

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

zum ersten Mal halten Sie das Psychotherapeutenjournal in Händen, das als gemeinsame Zeitschrift von den Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bremen, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz herausgegeben wird.

Mit dieser Zeitschrift wollen wir:

- Sie als psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten über allgemeine gesundheits- und gesellschaftspolitische Fragen, die für die weitere Entwicklung unserer Berufe wichtig sind, informieren
- Ein Forum bieten, in dem die fachlichen Fragen der Ausübung und Entwicklung des Berufs sowie aktuelle Themen der psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung dargestellt und diskutiert werden können
- Eine Möglichkeit schaffen, regelmäßig und aktuell über rechtliche und wirtschaftliche Veränderungen zu berichten, die bei der beruflichen Tätigkeit zu beachten sind, um Sie als Kammermitglieder in der Gestaltung Ihres beruflichen Alltags zu unterstützen
- Ihnen nicht nur die Tätigkeit der Kammer, der Sie angehören, transparenter machen, sondern Ihnen auch den „Blick über den Zaun“ in die Tätigkeit anderer Kammern ermöglichen
- Ein preiswertes Publikationsorgan für die amtlichen Mitteilungen der Kammern schaffen.

Das von den genannten Psychotherapeutenkammern initiierte Zeitschriftenprojekt ist nicht exklusiv gemeint. Jede förmlich konstituierte Kammer kann sich daran beteiligen. Wir rechnen deshalb im kommenden Jahr mit einer Erweiterung des Herausgeberkreises des Psychotherapeutenjournals.

Entsprechend ihrer Zielsetzung finden Sie die Zeitschrift in zwei Teile gegliedert: Zum einen in einen allgemeinen Teil mit Artikeln zu gesundheitspolitischen, fachlichen und rechtlichen Fragen, der von einem kammerübergreifenden Redaktionsbeirat betreut wird. Zum anderen in einen regionalen Teil, in dem Sie unter dem Kopf Ihrer Kammer spezifische Informationen aus Ihrer Kammer bzw. Ihrem Bundesland finden. Diese Informationen werden von den Vorständen der jeweiligen Kammer be-

reitgestellt. Das Psychotherapeutenjournal wird ab dem Jahr 2003 in vierteljährlichem Abstand erscheinen (insgesamt vier Ausgaben pro Jahr).

In der ersten Ausgabe werden Sie von Hans-Ullrich Wittchen und Frank Jacobi über die Ergebnisse der ersten klinisch-epidemiologischen Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der deutschen Bevölkerung informiert. Die Studie macht deutlich, dass die psychotherapeutische Versorgung in vielen Regionen Deutschlands weder als bedarfsorientiert noch als ausreichend bezeichnet werden kann. Ute Sonntag führt in das Konzept des „Gender Mainstreaming“ ein, das europaweit zu einem Abbau der geschlechtsrollenbedingten Ungleichheiten bei der Teilhabe an und der Gestaltung von öffentlichen und privaten Lebensbedingungen in unserer Gesellschaft beitragen soll. Eine Auseinandersetzung mit diesem Konzept erscheint für die Berufsgruppen der Psychologischen Psychotherapeutinnen und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen nicht nur deshalb von besonderer Bedeutung, weil die Auftretenswahrscheinlichkeit für psychische Störungen bei Männern und Frauen ungleich verteilt sind und die Mehrzahl der PsychotherapiepatientInnen weiblichen Geschlechts sind. Auch innerhalb unserer Berufsgruppen sind die Frauen weit in der Überzahl, was eine geschlechterbezogene Analyse der beruflichen Barrieren und Privilegierungen von Männern und Frauen in der Psychotherapie nahe legt. Mit der Konstituierung von Länderkammern der Psychotherapeuten und der Schaffung einer Bundesvertretung erreicht die Professionalisierung der Psychotherapie einen neuen gesellschaftlichen Höhepunkt. Detlev Kommer und Lothar Wittmann beschreiben die historischen Ausgangspunkte für diese Entwicklung und die programmatischen Perspektiven für eine Bundespsychotherapeutenkammer. Unter der Überschrift „Alles was Recht ist“ informiert der Justiziar der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg Hartmut Gerlach über tagesaktuelle Rechtsfragen und deren Relevanz für die psychotherapeutische Berufsausübung. Unter dieser Rubrik werden auch in zukünftigen Ausgaben des Psychotherapeutenjournals praxisrelevante Rechtshinweise mitgeteilt werden. Für niedergelassene Kolleginnen und Kollegen ist die Misere der Honorarvergütung für psychotherapeutische Leistungen sattsam bekannt. Dieter Best berichtet in seinem Beitrag über die von Seiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vorgenommene Neukonzeption des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für Medi-

zinische Leistungen (EBM) und nimmt kritisch zu der dort vorgenommenen Privilegierung des Facharztes für Psychotherapeutische Medizin Stellung. Seine daraus abgeleiteten Schlussfolgerungen zum Integrationsprozess der Psychotherapeuten in die ärztliche Selbstverwaltung mag manchen zu weit gehen und deshalb zu Stellungnahmen herausfordern. Sofern dies der sachlichen Information der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen dient, würden wir uns über eine lebendige Diskussion in den nächsten Ausgaben des Psychotherapeutenjournals freuen. Am Ende des allgemeinen Teils der ersten Ausgabe des Psychotherapeutenjournals finden Sie dann unter der Rubrik „Dokumentation“ die Erklärung der Arbeitsgemeinschaft der Psychotherapeutenkammern zum weltweit begangenen Jahrestag für Psychische Gesundheit, der dem Thema der Traumatisierung und der Gewalterfahrung von Kindern und Jugendlichen gewidmet war. Im speziellen Teil des Psychotherapeutenjournals finden Sie die Mitteilungen der Länderkammern.

Die Psychotherapeutenkammern haben wichtige Aufgaben: die Herausbildung einer gemeinsamen Identität der beiden neuen Heilberufe, das Weiterentwickeln und Prägen eines realistischen und positiven Bildes der Berufe in der Öffentlichkeit, die Wahrung und Vertretung der beruflichen Interessen der Psychotherapeuten, die Beratung und Unterstützung der Berufsangehörigen in ihrer beruflichen Tätigkeit, die Wahrung und Weiterentwicklung einer qualitativ hochstehenden Berufsausübung.

Das bedeutet: Kolleginnen und Kollegen aus unterschiedlichen Verfahren, verschiedenen Tätigkeitsfeldern und mit sehr unterschiedlichen beruflichen Erfahrungen sollen zu einer gemeinsamen beruflichen Identität und Interessenvertretung finden.

Dazu bedarf es viel gegenseitiger Information, Dialog und Entwicklung von Strukturen, die Wissen voneinander, konstruktive Auseinandersetzung und Kooperation ermöglichen.

Von dem gemeinsamen Zeitschriftenprojekt, das für alle förmlich konstituierten Psychotherapeutenkammern offen ist, erhoffen wir uns in diesem Sinne nicht nur Synergieeffekte in wirtschaftlicher Hinsicht, sondern auch einen wichtigen Beitrag zur Förderung des Zusammenwachsens und der Kooperation der Berufsangehörigen. Darüber hinaus hoffen wir, dass sich das Psychotherapeutenjournal zu einem Medium entwickelt, in dem die psychosozialen Dimensionen von Gesundheit und Krankheit und die beruflichen Belange der Psychotherapeuten in einer Weise abgehandelt werden, dass sie bei den gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern in den Parteien, Ministerien und Behörden, bei Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen, bei Berufs- und Fachverbänden der Ärzte und der Psychotherapeuten, bei Patienten- und Verbraucherorganisationen sowie bei Anwälten, Richtern und in der Rechtswissenschaft angemessen Gehör finden. Wir sind dabei auf die aktive Unterstützung der Kammermitglieder angewiesen. Bringen Sie Ihre Sachkompetenz in Form von Beiträgen zum Psychotherapeutenjournal ein und helfen Sie dadurch mit, den unverzichtbaren Beitrag der Psychotherapeuten und ihrer wissenschaftlichen Grundlagendisziplinen für ein humanes und zeitgemäßes Gesundheitswesen zu verdeutlichen.

Die Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen:

Dipl.-Psych. Monika Konitzer

Die Präsidenten der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bremen, Hessen, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz:

*Dipl.-Psych. Detlev Kommer,
Dipl.-Psych. Karl Heinz Schrömgens,
Dipl.-Psych. Jürgen Hardt,
Dr. Lothar Wittmann,
Dipl.-Psych. Alfred Kappauf*

Inhalt

Editorial	3
<i>Wittchen, H.-U. & Jacobi, F.</i> Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998	6
<i>Sonntag, U.</i> Gender Mainstreaming: Einführung in ein Konzept und seine Rezeption	16
<i>Kommer, D. & Wittmann, L.</i> Auf dem Weg zu einer Bundespsychotherapeutenkammer: Historische Ausgangspunkte und Perspektiven für eine Bundesvertretung der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	22
<i>Gerlach, H.</i> Alles was Recht ist. Praxistipps – Hinweise – Informationen	36
<i>Best, D.</i> Der EBM 2000plus- ein Fortschritt für die Psychotherapeuten ?	38
<i>Dokumentation</i> Erklärung der Arbeitsgemeinschaft der Psychotherapeutenkammern zum Jahrestag für Psychische Gesundheit am 10. Oktober 2002	43
Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern	
Baden-Württemberg	46
Bremen	50
Hessen	54
Niedersachsen	60
Nordrhein-Westfalen	66
Rheinland-Pfalz	70
Impressum	74

Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland¹

Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998

Hans-Ullrich Wittchen, Technische Universität Dresden, Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie & Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München

Frank Jacobi, Technische Universität Dresden, Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie, AG Epidemiologie und Verhaltensforschung

Nach Befunden des Bundes-Gesundheitssurveys 1998/99 (Zusatzsurvey „Psychische Störungen“) litten im Jahr der Erhebung 32% (=15,6 Millionen) der erwachsenen deutschen Bevölkerung im Alter von 18–65 unter einer oder mehreren psychischen Störungen. Jeder dritte Betroffene (36%) steht oder stand im Jahr vor der Erhebung wegen der psychischen Störung in Kontakt mit ambulanten oder stationären psychiatrisch/psychotherapeutischen Diensten oder seinem Hausarzt. Der Anteil von Betroffenen, die eine im weitesten Sinne adäquate Therapie nach modernen wissenschaftlichen Kriterien erhalten, kann konservativ auf ca.10% geschätzt werden. Die niedrige Versorgungsquote betrifft dabei nicht alle spezifischen Störungsgruppen in gleichem Ausmaß; niedrige Versorgungsraten ergaben sich insbesondere für somatoforme und Suchterkrankungen. Ferner ergaben sich zum Teil markante regionale Unterschiede (z.B. besonders schlechte Versorgungslage in Regionen, die weder über eine nahe Universität noch über psychotherapeutische Weiterbildungsinstitutionen verfügen). Ungeachtet unterschiedlich weiter oder enger Definitionen des Begriffs Behandlungsbedarf, zeigt sich eine gravierende Unterversorgung von Personen mit psychischen Erkrankungen. Quantitativ bedeutende Hinweise auf eine Fehl- oder Überversorgung von Betroffenen lassen sich nicht aufzeigen.

Psychische Störungen mit Krankheitswert

Unter psychischen Störungen von Krankheitswert verstehen die Fachdisziplinen Psychiatrie, Klinische Psychologie und Psychotherapie ein sehr weites Spektrum von über 500 einzelnen Diagnosebezeichnungen, die in den beiden international gebräuchlichen diagnostischen Klassifikations- und Diagnosehandbüchern Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994) und der Sektion F der ICD-10 (World Health Organization, 1993) sowie in den dazugehörigen Forschungskriterien (ICD-10 Forschungskriterien) mit relativ guter Übereinstimmung kodifiziert und beschrieben sind. Im Gegensatz zu anderen Bereichen der Medizin und im Unterschied zu früheren Versionen der ICD (International Classification of Diseases) werden psychische Störungen zur Erhöhung der diagnostischen Zuverlässigkeit ihrer Erfassung in diesen Handbüchern mittels expliziter diagnostischer Kriterien und differenzialdiagnostischer Regeln definiert. Dabei werden für alle Diagnosen die zwingend erforderlichen Symptom-, Verhaltens-, Leidens- und psychosozialen Merkmale beschrieben, die vorliegen müssen, um die Vergabe der Diagnose zu rechtfertigen. Die bei einzelnen Krankheitsgruppen, wie z. B. bei den sog. Substanz- und affektiven und Angststörungen, außerordentlich feingliedrige deskriptive Ausdifferenzierung ersetzt auf der Grundlage der aktuellen klinischen- und grundlagenbezogenen neuropsychiatrischen Forschung seit Anfang der 80er Jahre die unzuverlässigen sowie klinisch und grundlagenwissenschaftlich problematischen tradi-

¹ Erstveröffentlichung in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 44, 2001. Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Springer Verlags.

tionellen diagnostischen Termini, wie z. B. die Diagnose Angstneurose, depressive Neurose und manisch-depressive Psychose (siehe Tabelle 1).

Mit der Einführung der neuen diagnostischen Klassifikationsstandards hat sich zugleich in der klinischen und epidemiologischen Forschung über psychische Störungen der Einsatz standardisierter diagnostischer Instrumente durchgesetzt. Diese ermöglichen eine zuverlässige und im Sinne der Kontrolle des Beurteilereinflusses „objektive“ Erfassung der meisten psychischen Störungen (Stieglitz, Baumann, 1994; Freyberger, Stieglitz, Wittchen (im Druck)) und sind für den Einsatz in epidemiologischen Bevölkerungsuntersuchungen geeignet. In der Vergangenheit musste sich die Erfassung psychischer Störungen in überregionalen epidemiologischen Studien mangels anwendungsökonomischer und zuverlässiger diagnostischer „Instrumente“ in der Regel auf nur wenige und zumeist „breite“ Indikatoren des psychischen Störungsspektrums beschränken. Dabei konnte einerseits nur ein kleiner Ausschnitt der Gesamtmorbidität berücksichtigt werden, zudem blieb die Abgrenzung zu Befindlichkeitsstörungen besonders problematisch. Demgegenüber eröffnen die neuen standardisierten Diagnoseverfahren seit den 90er-Jahren erstmals die Möglichkeit, die Prävalenz psychischer Störungen in der Durchschnittsbevölkerung mit akzeptablen Fehlergrenzen umfassender und vollständiger als in der Vergangenheit zu bestimmen.

Für Deutschland erfolgte eine derartige erste umfassendere Abschätzung der Größenordnung psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung erstmalig 1998 im Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ im Rahmen des Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (Wittchen, 2000 a); Wittchen, Müller, Storz, 1998; Wittchen, Müller, Pfister, Winter,

Störungsgruppe	ICD-10-Kodierung	Diagnosen dieser Störungsgruppe
Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen	F1X.XX	z.B. Alkohol (F10.X), Opiate (F11.X), Cannabis (F12.X), Sedativa, Hypnotika und Anxiolytika (F13.X), Kokain (F14.X), Amphetamine (F15.X), Halluzinogene (F16.X), Störungen durch multiplen Gebrauch (F19.X)
Schizophrenie und andere Psychotische Störungen	F2X.XX	z.B. Paranoide Schizophrenie (F20.0X), Schizoaffektive Störung (F25.X)
Affektive Störungen	F3X.XX	z.B. einzelne oder wiederkehrende Major Depression (F32.XX, F33.XX), Bipolar I Störung (F31.XX), Dysthyme Störung (F34.1)
Angststörungen	F40.XX, F41.XX	z.B. Panikstörungen (F41.0, F40.01), phobische Störungen (F40.X), Generalisierte Angststörung (F41.1)
Somatoforme Störungen	F44.XX, F45.X	z.B. Somatisierungsstörung (F45.0), Schmerzstörung (F45.4), Hypochondrie (F45.2)
Essstörungen	F50	z.B. Anorexia Nervosa (F50.0X), Bulimia Nervosa (F50.2)

**x steht als Platzhalter für entsprechende Kodierungsziffern spezifischer Diagnosen*

Tabelle 1: Formen und Beispiele psychischer Störungen nach DSM-IV (einschließlich ihrer ICD-10-F-Kodierung)

Schmidtkunz, 1999). Damit wurde zugleich eine Grundvoraussetzung für eine auf die bundesweiten Prävalenzbefunde aufbauende, umfassendere Abschätzung der Versorgungslage psychischer Störungen unter bedarfsplanerischer Perspektive eröffnet. Mit diesem Beitrag werden erste Befunde zu Indikatoren des Versorgungsgrads und erste Analyseschritte zur Abschätzung von quantitativen und qualitativen Versorgungsmängeln vorgestellt.

Kriterien zur Abschätzung der Versorgungslage

Bei einer derartigen Abschätzung der Versorgungslage sind eine Reihe von methodenkritischen Aspekten zu beachten. Hierzu zählt einerseits die Frage nach den diagnostischen Bedarfs-

kriterien („Was ist ein behandlungsbedürftiger Fall?“), aber auch die Frage nach den Versorgungskriterien („Wann gilt ein Fall als versorgt?“).

Diagnostische Bedarfskriterien

Wie auch im Bereich der somatischen Störungen ist die Gleichsetzung von Diagnose und aktuell notwendigem Behandlungsbedarf aufgrund verschiedener Faktoren (Schweregrad, Spontanverlauf, Möglichkeiten und Grenzen von verfügbaren Therapieverfahren, Variabilität resultierender Einschränkungen und Behinderungen etc.) in Bevölkerungsuntersuchungen bei einigen Störungsbildern grundsätzlich problematisch. Im Falle psychischer Störungen gelten derartige Vorbehalte z.B. für die gehäuft und hinsichtlich

ihres klinischen Schweregrads recht variablen „spezifischen Phobien“ im Kindes- und Jugendalter sowie „Anpassungsstörungen“. Allgemeine Voraussetzungen für eine empirische grobe Bedarfsschätzung bei psychischen Störungen erfordern aber eindeutig definierte und zuverlässig erfassbare Diagnosen, für die der Nachweis ihres klinischen Schweregrads sowie aktueller und langfristiger assoziierter Einschränkungen und Behinderungen ebenso erbracht ist, wie der Nachweis effektiver und akzeptierter Behandlungsstandards (Häfner, 1979; Wittchen, 2000 b); Andrews, Henderson, 2000). Als klinisch und epidemiologisch hinreichend untersucht gelten insbesondere die in Tabelle 1 aufgeführten Störungsgruppen. Zugleich kann bei diesen Störungen in der Regel von einem professionellen Interventionsbedarf ausgegangen werden.

Die Störungen in Tabelle 1 umfassen nach Schätzungen der American Psychiatric Association ca. 75% der Gesamtmorbidität psychischer Störungen in der Bevölkerung. Für jede der aufgeführten Störungen liegen hinreichende wissenschaftliche Hinweise auf Behandlungsbedürftigkeit, etablierte und auf Effektivität geprüfte therapeutische Verfahren sowie hinreichend differenzierte ätiologische und pathogenetische Erkenntnisse und Spontanverlaufsbeobachtungen vor (American Psychiatric Association, 1994). Dabei ist zu beachten, dass in der Literatur aufgrund des bedeutsamen Langzeiterisikos (z. B. sekundäre Depression, psychosoziale Behinderungen) spezifische Phobien zumeist explizit mitberücksichtigt werden, nicht jedoch Anpassungsstörungen und Schlafstörungen (Andrews & Henderson, 2000).

