissen vorbei. In der Erklärung heißt es weiter:

Qualität steigern statt sparen

„Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Bremen begrüßt allerdings die zugleich begonnene Bestandsaufnahme der Arbeit der Erziehungsberatungsstellen und Schulpsychologischen Dienste im Lande Bremen und die Beratungen über die Perspektiven dieser Dienste. Wir erwarten, dass der eingeleitete Entwicklungsprozess im Dienste der Qualitätssicherung und der Qualitätserweiterung stehen wird. Eine personelle Reduzierung der Fachdienste, insbesondere der Gruppe der psychologisch-psychotherapeutischen Fachkräfte, scheidet für uns als Maßnahme aus, da Bremen im Verhältnis zu anderen Großstädten schon jetzt mit einem z.T. deutlich höheren Fallzahlenschlüssel belastet ist. Sparen bei den psychosozialen Beratungs- und Behandlungsangeboten führt zu erheblichen Nachfolgeproblemen und damit Nachfolgekosten: zunehmende Desintegration in Gesellschaft und Arbeitsleben, Drogenprobleme, Gewaltbereitschaft und Jugendkriminalität zeugen von den großen Herausforderungen im Kinder- und Jugendbereich, vor denen unsere Gesellschaft steht. Die Psychotherapeutenkammer Bremen weist darüber hinaus darauf hin, dass die Einschränkung psychologischer und psychotherapeutischer Kompetenzen in den Beratungsstellen und Schulpsychologischen Diensten nicht zur Kostenverringerung beiträgt, da psychologische Diagnostik, Beratung und Therapie eine zentrale Rolle im Verständnis und der Behandlung auffälliger Kinder und Jugendlicher sowie deren Familie spielt."

Der Vorschlag des Rechnungshofes, Erstgespräche, Anamnese und Diagnostik seien Leistungen, die im Rahmen der GKV abgerechnet werden können, und deshalb sollten hilfesuchende Kinder und Jugendliche sowie deren Familien generell zuerst niedergelassene Psychotherapeuten aufsuchen und dann, wenn keine Krankheitswertigkeit vorliege, an die Beratungsdienste verwiesen werden, muss als fachlich völlig unangemessen zurückgewiesen werden. Die Schwelle für Ratsuchende würde erhöht und es fände eine voreilige Festlegung auf Behandlungsbedürftigkeit statt. Zudem muss gegenwärtig bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Psychotherapeuten, die Kinder und Jugendliche behandeln, mit Wartezeiten von bis zu 6 Monaten, in schlecht versorgten Regionen mit noch längeren, gerechnet werden.

Ambulante Dienste – Unverzichtbarer Teil der Versorgung

Hinzu komme, so heißt es in der Erklärung weiter, dass „die Kinder- und

Jugendlichenpsychotherapeuten infolge der eher zu geringen personellen Besetzung des Schulpsychologischen Dienstes und der Erziehungsberatungsstellen durch Beratungs- und Therapieanfragen von Eltern und Lehrern überlastet werden. Den Schulpsychologen und Psychologen der Erziehungsberatungsstellen kommt in diesem Kontext eine Bedeutung zu, die in den letzten Jahren erheblich zugenommen hat. Frühzeitige Diagnostik und psychologische Intervention verhindern in vielen Fällen eine Ausweitung lösbarer Erziehungskonflikte zu psychischen Störungen bei den Kindern/Jugendlichen. Dieser wichtige Aufgabenbereich der Psychologen in den Erziehungsberatungsstellen und im schulpsychologischem Dienst sollte durch Kürzungen nicht eingeschränkt, sondern im Gegenteil weiter ausgebaut werden."

In einem Schreiben an die Gesundheitssenatorin Karin Röpke bot die Psychotherapeutenkammer ihren fachlichen Rat an, um zu einer sachangemessenen Lösung der Problem beizutragen. In einer ersten Antwort sicherte Frau Röpke zu, die Bedenken der Kammer in die weiteren Beratungen mit einzubeziehen. Um die Hilfestellung der Kammer auszubauen, hat ihr Vorstandsmitglied Axel Janzen, der das Ressort „angestellte und beamtete Psychotherapeuten" betreut, alle in den ambulanten Diensten tätigen Kolleginnen und Kollegen zu einem fachlichen Austausch mit der Kammer eingeladen.

Seehofer in Bremen: Antworten auf Fragen der Psychotherapeuten

Den freien Zugang zu allen Arztgruppen und der Erhalt des Erstzugangsrechts der Patienten zu Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten will Horst Seehofer auch nach einer Reform des deutschen Gesundheitswesens erhalten wissen. So positionierte sich der Gesundheitsexperte der CDU/CSU-Bundestagsfraktion kurz vor Ostern auf einer Veranstaltung der Bremer CDU vor rund 500 Zuhörern.

Neben Vertretern der Ärzte, Zahnärzte und Apothekern war auch die Psychotherapeutenkammer im Podium auf dem Parteigesundheitsforum vertreten. Allerdings hatte die Bremer CDU bis dahin noch nicht realisiert, dass es inzwischen auch eine Berufskammer der Psychotherapeuten gibt. Erst auf Intervention des Kammerpräsidenten Karl Heinz Schrömgens wurde das Podium erweitert. Die Vertretung der Psychotherapeutenkammer übernahm freundlicherweise unser Kollege Dr. Hans Nadolny, der unsere Berufsgruppen im Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung in Bremen repräsentiert.

Nicht nur die Fachärzte in ihrer jetzigen Form als niedergelassene Spezialisten möchte Seehofer erhalten wissen. Auch die letzte Verantwortung der Kassenärztlichen Vereinigungen bei Vertragsabschlüssen möchte er nicht antasten. Grundsätzlich für mehr Wettbewerb plädierend, will er die Kassen jedoch keine Einzelverhandlungen mit Ärzten oder Ärztegruppen führen lassen. Neue Formen der vertraglichen Ausgestaltung sieht er vielmehr in der Verhandlung von Gebührenordnungen für Ärzte gleicher Fachrichtungen.

Dabei hat Horst Seehofer, in dessen Amtszeit als Bundesgesundheitsminister die Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes fiel, durchaus noch einzelne Besonderheiten psychotherapeutischer Berufsausübung im Kopf: Fall- oder Kopfpauschalen – bestätigte er auf ausdrückliches Nachfragen – entsprächen nicht den Bedingungen psychotherapeutischen Arbeitens; hier sei Einzelleistungsvergütung gefragt.

Insgesamt möchte er die Patienten jedoch stärker über die Betonung der Eigenverantwortlichkeit an den Krankheitskosten beteiligen, sei es durch Wahlmöglichkeiten mit Selbstbehalt bei der Versicherung oder um die Anhebung bereits jetzt bestehender Eigenbeteiligungen um jeweils 2 Euro. Alleine die letztgenannte Maßnahme sei geeignet, Probleme der Krankenkassen zu lösen.

Unruhe bei den Psychotherapeuten über Mitgliederbrief der KV Bremen

Für erhebliche Unruhe sorgte im März ein Brief des Vorsitzenden der Bremer Kassenärztlichen Vereinigung, Till Spiro, an die Mitglieder der KV. Dieser Brief vermittelte den Eindruck, so lasen ihn zahlreiche Psychotherapeuten, Honorarkürzungen im 3. Quartal 2002, die auf interne Abrechnungsprobleme der KV zurückgingen, wären durch Honoraransprüche der Psychotherapeuten entstanden. In einem Protestschreiben des Vorstandes der Psychotherapeutenkammer an Herrn Spiro wurde dieses Schreiben als unangemessen und kontraproduktiv gewertet. In dem Schreiben hieß es weiter:

„1. Sie vermengen zwei Gruppen von Widersprüchen, und zwar die Gruppe der ärztlichen Behandler, die speziell gegen die Punktwertabsenkung im 3. Quartal 2002 protestierten, mit der Gruppe der Psychotherapeuten (ärztliche, psychologische und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten), die

seit Jahren gezwungen sind, gegen jeden Quartalsbescheid Widerspruch einzulegen, weil die KVHB sich beharrlich weigert, dieser Gruppe einen Punktwert in Höhe von 5,1 Cent auszuzahlen, einen Punktwert, der dieser Gruppe, wie Sie wissen, nach den Urteilen des Bundessozialgerichtes zusteht.

2. Mit dieser Vermengung erwecken Sie den Eindruck, als ob das Hauptproblem der gesunkenen Punktwerte im 3. Quartal 2002, ganz entgegen Ihrer Darstellung im Schreiben vom 18. Februar 2003, in der leichten Steigerung des Punktwertes für zeitgebundene Leistungen in der Psychotherapie um 2,17 % bestehen würde. Sie verschwiegen dabei, dass die Punktwerte für die nicht zeitgebundenen Leistungen gegenüber dem 3. Quartal 2001 bei den Primärkassen um 36,9 % und bei den Ersatzkassen um 48,9 gesenkt wurden.

3. Widersprüche von Psychotherapeuten werden Sie auch weiterhin jedes Quartal in entsprechender Höhe erhalten, solange die KVHB nicht bereit ist, den Rechtsrahmen, der ihr gesetzt ist, einzuhalten. Erstaunlich ist eher, dass nicht mehr als 294 Widersprüche eingegangen sind, da die Zahl der psychotherapeutischen Leistungserbringer bei weit über 400 liegen dürfte. Möchte die KVHB die Verwaltungskosten für die Bearbeitung von diesen Widersprüchen sparen, wäre sie gut beraten, wenn Sie auf den Boden von Recht und Gesetz zurückkehren würde."

Abschließend wurde betont, dass die Kammer auch deshalb so irritiert sei, weil bisher Herrn Spiros Führungsstil, der im letzten Jahr in einer schwierigen Phase die Leitung der KV übernommen hatte, als sehr kooperativ und integrierend erlebt worden war. In einem Antwortschreiben äußerte Herr Spiro sein Bedauern, dass sein Rundschreiben auf den Unmut der Psychotherapeuten gestoßen sei. Er habe sich immer um einen kooperierenden und integrierenden Stil gegenüber dieser von ihm sehr geschätzten Berufsgruppe bemüht und hoffe, dass die finanziellen Nöte der KVHB nicht zu einer Irritation dieses Verhältnisses führen würden.

Entwurf der Bremer Berufsordnung kurz vor dem Abschluss

Die Arbeit des Bremer Arbeitskreises „Berufsordnung" an den einzelnen Bestimmungen zum Entwurf der Berufsordnung ist erheblich vorangeschritten. Neben anderen im Arbeitskreis erstellten Vorentwürfen diente die inzwischen verabschiedete niedersächsische Berufsordnung als eine wichtige Diskussionsvorlage.

Die Erörterungen in der größeren Gruppe mit insgesamt 8 Vertretern aus verschiedenen Psychotherapieverfahren war zwar zeitaufwendig, aber führte immer wieder auch zu Erkenntnissen, die sich schließlich in veränderten Formulierungen für den Kammerentwurf niederschlugen. So machten es z.B. die unterschiedlichen Auffassungen, die Verhaltenstherapeuten und Vertreter anderer Psychotherapierichtungen u.a. zu Therapieaufträgen und Arbeitsweisen haben, notwendig, Formulierungen z.B. zur Aufklärungspflicht oder zu den Örtlichkeiten der Therapieausübung zu wählen, die den Ansichten der Vertreter aller beteiligten Verfahren gerecht wurden. Und so sind auch hinsichtlich der Auskunftspflicht bzw. der Schweigepflicht in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie andere Gesichtspunkte zu berücksichtigen als in der Erwachsenentherapie. Es zeigte sich zwischenzeitlich auch mehrmals, dass es von Bedeutung war, offene Formulierungen zu wählen, um den unterschiedlichen Rahmenbedingungen von Psychotherapieausübung gerecht zu werden, insbesondere die andersartigen Bedingungen von angestellten und selbständig in eigener Praxis tätigen Psychotherapeuten angemessen zu berücksichtigen. Darüber hinaus wurde in den Diskussionen immer wieder deutlich, dass die gravierenden gesundheitspolitischen Umwälzungen das bisherige Bild der psychotherapeutischen Berufsausübung allein dadurch nachhaltig verändern werden, dass einer annähernd gleichbleibenden Zahl von zugelassenen Psychotherapeuten zunehmend mehr approbierte und der Kammer angehörende Psychotherapeuten gegenüber stehen werden, die ihren Lebensunterhalt durch vielseitigere Tätigkeiten im psychosozialen Feld und in einem weiter gefassten Gesundheitsbereich verdienen werden, wobei zu entscheiden ist, inwieweit sie auch in dieser Berufsausübung den berufsethischen Verpflichtungen der Berufsordnung unterstehen sollen. Das gleiche Problem ergibt sich auch für den gesamten Bereich der Forschung und Lehre.

Die Darstellung macht anschaulich, dass eine weitgehende Anlehnung an die ärztliche Muster-Berufsordnung, die eine wesentlich schnellere Erledigung des Auftrags an unseren Arbeitskreis bedeutet hätte, dem Beruf des Psychotherapeuten nicht gerecht wird und dass angesichts der Etablierung unseres Berufstandes im Gesundheitswesen umfassendere spezifische Kriterien bedacht sein wollen, als es ursprünglich den Anschein hatte. Dabei sind immer wieder auch gesetzliche Bestimmungen oder neue gerichtliche Entscheidungen mit zu berücksichti-

gen, z.B. beim Datenschutz, der Präsenzpflicht oder der Werbung, was es erforderlich macht, sich jeweils intensiv mit den einzelnen Themen zu beschäftigen, auch wenn aus der abgestimmten kurzen Endfassung eines Abschnittes der Berufsordnung letzten Endes nicht mehr der vorangegangene Aufwand ersichtlich ist.

Trotz dieses erheblichen Arbeitspensums wird nach der jetzigen Zeitplanung noch vor der Sommerpause der Entwurf der bremischen Berufsordnung vorliegen. Er wird nach Rückkopplungsschleifen mit den Ausschüssen „Fort- und Weiterbildung" und „Beschwerden und Schlichtung", dem Vorstand und dem Justitiar der Kammer voraussichtlich im Spätherbst der Kammerversammlung zur Beratung und Abstimmung vorgelegt werden. Schon jetzt gilt den Mitgliedern des Ausschusses Karin Borowski, Irene Bozetti, Manfred Fiedler, Helga Friehe, Anke Herold, Ingeborg Koch-Hübner, und Stefan Rickers Dank und Anerkennung für die geleistete Arbeit.

Ergebnisse des Runden Tisches ADHS in Bremen

An der zweiten und somit letzten Sitzung des vom Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (SfAFGJS) initiierten Runden Tisches nahmen neben Vertretern der Ärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen und Krankenkassen auch Vertreter des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte, des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendpsychiater, des sozialpädiatrischen Instituts des Kinderzentrums (ZKH St.-Jürgen-Str.), der Unabhängigen Patientenberatung Bremen und der Psychotherapeutenkammer Bremen teil. Laut Angaben der Pharmazeutischen Prüf- und Beratungsstelle der AOK Bremen/ Bremerhaven würde Ritalin über 90% durch Pädiater im Lande Bremen verordnet. Die überwiegende Verschreibung durch diese Fachärzte sei im bundesweiten Vergleich positiv zu beurteilen. Diesem Bericht zufolge sei im zweiten Quartal 2002 die Verordnung von Ritalin zu über 80% in der Altersgruppe von 5 -19 erfolgt, was wiederum im Sinne der Leitlinien unterschiedlicher Fachgesellschaften als positiv zu bewerten wäre. Eine hohe Verordnungszahl von Ritalin sei an Patienten zwischen 10 -11 Jahren, eine geringe Verordnungszahl an 5 -6jährigen Patienten erfolgt. Diese Statistik entspreche dem Stand wissenschaftlicher Untersuchungen und gäbe keinen Anlass zur Intervention. Einem Vertreter der Kinder- und Jugendärzte zufolge seien aktuell im Lande Bremen 1700 Verordnungen von Methylphenidat von den Pädiatern zu verzeichnen. Hierbei sei von einer konstanten und eher abnehmenden Tendenz auszugehen. Ein Vertreter des SfAFGJS berichtete ferner über die 2. Konsensus-Konferenz ADHS Ende Oktober 2002 auf Bundesebene im Bundesgesundheitsministerium. Der aus verschiedenen Fachrichtungen bestehende Teilnehmerkreis habe sich auf eine gemeinsame Leitlinie einigen können, deren Eckpunkte in endgültiger Fassung voraussichtlich im Sommer 2003 veröffentlicht werden. Daraufhin wurde zum Schluss der Sitzung die Vereinbarung getroffen, in Bremen bis zur Veröffentlichung der verabschiedeten bundesweiten Leitlinie die Leitlinien der KJ-Ärzte und die der Ärzte für KJ-Psychiatrie und Psychotherapie vorübergehend zu akzeptieren. Die KV Bremen soll vertragliche Regelungen mit den Krankenkassen treffen, um eine bedarfsgerechte Versorgung von ADHS-Patienten zu gewährleisten. Ferner wurde vereinbart, dass die Ärztekammer Bremen, die Psychotherapeutenkammer Bremen, die Kassenärztliche Vereinigung und die Berufsverbände ihre Fortbildungsaktivitäten auf dieser Grundlage verstärken. Auch die bestehenden Qualitätszirkel sollen ihre Zusammenarbeit mit pädagogischen Einrichtungen intensivieren.

Termine:

Mittwoch, 25. Juni 2003 – 20 Uhr
Patientenorientierung der Gesundheitsreform- Ein Schlagwort?
Referent: H.Knittel, Geschäftsführerin der Deutschen Aids-Hilfe, Berlin
Zentrum f. Sozialpolitik
Parkallee 39, Bremen

Mittwoch, 2. Juli 2003 – 20 Uhr
Reform des Gesundheitswesens – Was wollen die Kassen?
Referent: H. Rebscher, Vorstandsvorsitzender der Verbandes der Angestellten-Krankenkassen
Zentrum f. Sozialpolitik
Parkallee 39, Bremen

Redaktion Bremer Kammerseiten
Zu diesen Seiten lieferten Beiträge:
Dr. Amir Babai, Anke Herold,
Dr. Hans Nadolny,
Karl Heinz Schrömgens

Geschäftsstelle
Lüder-von-Bentheim-Str. 47
28209 Bremen
Mo, Di, Do, Fr 10.00 – 14.00 Uhr;
Mi 13.00 – 17.00 Uhr
Tel 0421/2772000
Fax 0421/2772002
psychotherapeutenkammer.bremen@nord.com.net
www.psychotherapeutenkammer-hb.de

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hamburg

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

Die Hamburg-Seiten des Psychotherapeutenjournals werden in dieser Ausgabe von der Veröffentlichung der Satzung dominiert in der Fassung, wie die Kammerversammlung sie am 12.2.2003 verabschiedet hat. Damit kommen wir zugleich einer gesetzlichen Verpflichtung nach. §20 des Hamburger Psychotherapeutenkammergesetzes sieht vor, dass Satzungen in dem Mitteilungsblatt zu veröffentlichen sind, das allen Kammermitgliedern zugesandt wird. Dafür hatte die Kammerversammlung das Psychotherapeutenjournal vorgesehen.

Da die Satzung noch von der Behörde für Umwelt und Gesundheit genehmigt werden muss, werden etwa notwendige Änderungen in der nächsten Ausgabe veröffentlicht.

Eine Satzung ist meist ein trockener Text von vielen Paragraphen. Auch die hier veröffentlichte Satzung macht dabei keine Ausnahme. Trotzdem ermöglicht sie der Leserin und dem Leser auch, sich über die Grund legende Struktur der Hamburger Kammer und ihrer Arbeit zu informieren.

Wie diese Struktur mit konkreter Arbeit gefüllt wurde in den letzten Monaten, können Sie aus den weiteren Artikeln ersehen: Da ist zum einen der Bericht von der letzten Kammerversammlung, dem Parlament der Hamburger PsychotherapeutInnen. Als Ergebnisse der Vorstandsarbeit werden wir Ihnen in Kürze die neue Geschäftsführerin und auch die neuen Räume der Kammer ausführlicher vorstellen. Schließlich möchten wir Sie auf eine Veranstaltung zur Frage eines Versorgungswerkes hinweisen. Da damit allen Kammermitgliedern die Möglichkeit einer Absicherung von Alter, Berufsunfähigkeit oder für die Hinterbliebenen eingeräumt wird, empfehlen wir diese Veranstaltung Ihrer besonderen Aufmerksamkeit.

Es grüßen Sie herzlich

Harry Askitis und
Torsten Michels

Bericht von der Kammerversammlung am 9.4.2003

Zu Beginn berichtete der **Vorstand** von seiner Arbeit: Er trifft sich jeden Dienstag für vier bis fünf Stunden. Aktuell geht es darum, die Kammer funktionsfähig zu machen. Dafür musste als erstes eine **Geschäftsführerin** gefunden werden. Unter 35 BewerberInnen beschloss der Vorstand einstimmig, Frau Borstelmann diese Stelle anzubieten. Damit werden künftig Frau Borstelmann, Frau Zech und Frau Neuling jeweils eine halbe Stelle inne haben. Die Kammerversammlung nimmt die Nominierung von Frau Borstelmann zustimmend zur Kenntnis. Die gute Zusammenarbeit mit Herrn **RA Gleim** wird im Rahmen eines Beratervertrages weitergeführt werden.