Versorgungskriterien

Ungleich der Situation bei der Mehrzahl somatischer Erkrankungen ist die

Versorgung psychischer Störungen durch eine Vielzahl beteiligter Berufs- und Institutionsgruppen gekennzeichnet. Unter Berücksichtigung internationaler Standards beziehen sich Untersuchungen zur Abschätzung der Versorgungsquote zumeist auf folgende Einrichtungsarten, da bei ihnen eine fachspezifisch adäquate Diagnosen- und Indikationsentscheidung sowie eine zumindest banale Prozess- und Strukturqualität als gegeben angenommen werden kann: stationäre Einrichtungen (Kliniken psychiatrischer, psychotherapeutischer und psychosomatischer Art), Hausärzte, die bei psychischen Störungen tätig werden, Nervenärzte sowie Ärzte für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie, ärztliche Psychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeuten und klinische Psychologen sowie entsprechende psychiatrische und psychotherapeutische Ambulanzen. Nur selten (z.B. bei Suchterkrankungen) wird in der Regel explizit auch die Rolle von Beratungsstellen, Kriseninterventionszentren sowie anderen psychosozialen Einrichtungen berücksichtigt, da sie sich – ungeachtet durchaus vorhandener anders gelagerter Einzelfälle – häufiger einer entsprechend differenzierten Beurteilung entziehen.

Erschwerend kommt bei Beurteilung der Frage, wann ein Patient als „versorgt“ angesehen werden kann, hinzu, dass bei der Mehrzahl psychischer Erkrankungen sowohl psychotherapeutische (speziell verhaltenstherapeutische Verfahren) wie auch pharmakologische Strategien unterschiedlicher Art als adäquate Behandlungsverfahren in Vergleichsstudien als gesichert gelten. Bei der weiterführenden Frage nach einer „adäquaten“ bedarfsgerechten Versorgung sind jedoch zum Teil durchaus komplexe Indikationsregeln, Prozess- und Strukturvariablen zu beachten, deren Erfassung und Beurteilung sich zumeist in groß angelegten Bevölkerungsunter-

suchungen nicht oder nur unzureichend realisieren lassen (Wittchen, 2000 c)). Als Beispiel kann die Frage angeführt werden, wann bei einer Angststörung ausschließlich verhaltenstherapeutische, wann eher medikamentöse Strategien und wann Kombinationen beider anzuwenden sind. Ferner sind manche Indikationen, wie z. B. die einer verhaltenstherapeutischen Rezidivprophylaxe, bei teilermittelten schizophrenen Erkrankungen stadienspezifisch und gelten nicht uneingeschränkt. Schließlich sind auch im Einzelfall verfahrensspezifische Vor- und Nachteile zu beachten. Hierzu gehören insbesondere die bessere Langzeiteffektivität psychotherapeutischer Verfahren bei Angst- und depressiven Störungen sowie ihre niedrigeren Abbrecherquoten auf der einen sowie die breitere Verfügbarkeit und kurzfristig günstigere Kostenlage bei medikamentösen Strategien auf der anderen Seite. Hinzu treten, wie auch bei anderen Indikationsgebieten, zusätzliche Aspekte, die eine Gleichsetzung von Diagnose und Behandlungsbedarf trotz der expliziten diagnostischen Kriterien problematisch erscheinen lassen. Ein Beispiel hierfür ist, dass bei psychotherapeutischen Verfahren eine verfahrensspezifisch unterschiedliche „ausreichende Behandlungsmotivation“ vorliegen muss.

Derartige Faktoren haben einen überaus starken Einfluss auf Bedarfsschätzungen. So wird in älteren klinischen Arbeiten (Schepank, 1978) davon ausgegangen, dass z.B. aus der Perspektive der Psychoanalyse lediglich 30% aller von psychischen Störungen Betroffenen auch für die Durchführung psychoanalytischer Verfahren geeignet sind. Derartige Abschätzungen sind allerdings in der internationalen Literatur nur unbefriedigend untersucht und scheinen unter Berücksichtigung der neuen verhaltenstherapeutischen Verfahren nicht mehr allgemein haltbar zu sein. Da derartige indikationsbezogene

differentielle Erkenntnisse dennoch fast durchgängig implizit und explizit zur Anwendung gelangen, lassen sich bislang keine verallgemeinerungsfähigen Aussagen treffen. Vorliegende Bedarfsabschätzungen kommen je nach Verfahrensgruppe und je nach der Breite der berücksichtigten Störungskategorien zu sehr unterschiedlichen Bedarfsziffern; diese liegen z.B. im so genannten Löcherbach-Gutachten (Löcherbach, Henrich, Kemmer et al., 1999) bei 0,6–1,3 % und bei Meyer et al. (1991) bei 5,3 % für die deutsche Bevölkerung.

Um diese ungelöste Problematik in der Beurteilung verfahrensspezifischer Adäquatheitskriterien zu vermeiden, wird im Folgenden in der Beurteilung von Behandlungsraten und Behandlungsquoten kein Versuch unternommen, verfahrens- oder versorgungsspezifische Differenzierungen zu berücksichtigen. Das bedeutet, dass jeder Fall mit einer Diagnose immer dann als „behandelt“ gilt, wenn er wegen des Störungsbildes zumindest mit einer Institution des Gesundheitswesens in Kontakt stand. Dabei wird Art, Häufigkeit und Dauer einer etwaigen Intervention gänzlich außer Acht gelassen. Das Spektrum kontaktierter Einrichtungen wurde bewusst breit gewählt und schließt auch hausärztliche Interventionen bei psychischen Störungen mit ein (s. u.).

Vor diesem Hintergrund werden folgende Fragen untersucht:

1. Wie häufig sind psychische Störungen (12-Monats-Prävalenz)?
2. Wie viele Personen mit einer aktuellen psychischen Störung stehen oder standen zumindest einmal in Kontakt mit Behandlungseinrichtungen?
3. Welche Behandlungseinrichtungen sind die häufigsten Anlaufstellen für Personen mit psychischen Störungen?

4. Unterscheidet sich die Versorgungssituation in den alten und neuen Bundesländern?

Methodik

Studiendesign und Stichprobe

Die Daten wurden im Rahmen des Zusatzsurveys „Psychische Störungen“ (Erhebungszeitraum Sommer 1998 bis Frühjahr 1999) des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 (Kernsurvey) erhoben, der ersten bundesweiten epidemiologischen Untersuchung psychischer Gesundheit der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland (Bellach, Knopf, Thefeld, 1998; Bellach, 1998; Bellach, 1999; Wittchen, Müller, Storz, 1998). Der Kernsurvey wurde vom Robert-Koch-Institut (Berlin) durchgeführt und umfasste eine ausführliche Erhebung psychosozialer Variablen und des körperlichen Gesundheitszustandes der Untersuchungsteilnehmer, die durch eine ärztliche Befragung und Zusatzuntersuchungen ergänzt wurde (körperliche Untersuchung, medizinische Anamnese, Labor- und medizinisch-physikalische Untersuchung). Der Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ war einer von mehreren Zusatzmodulen des Kernsurveys und wurde vom Max-Planck-Institut für Psychiatrie (München) durchgeführt.

Aus logistischen und finanziellen Gründen basierte die Datenerhebung des Zusatzsurveys auf einem Zweistufen-Design: In der ersten Stufe wurden alle Teilnehmer des Bundes-Gesundheitssurveys (N=7124) mit dem Münchner Composite International Diagnostic Interview-Stammfragebogen (M-CIDI-S) gescreent, der aus den diagnostischen Eingangsfragen des Gesamtinterviews M-CIDI besteht (Wittchen, Müller, Storz, 1998; Wittchen & Pfister, 1997). Die zweite Stufe bestand aus der eigentlichen ausführlichen

persönlichen klinisch-psychologischen Untersuchung mit dem M-CIDI. Die Durchführung erfolgte computergestützt und war ebenso wie die diagnostische Auswertung standardisiert. Alle screeningpositiven Teilnehmer und 50% der screeningnegativen Teilnehmer wurden von klinisch-psychologisch geschulten Interviewern untersucht. Das dadurch entstandene oversampling der Screeningpositiven wurde durch Gewichtung der Daten bei der Datenanalyse statistisch wieder ausgeglichen. Teilnehmer des Gesundheitssurveys, die älter als 65 Jahre waren, wurden aus der Studie ausgeschlossen, denn die psychometrischen Eigenschaften des CIDI sind bislang für den Gebrauch in älteren Populationen nicht hinreichend untersucht (Knäuper, Wittchen 1994). Die auswertbare Stichprobengröße des Zusatzsurveys beträgt N=4181; die konditionale Ausschöpfungsrate der Stichprobe betrug 87,6% (Wittchen, 2000 d)).

Bei den statistischen Auswertungen erhielt jeder Proband ein Gewicht, in das Alter, Geschlecht, Wohnort und Auffälligkeitsstatus bei der Screening-Untersuchung eingingen. Diese Gewichtung diente dazu, Verzerrungen der Repräsentativität bei der Stichprobenziehung statistisch wieder auszugleichen. Eine ausführliche Stichprobenbeschreibung und eine eingehendere Darstellung des Designs und der Diagnoseinstrumente finden sich bei Wittchen et al. (1998; 1999).

Diagnosen und Behandlungsquote

Die Diagnosen wurden mittels des CIDI-Computerprogramms (Wittchen & Pfister, 1997) erstellt. Bei der Diagnosestellung wurden die Kriterien und Algorithmen der DSM-IV und der ICD-10 zugrunde gelegt. Die insgesamt 87 möglichen Diagnosen des Interviews wurden für die Auswertung in fünf

Hauptstörungsgruppen (Missbrauch/ Abhängigkeit von psychotropen Substanzen, Affektive Störungen, Angststörungen, Somatoforme Störungen, andere Diagnosen) unterteilt. Nikotinabhängigkeit wird in den folgenden Übersichten nicht berücksichtigt, andere Diagnosen umfassen Störungen mit niedrigen Prävalenzen unter 1,5% wie z.B. psychotische und Essstörungen. Für die vorliegende Arbeit wurden 12-Monats-Diagnosen verwendet, die angeben, ob während der vergangenen 12 Monate eine Person die vollen Kriterien einer spezifischen Diagnose erfüllt oder nicht erfüllt. Die Befunde beziehen sich somit ausschließlich auf klinisch relevante, voll ausgeprägte Zustandsbilder. Eine unterschwellige Diagnose, z.B. im Fall einer Depression, die nach einer voll ausgeprägten Krankheitsepisode in den letzten zwölf Monaten nicht mehr die Diagnosekriterien erfüllt, wird nicht in die Prävalenzberechnung einbezogen.

Da für die meisten berücksichtigten Störungsformen in den Diagnosekriterien explizit andauerndes, klinisch bedeutsames Leiden und gravierende Einschränkung in der Arbeits- und Lebensführung gefordert werden, wird in dieser Untersuchung das Vorliegen einer Diagnose mit Interventionsbedarf professioneller Art nahe gelegt.

Diese Konvention könnte jedoch bei einzelnen Diagnosen, wie z.B. der Diagnose „Missbrauch“ (z. B. im Falle von Cannabis), aber auch bei der Diagnose „Hypomanie“ inadäquat sein. Deshalb werden im Text zu diesen Diagnosen gesonderte Angaben gemacht.

Die Behandlungsquote wurde auf der Grundlage der Probandenangaben zu Hilfsuchverhalten und Inanspruchnahme berechnet. Dabei wurden für jede Diagnose das professionelle Hilfsuchverhalten zunächst grob und am Ende des Interviews – unter Zuhilfenahme computerisierter Querverweise zu früheren Angaben im Interview – nochmals differenziert erfasst und beschrieben. Als behandelt werden in der vorliegenden Analyse Personen bezeichnet, die eine oder mehrere von insgesamt mehr als 30 unterschiedlichen Einrichtungsarten wegen ihrer psychischen Probleme kontaktiert hatten. Dabei wurden jedoch komplementäre Einrichtungen (wie Selbsthilfegruppen, beschützte Wohngruppen, Krisenintervention bei nicht ärztlichen/psychotherapeutischen Diensten u.ä.) nicht berücksichtigt.

Ergebnisse

Größenordnung: 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen in Deutschland

32,1% der erwachsenen Wohnbevölkerung im Alter von 18 bis 65 Jahre, d. h. 15,61 Millionen Menschen, erfüllten in den zwölf Monaten vor der Untersuchung die Kriterien für eine oder mehrere psychische Störungen nach den Kriterien der ICD-10 und DSM-IV. Abbildung 1 zeigt, dass im Querschnittsbefund neben somatoformen Störungen (11%), unter den Angststörungen die phobischen Störungen (7,6%), unter den affektiven Störungen die einzelne und rezidivierende „Major-Depression“ (8,3%) sowie unter den Substanzstörungen die alkoholbedingten Störungen (6,2%) die häufigsten Störungen sind. Psychotische Störungen, unter Einschluss psychotischer Syndrome bei affektiven Störungen, werden mit einer Prävalenz von 2,6% geschätzt. Zu beachten ist, dass sich die Häufigkeiten für die einzelnen Störungen auf deutlich mehr als 31% addieren, so dass auch im 12-Monats-Querschnitt eine bemerkenswerte Querschnittskomorbidität zu beachten ist.

Unter Einbeziehung aller Diagnosen gaben 52% aller Betroffenen zum Zeitpunkt der Untersuchung an, nur unter einer Erkrankungsform, aber 48% unter zwei oder mehr psychischen Störungen zu leiden. Frauen sind mit Ausnahme der Suchterkrankungen bei den meisten psychischen Erkrankungen deutlich häufiger als Männer betroffen. Trotz diagnosenspezifischer Prävalenzunterschiede hinsichtlich des Alters ist die Gesamtprävalenz psychischer Störungen in allen Altersgruppen gleich hoch.

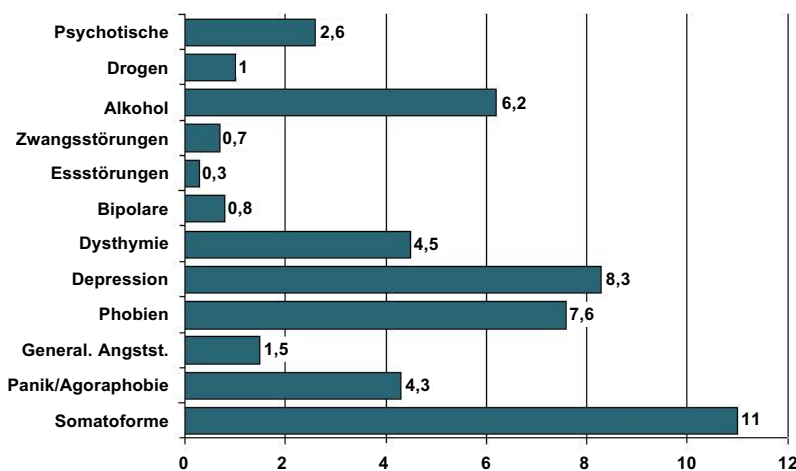


Abb. 1: Bundesgesundheitsurvey 1998, Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ (N=4181; 18-65jährige im Bundesgebiet): 12-Monats-Prävalenzen für ausgewählte Diagnosen nach DSM IV (Angaben in %)

Tabelle 2: Bundesgesundheitsurvey 1998, Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ (18-65jährige im Bundesgebiet): Behandlungsquoten (Erläuterungen im Text) bei den wichtigsten Störungsgruppen in Deutschland mit Ost-West-Vergleich. Angaben in % und 95 % Konfidenzintervall

	Behandlungsquote Deutschland (gesamt) N=4181 %w (95% KI)	Behandlungsquote neue Bundesländer N=1368 %w (95% KI)	Behandlungsquote alte Bundesländer N=2813 %w (95% KI)
irgendeine Diagnose ¹	36.4 (33.7-39.1)	30.4 (26.1-35.1)	37.8 (34.7-41.0)
Missbrauch/Abhängigkeit von psychotropen Substanzen ²	29.0 (23.8-34.8)	22.8 (15.2-32.8)	30.4 (24.4-37.3)
Affektive Störungen ³	50.1 (45.4-54.8)	45.2 (36.9-53.9)	51.0 (45.7-56.3)
Angststörungen ⁴	43.6 (39.7-47.6)	32.9 (26.7-39.8)	46.3 (41.7-51.1)
Panikstörung/ Generalisierte Angststörung	67.4 (59.5-74.5)	57.7 (42.7-71.4)	69.8 (60.6-77.7)
Phobische Störungen	41.8 (37.6-46.1)	30.2 (23.7-37.5)	44.7 (39.7-49.7)
Somatoforme Störungen ⁵	40.5 (35.9-45.3)	36.3 (28.1-45.4)	41.3 (36.1-46.7)
Andere Störungen ⁶	54.2 (44.4-63.7)	46.8 (29.9-64.5)	55.4 (44.4-66.0)

¹zumindest eine der in der Tabelle angeführten Diagnosen, ²alle Substanzstörungen mit Ausnahme der Nikotinabhängigkeit, ³alle affektiven Störungen einschließlich Dysthymie, Hypomanie und bipolaren Störungen, ⁴einschliesslich der Zwangsstörungen, ohne PTSD, ⁵Somatisierungsstörung, anhaltende somatoforme Schmerzstörung, Hypochondrie sowie ⁶Essstörungen, mögliche psychotische Störungen.

Behandlungsquote

Auf der Grundlage der gewählten umfassenden Definition des Begriffs Behandlung – sie schließt jeglichen Kontakt mit stationären oder ambulanten ärztlichen oder psychotherapeutischen Diensten aufgrund psychischer Beschwerden und Probleme ungeachtet der Institution, der Intervention sowie der Häufigkeit und Adäquatheit einer etwaigen Intervention ein – zeigt Tabelle 2, dass in der Gesamtstichprobe 36,4% aller psychischen Störungen versorgt wurden.

Die Behandlungsquote ist bei den Substanzstörungen mit 29% am niedrigsten und bei den „anderen psychischen Störungen“ mit 54,2% sowie bei affektiven Störungen mit 50,1% am höchsten. Innerhalb der diagnostischen Gruppen sind nur bei den Angststörungen bemerkenswerte Unterschiede zu berücksichtigen. Die Behandlungsquoten generalisierter Angststörungen (61,5%) und Panikstörungen (73,9%) liegen deutlich höher als die der phobischen Störungen (41,8%). Ferner deuten sich bei Substanzstörungen etwas höhere Behandlungsquoten bei Personen mit illegalen Drogenstörungen gegenüber Alkoholmissbrauch und Abhängigkeit an. Demgegenüber finden sich weder bei den verschiedenen Formen affektiver Störungen (Behandlungsquote nach Diagnose variiert zwischen 44,4% für die Major- Depression und 53,8% für Dysthymie) noch bei den

somatoformen Störungen bemerkenswerte Unterschiede. Bemerkenswert ist weiter, dass 13% der Stichprobe, ohne eine aktuelle 12-Monats-Diagnose angeben, dennoch eine Behandlung erhalten zu haben.

Der Vergleich der neuen mit den alten Bundesländern ergibt in den neuen Bundesländern durchgängig etwas schlechtere Behandlungsquoten in allen Kategorien; die Überlappung der 95%- Konfidenzintervalle zeigt jedoch an, dass dieser Unterschied statistisch nur bei den Angststörungen (32,9% versus 46,3%), insbesondere bei den phobischen Störungen, gesichert werden kann.

Eine grob orientierende weiterführende Analyse regionaler Differenzen – ungeachtet des Ost-West-Vergleichs –

zeigt, dass die Behandlungsquoten bundesweit erheblichen regionalen Schwankungen unterliegen. In Übereinstimmung mit früheren Analysen zur psychotherapeutischen Versorgung (Wittchen & Fichter, 1980) zeigt sich dabei, dass Regionen mit Universitäten und psychotherapeutischen Ausbildungsinstitutionen durchgängig wesentlich höhere Behandlungsquoten aufweisen, als ländliche und städtische Regionen ohne derartige Ausbildungsstätten.

Behandlungsquote nach Einrichtungsart

Tabelle 3 gibt an, auf welche Einrichtungsarten sich im Falle der Behandlung bzw. des Kontakts mit einer Einrichtung die behandelten Fälle ver-

	Verteilung „behandelter“ Patienten auf Versorgungseinrichtungen		
	gesamt (N=565) %w (95% KI)	gesamt (N=153) %w (95% KI)	gesamt (N=412) %w (95% KI)
Stationäre Behandlung:	22.5 (18.9-26.5)	14.1 (9.5-20.5)	24.1 (20.0-28.7)
nur stationär	5.6 (3.8-8.2)	1.7 (0.4-6.6)	6.3 (4.2-9.3)
stationär und ambulant	16.9 (13.8-20.5)	12.4 (8.2-18.4)	17.7 (14.2-22.0)
Ambulante Behandlungen:			
Nervenarzt	31.7 (27.7-36.1)	41.5 (33.3-50.2)	29.9 (25.4-34.8)
Psychol. Psychotherapeut	27.2 (23.5-31.3)	24.7 (18.0-32.7)	27.7 (23.5-32.4)
Ärztl. Psychotherapeut	16.5 (13.5-20.0)	9.3 (5.5-15.2)	17.9 (14.4-21.9)
Ambulanz	7.7 (5.6-10.4)	5.6 (2.7-11.3)	8.0 (5.7-11.2)
nur Hausarzt ¹	14.5 (11.7-17.9)	22.9 (16.7-30.6)	13.0 (9.9-16.8)
Andere	34.4 (30.2-38.9)	16.7 (11.1-24.4)	37.7 (32.9-42.8)
Anzahl aufgesuchter Behandlungseinrichtungen:			
eine	48.9 (44.5-53.4)	58.8 (50.1-66.9)	47.1 (42.0-52.2)
zwei	27.0 (23.2-31.2)	23.7 (17.1-31.9)	27.6 (23.4-32.3)
drei oder mehr	24.0 (20.4-28.0)	17.1 (11.8-24.1)	25.3 (21.2-29.9)

¹Hausarztkontakt wurde in der Tabelle nur aufgeführt, wenn psychische Probleme Konsultationsanlass waren und keine weitere spezialisierte Einrichtung aufgesucht wurde; insgesamt suchten 42,3 % ihren Hausarzt aufgrund psychischer Probleme auf (Ost: 48,1 %, West: 41,2 %).

Tabelle 3: Bundesgesundheitsurvey 1998, Zusatzsurvey „Psychische Störungen“: Verteilung der Behandlungseinrichtungen, die aufgrund psychischer Störungen aufgesucht wurden (N=565 Behandelte); Anm: Mehrfachbehandlungen waren möglich, auch einmalige Kontakte zählen (weitere Erläuterungen im Text).

teilen. Damit wird der relative Versorgungsanteil verdeutlicht, den einzelne Einrichtungsarten an der Versorgung psychischer Störungen tragen.

In Übereinstimmung mit der „gatekeeper“-Funktion des Hausarztes für Erkennen, Diagnose und Therapie geben 42,3% aller Behandelten an, den Hausarzt kontaktiert zu haben; eine ausschließlich hausärztliche Intervention wird von 14,5% berichtet. In der Reihenfolge ihrer Nennungshäufigkeit folgen Nervenärzte (31,7%), Psycho-

logische Psychotherapeuten (27,2%) und ärztliche Psychotherapeuten (16,5%). Bemerkenswert hoch erscheint der Anteil stationär Behandler mit 22,5%. Hier muss beachtet werden, dass psychosomatische (Kur-) Kliniken ebenso wie Kliniken zur Alkohol- und Medikamentenbehandlung mitberücksichtigt sind. Unter anderen Einrichtungen sind mit 34,4% insbesondere Beratungsstellen unterschiedlichster Ausrichtung (Familie, Suchtfragen, etc.) sowie Heilpraktiker subsumiert. Psychiatrisch/psychothe-

rapeutische/psychosomatische Ambulanzen spielen mit 7,7% eine untergeordnete Rolle.

Zwischen alten und neuen Bundesländern ergeben sich zum Teil deutliche Unterschiede: erstens hinsichtlich eines höheren Anteils ausschließlich hausärztlich Behandler in den neuen Bundesländern (22,9%; 95% KI: 16,7–30,6 vs. alte BL: 13,0; 95% KI: 9,9–16,8) sowie des niedrigeren Anteils „anderer“ Dienste (16,7; 95% KI: 11,1–24,4 vs. alte BL: 37,7%; 95% KI: 32,9–42,8). Ferner sind in den neuen Bundesländern tendenziell niedrigere Werte für stationäre Behandlung, Psychotherapeuten und Ambulanzen bemerkenswert, während der Anteil nervenärztlich Versorgter mit 41,5% versus 29,9% in den alten Bundesländern erhöht ist. Insgesamt ergibt sich für die alten Bundesländer ein etwas erhöhter Anteil von Patienten, die in den letzten zwölf Monaten von mehr als einer Einrichtung versorgt wurden.

Diskussion

In Übereinstimmung mit entsprechenden internationalen Daten (Wittchen & Perkonig, 1996) bestätigt sich auch für die deutsche Allgemeinbevölkerung, dass psychische Störungen wesentlich häufiger sind, als vielfach angenommen. Der Anteil der deutschen Bevölkerung zwischen 18 und 65 Jahren, der im Jahr 1998 an einer voll ausgeprägten psychischen Störung im Sinne des DSM-IV oder der ICD-10 litt, beträgt ca. 32,1%. Nahezu jeder zweite davon litt darüber hinaus unter mehr als einer psychischen Störung, so dass ein hohes Ausmaß von Komorbidität zu beachten ist. Die Häufigkeit psychischer Störungen ist, mit Ausnahme der Suchterkrankungen, fast durchgängig bei Frauen höher als bei Männern, ohne bemerkenswerte Altersgruppenunterschiede in der Gesamtmorbidität.

Selbst bei Berücksichtigung sehr umfassender Definitionen des Begriffs Behandlung (jeglicher professioneller Kontakt ohne Berücksichtigung von Dauer, Häufigkeit und Art einer etwaigen Therapie), wie sie der vorliegenden Standortbestimmung zugrunde lag, kann insgesamt festgestellt werden, dass die überwiegende Mehrzahl aller Betroffenen überhaupt nicht versorgt werden. Dabei ist die Behandlungsquote insgesamt mit 37,8% in den alten Bundesländern nur marginal besser als in den neuen Bundesländern mit 30,4%. Nehmen wir die recht niedrige Interventionsrate von 13% bei Personen ohne eine aktuelle 12-Monats-Diagnose als groben Indikator für das mögliche Potenzial an "Überversorgung", was angesichts der Möglichkeit fortdauernder Rückfallbehandlung bei partiell Remittierten bzw. der Frühbehandlung prodromaler Krankheitsstadien eine eher gewagte Interpretation ist, so können diese Befunde zusammenfassend durchaus als ein eindeutiger Hinweis auf eine Unterversorgung gewertet werden.

Psychische Störungen sind allerdings, was Symptomatik, Spontanverlauf, Risiken und Komplikationen angeht, eine äußerst heterogene Gruppe von Erkrankungen. Deshalb kann auch der Befund bemerkenswerter Unterschiede bei diagnosenspezifischer Betrachtung nicht überraschen. So liegt auf der einen Seite die Behandlungsquote bestimmter Angststörungen, wie der generalisierten Angststörung und Panikstörung, mit über 67% ebenso wie der psychotischen Störungen (68%) sowie der dysthymen Störungen (53%) vergleichsweise hoch, die Rate der somatoformen (40,5%) und Substanzstörungen (29%) auf der anderen Seite besonders niedrig. Obwohl es diese Studie methodisch nicht zulässt, die möglichen Gründe für diese markanten Unterschiede zu bestimmen, so fällt auf, dass die unterschiedlich hohen Behandlungsquoten ver-

mutlich nur unzureichend über traditionelle Konstrukte wie „hoher klinischer Schweregrad“ zu erklären sind. Erste orientierende Analysen lassen vielmehr erkennen, dass diagnose-spezifisch unterschiedliche Faktorenkonstellationen zu beachten sind: Zu Letzteren gehören insbesondere Merkmale des Symptombildes (z.B. Panik-

attacken bei der Panikstörung), des Spontanverlaufs (z. B. persistierender Verlauf bei Dysthymie), die Behandlungsbereitschaft seitens des Patienten (niedrig bei Substanzstörungen), der Bekanntheitsgrad der Störung (öffentliche Awareness) sowie die Verfügbarkeit diagnosenspezifischer Therapieverfahren und Institutionen.

„Die Befunde des Gesundheitssurveys weisen auf eine erhebliche Unterversorgung von Personen mit psychischen Erkrankungen hin.“

Insbesondere hinsichtlich der Verfügbarkeit von Angeboten unterstreichen unsere Befunde den Einfluss regional unterschiedlicher Angebots- und Versorgungsstrukturen. Dabei schlägt sich der Unterschied zwischen neuen und alten Bundesländern hinsichtlich der quantitativen und qualitativen Struktur des Versorgungssystems für psychische Störungen nicht nur in einer niedrigeren Versorgungsquote der neuen Bundesländer deutlich nieder, sondern vor allem in Unterschieden in der Art der Inanspruchnahme. Nach unseren Befunden haben in den neuen Bundesländern der Hausarzt und der Nervenarzt eine größere Bedeutung als in den alten Bundesländern, bei denen Psychotherapeuten und andere psychotherapeutische Dienste quantitativ den größten Versorgungsanteil aufweisen. Aber Disparitäten zeigen sich auch bundesweit auf kleinräumiger Analyseebene: Erste explorative Analyseschritte verdeutlichen, dass vor allem Regionen ohne Universitäten und psychotherapeutische Ausbildungsstätten besonders niedrige Versorgungsquoten und speziell niedrige Raten spezialisierter Dienste für psychische Störungen aufweisen und bestätigen somit entsprechende Befunde aus den 80er-Jahren (Wittchen, 1988). Dies könnte nahe legen, zur Erhöhung z.B. der psychotherapeutischen Angebotslage in schlecht versorgten Regionen verstärkt institutio-

nelle Steuerungsmechanismen in Form von Forschungs- und Lehrangeboten zu nutzen.

Bei den hier dargestellten Befunden zur Versorgungssituation psychischer Störungen soll abschließend auf einige methodische und inhaltliche Einschränkungen hingewiesen werden. (1) Die „Behandlungsquoten“ beruhen auf einer sehr umfassenden Definition, die jegliche Inanspruchnahme vom Hausarzt bis zum Psychotherapeuten einschließt, ungeachtet der Art, Häufigkeit, Dauer und Adäquatheit der Intervention. Die tatsächliche Behandlungsquote, z.B. bei Berücksichtigung des Kriteriums mindestens fünf Kontakte, dürfte deutlich niedriger liegen. (2) Zudem informieren unsere Daten nicht über die Adäquatheit der Interventionen und somit können wir auch keine Aussagen über Fehlbehandlungen treffen (z. B. falsche Indikation, zu geringe Dosis der jeweiligen Behandlung). Zweifellos liegen aber die Raten adäquater Behandlungen vermutlich außerordentlich niedrig. In Verlaufsanalysen an einem Bevölkerungssample 14- bis 24-Jähriger konnten wir kürzlich zeigen (Wittchen, 2000), dass nur 17% aller aktuell Behandlungsbedürftigen auch eine Therapie erhalten, davon aber nur jeder zweite (9%) in einer Form, die als adäquat eingeschätzt wurde. Ähnlich problematische Befunde ergaben sich

aus Kostenstudien bei Angstpatienten, die aber zugleich aufzeigen konnten, dass sich durch Einsatz empirisch gestützter Verhaltenstherapie nicht nur befriedigende Besserungen, sondern auch deutliche Kostenreduktionen gegenüber nicht und „inadäquat“ Behandelten ergeben (Jacobi & Margraf (im Druck)). Dies verdeutlicht, dass die Perspektive der Versorgungsquote unbedingt – sowohl aus Kostengründen als auch aus Patientensicht – um Analysen zur Adäquatheit der Behandlungen erweitert werden muss. (3) Die Gleichsetzung von Diagnose mit Versorgungs- und Behandlungsbedarf ist ein Schwachpunkt. Aufgrund gleichartiger epidemiologischer Untersuchungen, die allerdings mit klinischen Validierungsstrategien verknüpft waren, kann aber durchaus gefolgert werden, dass hierdurch keine gravierende Verzerrung entsteht. So konnte gezeigt werden (Wittchen, 2000), dass zwar bei 32% aller 14- bis 24-Jährigen mit einer 12-Monats-Diagnose psychischer Störungen klinische Untersucher keinen „unmittelbaren Behandlungsbedarf“ einschätzten, allerdings betraf dies überwiegend die Störungsgruppe spezifische Phobien im Kindes- und Jugendalter sowie vorübergehende Missbrauchsstadien des psychotropen Substanzgebrauchs, die bei der hier untersuchten Altersgruppe keine entscheidende Rolle spielen. (4) Es muss auch darauf hingewiesen werden, dass wir keinen Hinweis darauf fanden, dass Personen ohne eine psychische Störung häufig psychiatrisch/psychotherapeutisch behandelt werden: Der Anteil lag mit etwas mehr als 10% außerordentlich niedrig, so dass keine auffällige Fehlversorgung auf dieser groben Betrachtungsebene vermutet werden muss.

Die Befunde des Bundes-Gesundheitssurveys weisen auf eine erhebliche Unterversorgung im Bereich der Behandlung psychischer Störungen hin. Dies führt nicht nur zu vermeid-

baren Belastungen, Beeinträchtigungen und Leiden bei den geschätzten 12 Millionen Betroffenen, sondern bedeutet auch unnötige volkswirtschaftliche Mehrkosten durch Arbeitsunfähigkeit und Fehlbehandlungen.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th edn., Washington, DC: American Psychiatric Press.

Andrews, G, Henderson, S. (2000). *Unmet need in psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press,

Bellach, B.M. (1998). Der Survey – Ein Ausblick. *Gesundheitswesen*, 60 [Sonderheft 2], 113–114.

Bellach, B.M. (1999). Editorial: Der Bundes-Gesundheitssurvey 1998 – Erfahrungen, Ergebnisse, Perspektiven. *Gesundheitswesen*, 61 [Sonderheft 2], 55–56.

Bellach, B.M., Knopf, H., Thefeld, W. (1998). Der Bundes-Gesundheitssurvey 1997/98. *Gesundheitswesen*, 60 [Sonderheft 2], 59–68.

Freyberger, H.J., Stieglitz R.D., Wittchen, H.-U. (im Druck). Klassifikation. In: Freyberger H.J., Stieglitz, R.D., Wittchen H.-U. (Hrsg). *Diagnostik*. Heidelberg: Springer.

Häfner, H. (1979). Estimating needs for mental health care. A contribution of epidemiology. Heidelberg: Springer.

Jacobi, F. & Margraf, J. (im Druck). Kostenstudien zu psychologischer Angstbehandlung. In: Michaelis, W. (Hrsg). *Ausgabenbegrenzung im Gesundheitswesen*. Landsberg: ecomed.

Knäuper, B. & Wittchen, H.-U. (1994). Diagnosing major depression in the elderly: evidence for response bias in standardized diagnostic interviews? *Journal of Psychiatric Research*, 28, 147–164.

Löcherbach, P, Henrich, T, Kemmer, H. et al. (1999) Entwicklung von Indikatoren zur Bedarfsermittlung und Angebotsplanung in der ambulanten Psychotherapie. Ergebnisse einer Stu-

die des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 31, 615–643.

Meyer, A.E., Richter, R., Grawe, K., Graf v.d. Schulenburg, J.M., Schulte, B. (1991) Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Hamburg: Forschungsbericht Universitätskrankenhaus Eppendorf, Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie.

Schepank, R. (1978). Konzepte und Realitäten der Versorgung mit psychosomatischer Therapie in Deutschland. *Psychotherapie und Medizinische Psychologie*, 28, 145–151.

Stieglitz, R.D. & Baumann, U. (1994) *Psychodiagnostik psychischer Störungen*. Stuttgart: Enke.

Wittchen, H.-U. (2000a)). Epidemiological research in mental disorders: lessons for the next decade of research – the NAPE Lecture 1999. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 101, 2–10.

Wittchen, H.-U. (2000 b)). Epidemiologie affektiver Störungen. In: Helmchen, H., Henn, F., Lauter, H, Sartorius, N. (Hrsg). *Schizophrene und affektive Störungen*. (S 357–372). Heidelberg: Springer.

Wittchen, H.-U. (2000 c)). Met and unmet need for interventions in community cases with anxiety disorders. In: Andrews, G., Henderson, S. (eds) *Unmet need in psychiatry. Problems, resources, responses* (pp 256–276). Cambridge: Cambridge University Press,

Wittchen, H.-U. (2000 d)). Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ (Bundesgesundheitsurvey 98): Anlagen zum Schlussbericht. München: Max Planck Institut für Psychiatrie, Eigenverlag.

Wittchen, H.-U. (1988). Follow-up investigations as a basis for need evaluation – an empirical approach to patient-oriented psychiatric need evaluation. In: Zweifel, P. (Hrsg) *Bedarfs- und Angebotsplanung im Gesundheitswesen*. Neue Ansätze der

Bedarfsforschung und neue Formen der Angebotsplanung (S 115–177). Gerlingen: Bleicher.

Wittchen, H.-U., Müller, N., Pfister, H., Winter, S., Schmidkunz, B. (1999). Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“. Gesundheitswesen, 61 [Sonderheft 2], 216–222.

Wittchen, H.-U., Müller, N., Storz, S. (1998). Psychische Störungen: Häufigkeit, psychosoziale Beeinträchtigungen und Zusammenhänge mit körperlichen Erkrankungen. Gesundheitswesen, 60 [Sonderheft 2], 95–100.

Wittchen, H.-U. & Pfister, H. (1997). DIA-X-Interviews: Manual für Screening-Verfahren und Interview; Inter-

viewheft Längsschnittuntersuchung (DIA-X-Lifetime); Ergänzungsheft (DIA-X-Lifetime); Interviewheft Querschnittuntersuchung (DIA-X-12 Monate); Ergänzungsheft (DIA-X-12 Monate); PC-Programm zur Durchführung des Interviews (Längs- und Querschnittuntersuchung); Auswertungsprogramm. Frankfurt/Main: Swets & Zeitlinger.

Wittchen, H.-U. & Perkonig, A. (1996). Epidemiologie psychischer Störungen. Grundlagen, Häufigkeit, Risikofaktoren und Konsequenzen. In: Ehlers, A., Hahlweg, K. (Hrsg). Enzyklopädie der Psychologie. Themenbereich D Praxisgebiete, Serie 2 Klinische Psychologie (S 69–144). Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.

Wittchen, H.-U. & Fichter, M. M. (1980). Psychotherapie in der Bundesrepublik – Materialien und Analysen zur psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung. Weinheim: Beltz.