Weiterhin musste der Vorstand **Räume** für die Geschäftsstelle der Kammer beschaffen. Diese sollten der Aufgabe angemessen, flexibel, preislich vertretbar und möglichst für die Vorstandsmitglieder so gut erreichbar sein, dass diese auch mal für eine halbe Stunde vorbeikommen können, um anfallende Arbeiten zu erledigen.

Inzwischen sind die **Mitgliederbescheide** an die Kammermitglieder vergeschickt worden, um auch die Finanzen der Kammer zu sichern. Aktuell wird die Kammer etwa 1.250 Mitglieder haben.

Insbesondere bei manchen **Angestellten** scheint die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit der Psychotherapeutenkammer noch wenig verankert zu sein. Deshalb stehen die Mitglieder des Vorstandes zusätzlich zu der bereits von der Fraktion der Angestellten geleisteten Arbeit gern für Treffen von Angestellten als Ansprechpartner zur Verfügung, um umfassend über die Arbeit, die Chancen, Möglichkeiten und Grenzen der Psychotherapeutenkammer zu informieren und diese mit vielen Kammermitgliedern zu diskutieren.

Mehrheitlich beschloss die Kammerversammlung, zur Vertiefung der inhaltlichen Arbeit zusätzlich zu den regulären Treffen noch einen **Kammertag** für den 13.9. anzusetzen.

Herr Ulrich als Beauftragter des Kammervorstandes für das Versorgungswerk berichtete über die Möglichkeiten, die ein **Versorgungswerk** der Kammer beinhalten könnte. Das Hamburger

Psychotherapeutenkammergesetz untersagt der Hamburger Kammer die Gründung eines eigenen Versorgungswerkes. Da in Niedersachsen ein solches Werk bereits gegründet ist, das von der dortigen Kammer unabhängig werden soll, bietet sich als eine Möglichkeit mit vielen Vorteilen an, sich diesem psychotherapeutischen Versorgungswerk anzuschließen. Dafür ist allerdings ein Staatsvertrag notwendig, was entsprechend lange Zeit benötigen dürfte. Um den betroffenen KollegInnen möglichst bald die Möglichkeit eines Einstiegs in eine Alters-, Hinterbliebenen- und Berufsunfähigkeitsversorgung zu ermöglichen, soll der Vorstand die vom Gesetz geforderte allgemeine Versammlung der Kammer einberufen, auf der alle Fragen eines Versorgungswerkes besprochen werden können. Diese Veranstaltung findet am **Donnerstag, dem 26. Juni 2003 um 20.00** Uhr im Psychiatrie-Hörsaal des UKE, Martinistr. 52 statt. Interessierte KollegInnen erhalten Informationen über den Artikel von Herrn Köthke in der Nummer 1/2003 des Psychotherapeutenjournals. In einem Stimmungsbild sprach sich die große Mehrheit der Kammerversammlung dafür aus, auch den Hamburger Mitgliedern ein Versorgungswerk als Möglichkeit anzubieten. Sie bat den Vorstand, einen Anschluss an das bereits von der Niedersächsischen Kammer gegründete Versorgungswerk als eine Alternative zu prüfen und auch andere mögliche Alternativen darzustellen.

Der **Haushaltsausschuss** berichtete von seiner Arbeit: Jörg Christlieb, der bereits im Errichtungsausschuss für Fragen des Kammerhaushalts zuständig war, wurde einstimmig zum Vorsitzenden des Ausschusses gewählt. Die bisher für den Errichtungsausschuss gültige **Entschädigungsordnung** soll sinngemäß bis zum 1.7.03 weiter gelten. Mit der Aufwandsentschädigung für die Vorstandsmitglieder sind auch alle Ausfallhonorare und Sitzungsgelder für die Vorstandsarbeit abgegolten. Offen blieb, ob es für die Mitglieder der Kammerversammlung einen Kostenersatz für Auslagen geben soll (Büromaterial z.B.). Die Kammerversammlung stimmte der vom Haushaltsausschuss vorgeschlagenen Entschädigungsordnung zu. Weiter wurde über den **Einmalbeitrag für den Errichtungsausschuss in 2002** beschlossen. Da es sich dabei um eine einmalige Belastung handelt, soll geprüft werden, ob auch hier eine Ermäßigungsregelung erforderlich ist. Andernfalls könnte der Beitrag für alle Mitglieder günstiger werden.

Der Vorstand berichtete dann von der Vorbereitung für die **Gründung der Bundespsychotherapeutenkammer**. Ihre Gründung ist für den 17. und 18. Mai in Berlin festgesetzt. Der Satzungsentwurf sieht u.a. vor: Es soll eine Delegiertenversammlung (quasi als Parlament), einen Vorstand (als Exekutive) und einen Länderrat geben, der ausschließlich beratende Funktionen für den Vorstand ausübt und aus den beiden Vorsitzenden aus jeder Kammer besteht, aus Hamburg also Prof. Dr. Richter und Frau Rupp. Die Delegiertenversammlungen sollen mindestens zwei Mal jährlich stattfinden. Zu Mitgliedern eines Ausschusses können alle Mitglieder einer der Bundeskammer angeschlossenen Psychotherapeutenkammer gewählt werden. Die Voten der Landesdelegierten zu Mitglieds- und Haushaltsfragen sollen einheitlich durch einen Landessprecher ausgeübt werden. Weiterhin ist ein Strukturbeauftragter für die Neuen Bundesländer in Überlegung, da dort bisher noch keine Kammern gegründet sind. Die fünf Neuen Bundesländer planen die Gründung einer gemeinsamen Kammer.

Die Kammerversammlung beschloss das Wahlverfahren für die **Delegierten Hamburgs in der Bundespsychotherapeutenkammer** und wählte Petra Rupp, Dr. Rainer Richter, Dr. Frank Schulz-Kindermann, Harry Askitis und Rainer Ulrich zu Delegierten, denen als persönliche Stellvertreter Thomas Streeck, Gerda Krause, Dr. Manfred Bogun, Till Florschütz und Julia Rasch zugeordnet wurden. Sollten sowohl Delegierter wie Vertretung ausfallen, so kann die/der Delegierte von den übrigen StellvertreterInnen eine/n ErsatzvertreterIn auswählen.

Schließlich wurden für den **Schlichtungsausschuss** die im Gesetz vorgeschriebenen drei Mitglieder gewählt: Dr. Manfred Bogun, Angela Niedtfeld-Kortmann und Heide Schneider fanden mehrheitliche Zustimmung.

Die nächste Kammerversammlung wird am 18. Juni stattfinden.

Geschäftsführerin für die Kammer eingestellt

Anja Borstelmann (41 Jahre) wird ab dem 15.Mai 2003 die Geschäftsführung der Psychotherapeutenkammer Hamburg übernehmen. Frau Borstelmann ist zugelassene Rechtsanwältin und Mediatorin und hat mehrjährige Erfahrung als Geschäftsführerin von Berufsverbänden (z.B. Bundesverband der Angestellten in Apotheken).

Über die neue Geschäftsführerin und die Geschäftsstelle wird die Redaktion in der nächsten Ausgabe ausführlicher berichten, auch über den Umzug der Geschäftsstelle in neue Räume.

Neue Räume für die Kammer

Nachdem der Errichtungsausschuss im letzten Jahr zwei Räume für die Gründungsphase der Kammer angemietet hatte, war allen Beteiligten klar, dass die Kammer mit Beginn ihrer regulären Arbeit mehr Platz brauchen würde. Deshalb begann der Vorstand direkt nach seiner Wahl mit der Suche nach geeigneten Räumlichkeiten. Nach längerer intensiver Suche konnte der Vorstand nun Räume in der Curschmannstraße 9 im ersten Stock anmieten. Die Räume haben knapp 100 qm und eine sehr gute räumliche Aufteilung, sodass die Kammer damit auch von den Räumlichkeiten her für die künftige Arbeit gut gerüstet sein dürfte.

Nach der bevorstehenden Anmietung müssen noch einige Renovierungs- und Umbauarbeiten erledigt werden, ehe **spätestens zum 1.8.03** die neue Adresse lauten wird:
Psychotherapeutenkammer Hamburg
Curschmannstraße 9
20251 Hamburg

Im 1. Stock der Curschmannstraße 9 wird die Hamburger Psychotherapeutenkammer ab 1.8.2003 zu erreichen sein. ▶

Einladung zur 1. Allgemeinen Mitgliederversammlung

Informationsveranstaltung über das Kammer-Versorgungswerk

Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Hamburg lädt hiermit alle Kammermitglieder herzlich zur ersten Allgemeinen Kammerversammlung ein. Im Hamburger Psychotherapeutenkammergesetz ist eine solche Veranstaltung einmal jährlich vorgesehen.

Inhaltlich soll die Vorstellung eines Versorgungswerkes im Vordergrund stehen. Dazu konnten Frau Barbara Sieker, Geschäftsführerin des Psychotherapeutenversorgungswerkes in Niedersachsen und Herr Rainer Ulrich, Präsidiumsbeauftragter für das Versorgungswerk der Psychotherapeutenkammer Hamburg, als GastreferentInnen gewonnen werden.

Da die Hamburger Kammer bald über den Anschluss an ein Versorgungswerk entscheiden wird, um den Kammermitgliedern eine günstige Möglichkeit der Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenversicherung anzubieten, ist dieses Thema von besonderem Interesse.

Termin: Donnerstag, der 26. Juni 2003 um 20.00 Uhr im Psychiatrie-Hörsaal des UKE, Martinistraße 52.

Satzung der Psychotherapeutenkammer Hamburg

Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Hamburg hat in ihrer Sitzung vom 12. Februar 2003 aufgrund § 8 Abs. 1 des Gesetzes über die Hamburgische Kammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und zur Änderung anderer Gesetze (HmbPKG) in der Fassung vom 18.07.01 (HmbGVBL. Nr. 26, S. 208-214), zuletzt geändert am 13. November 2002 (HmbGVBL. 276f) die nachfolgende Satzung beschlossen, die von der Behörde für Umwelt und Gesundheit am XX genehmigt wurde.

Präambel

Die Tätigkeit der Psychotherapeutenkammer Hamburg soll gemäß der gesellschaftlichen Aufgabe ihrer Angehörigen dem Gesamtinteresse des Berufsstandes nach innen und dem Gebot einer sachlichen Darstellung nach außen genügen. Dabei sind die Einheit und die gemeinsamen Interessen der Kammerangehörigen ohne Ansehen ihrer Grundberufe, ihrer psychotherapeutischen Verfahrensausrichtungen und Verbandszugehörigkeit Leitlinie des Handelns. Die Organe der Kammer sollen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben die Gemeinsamkeiten und Unterschiede aller zur Approbation führenden psychotherapeutischen Verfahren berücksichtigen und die Weiterentwicklung des Berufes in Theorie und Praxis fördern.

§ 1 Rechtsstellung, Sitz, Dienstsiegel

Die Psychotherapeutenkammer Hamburg vertritt die Belange des Berufsstandes der Hamburgischen Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.
Sie hat ihren Sitz in Hamburg.
Sie ist Körperschaft des Öffentlichen Rechts und führt ein Dienstsiegel.

§ 2 Aufgaben der Psychotherapeutenkammer Hamburg

Die Psychotherapeutenkammer Hamburg überwacht die Berufspflichten ihrer Mitglieder.
Sie ist um Erhaltung und Entwicklung des hohen Qualifikationsniveaus der Berufsausübung der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (im Folgenden kurz: Kammermitglieder) bemüht.
Sie kann Qualifikationssicherungsmaßnahmen, berufliche Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sowie Zusatzqualifikationen organisieren und bescheinigen.
Sie fördert die Kooperation zwischen Kammermitgliedern und Angehörigen anderer Heilberufe.
Sie kann zusammen mit anderen Heilberufskammern einen Beirat bilden zur gemeinsamen Erörterung der berufsübergreifenden Angelegenheiten, insbesonde-

re im Bereich der Fort- und Weiterbildung. Sie wirkt auf ein gedeihliches berufliches Verhältnis der Kammermitglieder untereinander hin. Sie schlichtet Streitigkeiten zwischen Kammermitgliedern sowie zwischen Kammermitgliedern und Dritten, die aus der Berufsausübung entstanden sind.
In allen den Beruf und das Fachgebiet der Kammermitglieder betreffenden Fragen erstattet sie Fachgutachten und benennt Sachverständige für Behörden und Gerichte.
Sie wirkt auf eine angemessene und ausreichende psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung hin und unterstützt Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation.
Sie fördert Forschung und Innovation in der Psychotherapie sowie deren Weiterentwicklung auf wissenschaftlicher Grundlage mit dem Ziel der Verbesserung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung.
Sie führt die Eignungsprüfung gemäß § 2 Absatz 2 Psychotherapeutengesetz vom 16.6.1998 durch.
Sie fördert die Zusammenarbeit mit Patientenvertretungen und Selbsthilfeeinrichtungen.
Weitere Aufgaben ergeben sich aus § 5 HmbPKG.

§ 3 Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft regelt §2 des HmbPKG. Die Mitgliedschaft endet durch Rücknahme, Verzicht auf oder Widerruf der Approbation bzw. der Erlaubnis zur Berufsausübung.
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die ihren Beruf nicht ausüben aber dazu berechtigt sind, können als freiwilliges Mitglied der Kammer angehören. Über die freiwillige Mitgliedschaft entscheidet der Vorstand.
Die Kammer führt ein Verzeichnis aller Kammermitglieder gemäß §3 des HmbPKG.

§ 4 Rechte und Pflichten der Kammermitglieder

Alle Kammermitglieder sind wahlberechtigt bei der Wahl der Kammerversammlung. Näheres regelt § 12 des HmbPKG.
Die Kammerversammlung berät und unterstützt die Kammermitglieder in beruflichen Angelegenheiten. Sie vermittelt bei Streitigkeiten zwischen Kammermitgliedern untereinander sowie zwischen Kammermitgliedern und Dritten. Sie organisiert und bietet Fortbildungsveranstaltungen an. Sie übersendet kostenlos von der Kammer herausgegebene Mitteilungen.
Die Pflichten der Kammermitglieder ergeben sich aus § 21 des HmbPKG sowie aus den Kammersatzungen.

§ 5 Organe

Organe der Psychotherapeutenkammer Hamburg sind die Kammerversammlung und der Vorstand der Kammer.

§ 6 Allgemeine Mitgliederversammlung

Einmal im Jahr ist eine Allgemeine Mitgliederversammlung gemäß §16 (2) des Kammergesetzes einzuberufen.

Kammerversammlung

§ 7 Aufgaben der Kammerversammlung

Der Kammerversammlung obliegt
die Beschlussfassung über Satzungen, insbesondere die
Kammersatzung,
Haushalts- und Kassenordnung,
Beitragsordnung,
Gebührenordnung,
Berufsordnung,
Fort- und Weiterbildungsordnung,
Wahlordnung,
Satzung für die Ethikkommission,
Schlichtungsordnung.
die Beschlussfassung über die Geschäftsordnung
die Bildung der Ausschüsse,
die Entsendung von Vertreterinnen und Vertretern der Kammer in Gremien, z. B. in zu gründende Beiräte sowie in die Bundespsychotherapeutenkammer.
die Errichtung von Versorgungseinrichtungen und sonstigen sozialen Einrichtungen,
die Wahl des Vorstandes der Kammer,
die Feststellung des Haushaltsplans,
die Entlastung des Vorstandes der Kammer,
die Verabschiedung von Entschließungen, mit denen die gemeinsamen beruflichen Belange der Kammerangehörigen gewahrt werden sollen,
die Einführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen und entsprechenden Empfehlungen,
die Beschlussfassung über Aufwandsentschädigungen für Organ- und Ausschussmitglieder ,
die Beschlussfassung über alle sonstigen Angelegenheiten, die über die laufende Geschäftsführung hinausgehen.

§ 8 Ausschüsse der Kammerversammlung

(1) Die Kammerversammlung bildet ständige Ausschüsse für
Schlichtungsangelegenheiten,
Rechnungsprüfung,
Haushalt,
Fort- und Weiterbildung,
Ethik.
(2) Zur Entlastung und Unterstützung der Arbeit der Organe der Psychotherapeutenkammer Hamburg kann die Kammerversammlung weitere nicht ständige Ausschüsse bilden, insbesondere für
Berufsordnung
Versorgungs- und Alterssicherung,
Honorarangelegenheiten,
Qualitätssicherung.
(3) Die Größe der Ausschüsse wird durch die Kammerversammlung festgelegt.

§ 9 Zusammensetzung der Ausschüsse, Vorsitz, Entsendung in Gremien

Die Mitglieder der Ausschüsse werden von der Kammerversammlung gewählt. Es können auch Personen berufen werden, die weder der Kammer noch der Kammerversammlung angehören („Experten")
Die in der Kammerversammlung vertretene Berufsgruppe der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen bzw. –psychotherapeuten kann in jeden Ausschuss ein Kammerversammlungsmitglied entsenden. Soweit Gruppen bestehen, sind diese bei der Bildung der Ausschüsse angemessen zu berücksichtigen.
Aus seiner Mitte wählt jeder Ausschuss ein vorsitzendes und ein stellvertretendes Mitglied, die beide der Kammerversammlung angehören müssen.
Für die Entsendung von Vertreterinnen und Vertretern der Kammer in Gremien gemäß § 5 Absatz 3 des Kammergesetzes gelten die vorstehenden Absätze 1 und 3 entsprechend.

§ 10 Zusammenarbeit der Ausschüsse mit der Kammerversammlung und dem Vorstand der Kammer

Die Ausschüsse bereiten die Beratung und die Beschlüsse der Kammerversammlung und auf dessen Wunsch auch des Vorstandes vor. Sie können hierzu Sachverständige hinzuziehen.
Der Vorstand ist über alle Sitzungen der Ausschüsse unter Mitteilung des Termins und der Tagesordnung rechtzeitig zu unterrichten. Vorstandsmitglieder der Psychotherapeutenkammer Hamburg können an den Sitzungen beratend teilnehmen.

§ 11 Einberufung der Kammerversammlung

Nach Bekanntgabe des Wahlergebnisses ist die neu gewählte Kammerversammlung vom bisherigen Präsidenten oder von der bisherigen Präsidentin bzw. deren StellvertreterIn binnen drei Monaten einzuberufen. Die bisherige Kammerversammlung darf nicht mehr zusammentreten.
Die Präsidentin oder der Präsident der Psychotherapeutenkammer bzw. sein/e StellvertreterIn beruft schriftlich unter Angabe von Ort, Zeit und Tagesordnung jährlich mindestens viermal Sitzungen der Kammerversammlung mit einer Ladungsfrist von vier Wochen ein.
Zur Fristwahrung genügt die Aufgabe der Einladung per Post, E-Mail oder Fax.
Eine Sitzung der Kammerversammlung ist ferner auf Verlangen der Aufsichtsbehörde oder eines Drittels der Mitglieder der Kammerversammlung einzuberufen.

§ 12 Tagesordnung der Kammerversammlung

Anträge der Mitglieder der Kammerversammlung sind auf die Tagesordnung zu setzen. Wird eine Kammerversammlung nach § 15 Absatz 2 HmbPKG einberufen, sind auch die Tagesordnungspunkte aufzunehmen, die die Aufsichtsbehörde benannt hat.
Jedes Mitglied der Kammerversammlung kann Anträge zur Tagesordnung stellen.
Anträge zur Tagesordnung, die nicht auf der versandten Einladung stehen, können mit Zustimmung der Mehrheit der Mitglieder der Kammerversammlung in die Tagesordnung aufgenommen werden.
Anträge zur Änderung der Kammersatzung, anderer Satzungen und Geschäftsordnungen müssen in der versandten Tagesordnung enthalten sein.
Eine Änderung der Reihenfolge der Tagesordnungspunkte bedarf der Zustimmung der einfachen Mehrheit der anwesenden Mitglieder der Kammerversammlung.

§ 13 Öffentlichkeit

Die Kammerversammlung ist für Kammermitglieder öffentlich.
Auch weiteren Personen kann auf Beschluss der Kammerversammlung die Anwesenheit gestattet werden. Die Kammerversammlung kann Rederecht erteilen und

Anhörungen vornehmen.
Auf Beschluss der Kammerversammlung kann die Öffentlichkeit ausgeschlossen werden

§ 14 Beschlussfassung der Kammerversammlung

Die Kammerversammlung ist beschlussfähig, wenn mindestens zwei Drittel der Mitglieder anwesend sind. Die Präsidentin oder der Präsident des Kammervorstandes bzw. das stellvertretende Mitglied stellt die Beschlussfähigkeit fest.
Die Präsidentin oder der Präsident des Kammervorstandes bzw. der / die StellvertreterIn stellt die Anträge zur Abstimmung. Anträge, die auf Abänderung des Hauptantrages zielen, werden zunächst abgestimmt. Geschäftsordnungsanträge gehen der Abstimmung über Abänderungsanträge und Hauptanträge vor
Es wird offen durch Handzeichen abgestimmt. Geheime Abstimmung erfolgt, wenn ein Mitglied der Kammerversammlung dies wünscht.
Soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, entscheidet die einfache Mehrheit. Ein Antrag gilt mit einfacher Stimmenmehrheit als angenommen, wenn die Anzahl der Ja-Stimmen die der Nein-Stimmen übersteigt. Bei Stimmengleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt. Stimmenthaltungen bleiben dabei unberücksichtigt.
Beschlüsse können auch im schriftlichen Verfahren herbeigeführt werden, sofern nicht mindestens drei Kammerversammlungsmitglieder widersprechen. Die vorstehenden Absätze gelten sinngemäß.