World Health Organization (1993). Tenth revision of the international classification of diseases, Chapter V (F): mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization, Genf: Eigenverlag.

Korrespondenzanschrift:
Dipl.-Psych. Frank Jacobi
TU Dresden, Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie,
Chemnitzer Straße 46, 01187 Dresden,
E-Mail: jacobi@psychologie.tu-dresden.de

Gender Mainstreaming: Einführung in ein Konzept und seine Rezeption¹

Wer möchte nicht wissen, was Gender Mainstreaming ist? Ständig begegnet uns dieser Begriff, wobei uns klar wird, dass keine Institution, kein Organ des öffentlichen Rechtes, es sich in Zukunft leisten kann, sich nicht mit diesem Konzept auseinanderzusetzen. Der folgende Beitrag soll eine Orientierungs- und Starthilfe dazu geben.

Begriffsbestimmungen

Um sich dem Konzept des Gender Mainstreaming zu nähern, ist ein Blick auf die einzelnen Bestandteile dieses zusammengesetzten Begriffes nützlich.

Der Begriff Gender

Im Englischen und Amerikanischen gibt es die Unterscheidung zwischen „sex“ und „gender“. Im Deutschen findet sich diese Differenzierung nicht. Beide englischen Worte bezeichnen eine bestimmte Lesart des Begriffes „Geschlecht“. Sex bedeutet Geschlecht im biologischen Sinne, also z.B. XY-Chromosomen für männlich, XX-Chromosomen für weiblich. Der Ausdruck Gender hingegen meint das Geschlecht, wie es kulturell und sozial konstruiert wird. Definition, Bedeutung und Bewertung von Geschlechterunterschieden erfolgen immer in einem gesellschaftlichen Zusammenhang (vgl. Brück, Kahlert, Krüll, Milz, Osterland & Wegehaupt-Schneider, 1992, S. 55). Mit Gender werden die gesellschaftlich konstruierten Rollen, Rechte und Pflichten von Frauen und Männern bezeichnet. Diese Rollen, Rechte und Pflichten können innerhalb einer Kultur sehr unterschiedlich ausgeformt sein – ebenso zwischen Kulturen. Wir gehen heute davon aus, dass sie erlernt und deshalb veränderbar sind: Darauf zielt Gender Mainstreaming.

Neben der Bestimmung des Begriffes Gender als gesellschaftliches Konstrukt beschreibt Busfield

(1996) weitere vier Merkmale des Konzeptes „Gender“.

- Gender als binäre Kategorie: Dieser Aspekt versteht nach Miers (2001) oft den Blick auf die Verschiedenartigkeiten innerhalb der jeweiligen Gruppen von Frauen und Männern sowie auf die Ähnlichkeiten zwischen den Geschlechtern.
- Gender als relationales Konzept: Für Davies besteht die Bedeutung des relationalen Aspektes darin, dass wir „über die Beziehung zwischen den Geschlechtern sprechen müssen, wie wir sie tagtäglich in Organisationen erleben und wie sie uns in Machtverhältnissen begegnet“ (1992, S. 230). Männer und Frauen ordnen sich gegenseitig geschlechterspezifische Merkmale zu (vgl. Miers, 2001).
- Gender und Ungleichheit: Das Konzept Gender impliziert – da es ein gesellschaftliches Konstrukt ist – strukturelle Verhältnisse der Ungleichheit, unter anderem bezogen auf die Machtverhältnisse. Gender eröffnet durch die beiden immanenten Blickwinkel die Chance, die asymmetrischen Machtverhältnisse von den Perspektiven der Maskulinitäten und Femininitäten her zu betrachten.
- Gender als ein verbindendes Konzept: Es geht um das In-Beziehung-Setzen der Geschlechter. Damit ist es unverzichtbar, bei der Untersuchung von Organisationen – wenn es um das Gesundheitswesen und um Gesundheit der Menschen geht –, Genderanalysen durchzuführen.

Es setzt sich mehr und mehr durch, Gender nicht nur als Substantiv zu benutzen, sondern auch als Verb: eine Organisation, soziale Beziehungen sind gegendert, d.h. geschlechtsspezifisch geprägt. In Deutschland setzt sich zudem das aktive Verb

¹ Der Artikel ist eine überarbeitete Fassung des gleichlautenden Beitrags in der Zeitschrift Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis, 34, 3/2002, pp. 485-492.

gendern durch: ein Fragebogen wird gegendert, d.h. Gender Mainstreaming-Maßnahmen werden durchgeführt. Diese Begriffe sind zurzeit sehr im Fluss und werden wohl noch mehrere Transformationen erfahren, bevor es eine etablierte Begriffswahl geben wird.

Der Begriff Mainstream

Mainstream kann mit Hauptströmung übersetzt werden. „Mainstreaming heißt, dass ein bestimmtes Handeln – hier ein geschlechterbewusstes – zum normalen und selbstverständlichen Handlungsmuster einer Organisation gehört“ (Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt, o. J., S. 8).

Gender Mainstreaming

Barbara Stiegler von der Friedrich-Ebert-Stiftung, die schon lange zu Gender Mainstreaming arbeitet, beschreibt dieses Konzept so:

Wenn man Entscheidungsprozesse in politisch handelnden Organisationen mit dem Flechten eines Zopfes vergleicht, so werden bisher die Zöpfe mit den Strängen Sachgerechtigkeit, Machbarkeit und Kosten geflochten. Wenn überhaupt, wird zum Schluss die Frage gestellt, in welcher Weise Frauen betroffen sein könnten. Der fertige Zopf wird also noch am Ende mit einer kleinen Schleife versehen. Gender Mainstreaming bedeutet, bleibt man in diesem Bild, dass die Frage der Geschlechterverhältnisse einer der wesentlichen Stränge des Zopfes selber ist, der durchgeflochten wird und die Entscheidungen von Anfang an prägt (Stiegler, 2001, S. 8).

Das Zugrundelegen des Gender-Begriffes signalisiert, dass es bei dieser Art von Geschlechterpolitik um beide

Geschlechter und die Verhältnisse zwischen ihnen geht. Gender Mainstreaming will Ungleichheit beseitigen und Gleichstellung fördern.

Der für den Europarat erstellte Sachverständigenbericht von 1998 definiert: „Gender Mainstreaming ist die (Re-)Organisation, Verbesserung, Entwicklung und Evaluierung grundsätzlicher Prozesse, mit dem Ziel, eine geschlechterspezifische Sichtweise in alle politischen Konzepte auf allen Ebenen und in allen Phasen durch alle an politischen Entscheidungsprozessen beteiligte Akteure einzubringen“ (Council of Europe, 1998, S. 14). Mückenberger und Tondorf reklamieren einen Übersetzungsfehler vom französischen Originaldokument ins Deutsche und korrigieren: „Gender Mainstreaming besteht in der (Re-)Organisation, Verbesserung, Entwicklung und Evaluierung der Entscheidungsprozesse, mit dem Ziel, dass die an politischer Gestaltung beteiligten AkteurlInnen den Blickwinkel der Gleichstellung zwischen Frauen und Männern in allen Bereichen und auf allen Ebenen einnehmen“ (Mückenberger & Tondorf, 2000, S. 7).

Da der Begriff „Gender“ – wie oben ausgeführt – eine Vielzahl von Bedeutungsgehalten hat, ist es wichtig, diese verschiedenen Dimensionen – nämlich u.a. Gender als gesellschaftliches Konstrukt, als binäre Kategorie, als relationales Konzept – in Gender Mainstreaming-Prozessen zu beachten, um nicht in Stereotypisierungen zu verfallen oder nicht genügend zwischen Frauen und Männern, aber auch innerhalb dieser Gruppen zu differenzieren.

Die Entstehungsgeschichte der Gender Mainstreaming-Strategie

Auf der Weltfrauenkonferenz 1985 in Nairobi wurde der Begriff des Gender Mainstreaming erstmals benutzt. Auf

der Weltfrauenkonferenz 1995 in Peking wurde Gender Mainstreaming als Strategie ausgearbeitet. Hintergrund war die Analyse, dass Frauenförderpolitik nicht so erfolgreich war, wie es die Frauengruppen erhofft hatten. Die bisherigen Maßnahmen zur Gleichstellung von Frauen und Männern blieben isolierte Maßnahmen, die keinen größeren Einfluss auf die Gesamtsituation oder politische Gesamtkonzepte hatten. Beklagt wurde eine „mangelnde Sensibilisierung für die geschlechtsspezifische Problematik auf den Entscheidungsebenen, mangelnde Bereitstellung von Humanressourcen und Finanzmitteln für diese Aufgaben und mangelndes Fachwissen über die geschlechtsspezifische Problematik“ die so genannte „Gender Expertise“ (Council of Europe, 1998). Nach Statistiken der Vereinten Nationen wäre – bei Beibehaltung des bisherigen Tempos – gleiche Beteiligung in allen Bereichen erst im Jahre 2490 hergestellt (Weinbach, 2001, S. 8).

Während Mückenberger und Tondorf (2000) Gender Mainstreaming einen im Wesentlichen europäischen Ursprung bescheinigen, verweist Schunter-Kleemann (2001) darauf, dass Gender Mainstreaming auf ein in den 80er Jahren in den USA entwickeltes Konzept der Organisationsentwicklung namens „Managing Diversity“ (MD) oder „multikulturelles Unternehmen“ zurückgehe. Die zugrunde liegende Überzeugung des MD sei gewesen, dass eine ethnisch und geschlechtlich vielfältig zusammengesetzte Belegschaft ein wichtiger Wettbewerbsvorteil sein kann. „Managing Diversity“ als komplexes Maßnahmenbündel der Unternehmensleitung proklamiert insofern Chancengleichheit aller Belegschaftsmitglieder, unabhängig von Geschlecht oder Rasse, mit dem Ziel, betriebliche Bedingungen herzustellen, in denen alle Beschäftigten ihre Leistungsfähigkeit und -

bereitschaft uneingeschränkt entwickeln (S. 20).

Die Rezeptionsgeschichte des Gender-Mainstreaming-Konzeptes

1996 fand Gender Mainstreaming Eingang in das vierte Aktionsprogramm der Europäischen Gemeinschaft zur Gleichstellungspolitik. 1997 forderte das Europäische Parlament die Mitgliedsstaaten auf, die Strategie des Gender Mainstreamings auf die Agenda ihrer lokalen, regionalen und nationalen Politik zu setzen. Der Amsterdamer Vertrag, der 1999 ratifiziert wurde, besagt: „Bei allen in diesem Artikel genannten Tätigkeiten wirkt die Gemeinschaft darauf hin, Ungleichheiten zu beseitigen und die Gleichstellung von Frauen und Männern zu fördern“ (zit. nach Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt, o. J., S. 9). Damit wird Gender Mainstreaming verbindliche Politikleitlinie der Europäischen Union und ihrer Mitgliedsstaaten.

Mit Beschluss vom Juni 1999 erkannte das Bundeskabinett Deutschlands die Gleichstellung von Frauen und Männern als Leitprinzip der Bundesregierung an. Die Bundesregierung verankerte Gender Mainstreaming im Jahre 2000 in der Geschäftsordnung der Bundesministerien. Ein entsprechender Passus regelt, dass der Gender Mainstreaming-Ansatz „bei allen politischen, normgebenden und verwaltenden Maßnahmen der Bundesregierung von allen Ressorts beachtet werden muss (Schweikert, 2001, S. 1272). Eine interministerielle Steuerungsgruppe wurde im Jahre 2000 eingesetzt. Die Ressorts haben sich verpflichtet, innerhalb der laufenden Legislaturperiode mindestens jeweils ein Projekt nach dem Gender Mainstreaming-Ansatz zu realisieren. Der Prozess wird wissenschaftlich begleitet. Ende 2002 ist mit einer Veröf-

fentlichung der Evaluationsergebnisse und des Erfahrungsberichtes der interministeriellen Steuerungsgruppe zu rechnen. Die Landesregierungen von Niedersachsen und Sachsen-Anhalt haben Kabinettsbeschlüsse zur Umsetzung von Gender Mainstreaming gefasst. Erste Maßnahmen sind eingeleitet worden, z.B. gleichstellungspolitische Checks von Kabinetttvorlagen in Sachsen-Anhalt.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat 2001 das Madrid Statement verabschiedet. Unter dem Titel „Mainstreaming gender equity in health: The need to move forward“ werden Prinzipien und Empfehlungen formuliert, die auf eine geschlechtersensible Gesundheitspolitik in den Mitgliedsländern der WHO abzielen, aber auch die notwendigen Prozesse in der WHO selbst nicht ausklammern. So ist die WHO aufgerufen, gendersensible Indikatoren zu entwickeln, um in der Gesundheitsberichterstattung tatsächlich die Unterschiedlichkeiten zwischen den Geschlechtern abbilden zu können und um auf dieser Grundlage eine geschlechtergerechte Gesundheitspolitik verwirklichen zu können.

Das Konzept des Gender Mainstreaming ist mehr und mehr auch auf die Arbeit einzelner Institutionen bezogen worden. Der Gebrauchswert weitet sich über den Politikbereich in verschiedene Praxisbereiche aus. So können z.B. alle Arbeitsroutinen, alle Personalentscheidungen von Institutionen, alle Geldströme unter Genderkriterien analysiert und bewertet werden. Für den Psychotherapiebereich könnten die Fragen wie folgt aussehen: Wer macht in einer psychosozialen Beratungsstelle welche Arbeit? Ist eine bestimmte Hierarchie mit den Geschlechtern verbunden? Ist die der psychotherapeutischen Arbeit zugrunde liegende Theorie geschlechtersdifferenziert oder hat sie einen sog.

Gender Bias, d.h. weist sie bezogen auf die Relevanz für beide Geschlechter Verzerrungen auf? Werden in der psychotherapeutischen Arbeit die geschlechtsbezogenen biografischen Risiken genügend berücksichtigt? Kommt es zu Ungleichbehandlungen von Patienten und Patientinnen, die auf das Geschlecht zurückgeführt werden können (z.B. persönliche Vorlieben der PsychotherapeutInnen; Schwierigkeiten in der Finanzierung, die gehäuft bei einem Geschlecht auftreten; ungleiche Auswahl der Behandlungsmethode bei ähnlichem Krankheitsbild)? Die Bearbeitung dieser und ähnlicher Fragen bringen die in der praktischen Arbeit Tätigen voran, um auf der Grundlage solcher Analysen eine geschlechtergerechte Arbeit entwickeln zu können.

Ziele und Methoden des Gender Mainstreaming

Damit eine Organisation erfolgreich Gender Mainstreaming umsetzen kann, ist das politische Wollen und Engagement der Spitze notwendig. D.h. die Führungsebene muss eingebunden sein und diesen Prozess mittragen. Stiegler (2001) verweist darauf, dass „sich in der Praxis die Einrichtung von Gender-Beauftragten und ggf. Fachressorts für Geschlechterpolitik als günstig erwiesen“ haben (S. 13).

Ebenso wichtig ist es, fachliche Kompetenzen zu haben oder aufzubauen, um die Geschlechter-Analysen durchführen zu können. Wie kommt nun eine Institution an diese Geschlechter-Kompetenz? Zum einen kann sie durch so genannte Flying experts eingekauft werden. Um aber z.B. alle Arbeitsroutinen zu überprüfen wäre es gut, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter würden ein gewisses Maß an Geschlechtersensibilität erwerben. Die Landesverwaltung Sachsen-Anhalt hat als langfristiges Ziel formuliert,

alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die an politischen Konzepten und Maßnahmen mitwirken, in die Lage zu versetzen, die gleichstellungsrelevanten Aspekte ihres jeweiligen Politik- und Tätigkeitsfeldes zu erkennen und in ihr praktisches Handeln einzubeziehen. Das Ergebnis dieses Prozesses wird mit dem Begriff „gender-Kompetenz“ gefasst. (Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt, o. J., S. 17).

Das geeignete Instrument dazu sind Gendertrainings und Bildungsmaßnahmen, um geschlechterdifferenzierte Informationen zu erarbeiten.

Gender Mainstreaming will einen Kulturwandel herbeiführen. Die Schaffung von Gleichheit soll ein allseitig anerkanntes Ziel werden, das mit einer Gesamtstrategie und großen Kraftanstrengungen, mit entschiedenem politischen Willen und dem Dreiklang „Sensibilisieren, Bewusstmachen, Ausbilden“ realisiert wird. Dabei werden von der Europäischen Kommission z.B. „Gender Impact Assessment“ und „Gender Proofing“ empfohlen. Das „Gender Impact Assessment“ führt die Bewertung aller Maßnahmen auf ihre geschlechtsspezifischen Auswirkungen als ein Routineverfahren ein, d.h. es wird immer und selbstverständlich – als Routine – angewandt. Das „Gender Proofing“ ist eine Gleichstellungsprüfung, um sicherzustellen, dass alle Legislativvorschläge, Strategiepapiere, Gemeinschaftsaktionen der EU dem Ziel der Chancengleichheit tatsächlich gerecht werden.

Die dafür notwendigen Instrumente können in drei Gruppen eingeteilt werden: analytische Instrumente, Bildungstechniken und -instrumente sowie Konsultationsinstrumente. Analytische Instrumente, die hilfreich sind, um die Sachlage einzuschätzen, sind nach beiden Geschlechtern aufge-

schlüsselte Statistiken, Kosten-Leistungs-Analysen, Checklisten, Leitlinien, Geschlechterverträglichkeitsprüfungen. Bildungstechniken sind breitgefächerte Schulungen, Bewusstseinsbildungsprozesse durch Gender-Trainings; Konsultationsinstrumente sind z.B. Lenkungsausschüsse, Arbeitsgruppen, Anhörungen.

Gender Mainstreaming und andere geschlechterpolitische Strategien

Nach Stiegler (1998; zit. nach Stiegler, 2001) hat Geschlechterpolitik mindestens vier Säulen: die Normierung der Ziele, was sich auf Gesetzgebung, Leitbilder und Programme bezieht; die Quotierung als Umkehrprozess des Ausschlusses; das Gender Mainstreaming-Prinzip als Verbesserung politischer Entscheidungen; die autonomen Strukturen und die autonome Praxis der Frauen. Diese vier Säulen stärken sich gegenseitig.

Das Mainstreaming-Prinzip darf auf der anderen Seite aber nicht als Rechtfertigung für die Abschaffung spezieller Gleichberechtigungsmaßnahmen benutzt werden. Mainstreaming heißt keineswegs, dass Forderungen nach Gleichberechtigung mit dem Argument abgetan werden können, die Arbeit für Gleichberechtigung sei doch bereits in allen anderen Aktivitäten enthalten. Zusätzlich dazu, dass die Gleichberechtigung als fester Bestandteil in alle politischen Maßnahmen eingebunden wird, brauchen wir dennoch weiterhin spezielle Gleichberechtigungsmaßnahmen, Gleichberechtigungsreferate, -beauftragte und Geldmittel. Nur so können wir auch tatsächlich die Umsetzung des Mainstreaming-Prinzips sichern (Ausschuss für soziale Angelegenheiten und Beschäftigung, 1997, S. 20; zit. nach Frauenbüro Wien, 2000).

Gender Mainstreaming und Frauenförderpolitik werden als Komplementär-

strategien (Frauenbüro Wien, 2000) oder als Doppelstrategie bezeichnet, wobei Gender Mainstreaming die bisherige Frauenpolitik um eine strukturbezogene Komponente erweitert (Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt, o. J.).