§ 15 Gruppenbildung

Mindestens drei Mitglieder der Kammerversammlung können sich zu einer Gruppe zusammenschließen. Jedes Mitglied der Kammerversammlung kann nur einer Gruppe angehören.
Die Bildung einer Gruppe, ihre Bezeichnung, die Namen der oder des Vorsitzenden und deren oder dessen stellvertretenden Gruppenmitgliedes und der übrigen Gruppenmitglieder sowie Änderungen und Auflösung sind der Präsidentin oder dem Präsidenten des Kammervorstandes unverzüglich anzuzeigen.
Der Gruppenstatus wird mit der Anzeige nach Absatz 2 wirksam.

§ 16 Rechte und Pflichten der Gruppen

Die Gruppen können Anträge im eigenen Namen stellen.
Die Gruppe kann bis spätestens 48 Stunden vor Beginn der Kammerversammlung verlangen, dass ein von ihr bestimmter Gegenstand auf die Tagesordnung der Sitzung der Kammerversammlung genommen wird.

Vorstand der Kammer

§ 17 Kammervorstand und dessen Wahl

Der Kammervorstand besteht aus der Präsidentin oder dem Präsidenten, einer Stellvertreterin oder einem Stellvertreter drei Beisitzerinnen bzw. Beisitzern.
Ihm muss mindestens eine ausschließlich als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin Approbierte bzw. ein ausschließlich als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut Approbierter angehören.
Die Präsidentin oder der Präsident bzw. die /der StellvertreterIn werden auf Vorschlag aus der Mitte der Kammerversammlung in getrennten Wahlgängen geheim gewählt. Die Beisitzerinnen bzw. Beisitzerkönnen in einem Wahlgang gewählt.
Gewählt ist als Präsidentin oder Präsident oder als ihr oder sein StellvertreterIn, wer die Stimmen der Mehrheit der Mitglieder der Kammerversammlung erhält. Wird diese Mehrheit im ersten Wahlgang von keiner Bewerberin oder keinem Bewerber erreicht, so ist gewählt, wer in einem weiteren Wahlgang die Mehrheit der Stimmen erhält. Bei Stimmengleichheit findet eine Stichwahl unter den beiden bestplazierte Bewerbern statt.
Die drei Beisitzer werden nach dem in Abs. 3 beschriebenen Verfahren gewählt. Werden sie in einem Wahlgang gewählt, hat jedes Mitglied der Kammerversammlung drei Stimmen, die nicht kumuliert werden können. Gewählt sind die drei Bewerberinnen und Bewerber mit den meisten Stimmen. Führt diese Verfahren infolge von Stimmengleichheit zu mehr als drei Gewählten, findet zwischen den Gewählten ein erneuter Wahlgang statt. Bei erneuter Stimmengleichheit entscheidet das Los.
Ist nach Durchführung der Wahl festzustellen, dass kein Mitglied gewählt wurde, das Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut ist, so ist an Stelle der Beisitzerin oder des Beisitzers mit der geringsten Stimmenzahl eine Person zu wählen, die diese Voraussetzung erfüllt.

§ 18 Aufgaben des Kammervorstandes

Neben den Aufgaben nach §18 HmbPKG obliegt dem Kammervorstand
die Beschlussfassung über die Organisationsstruktur der Verwaltung,
die Wahrnehmung der Aufgaben der Psychotherapeutenkammer Hamburg in berufsrechtlichen Verfahren,
die Entscheidung über Widersprüche in Selbstverwaltungsangelegenheiten,
die Vorbereitung der Beratungen der Kammerversammlung und die Ausführung der von ihr gefassten Beschlüsse,
das Führen der laufenden Geschäfte,
die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Ernennung von Beauftragten.

§ 19 Einberufung des Kammervorstandes, Sitzungsleitung

Die Präsidentin oder der Präsident des Kammervorstandes und im Verhinderungsfall der /die StellvertreterIn beruft die Sitzung des Kammervorstandes nach Bedarf unter Angabe von Ort, Zeit und Tagesordnung mit einer Frist von mindestens vierzehn Tagen ein und leitet sie.
Auf Verlangen mindestens zweier Vorstandsmitglieder ist der Kammervorstand unverzüglich einzuberufen.
Vor Eintritt in die Tagesordnung kann der Vorstand mit Mehrheit die Beratung weiterer Tagesordnungspunkte oder die Umstellung der Tagesordnung beschließen.
Der Kammervorstand kann zur Beratung Sachverständige hinzuziehen.
Der Kammervorstand kann sich eine ergänzende Geschäftsordnung geben, in der unter anderem Regelungen über die Beratung im Vorstand aufzunehmen sind.

§ 20 Beschlussfassung des Kammervorstandes

Der Kammervorstand ist beschlussfähig, wenn mindestens drei seiner Mitglieder anwesend sind.
Beschlüsse können auch im schriftlichen Verfahren herbeigeführt werden, sofern nicht mindestens ein Vorstandsmitglied widerspricht.

§ 21 Niederschriften

Über die Sitzungen der Kammerversammlung, der Ausschüsse und die Sitzungen des Vorstandes der Kammer werden Niederschriften gefertigt, die von der bzw. dem Vorsitzenden oder ihrer/ ihrem StellvertreterIn zu unterzeichnen sind.
Die Niederschriften über die Sitzungen der Kammerversammlung, der Ausschüsse und der Vorstandssitzungen werden, soweit sie nicht personenbezogene Inhalte betreffen, allen Mitgliedern der Kammerversammlung zugeleitet.

Schlussbestimmung, Inkrafttreten

§ 22 Schlussbestimmung

Die Änderung dieser Kammersatzung bedarf einer 2/3 – Mehrheit der Mitglieder der Kammerversammlung.

§ 23 In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am Tage nach ihrer Veröffentlichung im Mitteilungsblatt der Psychotherapeutenkammer Hamburg in Kraft. Bis dahin gilt der vom Errichtungsausschuss beschlossene Satzungsentwurf.
Anmerkung: Das In-Kraft-Treten gem. § 23 wird ausgesetzt bis die Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde vorliegt.

Geschäftsstelle

Falkenried 52
20251 Hamburg
Mo, Di, Do, Fr 9.00 – 13.00 Uhr,
Mi 14.00 – 18.00 Uhr
Tel 040/42101234
Fax 040/41285124
ab 1.8.2003:
Curschmannstraße 9
20251 Hamburg
psychotherapeutenkammer@hamburg.de
www.psychotherapeutenkammer-hamburg.de

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hessen

LPPKJP HESSEN

Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten

Ein Jahr ist seit der Konstituierung der Psychotherapeutenkammer vergangen. Es ist ein Jahr gewesen, in dem wir sehr vieles auf den Weg gebracht haben und dennoch erst am Anfang unserer Arbeit stehen.

Bevor wir Ihnen skizzieren, welche Schwerpunkte wir für die Kammer in ihrem ersten Jahr gesetzt haben, wollen wir ein Vergnügen voranschicken: Wir finden, es ist Zeit, mit Ihnen die Gründung der ersten Psychotherapeutenkammer in Hessen zu feiern! Wir laden Sie zu einem Fest am 28. Juni 2003 im Kurhotel Maritim in Bad Homburg ein (siehe näher unter „Öffentlichkeit").

Worin also bestand unsere Arbeit, um eine Kammer aufzubauen, die den gesetzlichen Auftrag erfüllen, die Berufsaufsicht übernehmen, für ihre Mitgliedern eine kompetente berufspolitische Vertretung nach außen gewährleisten sowie eine Plattform zur fachlichen Auseinandersetzung bieten kann?

Um den gesetzlichen Auftrag der **Berufsaufsicht** zu erfüllen, mussten Strukturen und ein Apparat geschaffen werden, was den größten Teil der finanziellen und personellen Ressourcen verschlungen hat:

- Wir haben eine *Geschäftsstelle* aufgebaut, Räume angemietet und für die Anschaffung der erforderlichen *Büroausstattung* gesorgt. Logo, Dienstsiegel, Briefpapier und Visitenkarten mussten entworfen und produziert werden und die geeigneten Dienstleister dafür gefunden werden.
- Die Mitglieder mussten erfasst, eine *Melde- und Beitragsordnung* erarbeitet und verabschiedet werden.
- Wir hatten *Mitarbeiter* für die Geschäftsstelle zu suchen und einzustellen, was uns – wie wir finden – gut gelungen ist (siehe unten unter „Die Geschäftsstelle").
- Die ersten *Ausschüsse* haben ihre Arbeit aufgenommen: Der *Beschwerde- und Schlichtungsausschuss*, der *Ausschuss für Aus-, Fort- und Weiterbildung*, der *Ausschuss für Ethik* und der für *Qualitätssicherung* haben mit ihrer Arbeit begonnen.
- Die Verabschiedung der *Hauptsatzung* steht unmittelbar bevor, auch eine *Berufsordnung* wird es demnächst geben.
- Zum gesetzlichen Auftrag der Kammer gehört die Regelung der *Fort- und Weiterbildung* des Berufsstandes. Da angestrebt wird, in diesen Fragen zu bundeseinheitlichen Regelungen zu kommen, sind wir abhängig von der Arbeit der Gremien auf Bundesebene. In Hessen wird der Meinungsbildungsprozess zu einer Muster-Weiterbildungsordnung wohl noch im Sommer abgeschlossen werden können. Bis Ende des Jahres soll dann die Frage einer Fortbildungsordnung geklärt werden.

Eine weitere Pflicht der Kammer ist die der **Information der Mitglieder**:

- Seit April können Sie sich im *Internet* unter www.psychotherapeutenkammer-hessen.de über aktuelle gesundheitspolitische Themen und Aktivitäten ihrer Kammer informieren. Dieser Service wird im Laufe des Jahres weiter ausgebaut werden. Bis es allerdings soweit war, musste ein halbes Jahr intensiver Arbeit investiert werden.
- Mit der Beteiligung am *Psychotherapeutenjournal* erhalten Sie nun auch regelmäßig aktuelle und umfangreiche für Psychotherapeuten relevante Informationen, ein Forum, das Informationen Ihrer Hessen-Kammer liefert sowie die fachliche und berufliche Vielfalt der Psychotherapeuten reflektiert.

In der **Öffentlichkeit** werden wir uns mit der *Festveranstaltung* zum ersten Jahrestag der Kammer und dem *Ersten Hessischen Psychotherapeutentag* am 28.06.03 in Bad Homburg vorstellen. Das Programm wurde Ihnen zugeschickt und Sie finden es auf der Homepage der Kammer. Wir haben uns viel Mühe gegeben, Ihnen etwas zu bieten: einen festlichen Rahmen, hochkarätige Redner (u.a. Gudrun Schaich-Walch , Fraktionsvize der SPD für den Bereich „Gesundheit und Soziale Ordnung" sowie weitere Vertreter der Parteien und der Politik) und Referenten, die Gelegenheit zu Gesprächen bei guter Musik und gutem Essen; für den Geist ein anspruchsvolles und anregendes Tagungsprogramm und am Ende des Tages für den Körper die Möglichkeit bei Disco-Musik (auch mit Ihren Partnerinnen und Partnern) zu tanzen. Die Vorbereitungen zu dieser Veranstaltung laufen seit September 2002 und haben viel Energie und Ideen gekostet.

Wir möchten, dass die Kammermitglieder sich als Gastgeber für die Öffentlichkeit verstehen. Die Delegierten der Kammer und der Vorstand werden

die Gäste betreuen; bitte nehmen auch Sie jede Gelegenheit wahr, fachfremden Gästen als Führer und Übersetzer zu dienen.

Ein weiteres arbeitsintensives Feld war die Vorbereitung zu der im Mai geplanten Gründung der **Bundeskammer**. Hierzu war es erforderlich, eine Gründungsvereinbarung und eine Satzung zu erarbeiten und zu verabschieden. Der Ausgleich der unterschiedlichen Interessen und in den einzelnen Bundesländern unterschiedlichen Regelungen erforderte zahllose Treffen mit intensiver Vor- und Nachbereitungszeit. Im Januar war die hessische Landeskammer Gastgeberin für die Arbeitsgemeinschaft der Landespsychotherapeutenkammern in Wiesbaden.

Die hessischen Interessen in den *länderübergreifenden Arbeitsgemeinschaften* zur Erarbeitung einer Muster-Weiterbildungs- und Berufsordnung wurden ebenfalls vom Vorstand vertreten. Neben den für einige Vorstandsmitglieder regelmäßig anfallenden Reisezeiten – Hessen ist ein Flächenstaat, und von Nord-Hessen nach Wiesbaden ist es ganz schön weit – kamen so auf einige Vorstandsmitglieder auch noch erhebliche zusätzliche Belastungen durch diese bundesweiten Reisen hinzu.

Bericht von der 4. Delegiertenversammlung

Hessisches Kammerexperiment mit Konsensvorstand geht weiter

Am 07.02. und 08.02.2003 trafen sich die **hessischen Delegierten** zu ihrer **4. Kammerversammlung** in Limburg. Bei der Bewältigung des umfangreichen Arbeitsprogrammes zeigte sich einmal mehr, dass der Anspruch an einen breiten Konsens unter Einbeziehung aller berufspolitischen und fachlichen Richtungen bei den vielen verschiedenen Entscheidungen zwar aufwendig ist, aber auch möglich scheint.

Umstritten war dabei vor allem die **Finanzplanung** sowohl auf der Einnahmen – als auch auf der (Personal)-Kostenseite. Dem Berichterstatter scheint es noch nicht gelungen, ein ausgewogenes Konzept zu finden, das auf der einen Seite das Sparsamkeitsgebot und die Interessen der Mitglieder und auf der anderen die Interessen aller in der Kammer Engagierten berücksichtigt. Auch eine Klärung des Selbstverständnisses der Arbeit als ehrenamtliche resp. professionalisierte Tätigkeit steht noch aus. So werden diese Fragen und eine Neuordnung der Finanzplanung auf der nächsten Versammlung sicher wieder auf der Tagesordnung stehen. Die zuvor mit unzureichenden Aufwandsentschädigungen bedachten Positionen des Präsidenten und Vizepräsidenten wurden nun finanziell deutlich besser ausgestattet. Außerdem sollte jeder wissen, dass die politische Entscheidung für einen zehnköpfigen und damit sehr großen Vorstand mit seinem hohen Abstimmungs- und Aushandlungsbedarf und die weit gehende Fortsetzung des Konsenses in den Ausschüssen natürlich seinen Preis hat.

Deshalb kann die auf der DV beschlossene sozial viel gerechtere und wünschenswerte **Staffelung der Beiträge** für die Mitglieder (zwischen 175 und 550 € pro Jahr) dennoch nicht verschleiern, dass es sich – bei solchen Vorgaben unumgänglich – im Mittel um eine deutliche Erhöhung des Beitrages für unsere Mitglieder handelt.

Nachdem die verschiedenen Ausschüsse seit Monaten schon intensiv arbeiten, beschäftigten die Delegierten nun **Personalfragen** hinsichtlich **des Ausschusses für Wissenschaft und Forschung**, des gemeinsamen **Beirates mit der Landesärztekammer** und nicht zuletzt der **Bundesdelegiertenversammlung**.

Nach der Einsetzung eines **Ausschusses für Wissenschaft und Forschung,** dessen vornehmste Aufgabe es sein wird, den wissenschaftlichen Diskurs zwischen Praktikern, Forschung, Wissenschaft und Ausbildung zu initiieren, zu organisieren und zu fördern, konnten die sechs Mitglieder dieses Ausschusses (Dr. Renate Frank, Prof. Fritz Mattejat, Dr. Gisela Wiegand, Mathias Hebebrand, Jörg Hein, Dirk Fiedler) gewählt werden. Sie repräsentieren weitgehend die verschiedenen in der Kammer vertretenen psychotherapeutischen Schulen. Die konstituierende Sitzung wird am 09.05.03 sein. Für den Vorsitz wurde Mathias Hebebrand von der psychodynamischen Liste vorgeschlagen.

Die Vorschläge der Delegiertenversammlung für die Mitglieder und deren Stellvertreter für den **gemeinsamen Beirat mit der Landesärztekammer** konnten endgültig in den Tagen im Anschluss an die DV über Wahl per E-Mail bestimmt werden. Inzwischen sind alle Mitglieder und Stellvertreter vom hessischen Sozialministerium berufen worden: Manfred K. Burkart, (Stellvertreter Wilfried Schaeben), Jörg Hein (Hans Uwe Rose), Thomas Merz (Uta Cramer-Düncher), Reinhard Otte (Heidi Stauffenberg), Karl H. Seipel (Marieanne Simon). Dem Beirat kommt eine wichtige Funktion bei der Entwicklung einer gemeinsamen Identität der psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten, aber auch bei der selbstbewussten Vertretung der Interessen der PP und KJP gegenüber den Ärzten zu. Reinhard Otte von der psychodynamischen Liste wurde auf der konstituierenden Sitzung des Beirats am 05.05.03 zu einem der zwei Vorsitzenden gewählt.

Ein wichtige Personalfrage war vor der konstituierenden Sitzung der Bundespsychotherapeutenkammer die Wahl der neun hessischen Delegierten und deren Stellvertreter für die **erste Bundesdelegiertenversammlung** im Mai. Per Blockwahl wurden ohne Gegenstimmen und Enthaltungen der hessische Präsident Jürgen Hardt (Stellvertreter Reinhard Otte), der Vizepräsident Hans Bauer (Dr. Rainer Doubrawa), sowie Marion Schwarz (Reinhold Neef), Volker Schmid (Thomas Merz), Jörg Hein (Wilfried Schaeben in verbandsübergreifender themenbezogener Zusammenarbeit), Dr. Frank R. Deister (Elisabeth Schneider-Reinsch), Helga Planz (Alfred Krieger) und Angelika Wolff (Marieanne Simon) gewählt.

Frau Regine Pajunk-Klauenflügel wurde als **Datenschutzbeauftragte** benannt.

Die Zukunft wird zeigen, ob das Experiment des zehnköpfigen Vorstandes eine erfolgreiche Vertretung unseres Berufsstandes in der Öffentlichkeit fördert oder behindert und zum Nutzen der Mitglieder sein wird. Die Mitglieder der 4. DV haben gezeigt, dass sie diesen schwierigen Prozess kritisch begleiten, aber auch gegen unberechtigte Angriffe verteidigen werden.

Reinhard Otte

Beitragsordnung

§ 1 Beitragspflicht

Zur Durchführung ihrer Aufgaben erhebt die Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –therapeuten einen Mitgliedsbeitrag. Beitragspflichtig ist jede Person, die am 28. Februar des jeweiligen Kalenderjahres (Beitragsjahr) Kammermitglied im Sinne des § 2 Abs.1 des Hessischen Heilberufsgesetzes ist.

§ 2 Gültigkeitsdauer

Diese Beitragsordnung ist gültig rückwirkend ab 1. Januar 2003 bis zum Inkrafttreten einer neuen Beitragsordnung.

§ 3 Höhe des Mitgliedsbeitrages

Der Mitgliedsbeitrag der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten wird jährlich nach folgender Beitragstabelle erhoben.
Freiwillige Mitglieder zahlen einen reduzierten Beitrag von 40 € jährlich.

Die Eingruppierung nach der Beitragstabelle erfolgt durch die Eingruppierungsordnung[1], die vom Vorstand in Zusammenarbeit mit dem Finanzausschuss beschlossen wird.

§ 4 Fälligkeit, Verzug und Verjährung

Die Beitragspflicht entsteht im dem Beginn der Mitgliedschaft folgenden Monat. Der Beitrag ist nach Anforderung fällig. Nach Ablauf von zwei Wochen nach Fälligkeit der Beiträge werden diese im Falle des nicht erfolgten Zahlungseinganges gemahnt. Nach zweimaliger Mahnung werden fällige Beiträge nach den Vorschriften des hessischen Verwaltungsvollstreckungsgesetzes beigetrieben. Der Rechtsbehelf gegen den Beitragsfestsetzungsbescheid hat keine aufschiebende Wirkung. Beitragsforderungen verjähren nach den Maßgaben der Abgabenordnung über die Verjährung der Steuern von Einkommen und Vermögen (§§ 143 bis §§ 148 AO).

§ 5 Härtefallregelung

In besonders begründeten Härtefällen kann der Vorstand der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und –therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –therapeuten Hessen auf schriftlichen Antrag die Beitragsverpflichtung einzelner Mitglieder reduzieren oder aufheben. Beschlüsse hierüber bedürfen einer einfachen Mehrheit des Vorstandes.
Beschlossen von der Delegiertenversammlung der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –therapeuten Hessen in ihrer Sitzung am 08. Februar 2003.
Wiesbaden den 08. Februar 2003
Dipl.-Psych. Jürgen Hardt
Präsident der Landeskammer für Psychologischer Psychotherapeutinnen und –therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –therapeuten Hessen
Genehmigt durch das Hessische Sozialministerium am 21. März 2003

1 Die Eingruppierungsordnung wurde mit der Beitragsaufforderung zugeschickt und kann auch in der Geschäftsstelle angefordert werden.