Kritik am Gender Mainstreaming

Seitdem das Gender Mainstreaming-Konzept auf dem Markt ist, werden zwei Ängste wach. Zum einen geht die Angst um, dass die klassische Frauenförderpolitik unter dem neuen Ansatz leiden muss – d.h. es wird erwartet, dass Mittel umgeschichtet werden und Frauenfördermittel zusammengestrichen werden. Jede offizielle Erklärung zu Gender Mainstreaming betont bislang, dass eine Doppelstrategie gewollt und gemeint ist, kein Ausspielen der beiden Strategien gegeneinander. Dennoch muss die Frauenszene wachsam bleiben und z.B. das Installieren von Genderbeauftragten kritisch begleiten.

Zum Zweiten keimt die Befürchtung, dass Mittel von der Frauenförderung in die Männerförderung abwandern. In der österreichischen Stadt Wien kann dieser Prozess zurzeit im Bereich Gesundheit beobachtet werden.

Von feministischer Seite wird beklagt, dass die Vielfältigkeit der Debatten um Gender, Gleichheit und Differenz keinen Niederschlag im Ansatz von Gender Mainstreaming findet. Das Referenzsystem fehle vollständig.

Der Anspruch der feministischen „Gender“-Debatte, Geschlechterrollen als konstruierte und dekonstruierbare vorzuführen, scheint in der Vorgabe von „Gender Mainstreaming“ nicht politikfähig zu sein. Vielleicht verweist gerade das aber auch auf die Schwachstellen der Genderdiskussionen, nämlich ihre Ausblendung der

Gewalt, der materiellen, kapitalistischen Grundlagen der Geschlechterhierarchien und der Grenzen einer ideologischen Dekonstruktion derselben (Weinbach, 2001, S. 9).

Es wird eine öffentliche Diskussion über die verschiedenen Geschlechterbegriffe verlangt. So führen gleichheitstheoretische und differenztheoretische Ansätze sowie das Konzept des Geschlechts als Kontinuum jeweils zu anderen politisch-ideologischen Möglichkeiten bzw. Ein- und Ausschlüssen (Gries, Holm & Störtzer, 2001). Gender Mainstreaming wird vorgehalten, eine modernisierte Hierarchiepolitik zu formulieren.

Wichterich (2001) beschreibt, was geschehen ist, seit die neuen Frauenbewegungen in den neunziger Jahren „ihre Gehversuche in der internationalen Politikarena machten“ (S. 128). Sie meint damit die politischen Handlungszusammenhänge rund um die UN-Konferenzen, strategisch ausgerichtet auf die Beeinflussung institutionalisierter Politik auf nationaler und internationaler Ebene. Politisch sehr unterschiedliche Kräfte, Frauen-NGOs, Netzwerke und feministische Aktivistinnen schlossen sich nach Wichterich zu einer global women's lobby zusammen. Dadurch haben sich Organisations- und Politikformen verändert. Als dominante Politikformen, die angewendet wurden und werden, macht Wichterich Lobbying und Gender Mainstreaming aus. Expertisen von Frauenprojekten und NGOs werden auf Zeit von Regierungen, Ministerien und Behörden eingekauft. So ist weltweit ein Mainstreaming-Markt entstanden. „Alvarez spricht in Bezug auf Lateinamerika von einem ‚Boom von Unterauftragsvergabe‘ durch Regierungen, Ministerien und Behörden an NGOs und frauenpolitischen Consultings als ‚Wachstumsbranche‘“ (Wichterich, 2001, S. 131). Viele Aktivistinnen qualifizierten sich durch postgraduierte

Studiengänge zu Organisationsentwicklung und Qualitätsmanagement weiter. Die NGO avancieren, so Wichterich, durch diese Interaktionen und Kooperationen mit politischen Institutionen zur Co-Elite. Dies wiederum führe zu differenzierten und hierarchischen Strukturen. „Stattdessen hat durch die Partizipation von Frauen-NGOs und durch ihre Kooperation mit politischen Institutionen eine technokratische Bearbeitung des Gender-Ansatzes mit der Entwicklung von Verfahrenstechniken, Mechanismen und Instrumenten, von Gender Trainings über Gender Budgets bis zur Quotierung“ (ebd., S. 133).

Ausblick

Die Kritikpunkte machen deutlich, was zu tun ist, um Gender Mainstreaming nicht zum Handlanger der jetzigen Machteliten verkommen zu lassen. Die differenzierte Diskussion, die das Referenzsystem des Genderbegriffes umfasst, ist bei der Umsetzung von Gender Mainstreaming bedeutsam. Eine wachsame Beobachtung der gesamtpolitischen Bewegungen und Budgetierungen rund um Gender Mainstreaming-Beschlüsse, ein sorgsames Einmischen und kritisches Begleiten dieser Prozesse durch die Frauenbeauftragten und weitere mit Genderkompetenzen ausgestattete Personen ist notwendig.

Gender Mainstreaming verspricht trotz aller Kritik neue Blickwinkel, die Einsicht in neue Zusammenhänge, verspricht Inspiration. Geschlechtersensible Analysen erbringen erstaunliche Ergebnisse. Um dies zu verdeutlichen, soll ein Beispiel aus der Gesundheitsversorgung – hier der Rehabilitation – angeführt werden: Bei der beruflichen Rehabilitation der Rentenversicherer ist zu verzeichnen, dass, bezogen auf die Anzahl der Pflichtversicherten, Männer mehr als doppelt so viele Leistungen wie weibliche Versicherte erhalten. Das gilt auch für die besonders kosten-

trächtigen beruflichen Rehabilitationsleistungen wie Aus-, Fort- und Weiterbildungen. Die genauen Ursachen dafür sind noch nicht geklärt. Dieser Sachverhalt kann vorerst als Folge eines Ausbildungsangebotes interpretiert werden, das sich an den Bedürfnissen von Männern orientiert: wohnortfern, langfristig, ganztägig (vgl. Röckelein, 2001, S. 50f.). Dazu kommt die Tatsache, dass ein deutlich von Männern dominiertes Angebot Frauen auch wegen der Lernbedingungen schrecken kann. Bislang ist unklar, wie ein Angebot aussehen müsste, das Frauen angemessen berücksichtigt und von diesen auch wirklich angenommen würde.

Gender Mainstreaming verspricht Geschlechtergerechtigkeit und ein neues Miteinander von Frauen und Männern, ein Verteilen der Verantwortung und Zuständigkeit für Genderfragen auf beide Geschlechter. Langfristig kann das die Beziehungen zwischen den Geschlechtern erheblich verändern. Es ist davon auszugehen, dass diese Veränderungen auch im psychosozialen Bereich ihren Niederschlag finden werden.

Brück, B., Kahlert, H., Krüll, M., Milz, H., Osterland, A. & Wegehaupt-Schneider, I. (1992). *Feministische Soziologie. Eine Einführung*. Frankfurt/New York: Campus Verlag.

Busfield, J. (1996). *Men, Women and Madness*. Basingstoke: Macmillan.

Council of Europe (Ed.). (1998). *Gender Mainstreaming – Konzeptueller Rahmen, Methodologie und Beschreibung bewährter Praktiken*. Schlussbericht über die Tätigkeit der Group of Specialists on Mainstreaming (German Version). EG-S-MS (98) 2. Strasbourg.

Davies, C. (1992). *Gender, History and Management Style in Nursing: Towards a Theoretical Synthesis*. In M. Savage & A. Witz (Eds.), *Gender and*

- Bureaucracy. Oxford: Blackwell.
- Frauenbüro Magistrat der Stadt Wien* (2000). Leitfaden Gender Mainstreaming. Wien: Selbstverlag.
- Gries, P., Holm, R. & Stötzer, B.* (2001). Karriere eines feministischen Konzeptes? Der „Gender“-Begriff in der Diskussion. *Forum Wissenschaft*, 2, 11-14.
- Miers, M.* (2001). Sexus und Pflege. *Geschlechterfragen und Pflegepraxis*. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber.
- Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt* (Hrsg.). (o. J.). Gender Mainstreaming in Sachsen-Anhalt. Magdeburg: Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt.
- Mückenberger, U. & Tondorf, K.* (2000). Das Konzept des Gender Mainstreaming. Definitionen, Ziele, Inhalte. In Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales (Hrsg.), *Gender Mainstreaming. Informationen und Impulse* (S. 7). Hannover: Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales.
- Röckelein, E.* (2001). Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung und Bedeutung geschlechtsspezifischer Rehabilitationsforschung. In U. Worringer & C. Zwingmann (Hrsg.), *Rehabilitation weiblich-männlich. Geschlechtsspezifische Rehabilitationsforschung* (S. 39-53). Weinheim/München: Juventa.
- Schunter-Kleemann, S.* (2001). Doppelbödiges Konzept. Ursprung, Wirkungen und arbeitsmarktpolitische Folgen von „Gender Mainstreaming“. *Forum Wissenschaft*, 2, 20-24.
- Schweikert, B.* (2001). Alles Gender – oder? Die Implementierung von Gender Mainstreaming auf Bundesebene. Informationen für die Beratungs- und Vermittlungsdienste –ibv, 20, 1267-1282.
- Stiegler, B.* (2001). Wie Gender in den Mainstream kommt. Konzepte, Argumente und Praxisbeispiele zur EU-Strategie des Gender Mainstreaming (Expertisen zur Frauenforschung). Bonn: Friedrich Ebert Stiftung, Abteilung Arbeit und Sozialpolitik.
- Weinbach, H.* (2001). Über die Kunst, Begriffe zu fluten. Die Karriere des Konzepts Gender Mainstreaming. In *Forum Wissenschaft*, 2, 6-10.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO)* (2001). Madrid Statement. Mainstreaming gender equity in health: The need to move forward. *Gender Mainstreaming Health Policies in Europe*, Madrid, Spain, 14. September 2001.
- Wichterich, C.* (2001). From Passion to Profession? Mehr Fragen als Antworten zu Akteurinnen, Interessen und Veränderungen politischer Handlungsbedingungen der neuen internationalen Frauenbewegung. *Zeitschrift für Frauenforschung und Geschlechterstudien*, 19 (1+2), 128-137.

Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. Ute Sonntag
Landesvereinigung für Gesundheit
Niedersachsen
Fenskeweg 2
30165 Hannover
LV-Gesundheit.Nds@t-online.de

Auf dem Weg zu einer Bundespsychotherapeutenkammer

Historische Ausgangspunkte und Perspektiven für eine Bundesvertretung der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Die Entwicklung der Psychotherapie und der sie fundierenden wissenschaftlichen Grundlagendisziplinen blickt in Deutschland auf eine weit über 100-jährige Geschichte zurück. Viele der auch heute noch aktuellen Probleme des Fachs und der Profession wie der nur langsam abklingende Schulstreit und die geringe Anerkennung der Psychotherapie in der Medizin und in der Gesellschaft markierten schon früh die Wegstrecke. Bevor wir uns den aktuellen Aufgaben bei der weiteren gesellschaftlichen Verankerung der Profession der Psychotherapeuten zuwenden, halten wir deshalb einen historischen Rückblick auf die Ausgangspunkte der Psychotherapie in Deutschland für angezeigt. Dieser Rückblick ist unvollständig, weil er nur an wenigen Stellen die internationale Vernetzung der Psychotherapieentwicklung aufzeigen kann. Wichtiger war uns hier, die Wechselwirkung zwischen der Professionalisierung der Psychotherapeuten und der rechtlichen Auseinandersetzung mit der Stellung der psychisch kranken Menschen in unserer Gesellschaft aufzuzeigen.

Historische Ausgangspunkte

- 1879 Wilhelm Wundt gründet das erste Psychologische Labor in Leipzig und legt damit die Grundlagen für eine nomothetisch ausgerichtete experimentelle Psychologie.
- 1895 Sigmund Freud entwickelt zusammen mit Josef Breuer in den „Studien über Hysterie“ erste Ansätze für eine psychoanalytisch orientierte Neurosenlehre.

Emil Kraepelin stellt die Forderung auf, psychische Phänomene, die für die Psychiatrie von Bedeutung sind, auf experimentalpsychologischer Grundlage zu analysieren und legt später die Grundlagen für die psychiatrische Klassifikation psychischer Störungen, die heute noch international Beachtung finden.

- 1896 Lightner Witmer, der bei Wundt in Leipzig promoviert hat, etabliert in Philadelphia, USA die erste „Psychologische Klinik“ und behandelt dort körperlich und geistig behinderte Kinder. Auf seine Wortschöpfung geht die Bezeichnung „Klinische Psychologie“ als Anwendungsfach der Psychologie zurück.
- 1903 Gründung der „Deutschen Gesellschaft für experimentelle Psychologie“, die 1904 in „Deutsche Gesellschaft für Psychologie“ umbenannt wird und seitdem die Interessen der an den Universitäten in Lehre und Forschung tätigen Psychologen vertritt.
- 1910 Karl Abraham, Schüler von Eugen Bleuler und C.G. Jung gründet in Berlin die psychoanalytische Vereinigung als Ortsgruppe der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung.
- 1912 Erscheint unter der Herausgeberschaft von Wilhelm Specht der 1. Band der Zeitschrift „Pathopsychologie“. Hugo Münsterberg veröffentlicht dort im selben Jahr sein Konzept der Pathopsychologie, das in Abgrenzung zu der am Krankheitsbegriff orientierten Psychopathologie „Abnormalität“ als Steigerung oder Hemmung normalpsychologischer Prozesse begreift.

- 1917 Emil Kraepelin gründet in München die „Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie“, die 1924 unter der Trägerschaft der „Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft“ weitergeführt und seit 1954 unter der Bezeichnung „Max-Planck-Institut für Psychiatrie“ tätig ist. Die Forschungseinrichtung ist von Beginn an ein Ort der interdisziplinären Kooperation von Psychiatern und Klinischen Psychologen.
- 1919 Alfred Adler eröffnet die erste Erziehungsberatungsstelle auf psychoanalytischer und individualpsychologischer Grundlage in Wien.
- 1920 Gründung der ersten psychoanalytischen Poliklinik unter der Leitung von Karl Abraham, Max Eitington und Ernst Simmel in Berlin mit einer angegliederten Lehrereinrichtung. Bis zum Machtantritt der Nazis 1933 weltweit bedeutsamstes psychoanalytisches Behandlungs- und Ausbildungszentrum.
- 1926 Formelle Gründung der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft (DPG). Die heute noch gültigen Ausbildungs- und Zulassungsrichtlinien für Psychoanalytiker werden kodifiziert.
- Freud wendet sich in seinem Aufsatz „Zur Frage der Laienanalyse“ gegen die Vereinnahmung der Psychoanalyse durch Ärzte und deren alleinige Behandlungsberechtigung. Im Interesse innovativer Weiterentwicklungen dürfe die Psychoanalyse nicht von ihrer Verankerung in psychologischen und sozialwissenschaftlichen Grundlagendisziplinen abgeschnitten werden.
- 1936 Austritt der DPG aus der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung auf Druck der Nazis.
- Überführung des Berliner psychoanalytischen Instituts in das „Deutsche Institut für psychologische Forschung und Psychotherapie“ unter der Leitung eines Veters des „Reichsluftmarschalls“ Göring mit dem Auftrag, eine „Neue Deutsche Seelenheilkunde“ zu erarbeiten.
- 1938 Auflösung der DPG. Bis zum Kriegsbeginn verlässt eine große Zahl der Psychoanalytiker wie auch der akademischen Hochschullehrer für Psychologie Deutschland und emigriert in die USA.
- 1941 Einführung der Diplom-Prüfungsordnung für das Fach Psychologie. Der wissenschaftlich qualifizierte Diplom-Psychologe wird damit als akademischer Beruf etabliert.
- 1943 Erlass des Reichsministeriums des Innern für die Absolventen des Berliner Instituts für psychologische Forschung und Psychotherapie, die Berufsbezeichnung „Behandelnder Psychologe“ führen zu dürfen.
- 1946 Gründung des Berufsverbands Deutscher Psychologen (BDP) als berufliche Interessenvertretung der Diplom-Psychologen. Von Beginn an ist die Mehrzahl der Mitglieder in klinischen Anwendungsfeldern tätig.
- 1947 Gründung des Berliner Instituts für Psychotherapie als Nachfolgeeinrichtung des Göring-Instituts und Wiedererrichtung der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft (DPG).
- 1949 Gründung der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) mit dem Ziel, unabhängig vom Grundberuf und den jeweiligen psychoanalytischen Orientierungen ein gemeinsames berufspolitisches und wissenschaftliches Forum zu schaffen. Zentrale Dachorganisation für psychoanalytische Ausbildungsinstitute und berufspolitische Interessenvertretung der psychoanalytischen Fachgesellschaften.
- 1950 Abspaltung von Mitgliedern der DPG und Gründung der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung (DPV) mit dem Ziel, die Psychoanalyse Freud'scher Prägung in Deutschland zu revitalisieren und dadurch die Anerkennung der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung wieder zu erlangen.
- 1953 Gründung der Vereinigung der Analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (VAKJP) als psychoanalytisch ausgerichtete Fachgesellschaft und berufliche Interessenvertretung. Mitglieder können im Grundberuf Ärzte, Diplom-Psychologen oder Pädagogen unterschiedlicher Herkunft (Lehrer, Sozialpädagogen, Diplom-Pädagogen) sein.
- 1958 Einführung der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ für Ärzte im Rahmen der ärztlichen Weiterbildungsordnung.
- 1960 Gründung der Deutschen Gesellschaft für Analytische Psychologie (DGAP). Die Fachgesellschaft versteht sich als Interessenvertretung der auf C.G. Jung zurückgehenden analyti-

schen Psychologie. C.G. Jung hatte sich 1913 von Freud und seiner Trieblehre abgewandt und eine eigenständige Persönlichkeitstheorie auf philosophisch-religiöser Grundlage entwickelt.

1961 Der Bundesgerichtshof erkennt zivilrechtlich das Vorhandensein psychischer Störungen als Haftungsausschlussgrund an.

1963 Änderung des Arzt-Ersatzkassenvertrags: Nicht-Ärzte werden als Vertragsbehandler für die Mitglieder der Ersatzkassen ausgeschlossen. Psychoanalytisch qualifizierte Diplom-Psychologen können nicht mehr zu Lasten von Ersatzkassen abrechnen.

Gründung der Sektion Klinische Psychologie im BDP mit dem Ziel einer besseren beruflichen Interessenvertretung der heilberuflich tätigen Diplom-Psychologen.

1964 Das Bundessozialgericht erkennt psychische Störungen als behandlungsbedürftige Krankheiten im Sinne der Reichsversicherungsordnung an.

1965 Die in den Katamnesestudien von Annemarie Dührssen zusammengetragenen Hinweise für die Wirksamkeit psychoanalytischer Behandlungen bereiten den Weg für erste kassenrechtliche Regelungen der psychotherapeutischen Versorgung.

1967 Vereinbarung von Psychotherapie-Richtlinien zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Krankenkassen. Für analytisch orientierte Psychotherapie und tiefen-

psychologisch fundierte Psychotherapie werden beim Vorliegen akuter neurotischer Störungen Gesetzliche Krankenkassen leistungspflichtig. Behandlungsberechtigt sind nur psychotherapeutisch qualifizierte Ärzte. Einführung eines aufwendigen Antragverfahrens. Externe Gutachter überprüfen auf der Grundlage eines ausführlichen Therapieberichts des Psychotherapeuten, ob die Leistungspflicht der Krankenkasse befürwortet werden kann.