Zur neuen Beitragsordnung

In Einlösung des Versprechens aller Listen, die sich im Jahr 2002 zur Wahl gestellt hatten, hat die Delegiertenversammlung in ihrer Sitzung am 07.02.03 einstimmig bei drei Enthaltungen eine neue Beitragsordnung verabschiedet, die eine Staffelung der Kammerbeiträge nach dem Einkommen aus psychotherapeutischer Tätigkeit – eine solidarische und gerechtere Lösung als Einheitsbeiträge – in sechs Klassen vorsieht. Mitglieder mit niedrigen Einkommen werden in Zukunft entlastet, während Personen mit mittleren und hohen Einkommen höhere Kammerbeiträge zahlen müssen. Nachzuweisen ist die Höhe des Einkommens aus psychotherapeutischer Tätigkeit anhand der Steuererklärung.

Trotz einiger Unwägbarkeiten sind wir zuversichtlich, dass wir mit der nun vorliegenden Ordnung die Finanzen der Kammer für die nächsten Jahre auf eine solide Basis gestellt und die Grundlagen für eine effiziente politische Arbeit gelegt haben. Die Delegiertenversammlung hat sich mit der Entscheidung nicht leicht getan. Verschiedenste Modelle wurden diskutiert und durchgerechnet in ihren Auswirkungen auf den Haushalt. Einerseits musste gewährleistet werden, dass der Finanzbedarf der Kammer für ihre Arbeit gedeckt ist, andererseits sollten Mitglieder mit geringen Einkommen deutlich entlastet und außerdem sicher gestellt werden, dass nicht wenige den Löwenanteil der Mittel durch ihren Beitrag aufbringen. Erst nach langer und intensiver Diskussion wurde

(Fortsetzung siehe S. 150)

Stellungnahme des Kammerpräsidenten: Kammerbeitrag wofür? Die Arbeit der Kammer ist ein Zukunftsprojekt für alle Psychotherapeuten

Anlässlich des neuen Beitragsbescheides für 2003 fragen viele Kammermitglieder, warum sie für eine Institution Beitrag bezahlen sollen, in der sie gezwungenermaßen Mitglieder sind und von der sie keinen unmittelbaren Nutzten zu haben scheinen. Das ist ein Thema, mit dem sich alle Verantwortlichen von Beginn an immer wieder beschäftigen mussten. Schon während der Errichtungszeit der Kammer haben wir uns bemüht, über die Arbeit, den Aufbau einer wirkungsvollen Institution, genau zu informieren und gleichzeitig die Kosten für die Mitglieder so gering wie möglich zu halten.

Der Aufbau einer Kammer ist aber nach der formalen Errichtung nicht abgeschlossen. Er fängt danach erst an! Nun muss in institutionelle Wirklichkeit umgesetzt werden, was vorher nur ausgedacht und geplant war. Diese Aufbauarbeit ist kosten- und zeitintensiv und verlangt von denen, die für die Kammer tätig sind, einen großen persönlichen Einsatz.

Das Auftreten der Kammer in der Gesellschaft und auf dem therapeutischen Markt erfolgt in einer äußerst ungünstigen Zeit: Rezession, wachsende Schulden der öffentlichen Haushalte, Abbau von sozialen Leistungen und besonders die „Modernisierung" des Gesundheitssystems haben zu einer Mittelverknappung und zu einem Konkurrenzkampf der etablierten Institutionen geführt, der die Chance für einen neuen Mitbewerber von Beginn an einengt. Je genauer wir dabei die Strukturen des Gesundheitssystems kennen lernen, umso mehr müssen wir erkennen, dass Veränderungen noch komplizierter zu erreichen sind, als es auf den ersten Blick ohnehin scheint.

So ist eine Verbesserung der Vergütung der unseres Erachtens unterbewerteten psychotherapeutischen Leistungen bei der Behandlung von Erwachsenen und besonders bei der von Kindern und Jugendlichen kaum zu erwarten; es wird schon ein Erfolg sein, wenn die Bezahlung auf dem derzeitigen Stand gehalten werden kann. Auch ist es in Zeiten des Stellenabbaus im therapeutischen und sozialen Feld schwer, eine bessere Verankerung der Angestellten in der Hierarchie der Institutionen durchzusetzen.

Beschwerden über den Mitgliedsbeitrag zur Kammer gehorchen insofern mit einigem Recht dem Muster, warum wir nun zwar zahlen müssen, aber noch längst keine überzeugende Verbesserung unserer Position im Gesundheitssystem erreicht haben. Es wird eine zentrale Bemühung der Kammer sein, die Repräsentanz der Psychologischen Psychotherapie schrittweise zu verbessern. Es verlangt viel Erfindungsgabe, um z. B. der kooperierten Ärzteschaft, der Gesundheitsbehörde, den Krankenkassen usw. klar zu machen, dass die Psychologische Psychotherapie etwas qualitativ Neues, Eigenes und Notwendiges in die Gesundheitsversorgung einbringt, was die Versorgung der Bevölkerung nachhaltig verbessert. Dazu müssen wir uns präsentieren und uns immer wieder in Begegnungen, die oft nach für uns fremden Spielregeln funktionieren, als relevante Partner anbieten. All dies ist nicht auf die Schnelle zu erreichen.

So hat z. B. die beginnende Mitarbeit des hessischen Fachbeirats Psychiatrie schnell gezeigt, dass wir zwar einen eigenen Beitrag leisten können und müssen, aber dass wir im gesamten Versorgungssystem als eigenständige Gruppierung nicht vorgesehen sind. Ähnliches gilt für die Gesundheitsverwaltung und den kassenregulierten Gesundheitsmarkt. Auch hier löst unser spezifisches Angebot nicht nur Interesse aus, sondern auch Irritation. So stellt die Psychologische Psychotherapie gängige Krankheitsbegriffe, scheinbar selbstverständliche Menschenbilder und den engen Therapiebegriff inhaltlich in Frage. Konventionelle Therapie bezieht sich auf einen aktiven Therapeuten und einen passiven Patienten und sie macht eine genaue Trennung zwischen Vorsorge, Therapie und Nachsorge; das alles sind Einteilungen, die in der Psychotherapie eher fraglich sind. Wie weit wir unser Angebot deutlich vertreten sollen und wie weit wir uns anpassen müssen, ist nicht immer leicht zu entscheiden.

Wir bitten Sie alle, die Arbeit der Kammer zu unterstützen und mit Anregung und Kritik zu begleiten. Unserer Einschätzung nach werden wir nur mit einem intensiven Einsatz über die Anerkennung des Berufsstandes eine Verbesserung der Berufsbedingungen von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erreichen können. Eine Utopie? Es hängt von der Anstrengung von uns allen ab!

Jürgen Hardt

die Ordnung verabschiedet, die nach den uns vorliegenden Zahlen am ehesten eine gerechte Lösung verspricht.

Berücksichtigt werden mussten einerseits die zu erwartenden Ausgaben der Kammer – ein schwieriges Unterfangen, da wir auf keine Erfahrungswerte zurückgreifen konnten: Die Landeskammer ist im Aufbau, wir haben einen Geschäftsführer und weitere Mitarbeiter eingestellt, die politische Arbeit steckt noch in den Anfängen und weitere Entwicklungen sind bisher nicht abzusehen. Die Bundespsychotherapeutenkammer steht vor der Gründung und wird unseren Haushalt durch Beiträge pro Mitglied mit 30 € belasten, das sind zusammen immerhin ca. 90.000€. Hinzu kommt die damit stark steigende Reisetätigkeit der für die Kammer Tätigen durch bundespolitische Aufgaben.

Andererseits haben wir kaum verlässliche Quellen über die Einkommensverteilung unserer Mitglieder, so dass auch die Einnahmenseite schwer abzuschätzen war. Nach den vom Finanzausschuss verwendeten Statistiken rechneten wir damit, dass in die Klassen 1 und 2 ca. 25 Prozent, in die Klassen 3 und 4 knapp 60 Prozent und in die Klassen 5 und 6 ca. 16 Prozent der Mitglieder einzustufen sein würden. Wir werden das kommende Jahr beobachten und nach den neu gewonnenen Erfahrungen eventuell Anpassungen vornehmen können.

Die Geschäftsstelle

Mit Frau Judith Schäfer und Herrn Johann Rautschka-Rücker ist die Personalausstattung der Geschäftsstelle jetzt komplett. Frau Schäfer ist halbtags tätig, für Mitgliederbetreuung zuständig und unterstützt den Vorstand bei der Öffentlichkeitsarbeit. Herr Rautschka-Rücker, Jurist mit Berufserfahrung in der öffentlichen Verwaltung und der Privatwirtschaft, wurde als Geschäftsführer angestellt. Er übernimmt auch die Beratung der Mitglieder in Fragen mit rechtlichem Bezug.

Geschäftsführer
Johann Rautschka-Rücker

Judith Schäfer
Mitgliederbetreuung

Mit dem neuen Internetauftritt hat sich auch die **e-mail-Adresse** der Geschäftsstelle geändert. Sie erreichen uns jetzt unter **post@psychotherapeutenkammer-hessen.de**.

Termine:

28.06.03 Festveranstaltung und Erster Hessischer Psychotherapeutentag

In Bad Homburg (Programm unter www.psychotherapeutenkammer-hessen.de)

Redaktion Hessische Kammerseiten

Uta Cramer-Düncher, Stefan Baier

Geschäftsstelle

Gutenbergplatz 3
65187 Wiesbaden
Tel 0611/7249-387
Fax 0611/7249-523
post@psychotherapeutenkammer-hessen.de
www.psychotherapeutenkammer-hessen.de

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Liebe Kolleginnen und Kollegen in Niedersachsen!

Das Psychotherapeutenjournal ist zugleich offizielles Mitteilungsblatt der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen: Alle Informationen, die nach der Satzung der PKN oder nach dem Heilkammergesetz Niedersachsens jedem Mitglied der PKN zur Kenntnis gegeben werden müssen, werden daher auf den „Niedersachsen-Seiten" dieses Journals veröffentlicht. In dieser Ausgabe betrifft es 3 Ordnungen (Kostenordnung, Schlichtungsordnung, Satzung der Schlichtungsstelle), die nach dieser Veröffentlichung in Kraft treten. Zu jeder dieser Ordnungen finden Sie einen einführenden Text von Mitgliedern desjenigen Ausschusses, der die jeweilige Ordnung formuliert hat.

Außerdem informieren wir Sie in dieser Ausgabe, wer Ihre Interessen in der Delegiertenversammlung der Bundespsychotherapeutenkammer (BPK) vertritt.

Zum Schluss finden Sie einen Hinweis auf ein neues Angebot auf unseren Internetseiten.

Kostenordnung

Die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen als Körperschaft öffentlichen Rechts unterliegt dem niedersächsischen Verwaltungskostengesetz (NVwKostG). Ein nicht unerheblicher Teil der Beiträge eines jeden Mitgliedes der Kammer muss für Verwaltungskosten aufgewendet werden. In der ersten Phase des Kammeraufbaus war dieser Anteil naturgemäß höher, weil ein völlig neuer Verwaltungsapparat mit erst noch zu erstellender Software aufgebaut werden musste.

Wir sind nunmehr so weit, dass unsere Geschäftsstelle in ein gutes Fahrwasser gekommen ist und wir absehen können, an welchen Stellen noch Verbesserungen notwendig sind.

Zunächst einmal möchten wir unseren Kammermitgliedern danken, die es auf sich genommen haben, uns die erbetenen Informationen wie Meldebogen u.a. zur Verfügung zu stellen und es uns ermöglicht haben, Beiträge zu erheben und einzuziehen. Wir sind fortlaufend und weiterhin daran interessiert, diesen Bereich zu vereinfachen und noch kostengünstiger zu gestalten, jedoch sind uns durch gesetzliche Auflagen die Hände an manchen Stellen gebunden. Im Blick haben wir als Vorstand und Finanzausschuss, nur notwendige Kosten entstehen zu lassen.

Unter anderem aus diesem Grund ist es nur gerecht, dass unnötige Kosten, die durch einzelne Mitglieder entstehen, die erinnert und gemahnt werden müssen, auch von diesen getragen und nicht der Gesamtheit der Mitglieder angelastet werden.

Aus diesem Grund hat die Kammerversammlung am 12.3.2003 die **Kostenordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen** einstimmig beschlossen, die wir an dieser Stelle veröffentlichen und die 14 Tage nach Erscheinen diese Heftes in Kraft tritt.

Gertrud Corman-Bergau
Heinz Liebeck

Kostenordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen (PKN) beschlossen von der Kammerversammlung der PKN am 12.03.2003

Auf Grund § 8 Abs. 2 in Verbindung mit § 25 Nr. 1 lit. e des Kammergesetzes für die Heilberufe (HKG) in der Fassung vom 8. Dezember 2000 (Nds. GVBI. S. 301) hat die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen in ihrer Sitzung am 12. März 2003 folgende Satzung über die Erhebung von Verwaltungskosten im eigenen Wirkungskreis (Kostensatzung) beschlossen:

§1
Generell bleiben die üblichen Serviceleistungen der PKN-Geschäftsstelle für die Mitglieder der Psychotherapeutenkammer kostenlos. Die Kostenordnung dient darüber hinaus der Sicherstellung, dass bei Sonderleistungen nur die verursachenden Mitglieder mit den Kosten belastet werden. Für besondere Leistungen werden Gebühren und Auslagen (Kosten) nach dieser Satzung erhoben,

wenn die Beteiligten hierzu Anlass gegeben haben. Die Erhebung von Kosten aufgrund anderer Rechtsvorschriften bleibt unberührt.

§2
Für die Kostenerhebung gelten die Vorschriften des Niedersächsischen Verwaltungskostengesetzes entsprechend.

§3
Die Gebühren bemessen sich nach dem Gebührenverzeichnis in der Anlage.

§4
Die Auslagen bei der Durchführung der Aufgaben nach § 9 HKG sind nach § 13 des Niedersächsischen Verwaltungskostengesetzes in der jeweils entstehenden Höhe zu erheben, soweit nicht in der Anlage (Gebührenverzeichnis) anderweitig geregelt.

§5
Diese Satzung tritt am Tage nach ihrer Bekanntmachung in Kraft, an dem das Mitteilungsblatt der Kammer oder das besondere Rundschreiben herausgegeben worden ist.

Das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit hat mit Bescheid vom 28.03.2003 – Az.: 405.1 – 41933/2– die aufsichtsbehördliche Genehmigung erteilt.
Die vorstehende Kostenordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen wird hiermit ausgefertigt.

Hannover, den 10.04.2003
Dr. Lothar Wittmann
Präsident der PKN Dienstsiegel

Anlage:
Gebührenverzeichnis zur Kostenordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

1. Ausstellung von Zeugnissen, Bescheinigungen und Ausweisen: 5 – 25 €
2. Kosten im berufsrechtlichen Ermittlungsverfahren: 100 – 1.000 €
3. Mahnverfahren über rückständige Beitrags- und Kostenforderungen:
   Die Mahngebühr beträgt pauschal € 5. Darüber hinaus wird ein Säumniszuschlag in Höhe von 5 % des ausstehenden Betrages, mindestens jedoch in Höhe von € 15 erhoben. Darüber hinaus hat das Kammermitglied weitere Verzugskosten zu tragen.
4. Zurückweisung eines Widerspruchs gegen Bescheide im Beitrags- und Kostenverfahren: 25 €
5. Verwaltungstätigkeiten, die nach Art und Umfang im Gebührenverzeichnis nicht näher bestimmt und die mit besonderer Mühewaltung verbunden sind, je angefangene halbe Stunde: 40 €

Die Satzung der Schlichtungsstelle der PKN: Wenn Patienten und Therapeuten sich nicht einig sind – und das Besondere: Der Patientenvertreter

Die Schlichtung von Streitigkeiten aus dem Behandlungsverhältnis, also zwischen Therapeut und Patient – sowie von Streitigkeiten unter Kammermitgliedern (s.u.) – ist eine wesentliche Aufgabe der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen. Diese Aufgabe ist durch das Niedersächsische Heilkammergesetz und die Kammersatzung der PKN vorgegeben.

Nachdem wir im Ausschuss „Satzungen und Geschäftsordnungen der PKN" zunächst geschaut haben, wie z.B. die Ärzte ihre Streitigkeiten zwischen Arzt und Patient regeln, wurde schnell klar, dass unsere Satzung sich in einigen wesentlichen Aspekten von den ärztlichen Regelungen unterscheiden sollte. Vor allem war uns wichtig, dass in unserer Schlichtungsstellen-Satzung die Interessen der Patienten stärker berücksichtigt werden sollten. Als erste Kammer haben wir deshalb vorgesehen, dass neben dem Vorsitzenden, der über die Befähigung für das Richteramt verfügen muss, und einem Beisitzer aus der Berufsgruppe der Behandler ein Patientenvertreter als Beisitzer berufen wird. Ziel der Schlichtung ist es, bei Behandlungsfehlern oder Streitigkeiten aus dem Behandlungsverhältnis zwischen Patienten und Therapeuten eine einvernehmliche Erledigung der Streitigkeiten zu erreichen. Ist dies nicht möglich, wird ein Schiedsspruch gefällt. Ein gerichtliches Verfahren wird damit nicht automatisch ersetzt, sollte aber durch die Schlichtung möglichst überflüssig werden.

Die Beschäftigung mit Streitigkeiten, in denen es um Haftungsfragen geht, ist seit einer Änderung der Satzung (durch die Kammerversammlung beschlossen am 30.11.2002) ebenfalls Aufgabe der Schlichtungsstelle. Wenn Gutachten notwendig werden, kann ein solches Verfahren hohe Kosten verursachen, die von der PKN nicht übernommen werden können. Der Vorstand der PKN hat sich daher intensiv darum bemüht, mit Haftpflichtversicherern ins Gespräch zu kommen, die ja von der Schlichtung auch profitieren können. Bisher konnte mit der Versicherungswirtschaft kein Übereinkommen zur Beteiligung an der Arbeit der Schlichtungsstelle getroffen werden. Wir hoffen, mit einer länderübergreifenden Initiative vielleicht doch noch Erfolg zu haben.

Bisherige Erfahrungen mit der Schlichtungsstelle:

Die Schlichtungsstelle arbeitet (unter Ausschluss von Haftungsfragen) bereits seit über einem Jahr und wird gut genutzt. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass das vorsitzende Mitglied den weitaus größten Teil der Streitigkeiten bereits im Vorverfahren einvernehmlich zu schlichten vermochte; nur in zwei Fällen wurden bisher die beisitzenden Mitglieder der Schlichtungsstelle hinzugezogen. Die Konflikte kreisen vor allem um Honorarfragen, Akteneinsicht und das konkrete Verhalten des Psychotherapeuten. In der Regel wird die Schlichtungsstelle von Patienten nach Beendigung bzw. Abbruch eines Behandlungsverhältnisses angerufen. Es soll hier ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass auch Kammermitglieder die Möglichkeit haben, den Patienten bei nicht beizulegenden Streitigkeiten vorzuschlagen, die Schlichtungsstelle einzuschalten. Das Kammermitglied hat aus Gründen der Schweigepflicht nicht die Möglichkeit, dies einseitig zu tun. Es kann sich aber nach Anonymisierung der Patientendaten von den Mitgliedern der Schlichtungsstelle beraten lassen.

Bertke Reiffen-Züger, Frauke Werther

Satzung der Schlichtungsstelle der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen (PKN)

Beschlossen von der Kammerversammlung der PKN am 25.08.2001 und geändert von der Kammerversammlung der PKN am 30. 11. 2002

§ 1 Aufgabe
Aufgabe der Schlichtungsstelle der PKN ist die Schlichtung von Behandlungsfehlern und Streitigkeiten aus dem Behandlungsverhältnis gemäß § 11 des Kammergesetzes für die Heilberufe (HKG) und § 23 der Kammersatzung der PKN.

§ 2 Zusammensetzung
(1) [1] Die Schlichtungsstelle setzt sich aus einem vorsitzenden und zwei beisitzenden Mitgliedern zusammen. [2] Das vorsitzende Mitglied muss über die Befähigung zum Richteramt verfügen. [3] Ein beisitzendes Mitglied muss Kammermitglied derjenigen Berufsgruppe der PKN sein, deren Verhalten Gegenstand der Streitigkeit ist. [4] Ein beisitzendes Mitglied muss als Vertreter oder Vertreterin der Patientenschaft berufen worden sein.
(2) [1] Für jedes Mitglied der Schlichtungsstelle ist ein stellvertretendes Mitglied zu berufen. [2] Die Vertretung der jeweiligen Berufsgruppe gemäß Abs. 1 Satz 3 ist dadurch sicherzustellen, dass für beide Berufsgruppen je ein Mitglied und je ein stellvertretendes Mitglied berufen wird.
(3) [1] Das vorsitzende Mitglied und die beisitzenden Mitglieder sowie die diese stellvertretenden Mitglieder der Schlichtungsstelle werden auf Vorschlag des Vorstands der PKN von der Kammerversammlung der PKN gewählt und vom Präsidenten oder von der Präsidentin der PKN berufen. [2] Ihre Amtsperiode deckt sich mit derjenigen der Kammerversammlung.

§ 3 Grundsätze
(1) [1] Die Mitglieder der Schlichtungsstelle sind verpflichtet, über alle Streitgegenstände unparteilich, sachlich und nach bestem Wissen und Gewissen zu entscheiden. [2] Sie haben über die Verhandlungen und die ihnen bei der Ausübung ihres Amtes zur Kenntnis gelangenden Verhältnisse der Beteiligten Stillschweigen zu bewahren.
(2) Für die Ausschließung und Ablehnung eines Mitglieds der Schlichtungsstelle gelten die §§ 41, 42 ZPO über die Ausschließung und Ablehnung einer Richterin oder eines Richters entsprechend.
(3) [1] Über die Ablehnung entscheidet die Schlichtungsstelle endgültig. [2] An die Stelle eines ausgeschlossenen Mitgliedes tritt ein stellvertretendes Mitglied der Schlichtungsstelle.