1968 Gründung der Gesellschaft zur Förderung der Verhaltenstherapie (GVT) durch am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München tätige Klinische Psychologen. Die Bezeichnung „Behavior Therapy“ als Oberbegriff für klinisch-psychologische Interventionsmethoden auf lernpsychologischer Grundlage wurde 10 Jahre früher von dem Psychologen Hans-Jürgen Eysenck in England und dem Arzt Joseph Wolpe in Südafrika in Abgrenzung von einstellungsorientierten Psychotherapieverfahren eingeführt. Seit der Mitte der 50er Jahre werden in den USA auf den amerikanischen Experimentalpsychologen Skinner zurückgehende operante Belohnungsverfahren zur Aktivierung von psychiatrischen Langzeitpatienten eingesetzt.

1970 Gründung der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) mit dem Ziel, den in den 40er Jahren von Carl Rogers in den USA entwickelten klientenzentrierten, später personenzentrierten genannten Psychotherapieansatz in Deutschland zu verbreiten. Die theoretischen Kernannahmen der Gesprächspsy-

chotherapie sind in der humanistischen Psychologie und in der Phänomenologie verankert.

Gründung der Deutschen Gesellschaft für Individualpsychologie (DGIP). Die Fachgesellschaft versteht sich in der Nachfolge von Alfred Adler, der 1911 aus der Wiener psychoanalytischen Vereinigung austrat und damit einem Ausschluss zuvorkam, weil er die Trieblehre von Freud kritisiert hatte. Im Zentrum der Neurosenlehre von Adler stehen soziale Fehlansprechungen aufgrund einer überwertigen Ich-Zentrierung des Individuums.

1972 Änderung der Psychotherapie-Richtlinien: Bald nach Inkrafttreten der ersten Psychotherapie-Richtlinien wird deutlich: Die psychotherapeutische Versorgung lässt sich allein durch Ärzte auch nicht annähernd sicherstellen. Die DGPT setzt sich dafür ein, psychoanalytisch qualifizierte Diplom-Psychologen an der Versorgung zu beteiligen. Zur Sicherstellung der Versorgung wird deshalb das sog. „Delegationsverfahren“ eingeführt, nach dem Diplom-Psychologen als Heilhilfspersonen der Ärzte bei Bedarf herangezogen werden können. Rechtlich und fachlich bedeutet dies die Subordination der Psychologischen Psychotherapeuten unter die Gesamtverantwortung des Arztes trotz vergleichbarer Qualifikation. Auch wirtschaftlich bleiben die Psychotherapeuten von den Ärzten abhängig, weil den Patienten kein Erstzugangsrecht zu einem Psychotherapeuten ihrer Wahl zusteht.

1973 Änderung der Rahmenprüfungsordnung für die Diplom-

Prüfung in Psychologie. Der Ausbau der Universitäten zu Beginn der 70er Jahre führt an zahlreichen Psychologischen Universitätsinstituten zur Errichtung von Lehrstühlen und Abteilungen für Klinische Psychologie. Die erweiterten Lehrkapazitäten ermöglichen praxisorientierte Schwerpunktsetzungen in den Anwendungsfächern der Psychologie. Dem trägt die neue Rahmenprüfungsordnung Rechnung.

Aus dem Bericht der WHO über die Rolle des Psychologen im psychosozialen Gesundheitswesen in Europa geht die zunehmende Bedeutung dieser Berufsgruppe bei der Prävention, Therapie und Rehabilitation psychischer Störungen und psychischer Komponenten von körperlichen Erkrankungen hervor.

1975 Der Deutsche Bundestag verabschiedet die Psychiatrie-Enquete, die eine umfassende Bestandsaufnahme der ambulanten und stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland enthält. Gefordert werden u.a. die rechtliche Gleichstellung der psychisch Kranken mit körperlich erkrankten Menschen, ein Ausbau der gemeindenahen Versorgung und eine Anerkennung der heilberuflichen Kompetenzen von Klinischen Psychologen durch ein Berufsgesetz.

1976 Neufassung der Psychotherapie-Richtlinien: Chronifizierte neurotische Störungen werden in den Indikationskatalog aufgenommen. Unter Berücksichtigung des 1974 in Kraft getretenen Gesetzes über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation im Rahmen der

GKV wurde die psychotherapeutische Behandlung von Behinderten zur Besserung ihres Zustandes und zur Wiedereingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft ebenfalls in den Indikationskatalog aufgenommen.

Der Deutsche Berufsverband für Verhaltenstherapie (DBV) und die Gesellschaft zur Förderung der Verhaltenstherapie (GVT) schließen sich zur Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) zusammen. Die neue Interessenvertretung der Verhaltenstherapeuten wendet sich strikt gegen Ausbildungseinrichtungen in privater Trägerschaft und fordert anstelle einer universitären Diplomprüfung ein Staatsexamen in Klinischer Psychologie, das zur Ausübung der psychologischen Heilkunde berechtigten soll.

1978 Die Bundesregierung legt einen Referentenentwurf für ein Psychotherapeutengesetz vor, das keine krankensicherungsrechtliche Integration der Psychologischen Psychotherapeuten enthält. Die Ausbildung und die Berufsausübung ist auf die analytisch orientierte Psychotherapie und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, die Gesprächspsychotherapie und die Verhaltenstherapie beschränkt. Aufgrund der Uneinigkeit der Psychotherapeutenverbände, Widerständen aus den Reihen der Ärzteschaft gegen die berufsrechtliche Gleichstellung und Bedenken der Krankenkassen gegenüber unkontrollierbaren Kostensteigerungen im Rahmen der GKV wird der Referentenentwurf zurückgezogen.

Gründung der Arbeitsgemeinschaft der Psychotherapeutischen Fachverbände (AGPF) als Zusammenschluss von Verbänden der Gestalttherapeuten, der systemischen Familientherapie, Körperpsychotherapie, Psychodrama, Transaktionsanalyse, Tanz- und Bewegungstherapie mit dem Ziel der Anerkennung und rechtlichen Absicherung ihrer der humanistischen Psychologie nahe stehenden Verfahren.

1979 Bestätigung des Ärztemonopols durch das Bundessozialgericht: Das Gericht verneint die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen für eine psychotherapeutische Behandlung durch einen Diplom-Psychologen.

1980 Arzt-Ersatzkassenvertrag Verhaltenstherapie: Die Kassenärztliche Bundesvereinigung schließt mit den Verbänden der Ersatzkassen einen Vertrag, in dem die Verhaltenstherapie im Rahmen des Delegationsverfahrens einbezogen wird. Der BDP ruft zum Boykott des Arzt-Ersatzkassenvertrags auf.

Gründung des Fachverbands für Klinische Verhaltenstherapie (FKV), in dem sich Ärzte und Diplom-Psychologen zusammenschließen, die bereit sind, sich am Delegationsverfahren zu beteiligen. Der FKV wird zum organisatorischen Zentrum der Ausbildungseinrichtungen für Verhaltenstherapie, die nach den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Diplom-Psychologen für das Delegationsverfahren qualifizieren.

1981 In der ehemaligen DDR wird der Fachpsychologe für Medi-

zin eingeführt, der heilberuflich mit den Ärzten gleichgestellt ist.

1983 Das Bundesverwaltungsgericht entscheidet, dass die Ausübung der Psychotherapie eine heilberufliche Tätigkeit darstellt. Solange eine auch aus der Sicht des Gerichtes wünschenswerte spezialgesetzliche Regelung für Diplom-Psychologen noch aussteht, benötigen sie deshalb berufsrechtlich eine Erlaubnis nach den Bestimmungen des 1939 verabschiedeten Heilpraktiker-Gesetzes.

Da die Behandlungsressourcen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nicht ausreichen, gelingt es dem BDP mit der Technikerkrankenkasse eine Vereinbarung zu schließen, wonach TK-Versicherte auch außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung eine Psychotherapie bei einem Diplom-Psychologen in Anspruch nehmen dürfen, sofern er die Qualifikationskriterien der Vereinbarung erfüllt. Zugelassene Verfahren im Rahmen der TK-Regelung sind die methodenintegrative Psychotherapie und die Verhaltenstherapie.

1984 Gründung der Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten als berufliche Interessenvertretung der im Delegationsverfahren tätigen Verhaltenstherapeuten. Vertreter der Vereinigung werden von Seiten der KBV an den Verhandlungen über die Veränderungen der Psychotherapie-Richtlinien und Psychotherapievereinbarungen beteiligt.

1987 Die Verhaltenstherapie wird endgültig als drittes Verfahren im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien anerkannt und

damit auch für Versicherte der Primärkassen geöffnet. Die Richtlinienpsychotherapie wird um die psychosomatische Grundversorgung ergänzt. Die neu eingeführten Leistungen (Diagnostik, verbale Interventionen, Hypnose und übende Verfahren) können von Ärzten mit entsprechender Qualifikation antrags- und genehmigungsfrei erbracht werden. Diplom-Psychologen sind dagegen auf Hypnose, auf antragspflichtige und übende Verfahren beschränkt.

1988 Das Bundesverfassungsgericht hält das Delegationsverfahren und die berufsrechtlich erforderliche Erlaubnis nach dem HPG für verfassungskonform, gibt aber in der Urteilsbegründung zu erkennen, dass eine spezialgesetzliche Regelung für heilberuflich tätige Diplom-Psychologen berufs- und gesundheitspolitisch wünschenswert sein kann.

1989 Richtlinien der Föderation Deutscher Psychologenvereinigungen (BDP und Deutsche Gesellschaft für Psychologie) für den Bildungsgang zum Klinischen Psychologen / Psychotherapeuten als Gegenposition zu den Qualifikationsanforderungen im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien werden verabschiedet.

1990 Die Bundesgesundheitsministerin Frau Prof. Dr. U. Lehr, Psychologin von Beruf, legt Eckpunkte für ein Psychotherapeutengesetz vor.

1991 Das im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums unter Federführung von Prof. Dr. A.E. Meyer, Arzt und Psychoanalyti-

ker, erstattete Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes wird veröffentlicht. Es konstatiert eine gravierende Fehl- und Unterversorgung im Bereich der Psychotherapie und empfiehlt die gesetzliche Anerkennung der heilberuflichen Kompetenz der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

1992 Gründung des Deutschen Psychotherapeutenverbands (DPTV) als Berufsverband der Psychologischen Psychotherapeuten. Nachdem die Auseinandersetzungen im BDP über eine rechtlich selbständige Aussehenvertretung der Interessen der heilberuflich tätigen Psychologen nicht konstruktiv gelöst werden können, beschließen führende Mitglieder des BDP und der Sektion Klinische Psychologie einen eigenständigen Berufsverband zu gründen. Die Voraussetzungen für die Mitgliedschaft entsprechen den berufsrechtlichen Übergangsbestimmungen des Gesetzentwurfs von 1993.

Die Deutsche Akademie für Verhaltenstherapie und der Fachverband für Klinische Verhaltenstherapie schließen sich zum Deutschen Fachverband für Verhaltenstherapie (DVT) zusammen, der in erster Linie die Interessen der von der KBV anerkannten Ausbildungseinrichtungen für Verhaltenstherapie vertritt.

Zur Bündelung der Interessenvertretung im Rahmen der Anhörungen während des Gesetzgebungsverfahrens bilden die Verbände, deren Mitglieder

überwiegend im Rahmen der Kostenerstattung tätig sind (AGPF, BDP, DGVT, DPTV, DGPs, GwG, GNP) die Arbeitsgemeinschaft Psychotherapie (AGPT). Die Vertreter der Verbände, deren Mitglieder im Rahmen des Delegationsverfahrens tätig sind (BVVP, DGAP, DGIP, DGPT, DPV, DVT, VAKJP, Vereinigung) bilden als Pendant die Arbeitsgemeinschaft der Richtlinienverbände (AGR).

1993 Die Bundesregierung legt nach langwierigen Anhörungen der Verbände der Psychotherapeuten und der Ärzteschaft einen Entwurf für ein Psychotherapeutengesetz vor. Der Gesetzesentwurf sieht berufsrechtlich die heilberufliche Gleichstellung mit den Ärzten im Bereich der Psychotherapie vor, staatliche Rahmenvorgaben für die Ausbildung und für die berufsrechtlich bedeutsame wissenschaftliche Anerkennung von Psychotherapieverfahren ist ein Wissenschaftlicher Beirat als unabhängiges Expertengremium vorgesehen. Sozialrechtlich ist mit Zustimmung der KBV die Integration der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in die Kassenärztlichen Vereinigungen vorgesehen. Der Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen erhält für die Festlegung von Psychotherapie-Richtlinien auf der Seite der Leistungserbringer eine paritätische Zusammensetzung von psychotherapeutisch tätigen Ärzten, Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Für Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen wird eine Zuzahlungspflicht verankert.

Gründung des Verbands der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (VPP) als Sektion des BDP. Die Mitgliedschaft im VPP setzt die Mitgliedschaft im BDP voraus.

1994 Das Psychotherapeutengesetz wird wegen der Zuzahlungspflicht für Patienten im Bundesrat abgelehnt. Auch das Vermittlungsverfahren zwischen Bundesrat und Bundestag scheitert, weil die CDU/CSU-FDP Regierungskoalition an der Zuzahlungsverpflichtung festhält.

Der DPTV schließt mit den Bundesverbänden der Betriebs- und Innungskrankenkassen Empfehlungsvereinbarungen zur geregelten Kostenerstattung für den Fall ab, dass in der Regelversorgung wegen übermäßig langer Wartezeiten kein Therapieplatz zur Verfügung steht. Die ursprünglich auch für Gesprächspsychotherapie vorgesehene Kostenerstattung muss auf Intervention des Bundesgesundheitsministeriums entfallen. Die Empfehlungsvereinbarungen bleiben damit auf die Richtlinienverfahren beschränkt.

Der Inhaber des Lehrstuhls für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Bern, Prof. Dr. K. Grawe veröffentlicht seine umfangreiche Bestandsaufnahme zur Wirksamkeit der Psychotherapie unter dem Titel: „Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession“. Seine empirisch gestützten Schlussfolgerungen zur differentiellen Wirksamkeit der Verhaltenstherapie im Vergleich zur Ge-

sprächspsychotherapie, tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und analytisch orientierten Psychotherapie lösen kontrovers geführte Diskussionen zur Relevanz von randomisierten Therapiestudien zur Beurteilung der klinischen Wirksamkeit von Psychotherapieverfahren aus.

1996 Das Landessozialgericht von Nordrhein-Westfalen hebt die Empfehlungsvereinbarungen des DPTV und die TK-Regelung des BDP auf Antrag der KBV als rechtswidrig auf. Vertragspartner der Krankenkassen könnten auch im Bereich der Psychotherapie nur die Kassenärztlichen Vereinigungen und die KBV sein. Die sog. Kostenerstattungspsychotherapie außerhalb der Regelversorgung nimmt als Folge des Urteils stark ab. Der Druck auf den Gesetzgeber, ein mehrheitsfähiges Psychotherapeutengesetz zu verabschieden, nimmt weiter zu.

1997 Auf Initiative der AGPT findet in Bonn eine Demonstration anlässlich der ersten Lesung des neuen Regierungsentwurfs für ein Psychotherapeutengesetz statt. Ca. 4.000 Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten fordern die alsbaldige Verabschiedung des längst überfälligen Gesetzes zur Sicherung einer ausreichenden psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung.

Die außerordentliche Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung lehnt im September kurz vor den Anhörungen im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags den Gesetzentwurf

der Bundesregierung ab, der unter maßgeblicher Beteiligung des Vorstands und der Geschäftsführung der KBV erarbeitet worden war. Die Ablehnung richtet sich insbesondere gegen die vorgesehene Integration der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als „Nicht-Ärzte“ in die Kassenärztlichen Vereinigungen. Darüber hinaus werden bei einer Verabschiedung des PsychThG unvermeidbare Kostensteigerungen im Rahmen der GKV prognostiziert.

1998 Nach einem positiven Ergebnis des Vermittlungsverfahrens zwischen Bundesrat und Bundestag wird das Psychotherapeutengesetz im Februar im Bundestag verabschiedet, der Bundesrat stimmt im März trotz der weiter enthaltenen Zuzahlungspflicht für Patienten zu. Im berufsrechtlichen Teil setzen die SPD-regierten Länder eine erweiterte Indikation für Psychotherapie unter Einbeziehung körperlicher Erkrankungen durch. Um den Widerständen der Vertragsärzte Rechnung zu tragen, wird zusätzlich zum Psychotherapie-Budget für das Jahr 1999 für die sozialrechtliche Zulassung ein bis zur ersten Lesung des Gesetzes befristeter Nachweis verlangt, in den vorausgegangen drei Jahren zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen tätig gewesen zu sein. Der Umfang dieser Tätigkeit wurde vom Gesetzgeber im Gegensatz zu den berufsrechtlichen Übergangsbestimmungen nicht näher festgelegt. Nach Abschluss der übergangsdefinierten Zulassungsverfahren soll jetzt auch für die Psycho-

therapie eine Bedarfsplanung als Grundlage für eine Zulassungssteuerung greifen. Auf Intervention der SPD-Länder werden die Beratenden Fachausschüsse für Psychotherapie bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV zeitlich unbefristet eingeführt.

Die Psychotherapie-Richtlinien werden an die Bestimmungen des PsychThG angepasst. Der Kern der Richtlinien wie der Indikationskatalog, die zugelassenen Verfahren und deren zeitliche Kontingentierung, die Regelungen zur Einzel- und Gruppenpsychotherapie sowie das Verbot der Verfahrenskombination und das Gutachterverfahren bleiben dabei unangetastet. Neu eingeführt werden Psychologische Psychotherapeuten als Gutachter und ab Januar 2000 der Nachweis einer Mindestanzahl von gutachterlich befürworteten Therapieanträgen als Voraussetzung für die Befreiung der Gutachterpflichtigkeit von Anträgen für Kurzzeittherapien.

Anpassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für Ärztliche Leistungen (EBM) an die Bestimmungen des PsychThG.

Konstituierung des Wissenschaftlichen Beirats für Psychotherapie an der Bundesärztekammer. Der Beirat ist mit 6 in der Psychotherapieforschung ausgewiesenen Ärzten, 4 Vertretern der Psychologischen Psychotherapeuten und 2 Vertretern der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten besetzt. Die Benennung durch das Bundesgesundheitsministerium erfolgt auf Vorschlag der AGPT und der AGR.

Verabschiedung des Solidaritätsstärkungsgesetzes, das die Zuzahlungspflicht für Psychotherapiepatienten aufhebt und eine teilweise Verbesserung des Psychotherapie-Budgets für das Jahr 1999 vorsieht.

1999 Das Psychotherapeutengesetz tritt am 1. Januar in vollem Umfang in Kraft.

In einer Reihe von Urteilen befindet das Bundessozialgericht über die Rechtmäßigkeit der Vergütung von psychotherapeutischen Leistungen im Rahmen der Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen in den Jahren 1993 – 1998. Das BSG sieht aufgrund der signifikanten Einkommensabstände der Psychotherapeuten im Vergleich mit den übrigen Arztgruppen den Gleichheitsgrundsatz des Grundgesetzes verletzt und legt als Punktwert für eine angemessene Vergütung den Betrag von 10 Pfennigen fest und verurteilt die betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen zu Nachvergütungen. Die KBV wirft dem BSG bei der Praxiskostenkalkulation betriebswirtschaftliche Unkenntnis vor. Die Kassenärztlichen Vereinigungen verzögern die Umsetzung der Honorarrechtsprechung des BSG.