§ 4 Antragstellung
(1) Die Schlichtungsstelle wird auf Antrag tätig.
(2) Das vorsitzende Mitglied versucht nach Eingang des Antrags, die Streitigkeit zwischen den Parteien zu schlichten (Vorverfahren).
(3) Kommt eine Schlichtung nach Absatz 2 nicht zustande, leitet das vorsitzende Mitglied das Schlichtungsverfahren ein, wenn die Parteien ihr Einverständnis hierzu erklärt haben.

§ 5 Einleitung
Die Einleitung eines Schlichtungsverfahrens ist ausgeschlossen, wenn in der gleichen Streitigkeit bereits
1. ein Vergleich oder Schiedsspruch nach dieser Satzung,
2. ein berufsrechtliches Verfahren oder eine berufsgerichtliche Entscheidung,
3. ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren oder
4. eine Entscheidung eines Gerichts oder ein Vergleich

vorliegt, beantragt, eingeleitet oder anhängig ist.

§ 6 Eröffnung und Verhandlung
(1) [1] Die Durchführung des Schlichtungsverfahrens beginnt mit der schriftlichen Mitteilung an die Beteiligten. [2] Die oder der Vorsitzende erlässt einen Eröffnungsbeschluss, beraumt einen Verhandlungstermin an und legt die Unterlagen den beisitzenden Mitgliedern der Schlichtungsstelle vor. [3] Zur Verhandlung vor der Schlichtungsstelle sollen Beteiligte, Sachverständige, Zeuginnen und Zeugen mit einer Frist von 14 Tagen geladen werden. [4] Die Parteien können sich vertreten lassen.
(2) Für die Zurückweisung von Beiständen der Beteiligten gelten die Bestimmungen der ZPO entsprechend.
(3) [1] Die Verhandlung vor der Schlichtungsstelle ist nicht öffentlich. [2] Das Verfahren soll möglichst in einem Termin erledigt werden.

§ 7 Vergleich
(1) [1] Die Schlichtungsstelle soll versuchen, zwischen den Beteiligten einen Vergleich herbeizuführen. [2] Kommt ein Vergleich zustande, so ist der Wortlaut des Vergleichs im Protokoll niederzulegen, den Beteiligten vorzulesen und von ihnen zu genehmigen.
(2) [1] Scheitert ein Vergleich, so ist dies im Protokoll festzustellen. [2] Die Gründe, die zum Scheitern des Vergleichs führten, müssen aus dem Protokoll ersichtlich sein.

§ 8 Schiedsspruch
(1) Nach dem Scheitern eines Vergleichs hat jeder der Beteiligten das Recht, bei der Schlichtungsstelle die Fällung eines Schiedsspruchs zu beantragen.
(2) [1] Bevor der Schiedsspruch erlassen wird, sind die Beteiligten zu hören und das dem Streit zugrunde liegende Sachverhältnis zu ermitteln. [2] Soweit weitere Bestimmungen über das Verfahren nicht getroffen sind, ist die Gestaltung des Verfahrens in das Ermessen der Schlichtungsstelle gestellt.
(3) Die Schlichtungsstelle trifft ihre Entscheidungen nach geheimer Beratung mit einfacher Stimmenmehrheit.
(4) Der Schiedsspruch ist mit Gründen zu versehen, von den Mitgliedern der Schlichtungsstelle zu unterschreiben und den Beteiligten bekannt zu geben.

§ 9 – nicht besetzt –

§ 10 Aufhebung des Schiedsspruchs
Die Aufhebung des Schiedsspruchs kann innerhalb einer Frist von einem Monat nach Bekanntmachung beantragt werden, wenn:
1. der Schiedsspruch auf einem unzulässigen Verfahren beruht,
2. einer der Beteiligten im Verfahren das rechtliche Gehör nicht gewährt wurde,
3. der Schiedsspruch nicht mit Gründen versehen ist.

§ 11 Kosten
(1) Die Kosten des Verfahrens vor der Schlichtungsstelle trägt die PKN, soweit in den folgenden Absätzen nichts anderes bestimmt ist.
(2) [1] Zu den Kosten des Absatzes 1 zählen nicht die Kosten für Beistände. [2] Soweit Kosten durch Parteien veranlasst werden, sind sie von diesen zu tragen.
(3) [1] Bei einer Schlichtung von Streitigkeiten über Haftungsfragen können den Parteien Kosten für Gutachten und Sachverständige von der Schlichtungsstelle ganz oder teilweise auferlegt werden. [2] Hierüber sind die Parteien aufzuklären.

§ 12 Entschädigung der Mitglieder
(1) [1] Die beisitzenden Kammermitglieder üben ihr Amt als Ehrenamt aus. [2] Die Aufwandsentschädigung erfolgt gemäß der Reisekosten- und Sitzungsgelderordnung für Organmitglieder der PKN.
(2) Das vorsitzende Mitglied erhält für seine Tätigkeit eine Entschädigung, die durch den Vorstand der PKN festzusetzen ist.
(3) Die Entschädigung für das beisitzende Mitglied aus dem Kreis der Patientenschaft erfolgt in gleichem Umfang wie die Aufwandsentschädigung gemäß Absatz 1.

§ 13 Schriftführung
(1) Für die Sitzungen der Schlichtungsstelle und die Erledigung des laufenden Geschäftsverkehrs wird eine Schriftführerin oder ein Schriftführer gestellt.
(2) Über die Verhandlungen der Schlichtungsstelle sind Niederschriften anzufertigen, die den §§ 159 und 160 ZPO entsprechen müssen.

§ 14 Aktenführung
(1) Jedes bei der Schlichtungsstelle beantragte Schlichtungsverfahren ist mit fortlaufender Nummer innerhalb eines Kalenderjahres, Namen der Beteiligten, Daten und Art der Erledigung zu registrieren.
(2) [1] Über jedes Verfahren ist eine Akte anzulegen. [2] Sie ist nach Abschluss des Verfahrens in einem geschlossenen Umschlag mit Aufschrift der Registriernummer bei der Geschäftsstelle der Psychotherapeutenkammer zu hinterlegen.

§ 15 Einsichtnahme
Zur Einsichtnahme in die Akten der Schlichtungsstelle sind ausschließlich befugt:
1. die Mitglieder der Schlichtungsstelle,
2. die Präsidentin oder der Präsident der Psychotherapeutenkammer, das sie oder ihn vertretende Mitglied oder je-

mand, den eine oder einer von ihnen damit beauftragt hat,
3. die Beteiligten, sofern die Aufhebung des Schiedsspruchs nach § 10 beabsichtigt ist.

§ 16 Berichterstattung
Über ihre Tätigkeit erstattet die Schlichtungsstelle der Kammerversammlung jährlich Bericht.

§ 17 Änderung
Die Änderung dieser Schlichtungsordnung bedarf einer Mehrheit der Mitglieder der Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen.

§ 18 In-Kraft-Treten, Außer-Kraft-Treten
(1) Diese Satzung tritt am Tage nach ihrer Bekanntmachung in Kraft, an dem das Mitteilungsblatt der Kammer oder das besondere Rundschreiben herausgegeben worden ist.
(2) Gleichzeitig tritt die Satzung der Schlichtungsstelle der PKN, beschlossen von der Kammerversammlung der PKN am 25.08.2001, außer Kraft.

Das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit hat mit Bescheid vom 02.04.2003 – Az.: 405.12 – 41932/1 – die aufsichtsbehördliche Genehmigung erteilt.

Die vorstehende Schlichtungssatzung der PKN wird hiermit ausgefertigt.

Hannover, den 10.04.2003
Dr. Lothar Wittmann
Präsident der PKN
Dienstsiegel

Die Ordnung des Schlichtungsausschusses: Wenn Psychotherapeuten sich über andere Psychotherapeuten beschweren

Diese Ordnung ähnelt inhaltlich der Satzung der Schlichtungsstelle, regelt aber eine andere Art von Streitigkeiten: Der Schlichtungsausschuss hat die Aufgabe zu vermitteln, wenn Kammermitglieder untereinander in Streit geraten sind, wenn etwa ein Kammermitglied sich von einer Kollegin oder einem Kollegen öffentlich verunglimpft fühlt oder sich durch als unlauter wahrgenommene Werbung in den eigenen beruflichen Möglichkeiten eingeschränkt sieht.

Ein Schlichtungsverfahren vor dem Schlichtungsausschuss kann nur eingeleitet werden, wenn beide Seiten damit einverstanden sind. Auch hier kann die Schlichtung kein Ersatz für ein gerichtliches Verfahren sein, sondern könnte helfen, ein solches Verfahren zu vermeiden.

Großen Wert legen wir auf die Verschwiegenheit der Beteiligten und den Datenschutz. Sowohl in der Ordnung für den Schlichtungsausschuss als auch in der Satzung für die Schlichtungsstelle wurden Vorkehrungen getroffen, die – umgesetzt in entsprechende administrative Schutzmaßnahmen in der Geschäftsstelle – die Parteien vor unerlaubter Einsichtnahme in schriftliche Unterlagen schützen.

Die bisherige Erfahrungen mit dem Schlichtungsausschuss sind kurz berichtet: er wurde bisher nicht angerufen.

Bertke Reiffen-Züger, Frauke Werther

Schlichtungsordnung
des Schlichtungsausschusses der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen (PKN) zur Schlichtung von Streitigkeiten zwischen Kammermitgliedern

Beschlossen von der Kammerversammlung der PKN am 16.03.2002

§ 1 Aufgabe
Die Psychotherapeutenkammer bildet einen Schlichtungsausschuss gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 4 des Kammergesetzes für Heilberufe (HKG) und § 22 der Kammersatzung der PKN. Der Schlichtungsausschuss hat die Aufgabe, über Streitigkeiten zwischen Kammermitgliedern auf gütlichem Wege einen Vergleich herbeizuführen oder einen Schiedsspruch zu fällen.

§ 2 Zusammensetzung
(1) Der Schlichtungsausschuss setzt sich aus einem vorsitzenden und zwei beisitzenden Mitgliedern zusammen. Das vorsitzende Mitglied muss über die Befähigung zum Richteramt verfügen. Die beisitzenden Mitglieder müssen Kammermitglieder der beiden Berufsgruppen der PKN sein.
(2) Für jedes Mitglied des Schlichtungsausschusses ist ein stellvertretendes Mitglied zu berufen. Bei den beisitzenden Mitgliedern findet die Vertretung jeweils innerhalb der Berufsgruppe statt.
(3) Das vorsitzende Mitglied und die beisitzenden Mitglieder sowie die diese stellvertretenden Mitglieder des Schlichtungsausschusses werden auf Vorschlag des Vorstands der PKN von der Kammerversammlung der PKN gewählt und von der Präsidentin oder dem Präsidenten der PKN berufen. Ihre Amtsperiode deckt sich mit derjenigen der Kammerversammlung.

§ 3 Grundsätze
(1) Die Mitglieder des Schlichtungsausschusses sind verpflichtet, über alle Streitgegenstände unparteilich, sachlich und nach bestem Wissen und Gewissen zu entscheiden. Sie haben über die Verhandlungen und die ihnen bei der Ausübung ihres Amtes zur Kenntnis gelangenden Verhältnisse der Beteiligten Stillschweigen zu bewahren.
(2) Für die Ausschließung und Ablehnung eines Mitglieds des Schlichtungsausschusses gelten die §§ 41, 42 ZPO über die Ausschließung und Ablehnung einer Richterin oder eines Richters entsprechend.
(3) Über die Ablehnung entscheidet der Schlichtungsausschuss endgültig. Bei dieser Entscheidung bleibt die Mitwirkungsmöglichkeit des abgelehnten Mitglieds unberührt.

§ 4 Antragstellung
(1) Der Antrag auf Einleitung eines Schlichtungsverfahrens kann gestellt werden
1. von einem Kammermitglied der PKN
2. vom Vorstand der PKN
(2) Der Antrag ist zu begründen.

§ 5 Einleitung
(1) Die Einleitung eines Schlichtungsverfahrens setzt voraus, dass sämtliche Beteiligten ihr Einverständnis hierzu erklärt haben.
(2) Die Einleitung eines Schlichtungsverfahrens ist ausgeschlossen, wenn in der gleichen Streitigkeit bereits
1. ein Vergleich oder Schiedsspruch nach dieser Ordnung,
2. ein berufsrechtliches Verfahren oder eine berufsgerichtliche Entscheidung,
3. ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren oder
4. eine Entscheidung eines Gerichts oder ein Vergleich

vorliegt, beantragt, eingeleitet oder anhängig ist.

Durchführung

§ 6 Eröffnung und Verhandlung

(1) Sobald das vom Schlichtungsausschuss eingeholte Einverständnis der Beteiligten zur Durchführung des Schlichtungsverfahrens vorliegt, erlässt das vorsitzende Mitglied einen Eröffnungsbeschluss, beraumt einen Verhandlungstermin an und legt die Unterlagen den beisitzenden Mitgliedern des Schlichtungsausschusses vor.
(2) Zum Verhandlungstermin vor dem Schlichtungsausschuss sind Beteiligte, Sachverständige, Zeuginnen und Zeugen mit einer Frist von mindestens 14 Tagen zu laden.
(3) Die Verhandlung vor dem Schlichtungsausschuss ist nicht öffentlich.
(4) Für die Zurückweisung von Beiständen der Beteiligten gelten die Bestimmungen der ZPO entsprechend.

§ 7 Vergleich

(1) Der Schlichtungsausschuss versucht, zwischen den Beteiligten einen Vergleich herbeizuführen. Kommt ein Vergleich zustande, so ist sein Wortlaut zu protokollieren und von den Beteiligten zu genehmigen.
(2) Kommt ein Vergleich nicht zustande, sind die Gründe, die hierzu geführt haben, vom Schlichtungsausschuss zu protokollieren und den Beteiligten bekannt zu geben.

§ 8 Schiedsspruch

(1) Ist ein Vergleich nicht zustande gekommen, haben die Beteiligten das Recht, beim Schlichtungsausschuss einen Schiedsspruch zu beantragen.
(2) Bevor der Schiedsspruch erlassen wird, sind die Beteiligten zu hören und der dem Streit zugrunde liegende Sachverhalt ist zu ermitteln. Soweit nicht anderweitige Bestimmungen über das Verfahren entgegen stehen, wird es vom Schlichtungsausschuss nach pflichtgemäßem Ermessen bestimmt.
(3) Der Schlichtungsausschuss trifft seine Entscheidung nach geheimer Beratung mit einfacher Stimmenmehrheit.
(4) In dem Schiedsspruch kann festgestellt werden,

1. dass ein Verstoß gegen die Standespflichten nicht festzustellen ist,
2. dass eine, einer oder mehrere Beteiligte gegen die Standespflichten verstoßen haben und dieser Verstoß durch
   a) eine Ehrenerklärung,
   b) eine Warnung,
   c) einen Verweis

zu sühnen ist.
(5) Der Schiedsspruch ist mit Gründen zu versehen, von den Mitgliedern zu unterschreiben und den Beteiligten zuzustellen. Mit der Zustellung der Ausfertigung des Schiedsspruches an die Beteiligten ist von diesen eine Erklärung über die Annahme der Entscheidung einzufordern, sofern eine solche Erklärung nicht in der Verhandlung unterschrieben oder mündlich zu Protokoll gegeben wurde.

§ 9 Überprüfung des Schiedsspruchs

Ist eines der betroffenen Mitglieder der PKN mit dem Schiedsspruch nicht einverstanden, so hat der Vorstand der PKN den Streitfall der Kammerversammlung mit einer Stellungnahme zu unterbreiten.

§ 10 Aufhebung des Schiedsspruchs

Die Aufhebung eines Schiedsspruchs kann innerhalb einer Frist von vier Wochen nach Zustellung beantragt werden, wenn

1. der Schiedsspruch auf einem unzulässigen Verfahren beruht,
2. einer der Beteiligten im Verfahren das rechtliche Gehör nicht gewährt wurde,
3. der Schiedsspruch nicht mit Gründen versehen ist.

§ 11 Kosten

(1) Die Kosten des Verfahrens vor dem Schlichtungsausschuss trägt die PKN, soweit in Absatz 2 nichts anderes bestimmt ist.
(2) Zu den Kosten des Absatzes 1 zählen nicht die Kosten für Beistände. Soweit Kosten durch Parteien veranlasst werden, sind sie von diesen zu tragen.

§ 12 Entschädigung der Mitglieder

(1) Die beisitzenden Kammermitglieder üben ihr Amt als Ehrenamt aus. Die Aufwandsentschädigung erfolgt gemäß der 'Reisekosten- und Sitzungsgelderordnung für Organmitglieder der PKN'.
(2) Das vorsitzende Mitglied erhält für seine Tätigkeit eine Entschädigung, die durch den Vorstand der PKN festzusetzen ist.

§ 13 Schriftführung

(1) Über die Verhandlungen des Schlichtungsausschusses sind Niederschriften anzufertigen, die den §§ 159 und 160 ZPO entsprechen müssen.
(2) Für die Sitzungen des Schlichtungsausschusses und die Erledigung des laufenden Geschäftsverkehrs wird von der Geschäftsstelle eine Schriftführerin oder ein Schriftführer gestellt.

§ 14 Aktenführung

(1) Über jedes Verfahren ist eine Akte anzulegen. Sie ist nach Abschluss des Verfahrens in einem geschlossenen Umschlag mit Aufschrift der Registriernummer bei der Geschäftsstelle zu hinterlegen.
(2) Jedes bei dem Schlichtungsausschuss beantragte Schlichtungsverfahren ist mit fortlaufender Nummer innerhalb eines Kalenderjahres, Namen der Beteiligten, Daten und Art der Erledigung zu registrieren.

§ 15 Einsichtnahme

Zur Einsichtnahme in die Akten des Schlichtungsausschusses sind ausschließlich befugt

1. die Mitglieder des Schlichtungsausschusses,
2. die Präsidentin oder der Präsident der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, das sie oder ihn vertretende Mitglied des Vorstands oder jemand, den eine oder einer von ihnen damit beauftragt hat,
3. die Beteiligten, sofern die Aufhebung des Schiedsspruchs nach § 10 beabsichtigt ist.

§ 16 Berichterstattung

Über seine Tätigkeit erstattet der Schlichtungsausschuss der Kammerversammlung jährlich Bericht.

§ 17 Änderungen

Die Änderung dieser Schlichtungsordnung bedarf einer Mehrheit der Mitglieder der Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen.

§ 18 In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt mit dem 14. Tag nach Ablauf des Tages in Kraft, an dem das Rundschreiben der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen ausgegeben wird.
Das Niedersächsische Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales hat mit Schreiben vom 29.04.2002 (AZ.: 405 – 41 932/3) die aufsichtsbehördliche Genehmigung erteilt. Die vorstehende Schlichtungsordnung wird hiermit ausgefertigt und verkündet.

Hannover, den 06.05.2002
Dr. Lothar Wittmann
Präsident der PKN
Dienstsiegel

Niedersächsische Delegierte in der Bundespsychotherapeutenkammer

Wenn diese Ausgabe des PTJ vor Ihnen liegt, wird es bereits eine Bundespsychotherapeutenkammer geben. Die PKN ist nach den Vereinbarungen der Landespsychotherapeutenkammern über den Schlüssel, nach dem die einzelnen Kammern Delegierte entsenden, mit 8 Mitgliedern in der Delegiertenversammlung der BPK vertreten.

Eine niedersächsische Besonderheit: Entsprechend den Bestimmungen des Heilkammergesetzes (HKG) werden die Delegierten nicht von der Kammerversammlung gewählt, sondern – wie auch die Mitglieder von Kammer-Ausschüssen – von den Gruppen in der Kammerversammlung entsandt. Wie viele Delegierte jede Gruppe entsenden kann, wird nach dem Verfahren Hare-Niemeyer bestimmt. In der Kammerversammlung der PKN am 12.03.03 haben die Gruppen bekannt gegeben, wer die PKN in der Bundesdelegiertenversammlung vertreten wird. Es sind dies:

für die Gruppe ALLIANZ:
Jörg Hermann
(Vertreter: Klaus Dörmann)
Werner Köthke
(Vertreterin: Frauke Werther)
Prof. Dr. Hans-Joachim Schwartz
(Vertreterin: Monika Dietzfelbinger)

für die Gruppe KJP:
Inge Berns (Vertreterin: Gaby Derichs)
Friederike Wetzorke
(Vertreter: Michael Hauss-Labouvie)

für die Gruppe Kooperation:
Gertrud Corman-Bergau
(Vertreter: Dieter Fischbeck)
Dr. Lothar Wittmann
(Vertreter: Dr. Heinz Liebeck)

für die Gruppe Verbund:
Gerlinde Büren-Lützenkirchen
(Vertreter: Richard Winter)

Die gleich großen Gruppen ALLIANZ und Kooperation mussten losen, wer den unserer Kammer zustehenden 8. Platz besetzt; das Los fiel auf die Gruppe ALLIANZ.

.... und dann noch:

Kleinanzeigen: Sie können Gesuche und Angebote seit kurzem auf unseren Internetseiten kostenlos veröffentlichen und Gesuchtes – hoffentlich – finden. Schauen Sie doch mal rein!

Geschäftsstelle

Marienstraße 16
30171 Hannover
Tel 0511/850304-30
Fax 0511/850304-44
info@pk-nds.de
www.pk-nds.de

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

Psychotherapeutenversorgungswerk – voll im Zeitplan

Sachstandsbericht über die Errichtung

Das starke Interesse der Mitglieder nach einem Versorgungswerk und die zahlreichen Anfragen dazu verstehen Vorstand und Kommission als eine Unterstützung dafür, sich weiterhin für eine umgehende Errichtung eines Versorgungswerks einzusetzen. Auf dem Weg dorthin drohen manchmal unvorhergesehene Barrieren, die den Zeitplan dann gefährden können. Ein solches Hindernis war die Frage, ob die Errichtung eines Versorgungswerks Pflichtaufgabe der Kammer ist. Rechtlich ist die Frage jetzt geklärt. Die juristischen Experten sind sich zwischenzeitlich darüber einig, dass nach dem Heilberufsgesetz Nordrhein-Westfalen § 6 Abs. 1, Ziffer 10 die Kammer ein Versorgungswerk einrichten muss.

Dies bedeutet, dass zunächst alle Kammermitglieder Pflichtmitglieder des Versorgungswerkes werden. Psychotherapeuten, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Satzung des Psychotherapeutenwerks Mitglieder der Kammer sind („Anfangsbestand"), haben ein halbes Jahr Zeit, sich zu entscheiden, ob sie Mitglied des Versorgungswerks bleiben oder die Mitgliedschaft kündigen wollen. Gehören Psychotherapeuten nicht zum „Anfangsbestand" und sind freiberuflich tätig, sind sie Pflichtmitglieder des Versorgungswerks. Sie zahlen den Regelpflichtbeitrag. Angestellte Mitglieder der Kammer können sich von dem Versorgungswerk befreien lassen oder zusätzlich zu ihrer Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung freiwilliges Mitglied mit einem geringeren Monatsbeitrag, der unter dem Regelpflichtbeitrag liegt, werden.

Das Versorgungswerk wird seine Leistungen über eine eigene Kapitalanlage (Beiträge der Mitglieder und erwirtschaftete Zinsen auf der Grundlage einer versicherungsmathematischen Kalkulation) ohne Zuschüsse des Staates finanzieren. Bei diesem Verfahren liegt das versicherungstechnische Risiko zwar bei dem Versorgungswerk, eine Insolvenz ist dabei sehr unwahrscheinlich.

Das Psychotherapeutenversorgungswerk wird wesentlich niedrigere Verwaltungskosten haben und wesentlich höheren Renditen erwirtschaften können als die gesetzlichen Rentenversicherungsträger. Die Selbstverwaltungsorgane des Versorgungswerks werden den Leistungsumfang weitgehend selbst bestimmen können. Versorgungsleistungen werden sein: Altersrente, Berufsunfähigkeitsrente und Hinterbliebenenrente. Auf eine Gesundheitsprüfung vor Aufnahme in das Versorgungswerk wird in der Regel verzichtet.

Die gegenwärtige Situation der Altersicherung in der Bundesrepublik stellt sich so dar:

- Die gesetzlichen Renten werden auch nach der großen Rentenreform weiter reduziert. Die so genannte Eck-Rente hat der Gesetzgeber nunmehr auf 67% festgesetzt. Tatsächlich dürften die Durchschnittsrenten künftig die 60 Prozent Marke nicht überschreiten.
- Ein Blick auf die Alterspyramide in Deutschland und ihre Entwicklung bis zum Jahr 2030 macht das Problem deutlich: Die immer weiter wachsende Zahl von Rentnern kann von keiner wie auch immer konstruierten öffentlichen Institution bewältigt werden.

Die Gründung eines Versorgungswerkes ist auch vor dem Hintergrund sinnvoll, eine Barriere gegen die Begehrlichkeit des Staates aufzubauen, die freiberuflich tätigen Psychotherapeuten mit in die BfA einzubeziehen. Versorgungswerke werden derzeit politisch nicht angetastet, zumindest nicht für Freiberufler.

Vorstand und Kommission führen erste Verhandlungen mit Vermögensverwaltungen über geeignete Kapitalanlagen. Darüber hinaus finden Gespräche mit anderen Versorgungswerken in Nordrhein-Westfalen statt. Dabei wird ausgelotet, inwieweit Kooperationen und unter welchen Bedingungen möglich sind.

Es liegt ein Satzungsentwurf des Vorstandes für die Errichtung eines Versorgungswerkes vor, über den der Vorstand am 14. Mai 2003 mit Fachleuten anderer Versorgungswerke, juristischen Fachberatern und Finanzberatern diskutieren wird. Das Finanzministerium NRW, das für das Genehmigungsverfahren zuständig ist, hat der Kammer seine Unterstützung zu-

gesagt. **Die Errichtungsphase verläuft voll in dem vorgegebenen Zeitplan.** Vorstand und Kommission gehen davon aus, dass im September dieses Jahres ein abstimmungsreifer Satzungsentwurf der Kammerversammlung vorgelegt und verabschiedet wird.

Danach werden die Selbstverwaltungsorgane gebildet, das Genehmigungsverfahren durch die Aufsichtsbehörde eingeleitet und eine Geschäftstelle für die Mitgliederberatung und -verwaltung eingerichtet.

Bericht von der 7. Kammerversammlung vom 5. April 2003

Die erste Vollversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW im Jahr 2003 fand am 5. April in wunderbarem Ambiente in der historischen Stadthalle in Wuppertal statt. Auf der Tagesordnung stand dagegen nüchterne Arbeit, die sowohl kammerinterne Belange wie die Haushaltsabschlüsse der Jahre 2000 und 2001 sowie die ersten Lesungen der Satzung und der Geschäftsordnung betrafen, als auch berufspolitische Themen wie die aktuellen Bestrebungen zur Gesundheitsreform und die Wahl der Delegierten zu der Gründungsversammlung der Bundespsychotherapeutenkammer.

Monika Konitzer, Präsidentin der Psychotherapeutenkammer NRW, berichtete zunächst über die Arbeit der letzten vier Monate. Der Tätigkeitsbereich der Kammer erweitert sich ständig; anderthalb Jahre nach ihrer Konstituierung wird die Psychotherapeutenkammer immer mehr als Ansprechpartnerin in Fragen der psychotherapeutischen Versorgung einbezogen. Hierzu gehören z.B. die Mitarbeit in den Arbeitsgruppen „Zukunft der Heilberufe", „Sucht" und „gesundheitliche Folgen von Gewalt gegen Frauen und Kinder", die Aufnahme des Psychotherapeutenberufs in die Gesundheitsberichterstattung des Landes, Stellungnahmen zur Situation der Neuropsychologie, zur Finanzierung der Therapien in den Ambulanzen der Ausbildungsstätten und Universitäten, zur psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie zum Vorgehen der KVen beim Arztregistereintrag, Weiterarbeit an der Umsetzung der berufs- und sozialrechtlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie, Führen der Gutachterliste Maßregelvollzug und v.a.m.

Monika Konitzer

Auf **Landesebene** konnte Monika Konitzer folgendes Fazit ziehen: "Dass es gelingen kann, Aufmerksamkeit für unsere Vorschläge und unsere Kompetenz zu finden, wenn wir in den Entscheidungsgremien mit vertreten sind und dort gute, begründete Vorschläge einbringen, zeigt die Konzertierte Aktion gegen Brustkrebs NRW. Aufgrund der von uns erarbeiteten ausführlichen Stellungnahme und der Vorlage des Konzeptes eines psychosozialen / psychoonkologischen Screenings im Rahmen einer integrierten / sektorübergreifenden Versorgung haben wir es mittlerweile geschafft, dass niemand mehr davon ausgeht, psychosoziale Versorgung bei Brustkrebspatientinnen könne allein durch die Vermittlung von Kontakten zu Selbsthilfegruppen kunstgerecht erfolgen. Vielmehr wird jetzt auf dem aktuellen Stand psychoonkologischer und psychotherapeutischer Forschung diskutiert, wie eine fachgerechte und dem Bedarf der Patientinnen entsprechende psychoonkologische Versorgung aussehen kann." Unsere Kammer wird hier inzwischen so ernst genommen, dass ihr die Federführung in der entsprechenden Arbeitsgruppe der Konzertierten Aktion übertragen wurde.

Auf **Bundesebene** dominieren die Gesundheitsreformvorstellungen die inhaltliche Arbeit. Die Schlagworte heißen hier „integrierte" und „sektorübergreifende" Versorgung, wodurch die Qualität der Leistungen gesichert bzw. erhöht werden soll. Diese sicherlich auch aus unserer Sicht wünschenswerten Ziele sollen durch eine Stärkung des Verhandlungsmandats der Krankenkassen und durch den teilweisen Übergang des Sicherstellungsauftrags an die Krankenkassen erreicht werden.

Was bedeutet dieser Entwurf für uns als PsychotherapeutInnen und für die Belange der PatientInnen ?

- Wichtige Informationen und Daten zur Zunahme der psychischen Erkrankungen, zur Unter- und Fehlversorgung sind unberücksichtigt geblieben.
- Das Erstzugangsrecht der Patienten zum Psychotherapeuten droht zurückgenommen zu werden, d.h. die Patienten sollen künftig durch den Hausarzt überwiesen werden.

- Die körperlichen Erkrankungen würden durch die Überweisungspraxis der Ärzte wieder stärker im Vordergrund stehen. Fest steht, dass das Nadelöhr Delegation und Überweisung durch Ärzte zu einer Unter- und Fehlversorgung mit Psychotherapie geführt hat. In der Regel werden die psychischen Erkrankungen und psychischen Faktoren bei körperlichen Erkrankungen durch Ärzte nicht zutreffend wahrgenommen und diagnostiziert .

Die gesamte Handschrift des Entwurfs zeigt, dass mit einer Ausrichtung auf rein wirtschaftliche Effekte die Orientierung am Patientenbedarf verloren geht. Die Kammerversammlung unterstützte daher den Vorstand in der Auffassung, dass Politiker und Öffentlichkeit deutlich auf die mit dem jetzigen Entwurf verbundenen Probleme hingewiesen werden sollten und verabschiedete die im Folgenden wiedergegebene **Resolution**, die anders als viele Resolutionen von ärztlichen Körperschaften positiv formuliert ist. Diese Entschließung enthält die Kernaussagen, auf die die Kammer sich in den nächsten Monaten, in der die Entscheidungen vermutlich in rascher Folge fallen werden, mit dem Gewicht ihrer Körperschaft in die Diskussion mit der Politik einbringen wird.

Verabschiedung der Resolution

Resolution zur Gesundheitsreform:

„Jede Erkrankung hat eine körperliche und eine seelische Dimension!"

Die Wirksamkeit psychischer und psychosozialer Faktoren bei der Entstehung, Aufrechterhaltung und Überwindung von Erkrankungen ist bei den unterschiedlichsten Krankheitsbildern allgemein anerkannt und wissenschaftlich belegt. Psychische und psychisch mitbedingte Erkrankungen haben in erheblichem Ausmaß zugenommen.

Daraus folgert, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten frühzeitiger und in einem größeren Umfang als bisher üblich kurativ, präventiv und rehabilitativ im Gesundheitswesen einbezogen werden müssen, wenn die psychische und psychosoziale Dimension von Gesundheit und Krankheit entsprechend ihrer offenkundigen Bedeutung berücksichtigt werden soll.

Die Vertreterinnen und Vertreter der über 6700 nordrhein-westfälischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW fordern die Gesundheitspolitiker aller politischen Parteien auf, dafür Sorge zu tragen,

- dass die Sicherstellung des Zugangs zu psychotherapeutischer Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen sektorübergreifend im ambulanten und stationären Bereich entsprechend dem Bedarf gewährleistet ist,
- dass niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch zukünftig in der Primärversorgung der Bevölkerung tätig sind und von den Patientinnen und Patienten direkt aufgesucht werden können,
- dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Erweiterung der bisherigen gesetzlichen Regelungen zukünftig gemäß dem wissenschaftlich begründeten Erkenntnisstand auch in die qualitätsgesicherte und evidenzbasierte Behandlung primär körperlich schwer oder chronisch erkrankter Menschen mit einbezogen werden,
- dass in den Behandlungsleitlinien verbindlich psychologisch-psychotherapeutische Screeningverfahren und Schnittstellen für die diagnostische und therapeutische Einbeziehung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in eine integrierte Versorgung definiert werden,
- dass unabhängig von der Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen bzw. integrierten Versorgungsmodellen bei Vorliegen einer entsprechenden Indikation der Zugang zu einer psychotherapeutischen Langzeitbehandlung für Patientinnen und Patienten gewährleistet bleibt,
- dass bei der Behandlung von psychischen Krankheiten die Einzelleistungsvergütung als adäquate Vergütungsform beibehalten wird, da die zunehmende Häufigkeit chronischer Entwicklungen und die Multimorbidität bei psychischen Krankheiten sehr unterschiedliche, individuelle Behandlungsstrategien erfordern, die mit pauschalierten Vergütungssystemen kaum erfasst werden können und hinreichend valide Daten zur Auswirkung und Kalkulation fachlich angemessener Fallpauschalen noch nicht zur Verfügung stehen,
- dass eine Vertretung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in allen Gremien der Selbstverwaltung und Vertragsgestaltung sektorübergreifend sichergestellt ist,
- dass psychotherapeutische Leistungen in allen Sektoren angemessen vergütet werden.

Die Resolution wurde auch in die AG der Landeskammern – demnächst **Bundespsychotherapeutenkammer (BPK)** – eingebracht. Die Gründungsversammlung der BPK fand am 17./18. Mai 2003 in Berlin statt – ein Meilenstein in der beruflichen Interessenvertretung. Nachdem die Teilnahme der Psychotherapeutenkammer NRW daran bereits in der letzten Kammerversammlung beschlossen wurde, wurden nun auch die **NRW-Delegierten** gewählt. Als größte Landeskammer wird NRW 18 Delegierte in die BPK entsenden. Gewählt wurden für die Fraktion „Allianz psychotherapeutischer Berufs- und Fachverbände": Albert Matthias Fink, Dr. Wolfgang Groeger, Monika Konitzer, Jürgen Kuhlmann, Veronika Mähler-Dienstuhl, Wolfgang Schreck und Sabine Unverhau; für die Fraktion „Qualität durch Methodenvielfalt": Uschi Gersch, Karl-Otto Hentze, Gerd Höhner, Rolf Mertens, Anni Michelmann und Sigrid Müller-Hoogen; für die Fraktion „Analytische Psychotherapeuten": Karl-Wilhelm Hofmann und Hermann Schürmann; für die Fraktion „Vereinigung/DVT": Dr. Heribert Joisten und Dr. Walter Ströhm; sowie für die Fraktion „OWL/LUST": Dr. Hermann Mündelein. NRW entsendet damit 5 Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen in die BPK. Insgesamt wurde die Gründung von 80 Delegierten aus allen bereits konstituierten Kammern (Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz) vollzogen.

Die Kammerversammlung beschloss folgende Empfehlung an die NRW-Delegierte:

„Die Kammerversammlung empfiehlt dem Vorstand und den zukünftigen Delegierten der Bundespsychotherapeutenkammer, einen Antrag dahingehend einzubringen, dass die zuständigen Gremien der zukünftigen BPTK möglichst zeitnah ein Expertenhearing zum Thema Berufsordnung durchführen, an dem die Teilnahme von Vertretern der zuständigen Ausschüsse in den Ländern ermöglicht wird."

Berichtenswert ist des Weiteren, dass der Vorstand der Psychotherapeutenkammer NRW eine erste Fortbildungsveranstaltung in den Räumen der Kammer organisiert hat und noch in diesem Jahr den ersten Landespsychotherapeutentag NRW durchführen wird. Die **Fortbildung** „Psychoonkologische Basiskompetenzen Brustkrebs" ist auf so viel positive Resonanz gestoßen, dass sie im Juli wiederholt werden wird.

Kammerintern standen die Haushaltsabschlüsse der Jahre 2000 und 2001 und die ersten Lesungen des Satzungsentwurfs und der Geschäftsordnung auf dem Programm. Die Vorstände der Gründungsjahre 2000/2001 und der ersten Monate nach Konstituierung der Kammer wurden entlastet und der Überschuss des Jahres 2001, in dem noch keine volle Geschäftsstelle finanziert werden musste, der „allgemeinen Betriebsmittelrücklage" zugeführt. Ferner wurden auf Antrag der Fraktion QdM folgende Anträge mehrheitlich beschlossen:

„Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer NRW möge den Vorstand der KV No auffordern, in ihren Statistiken (z. B: quartalsmäßige Leistungserbringerstatistiken) nicht zwischen Verhaltenstherapeuten und Psychologischen Psychotherapeuten zu unterscheiden."

„Die Kammerversammlung beauftragt den Vorstand, darauf hinzuwirken, dass die Bundesvertretung der Psychotherapeuten – die AG der Länderkammern oder die Bundespsychotherapeutenkammer – die Kassenärztliche Bundesvereinigung anregt, bei dem Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Abgabe von Empfehlungen gem. § 135 Abs. 1 Ziffern 1-3 Sozialgesetzbuch V zur Gesprächspsychotherapie zu beantragen."

Der Satzungsentwurf fand in der vom Satzungsausschuss vorgelegten Fassung nach z.T. kontroverser Diskussion eine mehrheitliche Unterstützung und soll nun weiter beraten und der Aufsichtsbehörde zur Genehmigung vorgelegt werden. Der Entwurf einer Geschäftsordnung konnte auf der Vorfassung der Gründungsjahre und damit auf bereits bewährte Regularien aufbauen und fand breite Zustimmung.

In den Ausschüssen, zwischen Ausschüssen und Vorstand und Geschäftsstelle ist eine immer bessere Zusammenarbeit entstanden. Die gute Kooperation soll auch weiterhin gepflegt und gefördert werden, u.a. durch Initiativen des Vorstands, mit denen die Arbeit der Ausschüsse unterstützt werden soll. Die täglichen Aufgaben der Verwaltung und Anfragen an die Kammer erfordern, dass wir mit der Selbstverwaltung in beruflichen Fragen weiterkommen. Dies bezieht sich auf die Erstellung einer Berufsordnung, auf Regelungen im Bereich der Fort– und Weiterbildung und als Grundlage dafür die Verabschiedung der Hauptsatzung.

Ähnlich wie in der Kammerversammlung im letzten Dezember ist es mit diesem Verlauf gelungen, über alle Fraktionen hinweg trotz aller unterschiedlichen Auffassungen konstruktiv, sach- und zielorientiert zu debattieren und zu entscheiden. Herausgekommen ist dabei erneut ein vom Umfang wie vom Inhalt her beachtliches Arbeitspensum, wie es den derzeitigen berufs- und gesundheitspolitischen Erfordernissen entspricht. Dieser Verlauf demonstriert nach eigener Einschätzung, wie viel an Sachkenntnis und Professionalität die Psychotherapeutenkammer NRW in anderthalb Jahren bereits gewonnen hat.

Fortbildung „Psychoonkologische Basiskompetenzen Brustkrebs“ fand großes Interesse

Am 21. und 22. März fand die erste Fortbildungsveranstaltung der Psychotherapeutenkammer NRW zum Thema „Psychoonkologische Basiskompetenzen – Brustkrebs“ statt.

Offenbar hatte der Kammervorstand mit diesem Angebot den Bedarf und das Interesse der Mitglieder getroffen: Es gab so viele Anmeldungen, dass trotz voller Ausschöpfung der räumlichen Möglichkeiten – ca. 90 Teilnehmer/innen füllten (im wahrsten Sinne des Wortes) die Räume „ihrer“ Kammer und nahmen, wie es eine Teilnehmerin ausdrückte, die Gelegenheit wahr, „zu sehen, wo mein Beitrag bleibt“ – bereits ein Wiederholungstermin angesetzt werden musste.

In den Vorträgen und Workshops der ReferentInnen standen zwei Themenkreise im Mittelpunkt

1. Was wissen wir aus der psychologischen und psychotherapeutischen Forschung über die psychischen Reaktionen bei Krebserkrankungen, speziell bei Brustkrebserkrankungen und welche psychoonkologischen /psychotherapeutischen Interventionen sind wirksam?
2. Wie kann ein am Bedarf und den Bedürfnissen der Patientinnen orientiertes Versorgungssystem in NRW über die verschiedenen Behandlungsphasen hinweg aussehen und in welcher Weise können Psychotherapeutinnen im stationären und im ambulanten Bereich ihren Beitrag leisten? Wie können die DMP Brustkrebs und die in diesem Jahr erfolgende Anerkennung von Brustzentren durch das Land NRW in diesem Sinne genutzt werden?

Da alle Referentinnen und Referenten sowohl entweder im stationären Bereich oder niedergelassen bereits langjährige Erfahrungen in der praktischen Arbeit mit Brustkrebspatientinnen haben und in verschiedener Weise diese praktische Tätigkeit mit Evaluation und Forschung verbinden, entwickelte sich trotz der hohen Teilnehmerzahl schnell eine angeregte Atmosphäre kollegialen Austauschs, in der deutlich wurde, dass schon sehr viele Kolleginnen und Kollegen mit Krebspatientinnen arbeiten und sich bereits auch mit den besonderen Bedingungen, die sich daraus für das Setting und die Interventionen ergeben, auseinandergesetzt haben.