Nach Abschluss der bedarfsunabhängigen Zulassungsverfahren im September (17.828 Zulassungsanträge wurden bearbeitet) sind im Bundesarztregister 9.681 zugelassene und 1.254 ermächtigte Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie 4.104 überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte er-

fasst. Auf der Grundlage der zugelassenen Psychotherapeuten werden die Verhältniszahlen (Relation der Psychotherapeuten zu Einwohnerzahlen) im Rahmen der Bedarfsplanung berechnet. Die nicht an einem fachlichen Bedarf und an den Tätigkeitsbedingungen im Bereich der Psychotherapie orientierte Ermittlung der Verhältniszahlen führt zu einer psychotherapeutischen Unterversorgung in mittelstädtisch und ländlich strukturierten Regionen und flächendeckend bei der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

Der Wissenschaftliche Beirat legt die Entscheidungskriterien für die wissenschaftliche Anerkennung eines Psychotherapieverfahrens fest. Danach müssen in mindestens vier Hauptanwendungsbereichen der Psychotherapie jeweils mindestens zwei kontrollierte Wirksamkeitsstudien vorgelegt werden, um als Vertiefungsverfahren im Rahmen der Psychotherapieausbildung anerkannt werden zu können. Das Vorgehen des Wissenschaftlichen Beirats wird in der Fachöffentlichkeit und in der Rechtsliteratur kontrovers diskutiert. Auf der Grundlage dieser Entscheidungskriterien wird ein Antrag der systemischen Familientherapeuten auf Anerkennung abgelehnt, die Gesprächspsychotherapie nur als Zweitverfahren anerkannt.

Das Gesundheitsreformgesetz 2000 legt als Konsequenz der Honorarrechtsprechung des BSG in § 85 SGB V fest, dass zeitgebundene psychotherapeutische Leistungen im Rah-

men der Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen angemessen vergütet werden müssen.

2000 Nach der vorausgegangenen Novellierung der Heilberufekammergesetze der Bundesländer Bremen, Berlin und Niedersachsen werden in diesen Ländern erst Errichtungsausschüsse eingesetzt und dann Wahlen zu den Vertreterversammlungen und zu den Vorständen der als Körperschaften Öffentlichen Rechts konstituierten Psychotherapeutenkammern durchgeführt.

Das Bundesgesundheitsministerium verfügt im Rahmen einer Rechtsverordnung die Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP). Die Rechtsverordnung verweist auf die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und erklärt deren allgemeine Bestimmungen, die Grundleistungen sowie die psychotherapeutischen Leistungsinhalte als rechtsverbindliche Vorgaben für die Liquidation von psychotherapeutischen Privatbehandlungen.

Die nach Auslaufen des einjährigen Budgets für psychotherapeutische Leistungen erforderliche Neufestlegung der Vergütung für psychotherapeutische Leistungen führt im Bewertungsausschuss aufgrund einer Vorlage der KBV zu einer neuen Rechenformel, welche die Rechtsprechung des BSG ignoriert. Der Einkommensabstand der Psychotherapeuten im Vergleich zu den übrigen Arztgruppen wird damit fortgeschrieben.

Der Wissenschaftliche Beirat lehnt den Antrag der Vertreter des Psychotherapieverfahrens Psychodrama auf wissenschaftliche Anerkennung ab.

Das Bundessozialgericht urteilt im November über die Auslegung des sozialrechtlichen „Zeitfensters“ als Voraussetzung für eine bedarfsunabhängige Zulassung. Unter Rückgriff auf Vorgaben des Bundesverfassungsgerichtes sieht das Gericht in einer sozialrechtlichen Zulassung eine Privilegierung, die für den Ausnahmefall einer bedarfsunabhängigen Zulassung einen Härtefall voraussetzt. Ein Härtefall liegt nach Ansicht des BSG nur dann vor, wenn nachgewiesen werden kann, dass im Zeitfenster erkennbar eine berufliche Entscheidung getroffen wurde, die wirtschaftliche Existenz auf die Tätigkeit in niedergelassener Praxis zu gründen. Im Ergebnis schließt sich das BSG damit den Empfehlungen der KBV an, für eine bedarfsunabhängige Zulassung den Nachweis von jährlich mindestens 250 Behandlungsstunden zu Lasten der GKV zu verlangen. Das Urteil löst insbesondere unter ehemaligen Kostenerstattungspsychotherapeuten große Enttäuschung aus. Kritisiert wird, dass das Gericht bei seiner Sachverhaltsermittlung die in der jüngsten Vergangenheit zunehmend größeren wirtschaftlichen Schwierigkeiten übersehen hat, auf der Grundlage der Kostenerstattung eine wirtschaftliche Existenz zu gründen und dass dabei auch die Absicht des Gesetzgebers ignoriert werde, zur Sicherstellung einer flächendeckenden psychothe-

rapeutischen Versorgung einen Großteil der ehemaligen Kostenerstattungspsychotherapeuten in das Regelsystem zu integrieren.

- 2001 Die Beihilfe-Richtlinien werden durch Erlass des Bundesinnenministeriums endgültig an die Bestimmungen des PsychThG angepasst. Beihilfefähig sind wie im Rahmen der GKV analytisch orientierte Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie. Voraussetzung für die Behandlungsberechtigung ist neben der Approbation der durch Eintrag in das Arztregister einer Kassenärztlichen Vereinigung bestätigte Fachkundenachweis.

Die Verfassungsbeschwerden gegen die Zeitfenster-Urteile des BSG werden durch das Bundesverfassungsgericht abgelehnt. Die vorprüfenden Verfassungsrichter sehen in der Urteilsbegründung des BSG keine gravierenden Verstöße gegen verfassungsrechtliche Normen.

Nach den Wahlen zur Vertreterversammlung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen ist auch im größten Bundesland die autonome berufsrechtliche Selbstverwaltung der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten förmlich konstituiert.

- 2002 Konstituierung der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Hessen und Rheinland-Pfalz

Das Bundessozialgericht revidiert seine frühere Rechtsprechung zum Umfang der zuläs-

sigen Nebentätigkeit eines Vertragsarztes bzw. Vertragspsychotherapeuten und beschränkt sie auf 13 Stunden pro Woche. Eine Halbtags­tätigkeit im Rahmen eines Anstellungsvertrags sei mit den Pflichten eines Vertragspsychotherapeuten, der psychotherapeutischen Versorgung von Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen zur Verfügung zu stehen, nicht vereinbar. Darüber hinaus sei ein Psychotherapeut, der am selben Ort, an dem er seine Praxis hat, in einer Beratungsstelle tätig sei, nicht für die Zulassung als Vertragspsychotherapeut geeignet, weil bei den Klienten der Beratungsstelle dadurch die Freiheit der Therapeutenwahl beeinträchtigt sein könnte.

Der Wissenschaftliche Beirat erkennt die Gesprächspsychotherapie als Schwerpunktverfahren im Rahmen der Psychotherapieausbildung an, beschränkt die Anerkennung aber auf die Psychotherapie bei Erwachsenen.

Die Präsidentinnen und Präsidenten der Psychotherapeutenkammern von Baden-Württemberg, Berlin, Bremen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz sowie die Vorsitzenden der Gründungsausschüsse der Psychotherapeutenkammern von Bayern, Hamburg, Hessen und Sachsen gründen zur Koordinierung der Arbeit der Länderkammern und zur Vorbereitung der Gründung einer Bundespsychotherapeutenkammer eine Arbeitsgemeinschaft. Zur Unterstützung der Arbeit der AG werden Arbeitsgruppen zur Erarbeitung einer Satzung der

Bundespsychotherapeutenkammer und zur Vorbereitung einer Musterberufsordnung sowie für eine Musterweiterbildungsordnung eingerichtet.

Die Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Berlin, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen fordern die Anerkennung der Gesprächspsychotherapie im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien durch den Bundesausschuss Ärzte – Krankenkassen in der besonderen Zusammensetzung für Fragen der Psychotherapie.

Die neuen Aufgaben der Landespsychotherapeutenkammern

Landeskammern für die Berufe der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten werden auf der Basis von Heilberufs- bzw. Heilkammergesetzen gegründet. Da Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten einen neuen Heilberuf repräsentieren, sind sie in Analogie zu den anderen Heilberufen zu „verkammern“. Aus den Heilberufsgesetzen ergibt sich die Aufgabenstellung der Kammern:

Sie entlasten zuallererst den Staat von Berufsaufsichtspflichten durch Selbstverwaltung und Selbstkontrolle des Berufsstandes.

Sie haben einer ausreichenden und qualitativ hochwertigen gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung zu dienen. So sind ihnen auch die Aufgaben der Aus-, Fort- und Weiterbildung (bei einigen Kammern abhängig von der Entwicklung bundeseinheitlicher Regelungen vom Gesetzgeber zurückgestellt) und der Qualitätssicherung aufgetragen.

Nicht zuletzt sind sie die Vertretung des Berufsstandes in der Gesellschaft und gegenüber der Politik.

All dies sind zuerst länderspezifische Aufgaben bzw. Zielsetzungen, die nach der konkurrierenden Gesetzgebung des Bundes und der Länder in der BRD der Länderzuständigkeit unterliegen, während die Zuständigkeit für Ausbildungsgesetze, das Krankenversicherungsrecht und das Recht der Leistungserbringung im Rahmen der gesetzlichen Krankenkassen dem Bund zusteht. Die vielfältigen Überschneidungen von berufs- und sozialrechtlichen Fragestellungen im Rahmen der Berufsausübung der Psychotherapeuten bringen es mit sich, dass die Länderkammern auch im Bereich des Sozialrechts legitime Berufsinteressen vertreten, auch wenn sie dort keine unmittelbaren rechtlichen Zuständigkeiten besitzen. Da das Krankenversicherungsrecht Bundesangelegenheit ist, können die beruflichen Interessen der Psychotherapeuten aber nur dann effektiv gegenüber der Gesundheitspolitik vertreten werden, wenn es auch eine Bundesvertretung der Länderkammern gibt. Dasselbe gilt für die Gewährleistung einer bundes einheitlichen Weiterentwicklung der Profession, wie sie sich z.B. im Rahmen von Weiterbildungsregelungen und Qualitätssicherungsrichtlinien auf der Länderebene vollziehen wird. Ohne eine Bundesstruktur der Länderkammern wäre eine bundesweite Abstimmung und einheitliche Regelung der Inhalte von Berufs- und Weiterbildungsordnungen sowie ein länderübergreifender Konsens über die erforderlichen Maßnahmen zum Erhalt der beruflichen Kompetenz und zur Sicherung der Qualität der Berufsausübung organisatorisch nur schwer herstellbar. Wenn aufgrund dieser Sachnotwendigkeiten eine Bundespsychotherapeutenkammer entsteht, dann wird sie wie bei den Bundesvertretungen der übrigen akademi-

schen Heilberufe rechtlich als Verein der Landesammern zu konstituieren sein und kann wegen einer fehlenden gesetzlichen Grundlage nicht selbst als Körperschaft öffentlichen Rechts wie die Länderkammern etabliert werden.

Im folgenden gehen wir näher auf die Aufgaben der Kammern ein und geben jeweils Hinweise auf deren Implikationen für die Bundesebene.

Der Stand der Versorgung mit Psychotherapie

Versorgungsfragen haben eine länderspezifische Seite wegen der regionalen Ungleichverteilung der Behandlungsressourcen. Sie haben aber vor allem auch eine gesamtgesellschaftliche Dimension.

Wir müssen vorausschicken, dass wir zur ambulanten Versorgung aufgrund der vielen vorliegenden Studien mehr sagen können als zu den Notwendigkeiten und Gegebenheiten der psychotherapeutischen Versorgung, die in Institutionen stattfindet. Zu den Institutionen im ambulanten Bereich zählen wir in Übereinstimmung mit der Psychiatrie-Enquête von 1975 auch die Beratungsstellen mit ihren primär und sekundär präventiven Funktionen, zu den im stationären Bereich angesiedelten Institutionen gehören die psychiatrisch-psychotherapeutischen Abteilungen und Kliniken sowie die der Rehabilitation zugeordneten psychosomatischen Fachkliniken und neurologischen Kliniken.

Aus dem DAK –Gesundheitsreport 2002 entnehmen wir, dass in den letzten vier Jahren die Fehlzeiten wegen psychischer Störungen um 51% zugenommen haben. Immer mehr jüngere Versicherte sind von Depressionen betroffen. Die im DAK-Report berichteten Ergebnisse stimmen weitgehend

mit der von Wittchen und Jacobi in dieser Ausgabe vorgenommenen klinisch-epidemiologischen Abschätzung des Versorgungsbedarfs überein. Sind Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen nach dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes nun gerüstet für die dadurch aufgeworfenen Versorgungsprobleme?

Im Bundesarztregister waren Ende 2001 11.099 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene und 1.076 ermächtigte Psychologische Psychotherapeuten, 1.616 zugelassene und 149 ermächtigte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, 3.280 überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte und 5.664 nebenberuflich psychotherapeutisch arbeitende Ärzte eingetragen. Nach den Antragsstatistiken der Richtlinien-gutachter und einer auf früheren Statistiken beruhenden Schätzung der Anzahl der Kurzzeittherapien wurden im Jahr 2000 ca. 511.914 Fälle im Rahmen der GKV psychotherapeutisch behandelt. Gemessen an einem fachlich indizierten psychotherapeutischem Behandlungsbedarf von 10 % der Bevölkerung (vgl. Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, 2000; Wittchen & Jacobi in dieser Ausgabe) und unter Berücksichtigung, dass ca. 90 % der Bevölkerung im Rahmen der GKV versichert sind, ergibt dies einen Versorgungsgrad von ca. 7 %. Von einer fachlich angemessenen und effektiven psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung kann daher ebenso wie in früheren Analysen zum Stand der psychotherapeutischen Versorgung (Forschungsgutachten Meyer et.al.1991, ZI-Studie von Löcherbach 1999, Studie von Zepf u.a. 2001) auch heute noch nicht die Rede sein.

All dies erfährt eine dramatische Zuspitzung ins Katastrophennahe hinein, wenn man in den Osten der Re-

publik schaut. In schauriger Entsprechung finden sich hier die höchsten Pharmaverbräuche und die geringsten Psychotherapeutenzahlen. Ganze Landstriche sind ohne Psychotherapeuten. Und Besserung ist hier nicht in Sicht, vielmehr ist Ärztemangel bereits registriert und wächst dramatisch. Psychotherapeutenmangel, insbesondere ein Mangel an Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist schon lange die Regel. Die Ostsituation hat die Tendenz, sich auf die ganze Republik auszudehnen. Die aufgrund der Zulassungssperren und der Ausbildungskosten stark zurückgegangenen Nachwuchszahlen – in Relation zur Überalterung des Berufsstandes – lassen Versorgungsnotstände ersten Ranges heraufziehen. An die notwendige Konsequenz: Attraktivierung des Berufsbildes durch adäquate Bezahlung, volle Gleichberechtigung mit Ärzten und Bezahlung der Praxisphase in der Ausbildung, denkt in der Gesundheitspolitik bisher niemand. Vorauszuschauen ist bekanntlich nicht die Stärke unserer in Legislaturen denkenden Politik.

Ursächlich für die Versorgungs- und Nachwuchsmisere ist eine verfehlte Bedarfsplanung für den Bereich der Psychotherapie, die 1999 lediglich den Ist-Zustand der Versorgung mit Psychotherapie zum Ausgangspunkt nahm und heute Versorgungsgrade angibt, die Aussagen über die relative Verteilung von PP- und KJP-Praxen im Land machen, denen jedoch keine empirische Bedarfsermittlung zu Grunde liegt.

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen kommentiert die Mängel der psychotherapeutischen Bedarfsplanung in seinem Gutachten zur Über-, Fehl- und Unterversorgung wie folgt:

„Ein nach wie vor ungelöstes Problem bei der Bewertung eines bedarfsgerechten Versorgungsgrades ist der Zu-

sammenhang zwischen der Prävalenz diagnostizierter psychischer Erkrankungen und dem Behandlungsbedarf. Ferner fehlen geeignete Bedarfsplanungsmodelle zur zuverlässigen Ermittlung des tatsächlichen Behandlungsbedarfs. Dies betrifft u.a. die ambulante psychotherapeutische Bedarfsplanung, die im Grunde genommen eine Verteilungsplanung auf der Basis von normativ festgelegten Verhältniszahlen zwischen Ärzten und Einwohnern darstellt, wobei der Ist-Versorgungszustand zu einem bestimmten Stichtag mit einer zukünftigen Sollversorgung gleichgesetzt wird. Da bislang nicht davon ausgegangen werden kann, dass die gegenwärtige Ist-Zahl an Psychotherapeuten in allen unterschiedlichen Regionen Deutschlands den bedarfsadäquaten Versorgungsstand der Bevölkerung darstellt, werden durch das geltende Verfahren die bestehenden regionalen Versorgungsungleichgewichte festgeschrieben“.

Es ist nicht davon auszugehen, dass die gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen aufgrund der damit verbundenen Kosten und der Honorarverteilungsproblematik aus freien Stücken die Bedarfsplanung korrigiert. Die Psychotherapeutenkammern sind deshalb als Interessenvertretung der Psychotherapeuten und als Anwälte der Menschen, die unter behandlungsbedürftigen psychischen Störungen leiden, besonders gefordert, gegenüber dem hier allein zuständigen Bundesgesetzgeber die notwendigen Korrekturen durchzusetzen.