Beeindruckender Schlusspunkt des ersten Fortbildungstages war das Gespräch mit zwei Patientinnen, die sich bereit erklärt hatten, über ihr persönliches Erleben der Erkrankung, hilfreiche und belastende Faktoren bei der Bewältigung der Erkrankung und ihre Erwartungen an eine gute psychoonkologische/psychotherapeutische und deren Verbindung mit der ärztlichen Behandlung zu schildern und Fragen zu beantworten.

Am zweiten Tag rückten neben konkreten psychotherapeutischen Interventionsmöglichkeiten die Konzepte und Initiativen zu einem am Bedarf orientierten, differenzierten psychoonkologischen Behandlungsangebot in den verschiedenen Behandlungsphasen und die Darstellung bisher vorliegender Erfahrungen und Ergebnisse mit einer berufs- und sektorübergreifenden psychoonkologischen Begleitung von Patientinnen in den Vordergrund. Das vom Kammervorstand in Zusammenarbeit mit der Abteilung für Psychoonkologie am Kreiskrankenhaus Herford entwickelte differenzierte Modell eines Versorgungsmanagements und die Überlegungen zu einem psychoonkologischen screening als festem Bestandteil in der Behandlungskette, um entsprechend dem Bedarf der Patientinnen in Zusammenarbeit aller beteiligten Berufsgruppen passende Angebote machen zu können, wurde von allen TeilnehmerInnen begrüßt und als so überzeugend empfunden, dass sich bereits am Ende der Veranstaltung mehrere Kolleginnen bzw. Kollegen bereit erklärten, in ihrer jeweiligen Region als AnsprechpartnerInnen für die Bildung von Qualitätszirkeln o.ä. bzw. die Zusammenarbeit mit regionalen Brustzentren zur Verfügung zu stehen.

Weiterhin wurde gewünscht, dass sich die Kammer dafür einsetzt, dass auch im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie bessere Bedingungen für die Behandlung von Brustkrebspatientinnen geschaffen werden:

- Regionale Netzwerke
- Abrechnungsmöglichkeiten für
  - Kriseninterventionsziffer
  - telefonische Kriseninterventionen
  - Gespräche mit Angehörigen, auch nach dem Tod der Patientin
  - Krisengespräch während des stationären Aufenthalts
- Kontakte zu Selbsthilfegruppen und Ärzten (z.B. in Qualitätszirkeln)
- Weiterbildungsmöglichkeiten
- Vermittlung von medizinischem Fachwissen

Als Rückmeldung konnte die Kammerpräsidentin Monika Konitzer, die in ihrer Begrüßung die Hoffnung ausgedrückt hatte, dass mit diesem Fortbildungsangebot auch praktisch der Nutzen der Psychotherapeutenkammer als Ort der Kommunikation, des beruflichen Austauschs und der beruflichen Selbstverwaltung erfahrbar werden könnte, mitnehmen,

dass die TeilnehmerInnen sowohl mit dem fachlichen Angebot wie auch mit dem Ablauf der Fortbildung und der Organisation durch die MitarbeiterInnen der Geschäftsstelle sehr zufrieden waren. Weitere Aktivitäten der Kammer im Bereich Fortbildung allgemein wie auch eine curriculare Ausdifferenzierung des Themas „Psychoonkologie – Brustkrebs" wurden ausdrücklich gewünscht.

Vorstandswahlen für die Bundespsychotherapeutenkammer

Im Rahmen des 1. Deutschen Psychotherapeutentages vom 17.-18. Mai 2003 in Berlin wurden Frau **Monika Konitzer** als Vizepräsidentin und Herr **Hermann Schürmann** als Beisitzer mit überzeugender Mehrheit in den Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer gewählt. Herzliche Glückwünsche!

Neuer Geschäftsführer der Kammer

Seit dem 1. Mai 2003 bekleidet Herr Thorsten Freikamp die Position des Geschäftsführers der Psychotherapeutenkammer des Landes Nordrhein-Westfalen. Herr Freikamp ist Verwaltungsjurist und war zuletzt als Rechtsanwalt und Fachanwalt für Verwaltungsrecht in einer auf den Gebieten des Sozial- und Verwaltungsrechts spezialisierten Kanzlei in Recklinghausen tätig. Der neue Geschäftsführer ist 38 Jahre alt, in Oberhausen geboren, verheiratet, Vater eines zweijährigen Sohnes und wohnt in Dorsten-Rhade.

Das Studium der Rechtswissenschaften absolvierte Herr Freikamp an der Friedrich-Alexander-Universität in Erlangen und an der Westfälischen-Wilhelms-Universität in Münster. Ein Vertiefungsstudium führte ihn während der Referendarzeit an die Hochschule für Verwaltungswissenschaften nach Speyer. Seine berufliche Laufbahn begann Herr Freikamp als Rechtsanwalt in Cottbus. Dort wie auch in der Kanzlei in Recklinghausen war er vornehmlich auf den Rechtsgebieten des Verwaltungs- und Sozialrechts tätig.

Im Dezember 2001 wurde Herrn Freikamp von der Rechtsanwaltskammer Hamm die Befugnis erteilt, den Titel „Rechtsanwalt und Fachanwalt für Verwaltungsrecht" zu führen.

Wissenschaftlicher Mitarbeiter hat seine Arbeit aufgenommen

Seit 1. Mai 2003 ist die Stelle des wissenschaftlichen Mitarbeiters an der PTK-NRW besetzt. Herr Dr. phil. Detlef Bunk nahm seinen Dienst an der Geschäftsstelle in Düsseldorf auf. Er lebt in Essen, ist verheiratet und hat drei erwachsene Töchter.

Nach dem Psychologiestudium in Kiel (1971-1977) war er zunächst als klinischer Psychologe an einer diakonischen Einrichtung für chronisch psychisch Kranke tätig, bis er 1981 an die Klink für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Uni-Klinikums Essen wechselte. Nach diagnostischer und psychotherapeutischer Tätigkeit auf den altersgestaffelten Stationen übernahm er ab 1995 die Leitung der kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz. Herr Dr. Bunk ist approbiert als KJP und PP.

Die klinische Ausbildung begann während des Studiums mit einer Grundausbildung in non-direktiver Spieltherapie. Abgeschlossen wurden Ausbildungen in Gesprächspsychotherapie und Systemischer Familientherapie als auch die Ausbildung zum Systemischen Supervisor – beides bei der IGST in Heidelberg.

In Entschädigungs- und Rentenverfahren nach dem Opfer- und Bundesentschädigungsrecht (OEG, BEG) war er als Gutachter beim LG und OLG Düsseldorf in Fragen der Kausalbeurteilung psychischer Spätschäden bei frühkindlich Nazi-Verfolgten tätig.

Neben der klinischen Tätigkeit arbeitete er in verschiedenen Forschungsprojekten mit und leitete u. a. zusammen mit Prof. Dr. Eggers die DFG-geförderte Studie über Langzeitverläufe im Kindesalter beginnender schizophrener Psychosen. Weitere Forschungsschwerpunkte waren kognitive Leistungen von hyperkinetischen Kindern und jugendlichen Psychosen.

Psychotherapeutentag Nordrhein-Westfalen

Die Psychotherapeutenkammer NRW lädt herzlich zur Teilnahme am Landespsychotherapeutentag ein, der am Samstag, den 27. September 2003 in Düsseldorf-Neuss stattfinden wird. Die Veranstaltung steht unter dem Leitthema „Zukunft der Psychotherapie in einer integrierten Gesundheitsversorgung".

Geplant sind folgende Vorträge:

- Psychotherapeutische Behandlung bei Brustkrebs-Patientinnen.
- Die Bedeutung der Psychotherapie für die multimodale Behandlung emotionaler und psychosozialer Entwicklungsstörungen bei hyperkinetischen Kindern.

Themen der Workshops sind:

- Psychotherapie zur Bewältigung von Gewalterfahrungen
- Zukünftige Entwicklung psychotherapeutischer Versorgungsstrukturen
- Neuropsychologische Beiträge zur Psychotherapie
- Prognose im Maßregelvollzug
- Psychoonkologie
- Psychotherapie in stationären Einrichtungen bei reduzierter Aufenthaltsdauer
- Psychotherapie in Erziehungsberatungsstellen – mehr als die Psychotherapierichtlinien erlauben? Schnittstelle zwischen Beratungsstelle und Praxis

Darüber hinaus wird das Versorgungswerk als Dienstleistung der Kammer vorgestellt.

Geschäftsstelle

Willstätterstr. 10
40549 Düsseldorf
Tel 0211/522847-0
Fax 0211/522847-15
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Trägerschaft:
Bayerische Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin und Sexuologie e.V.
Nettelbeckstr. 14, 90491 Nürnberg

I V S

Institut für Verhaltenstherapie Verhaltensmedizin und Sexuologie
– staatlich anerkannt –

- **KV-Zulassung für Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapie (VT)**
  200 Std. Theorie verteilt auf 5 Blöcke in der Zeit vom 26.9.03 -15.2.04
- **Nachqualifikation (VT) zur Erreichung der Zulassung i.R.d. Ermächtigung**
  140 Std. Theorie verteilt auf 5 Blöcke in der Zeit vom 3.10.03 – 7.12.03
- **Approbation zum/r Psychologischen Psychotherapeuten/in**
  3 Jahre (Vollzeit) bzw. 5 Jahre (berufsbegl.) Ausbildung in kognitiver Verhaltenstherapie. Auch Quereinstieg in laufende Kurse möglich. 50% Vergütung in der prakt. Ausbildung.

Infos anfordern bei: Psychotherapeutische Ambulanz des IVS (www.ivs-nuernberg.de)
Rudolf-Breitscheid-Str. 39, 90762 Fürth, Tel.: 0911-7872727 Fax: 0911-7872729

Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz

Vertreterversammlung am 08.03.2003

Die Mitglieder der Vertreterversammlung hatten auch in dieser Sitzung eine Fülle von Punkten zu beraten und grundsätzliche Entscheidungen zu treffen, die wir Ihnen an dieser Stelle erläutern wollen. Soweit Satzungen beschlossen wurden, sind diese in der Beilage veröffentlicht. Zu Beginn informierte Herr Kappauf die Vertreter darüber, dass Herr Dipl.-Psych. Dietmar Theiss, Kaiserslautern, zum 31.12.2002 ausgeschieden ist und Herr Dipl.-Psych. Dr. Dormann, Klingenmünster, für ihn nachrückt.

Bericht des Vorstandes

Der Präsident berichtete über die berufspolitische Arbeit des Vorstandes seit der letzten Vertreterversammlung. Er ging hierbei insbesondere auf das anstehende Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG) und die sich für den Bereich der psychotherapeutischen Tätigkeit möglicherweise ergebenden wesentlichen Änderungen sowie auf die Novellierung des Heilberufsgesetzes ein. In diesem Zusammenhang wies er noch einmal auf die Wichtigkeit der Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten der Kammer bei den geplanten Reformen hin.

Durch das anstehende Reformvorhaben der Bundesregierung im gesundheitspolitischen Bereich könnten die Psychotherapeuten selbst erheblich betroffen sein. Dies beginnt schon damit, dass das Erstzugangsrecht begrenzt werden soll auf Haus-, Kinder-, Augenärzte und Gynäkologen. Damit wäre in Frage gestellt, dass psychotherapeutische Behandlung zur Grundversorgung zu zählen ist. Darüber hinaus ist geplant, die KVen zukünftig auf die Ärzte zu beschränken, die die Grundversorgung erbringen. Die bisher in der KV zusammengeschlossenen Ärzte können darin verbleiben, der Sicherstellungsauftrag wandert aber generell für diejenigen, die der fachärztlichen Versorgung zugerechnet werden, zu den Krankenkassen. Diese sollen Einzelverträge mit den Leistungserbringern abschließen. Dass dies eine erhebliche Veränderung der Versorgungsrealität auch für unsere Mitglieder mit sich bringt, liegt auf der Hand. Ein einzelner Psychotherapeut wird keine Möglichkeit haben, gegen die Übermacht der Krankenkassen anzugehen.

Das Heilberufsgesetz (HeilBG) soll auf Grund verschiedener erforderlicher Anpassungen an europäisches Recht noch in diesem Jahr novelliert werden. Hierzu hat die Kammer auch verschiedene Änderungsanträge eingebracht. So wurde z. B. beantragt, die Mitgliedschaft in § 1 HeilBG so zu regeln wie es die Heilberufsgesetze in fast allen anderen Bundesländern tun, dass nämlich alle approbierten Psychotherapeuten, die in Rheinland-Pfalz wohnen oder arbeiten, grundsätzlich Kammermitglieder sind. Dieser Grundsatz sollte nur dann aufgehoben sein, wenn in einer Psychotherapeutenkammer eines anderen Bundeslandes auf Grund ausschließlicher beruflicher Tätigkeit dort eine Mitgliedschaft nachgewiesen wird. Weiter wird eine Änderung bezüglich der Zuständigkeit bei Berufspflichtverletzungen von im öffentlichen Dienst angestellten oder beamteten Mitgliedern erfolgen. Diese werden zukünftig nicht mehr ausschließlich der Disziplinargewalt des Dienstherrn unterliegen; es kann vielmehr ein Berufsordnungsverfahren durch die Kammern eingeleitet werden. Ferner ist als Konsequenz der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) eine Klarstellung bezüglich der Freiberuflichkeit der Kammermitglieder erfolgt, da der EuGH auch die Angehörigen der Heilberufe in Europa eher den gewerblichen Unternehmern zugerechnet hat. Gleichzeitig wurde beantragt, dass im HeilBG, das ein Artikelgesetz ist, das Landeskrankenhausgesetz geändert wird. Damit soll die Aufnahme der Kammer in den Landeskrankenhausplanungsausschuss erreicht werden. Bisher werden alle Belange, die die Psychotherapeuten und die psychotherapeutische Versorgung in den Krankenhäusern betreffen, von der Landesärztekammer vertreten. Die Gesundheitsministerin hatte bereits im letzten Sommer zugesagt, dass unsere Kammer gleichberechtigt beteiligt werden soll.

Anschließend erläuterte Herr Best die Arbeit in der Arbeitsgemeinschaft der Länderkammern. Nachdem im Oktober die Entscheidung für die Gründung der Bundespsychotherapeutenkammer gefallen war, stand das Treffen Ende Januar 2003 ganz im Zeichen der Satzungsdiskussion. Dabei konnte Rheinland-Pfalz sich mit seiner Forderung durchsetzen, dass die Zahl der Delegierten auch bei länderübergreifend gebildeten Kammern sich nach der Anzahl der aus den einzelnen Bundesländern stammenden Mitglieder bemisst, so dass pro Bundesland auf jeden Fall zwei Basissitze erhalten bleiben. Ebenfalls wurde die Forderung, die unsere Vertreter gemeinsam mit anderen Kammern erhoben haben, nach Festschreibung eines festen Pro-Kopf-Beitrages für die Bundespsychotherapeutenkammer für die Jah-

re 2003 und 2004 auf maximal 30 € pro Mitglied (Stichtag 30.09.2002) nach längerer Diskussion von allen akzeptiert. Dabei stand auf der einen Seite der Wunsch, durch eine möglichst gut ausgestattete Bundeskammer von Beginn an auf Bundesebene eine optimale Präsenz zu erreichen, auf der anderen Seite war abzuwägen, dass eine größere finanzielle Belastung gerade von den kleineren Kammern nicht zu meistern gewesen wäre. Der Kompromiss, dass die Beiträge auf ein für uns vertretbares Niveau von 30 € festgeschrieben wurden, konnte durch das Zugeständnis erreicht werden, dass die Kammern die Reisekosten der Delegierten und für die Sitzungen des Länderrates selbst tragen. Lediglich die Ausschüsse werden dann von der Bundespsychotherapeutenkammer finanziert werden.

In der sich anschließenden Aussprache wurde die Arbeit des Vorstandes gewürdigt, verbunden mit der Aufforderung, die Psychotherapie inhaltlich und organisatorisch politisch zu positionieren. Hierfür sei es erforderlich, Bündnispartner (z.B. Haus- bzw. Kinderärzte) zu suchen und eine Zusammenarbeit mit der Landesärztekammer anzustreben. Dies vor allem vor dem Hintergrund der durch das GMG geplanten auch für die psychotherapeutische Arbeit wesentlichen Veränderungen. Des Weiteren wurde aus dem Kreis der Delegierten eine offensivere Unterstützung **aller** wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren gegenüber dem Wissenschaftlichen Beirat gefordert.

Jahresabschluss 2002 und Haushalt 2003

Herr Kappauf nahm anschließend Bezug auf den vorliegenden Wirtschaftsprüfungsbericht zum Haushalt 2002. Dieser hat mit einem Überschuss abgeschlossen. Der Wirtschaftsprüfer hatte dem Vorstand und der Geschäftsführung eine in allen Punkten korrekte Finanzverwaltung bescheinigt. Er hat aber auch verdeutlicht, dass dringend Rücklagen gebildet werden müssen. Diese Forderung wurde von dem Vertreter des Aufsichtsministeriums nachdrücklich bestätigt. Aus diesem Grund und durch den eventuellen Beitritt zur Bundespsychotherapeutenkammer sowie die zu erwartenden Aufwendungen des Schlichtungsausschusses ist eine Erhöhung des Haushaltsvolumens für das Jahr 2003 notwendig. Er machte deutlich, dass zur Bewältigung der Aufgaben und berufspolitischen Zielsetzungen eine solide Finanzierbarkeit unerlässlich ist.

Der Kassenprüfer, Herr Dr. Dormann, informierte über die von ihm vorgenommene Kassenprüfung. Die von ihm geprüften Buchungsvorgänge bestätigten das Ergebnis des Wirtschaftsprüfungsberichtes. Seine Prüfungen habe in keinem Punkt Anlass zu Beanstandungen gegeben. Auf Grund des Vortrages wurde dem Vorstand für das Haushaltsjahr 2002 Entlastung erteilt.

Der Haushaltsansatz für das Jahr 2003 wurde gegenüber dem Vorjahr mit 525.500 um ca. 10 % erhöht, was ausschließlich aus den bereits genannten Gründen:

- Bundespsychotherapeutenkammer,
- Gutachtenaufträge an externe Gutachter durch den Schlichtungsausschuss und
- Bildung von Rücklagen

verursacht wird. Innerhalb der einzelnen Sach- und personellen Aufwendungen haben sich Verschiebungen ergeben. So hatte die Vertreterversammlung durch die Verabschiedung einer geänderten Entschädigungsordnung ab 01.04.2003 zu einer erheblichen Reduzierung der Kosten beigetragen, was z. B. der Bereitstellung von Mitteln für eine Härtefallregelung zu Gute kommt.

Der Haushaltsplan liegt in der Zeit vom **07. Juli bis zum 21. Juli 2003** in der Geschäftsstelle zur Einsichtnahme aus.

Beitrag

Vorstand und Finanzausschuss hatten nach Auswertung der in der Geschäftsstelle vorliegenden Daten der Vertreterversammlung eine einkommensabhängige Beitragsregelung vorgeschlagen. Diese basierte auf der Kenntnis

- der Zahl der Psychotherapeuten, die niedergelassen bzw. angestellt oder beamtet sind,
- der Einkommen der Niedergelassenen in 10.000 € – Stufen und ihre zahlenmäßige Verteilung,
- der Auswertung der Widersprüche aus 2002,
- der Kenntnis der in den einzelnen Einrichtungen angewendeten tariflichen Eingruppierungen.

Die Vertreter hatten diese Zahlen als noch zu ungenau und mit zu hohen Risiken behaftet angesehen und deshalb sich mit der erforderlichen Mehrheit für dieses Kalenderjahr erneut für einen Einheitsbeitrag ausgesprochen. Dieser ist auf 475 € für Pflichtmitglieder festgesetzt worden. Für die Zukunft sollen genauere Daten erhoben werden, wozu z. B. die Umfrage der Ausschüsse für die Belange der Angestellten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dienen soll.

Hauptsatzung

Es wurde eine Ergänzung des § 1 vorgenommen und das „Psychotherapeutenjournal" als offizielles Veröffentlichungsorgan der Kammer festgelegt. Die Beratung der weiteren, vom Vorstand vorgeschlagenen Änderungen wurde auf die nächste Sitzung vertagt.

Meldeordnung

Nach § 1 HeilBG ist jeder in Rheinland-Pfalz berufstätige Psychotherapeut verpflichtet, sich bei der Kammer

zu melden und verschiedene Angaben zu machen. Zur Regelung der Einzelheiten hat die Kammer eine Meldeordnung zu erlassen. Ein auf der fundierten Vorarbeit des Ausschusses „Berufsordnung und Ethik" basierender Vorschlag des Vorstandes, der mit dem Landesdatenschutzbeauftragten abgestimmt ist, wurde verabschiedet.

Fortbildungsrichtlinie

Der Ausschuss „Aus-, Fort- und Weiterbildung" hatte einen ersten Entwurf einer Fortbildungsrichtlinie entworfen, der zunächst zur Diskussion gestellt wurde. Wegen der erheblichen Bedeutung sah die Vertreterversammlung noch weiteren Diskussionsbedarf und beauftragte den Ausschuss mit einer Überarbeitung.

Mit welchen neuen Versorgungsstrukturen müssen wir rechnen? Sind Netze für Psychotherapeuten relevant?

Zu dieser Frage hatte die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz und die KV Pfalz die Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und psychotherapeutisch tätigen Ärzte der Pfalz zu einer Veranstaltung am 11. April nach Neustadt eingeladen. Mehr als 80 Kolleginnen und Kollegen folgten der Einladung, was das große Interesse an der Thematik zeigt. Nachdem der stellvertretende KV-Vorsitzende, Dr. Athen, die Anwesenden in den Räumen der KV begrüßt hatte, erläuterte der Vizepräsident der Kammer, Dieter Best, in seinem Eingangsreferat den Anlass für die Veranstaltung:

Zwar hätten sich in den letzten Jahren – mit unterschiedlichem Erfolg – in vielen Regionen Deutschlands Ärztenetze etabliert. Mit einigen Ausnahmen seien aber Psychotherapeuten an dieser Entwicklung kaum beteiligt. Die Gründe seien:

- Die wichtigste Grundlage der psychotherapeutischen Arbeit, eine tragfähige und vertrauensvolle Beziehung zwischen Patient und Therapeut, lässt die psychotherapeutische Einzelpraxis als die ideale Praxisform erscheinen. Denn hier ist der Schutz der therapeutischen Beziehung vor äußeren Einflüssen in hohem Maße gewährleistet.
- Der Begriff „Netz" ist unklar definiert. So reicht das Spektrum vom lokalen Kleinnetz mit 20 oder 30 bis zum Großnetz mit einigen Tausend Ärzten und Psychotherapeuten. Das Spektrum reicht aber auch von fachspezifischen Strukturen mit eingegrenzter Zielsetzung bis zu fachübergreifenden Strukturen mit umfassendem Versorgungsanspruch, wie z. B. die integrierte Versorgung, die verschiedene Sektoren einschließt, z. B. ambulante Praxen und Krankenhäuser.
- Die Mitarbeit in einem Netz ist mit zusätzlichem Aufwand und mit der Ungewissheit verbunden ist, ob es überhaupt lohnt, sowohl finanziell als auch qualitativ. Fraglich ist außerdem, welche Rolle Psychotherapeuten in einem Netz spielen können, welche Chancen und Risiken mit einem Beitritt verbunden sind.

Aus zwei Gründen sollten sich Psychotherapeuten dringend mit neuen Versorgungsstrukturen beschäftigen:

- Zum einen nehmen chronisch-psychische Krankheiten ständig zu. Patienten, die mehrfach ambulant und stationär psychotherapeutisch vorbehandelt sind, die durch lange Arbeitsunfähigkeitszeiten, Frühberentungen und durch eine Vielzahl parallel laufender ärztlicher Mitbehandlungen gekennzeichnet sind, kommen immer häufiger in die Praxis. Die Behandlung solcher Patienten zwingt zur Kooperation mit anderen Disziplinen.
- Zum anderen zwingt die mit der Gesundheitsreform zu erwartende Förderung des Wettbewerbs zwischen verschiedenen Angebotsstrukturen zur Beschäftigung mit neuen Versorgungsformen. Zusammenschlüsse von Ärzten und Psychotherapeuten außerhalb der KVen werden mit einiger Sicherheit gesetzlich gefördert werden. Im derzeitigen „Arbeitsentwurf" eines Gesundheitsstrukturmodernisierungsgesetzes (GMG) sollen z. B. Einzelverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern möglich sein.

Das Ziel unserer Veranstaltung in Neustadt sei nicht die Präsentation fertiger Ergebnisse, was angesichts der vielen Unschärfen bei der Gesundheitsreform auch derzeit nicht möglich ist, sondern die Information der Kollegenschaft über die zukünftigen Entwicklungen, um sich individuell richtig verhalten zu können. Im Übrigen betreffe die Thematik nicht nur die niedergelassenen Psychotherapeuten, sondern auch die Angestellten, die in neue Versorgungsstrukturen eingebunden sein werden (z. B. bei Gesundheitszentren und bei der integrierten Versorgung).

Nach der Einführung in die Thematik stellte Pamela Reng, die Netzbeauftragte der KV Pfalz die derzeitigen und zu erwartenden gesetzlichen Grundlagen der neuen Versorgungsstrukturen vor. Außerdem fasste sie den Stand der derzeit im Bereich der KV Pfalz existierenden Netze zusammen, für die demnächst als organisatorisches Dach ein Verein gegründet werden soll.

Anschließend gab Birgit Heinrich, die Geschäftsführerin der Landespsycho-

therapeutenkammer einen Einblick in ein funktionierendes fachspezifisches Netz in Mainz, das „Netz für seelische Gesundheit“ (www.nsg-mainz.de). Dieses Netz hat vorrangig den Anspruch, die Versorgung chronisch kranker Patienten zu verbessern. Frau Heinrich war in ihrer früheren Funktion in der KV Rheinhessen unter anderem als Netzberaterin tätig. Sie betreute das Mainzer Netz organisatorisch in seiner Aufbauphase.

Das weite Spektrum an Netzstrukturen, das die Referate aufzeigten, war eine gute Grundlage für die anschließende, von Dieter Best geleitete Diskussion, in der Vor- und Nachteile unterschiedlicher Netzstrukturen abgewogen werden konnten. Als Stimmungsbild wurde eine Präferenz für überregionale Strukturen von Psychotherapeuten (Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, psychotherapeutisch tätige Ärzte) erkennbar. Die Gesichtspunkte für diesen Weg brachten insbesondere Alfred Kappauf, Präsident der Kammer, und Hans-Jochen Weidhaas, Mitglied unserer Vertreterversammlung und Bundesvorsitzender der Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten, in die Diskussion ein. Die Erfahrungen der Psychotherapeuten mit der ärztlichen Selbstverwaltung seit dem Psychotherapeutengesetz seien bisher wenig ermutigend gewesen, so dass Skepsis angebracht sei, ob in Ärztenetzen die Psychotherapie eine angemessene Vertretung finden würde.

Die Diskussion hierüber ist aber durchaus noch offen und es komme zunächst darauf an, die Forderungen der Psychotherapeuten in die Gesundheitsreform einzubringen und die Kollegenschaft zeitnah zu informieren. Die Psychotherapeutenkammern und -verbände sehen sich angesichts der Umbrüche im Gesundheitswesen in der Verantwortung, dies zu leisten. Weitere Netzveranstaltungen bis zur Sommerpause sind deshalb auch in den anderen Landesteilen geplant. Diese finden statt

in Koblenz am 02.07.2003, 15.00 Uhr
in Mainz am 04.07.2003, 16.00 Uhr
und
in Trier am 16.07.2003 um 15.00 Uhr.

Zweites Arbeitstreffen der Vertreterinnen und Vertreter der angestellten und beamteten Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Am 4. April 2003 fand erneut auf Einladung der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz das Anschlusstreffen an die Veranstaltung im Januar des Jahres statt, an dem 11 Vertreterinnen und Vertreter aus 6 Länderkammern teilnahmen.

Erfreulich festzustellen war zunächst, dass die absolute Zahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zwar unverändert blieb, dafür aber doch eine Reihe neuer Gesichter auftraten, so dass der Initialgedanke des Arbeitstreffens, nämlich Interessenvertretung zu stimulieren und Plattform zur Begegnung und Austausch zu sein, aufzugehen scheint. Dies ist umso bedeutsamer angesichts des Umstandes, dass nach wie vor viele unserer angestellten und beamteten Kolleginnen und Kollegen noch lange nicht überzeugt sind, dass die Kammern auch Ihnen dienlich sein können.

In diesem Zusammenhang wurde erneut die Notwendigkeit unterstrichen, in Anbetracht der Heterogenität der Arbeitsplätze in Institutionen aussagefähige Erhebungen vorzunehmen, aus denen sich differenziert die Tätigkeitsbereiche, materielle und immaterielle Rahmenbedingungen abbilden lassen. Vorarbeit wurde hierfür schon beispielhaft in Niedersachen geleistet; andere Länderkammern haben entsprechende Projekte in Arbeit. Mit Blick auf die Zukunftsentwicklung und -sicherung traditioneller Betätigungsfelder in Beratungsstellen, Psychiatrien, Krankenhäusern und Fachkliniken wurde die Frage strategischer Allianzen oder auch notwendiger Abgrenzungen zu anderen Heil- und Heilhilfsberufen engagiert diskutiert, zumal in der überwiegenden Zahl institutioneller Tätigkeitsfelder die Arbeitssituation durch notwendige und sinnvolle Kooperation mit anderen Berufsgruppen geprägt ist. Die Chancen solidarischer Unterstützung liegen hier dicht neben den Risiken des verdrängenden Wettbewerbs, der in Anbetracht weiterhin enger finanzieller Ressourcen im Gesundheitswesen ernst zu nehmen ist.

Konsens bestand dennoch in der Überzeugung, dass der Verzicht auf die Forderung nach einer dem Facharzt vergleichbaren Vergütung weder Bestand noch Zukunft sichert, unserer Tätigkeit unangemessen wäre und einer Selbstabwertung gleich käme.

Das Protokoll des Arbeitstreffens finden sie in den Seiten unserer Kammer unter www.lpk-rlp.de. Für Kontakte und Rückmeldungen wenden Sie sich bitte an kammler-kaerlein@t-online.de.

Geschäftsstelle

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30
55130 Mainz
Mo – Fr 10.00 – 12.30 Uhr,
Di u. Do 14.00 – 16.30 Uhr
Tel 06131/570-3813
Fax 06131/570-0663
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de

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
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.

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), Harry Askitis (Hamburg), Torsten Michels (Hamburg), Jürgen Hardt (Hessen), Uta Cramer-Düncher (Hessen), Dr. Lothar Wittmann (Niedersachsen), Karl Wilhelm Hofmann (NRW), Dieter Best (Rheinland-Pfalz).

Anschrift Redaktion
Dr. Barbara Ripper
Landespsychotherapeutenkammer B-W
Hauptstätterstr. 89
70178 Stuttgart
Tel.. 0711/674470-40
Fax: 0711/674470-15
ripper@psychotherapeutenkammer-b-w.de

Verlag
R. v. Decker's Verlag, Hüthig GmbH & Co. KG, Im Weiher 10, 69121 Heidelberg. Annette Kerstein, Tel. 06221/489-318, Fax: 06221/489-529, a.kerstein@huethig.de www.rvdecker-verlag.de

Anzeigen
Sigrun Kulf, Tel.: 06221/489-307, Fax: 06221/489-529, PTJ@ huethig.de

Satz
Strassner ComputerSatz
69181 Leimen

Druck
Druckhaus Darmstadt GmbH
64295 Darmstadt

Bezug und -bedingungen
Inland € 72,– (inkl. Versandspesen)
Ausland € 75,– (inkl. Versandspesen)
Alle Preise verstehen sich inkl. Mehrwertsteuer. Der Abonnementpreis wird im Voraus in Rechnung gestellt.
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 und Rheinland-Pfalz 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
Manuskripte sind schriftlich in dreifacher Ausfertigung oder elektronisch (Diskette; eMail) im Word- oder rtf-Format an die Redaktion zu senden. 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 inkl. Abbildungen und Tabellen) nicht überschreiten, während der Titel des Beitrags 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.
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.

für den Zeitraum von 1993 bis 1998). Weiterhin weigern sich aber die Körperschaften der Ärzte und Krankenkassen, diese rechtlichen Vorgaben vollständig, auch für die Jahre 2000 bis heute, umzusetzen. Weitere rechtliche Schritte, d. h. eine letztliche und erneute Klärung durch das Bundessozialgericht, sind deshalb notwendig.

Die Ergebnisse der Umfrage der Autoren Heisig und Littek sind für die Beurteilung der Einkommen von Vertragspsychotherapeuten ohnehin nur bedingt tauglich: Die Stichprobe waren Psychotherapeuten, die 1999 in den Gelben Seiten eingetragen waren, mit einem sicher beträchtlich hohen Anteil an nicht zugelassenen Psychotherapeuten. Außerdem schloss die Frage alle Einkommensarten, also auch die Privateinnahmen ein. Der Vergleich mit den Einkommen anderer freier Berufe kann hier auch nicht relevant sein, sondern allein die gesetzlichen Vorgaben über die Vergütung der Ärzte und Psychotherapeuten, wie sie im SGB V niedergelegt sind. Und danach ist die derzeitige Vergütung rechtswidrig.

Im weiteren Verlauf seines Leserbriefs schreibt Herr Lellau, die Honorarmisere habe mit dem Psychotherapeutengesetz zu tun. Vor Inkrafttreten des „unseligen Psychotherapeutengesetzes" hätten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten „im Windschatten der ärztlichen Versorgung mitsegeln und an deren relativ angemessener Vergütung teilnehmen" können. Die anhaltenden Vergütungsprobleme haben ihre Ursache in der gesetzlichen Einführung der Budgetierung 1993 und in der spezifischen Situation der Psychotherapeuten, die darin besteht, den Hamsterradeffekt der Ärzte wegen der strikten Zeitgebundenheit der Leistungen nicht ausnutzen zu können. Das Psychotherapeutengesetz ist daran völlig unschuldig, mit Ausnahme des vom Gesetz bescherten Artikels 11, der ein zu eng bemessenes Budget für das Jahr 1999 vorschrieb. Eine Verfassungsbeschwerde dagegen ist eingereicht, wobei die Aussichten allerdings als gering eingeschätzt werden müssen.

Erst durch das Psychotherapeutengesetz sind wir überhaupt in der Lage, unsere Interessen eigenständig zu vertreten. Hätten die Ärzte irgendwann ihren Sicherstellungsauftrag im Bereich Psychotherapie erfüllt, wären wir als Psychotherapeuten überflüssig geworden. Im Windschatten zu segeln bringt einen auf Dauer nicht weiter, das weiß man als Segler.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wenn die Redaktion das Niveau der Ausgabe 1/2003 halten kann und auf den Leserbriefseiten vielleicht sogar noch rege Diskussionen zu strittigen oder heiklen berufspolitischen Fragestellungen Platz finden, dann könnte das Psychotherapeutenjournal tatsächlich zur Entwicklung unseres neu verfaßten Berufsstandes beitragen. Das letzte Heft habe ich jedenfalls sehr gern und mit großem Interesse gelesen.

Besonders der Artikel von *Heisig* u. *Littek* ist eine wahre Fundgrube von Informationen, nicht zuletzt auch für gewählte Kammerdelegierte. Wir sollten uns die Erwartungen der Kolleginnen und Kollegen an die Berufsverbände und Kammern nachhaltig zu Herzen nehmen. Ich freue mich, daß eine erkleckliche Anzahl deutlich für die Überwindung von Schulenstreit und Spaltungen votiert und zwar nicht durch die Entwicklung einer uniformen Einheitspsychotherapie, sondern auch durch Respekt und Wertschätzung für Methodenvielfalt und –offenheit.

In einem Punkt möchte ich die Ausführungen der Verfasser korrigierend ergänzen. Sie definieren in der Einleitung den Begriff der Profession, deren Tätigkeit neben anderen Aspekten als „...auf (wissenschaftlichem) Wissen basiert,..." beschrieben wird. In der scheinbar harmlosen Einklammerung verbirgt sich eine durchaus heikle Frage: Die Tätigkeit des Psychotherapeuten sei wissensbasiert, einverstanden! Aber notwendig auf wissenschaftlichem Wissen basiert? *Buchholz* hat in seinem hoch verdienstvollen Text „Psychotherapie als Profession" (Gießen, 1999) ausführlich dargelegt, welche Verarmung der lebendigen Praxis zu erwarten wäre, wenn eine streng gefaßte Wissenschaftsbasierung für unseren Beruf das Maß aller Dinge werden sollte. Er legt dar, daß wissenschaftliches Wissen etwas anderes erfaßt als professionelles Wissen – und letzteres niemals ersetzen kann. Alles, was unsere Praxis seit jeher so effektiv und im Sinne des individuellen Klienten so brauchbar macht (Joining-Techniken, Empathie, Konfrontationsstrategien, Deutungstechniken, imaginative und suggestive Verfahren und so viel anderes mehr) ist nicht im Forschungslabor entstanden, kann bestenfalls dort auf Effektivität und Anwendungsindikationen hin untersucht werden. Wann ich in einer Therapiestunde einen z.B. narzißtisch gekränkten Klienten wieder mit Humor „kriegen" kann, basiert das auf einer anderen Art Wissen als auf dem, das aus den Instituten kommt.

Bei allem Respekt: Psychotherapie als professionelle Praxis sollte „Wissenschaft zur Seite haben", neben vielen anderen Wissensformen: Alltagswissen, soziale Kompetenz, Selbstkompetenz, alle Formen von kultürlichem Wissen bis hin zu ethischem und vielleicht auch spirituellem Wissen. Wissenschaftbasierung könnte sonst schnell zu einem Betonklotz an unseren Füßen werden – und damit ist noch niemand gut geschwommen.

Mit freundlichen Grüßen

Ulrich Schlünder (PTK NRW)

Leserbriefe

Leserzuschriften sind gerne willkommen. Bitte beachten Sie, dass sie in erster Linie die Meinung des Briefeschreibers wiedergeben und nicht die der Redaktion. Da die Veröffentlichungsmöglichkeiten leider beschränkt sind, muss die Redaktion unter der Vielzahl der Zuschriften eine Auswahl treffen und bevorzugt kürzere Briefe. Die Redaktion muss sich zudem eine – selbstverständlich sinnwahrende – Kürzung vorbehalten.

Leserbrief zu Heisig, U. und Littek, W.:

Der schwierige Weg zur Profession

Nach Erhalt des Psychotherapeutenjournal 1/2003 war ich zunächst lediglich verärgert und dachte, noch ein Periodikum mit zweifelhaftem Nutzen, das u. a. aus meinen Zwangsabgaben finanziert wird; als ich jedoch den Artikel „Der schwierige Weg zur Profession" von Heisig und Littek las und auf den Abschnitt „Einkommensentwicklung und Arbeitszeit" stieß, war ich empört über die Unwahrheiten, die dort in einer Publikation einer Körperschaft, die offiziell die Interessen meines Berufsstands zu verwalten hat, behauptet werden. (…) Ich gehöre zu der Minderheit von Kolleginnen und Kollegen, die pro Woche 60 und mehr Stunden arbeiten. Mein Gesamtumsatz pro Jahr, einschließlich aller privat liquidierten Stunden und Honorare für Gutachten und ähnliches, die nicht zulasten der GKV abgerechnet werden, hat vor Abzug aller praxisrelevanten Kosten einen Umfang, über den ein solide wirtschaftender niedergelassener Arzt, ein gut beschäftigter Rechtsanwalt oder Unternehmensberater mit ähnlich hohem Leistungseinsatz pro Woche belustigt lächeln und das so zu erzielende Nettoeinkommen als Zumutung zurückweisen würden. Dies ist auch nicht verwunderlich: Aufmerksamkeitsgebundene menschliche Zuwendung wird traditionell erheblich geringer honoriert als die Wiederherstellung körperlicher Leistungsfähigkeit und finanzielle Interessenvertretung. Vor Inkrafttreten des unseligen Psychotherapeutengesetzes konnten wir Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Windschatten der ärztlichen Versorgung mitsegeln und an deren relativ angemessener Vergütung teilnehmen. Nach Etablierung eines neuen Berufsstandes mit einer plötzlichen Vervielfachung der beteiligten Kolleginnen und Kollegen wurden wir auf das gesellschaftlich übliche Maß zurückgestutzt – darunter leiden nun alle beteiligten Therapeutinnen und Therapeuten. Dies sind die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, unter denen wir unseren Beruf ausüben. Dies klarzumachen wäre Aufgabe einer Psychotherapeutenkammer – nicht die Weißwäsche von durchaus trüben Arbeitsbedingungen.

Mir ist die Dreistigkeit unverständlich, mit der die Autoren bei doch zu unterstellender Kenntnis des tatsächlichen gezahlten Honorarsatzes für psychotherapeutische Leistungen eine solch aberwitzige Behauptung aufstellen konnten. Bei wohlwollender Betrachtung lässt sich dies nur durch die Verwechslung von Jahresgesamtumsatz mit verfügbarem Jahresnettoeinkommen erklären. Dennoch bin ich entsetzt darüber, dass eine solche Textpassage nach Lektorat durch sicherlich fachkundige Kolleginnen und Kollegen in der Zeitschrift der Psychotherapeutenkammern erscheinen konnte.

Mit freundlichen Grüßen

Jochen Lellau

Für den Redaktionsbeirat antwortet Dieter Best:

Kollege Lellau fühlt sich in seiner Meinung, das Psychotherapeutenjournal sei eine Zeitschrift mit zweifelhaftem Nutzen durch den Artikel von Heisig und Littek „Der schwierige Weg zur Profession" bestätigt. In diesem Artikel wird die Einkommenssituation unterschiedlicher freier Berufe beleuchtet.

Herr Lellau hat Recht, dass die Einkommen niedergelassener Psychotherapeuten weit unterhalb derjenigen somatisch tätiger Ärzte unter vergleichbaren Arbeitszeitbedingungen liegen. Dies zu ändern bemühen sich die Psychotherapeuten seit Jahren. Im Ergebnis wurde das V. Sozialgesetzbuch an einer wichtigen Stelle geändert (§ 85 Abs. 4), um Psychotherapeuten ein angemessenes Honorar zu sichern. In vielen Prozessen vor Sozialgerichten, mehrfach auch vor dem Bundessozialgericht wurde die Rechtswidrigkeit der derzeitigen Vergütung bestätigt. Dies führte zu Teilerfolgen (Nachzahlungen der KVen