Psychotherapie in Institutionen

Wie wir angeführt haben, ist der Versorgungsbeitrag der Psychotherapie im stationären und außerstationären institutionellen Zusammenhang schwerer quantifizierbar, da er dort nicht im

einzelberuflichen sondern im multidisziplinären Umfeld erbracht wird. Wir wissen aber, dass dort gut die Hälfte unserer Mitglieder arbeiten und wir wissen auch, wie wichtig dies für die Kammern ist. Jetzt wird noch vielfach geklagt, die angestellten Kolleginnen und Kollegen seien unterrepräsentiert und kämen in den Kammern zu kurz. Das mag vielfach noch so sein und hat mit der länger eingeübten Interessenvertretung der Niedergelassenenverbände zu tun. Die angestellten und beamteten Kolleginnen und Kollegen sind aber für die Kammern als Verbindungsglied zwischen den Institutionen und der ambulanten Praxis sehr wichtig. Zum einen kommen die Niedergelassenen zu einem großen Teil aus dem Angestelltenbereich und haben ihre beruflichen Qualifikationen überwiegend in diesem Bereich erworben, zum anderen sind angestellte und beamtete Kollegen näher an moderneren Versorgungsformen angesiedelt. Hinzukommt, dass sie öfter als in der KV-Praxis multimethodisch qualifiziert und praktizierend sind. Sie sind also oft auch für die Integration von Schulen und Verfahren ein Stück weiter als es die Orthodoxie der Psychotherapie-Richtlinien erlaubt. Wenn wir davon ausgehen, dass die traditionelle psychotherapeutische Einzelpraxis mit Richtlinien-therapie ein respektables Standardmodell ist, das künftig aber eher an Bedeutung einbüßen wird, dann schauen wir zuerst auf zukünftige integrierte Versorgungsformen, auf Disease-Management-Programme und Public Health Aufgaben, die ohne Integration wissenschaftlicher und praktischer, stationärer wie ambulanten Versorgungsmodelle nicht denkbar sind. Wegen des Innovationspotentials in der institutionellen Versorgung müssen sich die Kammern insgesamt auf ihre Fahne schreiben, die Versorgung zu modernisieren und den Kolleginnen und Kollegen qualifikationsadäquate Arbeitsmöglichkeiten zu bieten. Es gibt ein Nachhinken von vielen berufsrelevanten

Regelungen, die noch nicht an der zentralen Norm des Psychotherapeutengesetzes: Heilberufliche Gleichstellung mit den Ärzten im Bereich der Psychotherapie angepasst sind. Hier steckt eine große Aufgabe, die Regelungs-

defizite – angefangen bei dem § 107 SGB V (Leitungsfunktionen in Kliniken) bis zur adäquaten Eingruppierung im BAT, von den Pflegsatzverordnungen, bis herunter zu landesspezifischen Heimrichtlinien – aufzuarbeiten.

sens und der gravierende Mangel an Vorbeugung nur von Spezialisten bemerkt werden, ohne dass in Talk-shows überhaupt darüber diskutiert würde. Mangel aber schafft Diskussionen, denn Besitzstände lähmen Reformanstrengungen. Das Sankt-Floriansprinzip regiert, wobei alle insgeheim auf einen langanhaltenden wirtschaftlichen Aufschwung hoffen. Auf diesem Hintergrund erscheint das Zustandekommen des PsychThG manchmal wie ein kleines Wunder. Bis heute besteht allerdings eine Hypothek des Gesetzgebers fort. Er wollte aus Psychotherapie + Medizin ein Nullsummenspiel machen. Psychotherapie sollte also möglichst nichts kosten. Sie soll sich ihr Geld aus den anderen medizinischen Töpfen holen. Vielleicht war es so gedacht, dass die Psychotherapie machtvoll bei Pharmaindustrie und Apparateindustrie einsammeln geht, mit der Kraft des guten Arguments? Aus der Minderheitensituation in den KVen sollte wohl durch bloße moralische Berechtigung mehr Gerechtigkeit kommen. Gekommen sind vor allem Berge an Arbeit für die Sozialgerichte, Ministerien, Petitionsausschüsse, KV-Gremien, ohne dass eine befriedigende Lösung bisher in Sicht gekommen ist. Wir stecken mit der Psychotherapie mitten in sog. Reformen und Versuchen der Kostendämpfung. Mal schaffen Budgetzwänge kannibalistische Konkurrenzen, mal haben andere Steuerungsinstrumente Konjunktur, die ähnliche Verwerfungen schaffen.

Kammeraufgaben bei der (Weiter-)Qualifikation ihrer Mitglieder und in der Qualitätssicherung

Für die Weiterentwicklung der Profession ist die Erschließung neuer Tätigkeitsfelder von besonderer Bedeutung. Die Fortschritte der Klinischen Psychologie und Neuropsychologie, der Gesundheitspsychologie und Verhaltensmedizin sowie der Psychosomatik geben vielfältige Anregungen, das psychologische Forschungswissen für praktische Anwendungen im Bereich der Prävention, bei der Behandlung körperlicher Erkrankungen und in der Rehabilitation zu nutzen. Von besonderer berufstrategischer Bedeutung sind deshalb die von den Kammern zu erlassenden Weiterbildungsordnungen, die zu einer Verankerung derartiger Sach- und Interventionskompetenzen der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Gesundheitssystem beitragen können. Dabei sind unter Berücksichtigung der Dauer der beruflichen Qualifikation zum Psychotherapeuten überlange Weiterbildungszeiten zu vermeiden und in Abgrenzung von den anderen akademischen Heilberufen eigenstän-

dige curriculare Abläufe zu entwickeln und rechtlich durchzusetzen.

Das gesellschaftliche Ansehen der Psychotherapeuten ist allzu häufig noch durch veraltete Auffassungen über die wissenschaftlichen Grundlagen der Berufspraxis und der Intransparenz der Ergebnisse der psychotherapeutischen Berufsausübung negativ beeinflusst. Den von den Kammern zu erlassenden Richtlinien zur Sicherung der Qualität der Berufsausübung kommt in diesem Zusammenhang eine besondere Bedeutung zu. Sie können helfen, das hohe Fortbildungsniveau der Psychotherapeuten öffentlich zu dokumentieren und durch die verbindliche Einführung von Evaluationssystemen zur Behandlungskontrolle nicht nur zur intraprofessionellen Transparenz der Behandlungseffektivität, sondern gleichzeitig auch durch eine systematische Datenaggregation zum Nachweis des patientenbezogenen und des gesellschaftlichen Nutzens der Psychotherapie eingesetzt werden.

Letztlich scheitern alle an der Quadratur des Kreises: Gesundheit wird notwendig teurer. Auch ein massives Umsteuern auf mehr Prävention braucht erst einmal Geld. Die wirtschaftliche Gesamtlage lässt scheinbar nur kleinste „Lösungen“ zu. Qualitätsdumping und Einkaufskonkurrenzen auch im Bereich der Psychotherapie rücken in den Bereich des Möglichen, zumal wenn die KVen einen Teil ihres Versorgungsmonopols und ihrer unbe-

Einflussnahme auf Entwicklungen in der Gesundheitspolitik

Gerade neue Legislaturperioden im Bund beleben noch einmal alle Argumentationsfiguren der Gesundheitspolitik. Was ist aber die Empirie? Wir hören immer wieder von zu dämpfender „Kostenexplosion“. Das ist empirisch nicht haltbar, weil der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttozoi-

alprodukt seit langem stagniert. Wir können sehr genau sehen, was das Gesundheitssystem als größtes der Sozialsysteme schüttelt: die Beschäftigungsmisere und damit die Einnahmenmisere. Mit einer Million Beitragszahlern mehr würden all die ineffizienten Strukturen des Gesundheitswe-

schränkten Vertragshoheit verlieren. Nicht dass Psychotherapeuten darüber trauern sollten, da sie ja nie wirklichen Schutz in den KVen genossen haben und es ihnen letztlich egal sein dürfte, ob die virtuellen Betriebskrankenkassen oder die Laborärzte die Stundensätze drücken. In jedem Falle sind die Kammern hier als Interessenvertretung auch ökonomisch gefordert.

Gegenstrategien der Kammern gegen qualitätsvernichtende Billigkonkurrenzen müssen sein: Qualitätskontrolle und unumkehrbare gesellschaftliche Verankerung. Wir wissen sehr wohl um den Grundkonflikt: Psychotherapie ist mit vielen Bereichen zwischen den orthogonal und antagonistisch angeordneten Systemen Sozialsystem und Gesundheitssystem platziert. Für psychosoziale Versorgung ist dies insgesamt ein Vorteil, weil Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eine breite Qualifikation und ein weites Problemverständnis aufweisen. In der Finanzierung besteht in unserer bereichsgetrenten Sozialstaatsorganisation immer eine Bedrohung, weil die Zugehörigkeit von Projekten oder Trägern evtl. nicht „rein“ ist und Mischfinanzierungen zurückgefahren werden sollen. Im Zeitalter der Kostenverschiebebahnhöfe besteht deshalb auch immer Gefahr für die Psychotherapie. Die Medizinlobbyisten, die Psychotherapie aus der GKV-Versorgung hinauskomplimentieren wollen, reichen bis in die Spitzen von Ärztekammern und KVen. Es ist deshalb immer wieder notwendig eine Mahnung an die Politik zu richten: Psychotherapie ist aus guten Gründen im Gesundheitssystem verankert. Mehr als 1/2 Million behandelte und beratene Patienten im Jahr ist keine Quantität negligeable. Ein Rückzug des medizinischen Systems aus der psychotherapeutischen Versorgung würde – wie bei Leistungskürzungen überall im sozialen Sicherungssystem üblich – zu subjek-

tiv erfahrener sozialer Ungerechtigkeit aufgrund von Ausgrenzung und individuell verfehlten Grenzwerten führen. Es entsteht so eine systembedingte Viktimisierung, die den „belief in a just world“ (Montada 1998) erheblich erschüttert und Anomietendenzen noch fördert. Wieviel davon verträgt unsere Gesellschaft noch? Es ist politisch nicht sinnvoll, bei marginalen Kosten symbolische Opfer zu bringen, nur um die eigene „Entschlossenheit“ zu demonstrieren. Psychische Störungen verursachen immer mehr Fehltag, gegen

den Trend immer längere stationäre Aufenthalte und immer mehr Frührenten (bei Frauen mittlerweile Grund Nr.1!). Wer dem nicht zusehen will, muss Psychotherapie stärken, schon aus ökonomischen Gründen. Hier zeigt sich auch der volkswirtschaftliche Einspareffekt durch Psychotherapie, der jetzt im System verschwindet, wenn dank Psychotherapie nicht gefüllte Betten anderweitig belegt werden und eingesparte Medikamente einem anderen verordnet werden, der sie genauso wenig braucht.

Die Entwicklung der Psychotherapeutenkammern und ihrer Bundeskammer

Die Landeskammern sind Schulen der Verbändeoperation. Die Verbände haben bisher die Interessenvertretung des Berufsstandes partial und konkurrierend getragen. Sie haben sich dabei viele Verdienste erworben, müssen jetzt aber eine neue Rolle lernen. Sie verlieren die Rolle des fiktiven (berufenen) Sprechers für das Gemeinwohl des Berufes. Die Rolle des Allgemeinen und Verbindlichen wird von den Kammern besetzt. Sie haben Majorität und Legitimität ins Feld zu führen. Sie haben die demokratische Legitimation und sind zugleich, weil sie zum Miteinander-Reden zwingen, Kompromisschulen, wo früher im Krieg der Flugblätter, Verlautbarungen und Internetauftritte die Differenz gepflegt werden konnte. Unsere Schwäche sind Verbändeckriege von gestern, die noch andauern, Überdifferenzierung von Partialinteressen, und oft Streit mit psychologischen Mitteln. Letzteres meint, dass es in unserem Berufsstand eine nicht zu verwundernde Verletzlichkeit aber auch ihre narzisstischen Schwestern Häme und Verachtung gibt. Dann gibt es manchmal verbal aufgeschäumte Aggressivität, die es oft schwer macht zu vergessen, aufeinander zuzugehen oder einfach mal nachzugeben und mit der zweitbes-

ten Lösung zu leben. Die Kammern haben hier „Bildungscharakter“, das geduldige Miteinander-Umgehen schulen sie nämlich, und die dafür geeigneten und geeigneten Personen befördern sie hoffentlich.

Sie müssen Professionalisierungszentren werden: Qualitätssicherung, Fort- und Weiterbildung, Kooperation, Projektgestaltung gehören auf ihre Agenda. Professionalisierung ist Aufgabe für die jeweilige Landeskammer selbst wie für die Bundeskammer, aber sie ist auch Aufgabe für den Berufsstand insgesamt. Kammern sollten auch dafür sorgen, dass die zu dünne Schicht der Funktionsträger qualifizierten Nachwuchs erhält. Das heißt auch, dass die Kammern ökonomische Kompetenz, organisatorische Phantasie und Vernetzungsqualitäten hüten und entwickeln müssen. Sie haben auch die Aufgabe der PR für die Berufe PP und KJP und für eine offensive Meinungsbildung in die Mediengesellschaft hinein.

Sie müssen Kompetenzzentren werden auch in Finanzfragen (wenn die KVen Kompetenzverluste erleiden sollten, brauchen die Kammern intellektuelle Reserven und Verhandlungs-

kompetenzen, um als Berufsgruppe nicht den Kostenträgern ausgeliefert zu sein).

Sie müssen ihre großen Partner pflegen: Politik, Wissenschaft und Justiz. In allen drei Bereichen braucht eine Bundespsychotherapeutenkammer kontinuierliche Kontakte und systematische Aufarbeitung durch Sachreferate mit hochqualifizierten Mitarbeitern in der Geschäftsstelle der Bundeskammer.

Was sind die nächsten Schritte?

Die Arbeit der AG der Landespsychotherapeutenkammern biegt bei avancierter Satzungsdiskussion und mühsam erarbeiteten Kompromissen zwischen den Ländervertretungen, den Berufsgruppen und den verbandlichen Loyalitäten nun in die Gründungsgerade ein. Mit einer Gründungsvereinbarung und einem Haushaltsrahmen kann eine erste Delegiertenversammlung einberufen werden, deren Aufgabe es ist, die Satzung anhand vorliegender Alternativen festzuzurren, einen Vorstand zu wählen und alle Gremien (Ausschüsse) auf den Weg zu bringen.

Der Vorstand wird aus dem Stand aktiv werden müssen und gar nicht ausreichend Zeit haben, seine interne Organisation in Ruhe zu finden und Arbeitsprozesse allmählich effizient zu organisieren. Es muss alles gleichzeitig und möglichst gut funktionieren. Der Vorstand muss Stellen besetzen und task forces, später Referate aufbauen aber gleichzeitig schon eine Öffentlichkeitsoffensive starten und Politik und Öffentlichkeit die Präsenz der BPK nahe bringen. Und dies wäh-

rend noch Räume gesucht, Computer beschafft und Bewerber und Bewerberinnen angehört werden. Es wird für eine schlagkräftige Bundesvertretung gerade am Anfang darauf ankommen, dass die Zusammenarbeit im und mit dem Länderrat reibungsarm vonstatten geht und dass Impulse aus den Ländern gut umgesetzt werden können. Der erste Vorstand wird sicher ein „politischer Vorstand“ sein, der vor allem dafür sorgen muss, dass wir als Berufsgruppe gehört und respektiert werden. Er muss klug und sparsam agieren, denn seine Finanzmittel werden dem Aufgabengesamt nicht entsprechen. Er wird stufenweise aufbauen müssen und dabei auch einmal schmerzlichen Verzicht leisten müssen. Er wird viele Bündnispartner in Wissenschaft und Verbänden brauchen, die auch gepflegt sein wollen: Kooperation, Delegation und Transparenz sollte der Vorstand deshalb auf seine Fahne schreiben. Die Erfahrungen auf Länderebene haben mit verschiedenen Modellen und unterschiedlichen Wegen gezeigt: PP und KJP haben verstanden, dass die große Schnittmenge ihrer gemeinsamen Interessen auch gemeinsam vertreten werden muss. Dabei ist allen Beteiligten klar, dass dies nicht nur ein äußerer Vertretungsaspekt ist sondern dass dies eine starke Rückwirkung in den Beruf hinein haben wird, dass eine Identität entstehen kann und eine fortschreitende Professionalisierung der Praxis sich entwickeln kann, die zugleich noch die Eigenheiten der Humandienstleistung Psychotherapie bestehen lässt und pflegt, so dass der Beruf auch weiterhin Freude machen kann.

DAK Gesundheitsreport 2002
Fachgruppe Klinische Psychologie und

Psychotherapie in der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (2000). Stellungnahme zur Anfrage des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zur bedarfsgerechten psychotherapeutischen Versorgung. Unveröffentlichtes Manuskript.

Löcherbach, P. u.a. (1999). Patientenorientierte Bedarfsermittlung und –planung in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Abschlussbericht des ZI für die Kassenärztliche Versorgung in der BRD. Köln: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland.

Meyer, A. E. u.a. (1991). Forschungsgutachten zu Fragen des Psychotherapeutengesetzes. Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf.

Montada, L. (1998). A hybrid of justice motive and self-interest? In: Montada, L. & Lerner, M. J. (eds.) Responses to victimizations and belief in a just world (pp. 217-246). New York: Kluwer Academic Publishers.

Schwartz, F. W. u.a. (2001). Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III zur „Über-, -Unter- und Fehlversorgung.“

Zepf, S. u.a. (2001). Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in der Bundesrepublik. Gießen: Psycho-sozial.

Korrespondenzanschriften

Dipl.-Psych. Detlev Kommer
Präsident der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg
Hauptstätterstr. 89, 70178 Stuttgart
Dr. Lothar Wittmann
Präsident der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen
Marienstr. 16, 30171 Hannover

Alles – was Recht ist

Praxistipps – Hinweise – Informationen: Recht unangenehm BSG erlaubt nur noch 13 Stunden Nebentätigkeit bei zugelassenen Psychotherapeuten

Überraschung löste die (geänderte) Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zum **Nebentätigkeitsrecht** bei denjenigen Psychotherapeuten aus, die einer vom Zulassungsausschuss genehmigten Nebentätigkeit (z. B. in einer Beratungsstelle) nachgehen oder v. a. eine solche aufnehmen wollen. Denn wörtlich heißt es in dem Urteil des BSG vom 30.01.2002 (B 6 KA 20/01 R): „... die **vertragsärztliche/psychotherapeutische Tätigkeit** (muss) zweifelsfrei **als Hauptberuf** des Zulassungsbewerbers qualifiziert werden... Das ist bei vergrößernd-typisierender Betrachtung der Fall, wenn die Arbeitszeit im Beschäftigungsverhältnis maximal ein Drittel der üblichen wöchentlichen Arbeitszeit, also ca. 13 Wochenstunden, ausmacht...“. Unentschieden lässt das BSG hingegen die Fälle, bei denen, „... ein Zulassungsbewerber aus anderen Gründen hinsichtlich des zeitlichen Umfangs seiner beruflichen Tätigkeit eingeschränkt ist, etwa wegen **Kindererziehung** oder der Pflege naher Angehöriger“. Vielleicht ein Lichtblick für Psychotherapeutinnen mit kleinen Kindern? Und – ungewöhnlich genug – das BSG interpretiert mit diesem Urteil sich selbst, wenn es auf die von ihm aufgestellten Kriterien und inzwischen allseits bekannten „**36 Behandlungsstunden** in der Woche“ rekurriert und betont, dass es sich bei diesen um eine „**bloße Modellrechnung** zur Ermittlung der rechtlich mindestens gebotenen Honorierung zeitgebundener psychotherapeutischen Leistungen bei einer maximal ausgelasteten Praxis“ handele. Will der 6. Senat damit etwa Bestrebungen entgegen treten, diese 36 Stunden zum Richtmaß eines wöchentlichen Behandlungsumfangs zu machen oder diese gar als absolute Behandlungsobergrenze fest zu schreiben? Bekanntlich sind einzelne KVen angesichts der o. e. Kriterien dazu übergegangen, Therapiestunden, die die 36 Stunden in der Woche überschreiten, von der Vergütung auszunehmen.

Recht nützlich

Steuerrechtlicher Hinweis für die Rechnungsstellung

Im Zuge des sogenannten „*Steuerverkürzungsbekämpfungsgesetzes*“ v. 19.12.2001 (BGBl. I S. 3922) müssen „Unternehmer“ seit kurzem in ihrer Rechnung, die nach dem 30.6.2002 ausgestellt wird, die ihnen vom Finanzamt zugeteilte Steuernummer angeben. Niedergelassene Psychotherapeuten sind zwar rechtlich gesehen Unternehmer (§ 14 BGB), soweit sie aber steuerbefreite Leistungen (*Heilberufliche* Tätigkeit zählt zu den steuerbefreiten Leistungen!) erbringen, genügt stattdessen bspw. nachfolgender Vermerk auf jeder Rechnung: „**Rechnung für steuerbefreite heilberufliche Leistungen gem. § 4 Nr. 14 UStG**“. Derzeit hat aber die **Nichtangabe** der Steuernummer oder **des empfohlenen Vermerks (noch) keine nachteiligen Folgen**; auch der Verlust des sogenannten Vorsteuerabzugs ist damit nicht verbunden (Schr. d. BMF vom 28.6.2002 in: NJW 2002, 2452). 2004 soll sich das dann freilich ändern. Ziel des o. e. Gesetz ist es, dem zunehmenden Missbrauch des umsatzsteuerlichen Vorsteuerabzugs entgegen zu wirken.

Recht so

Schweizer Ausbildungen künftig in der EG anerkannt

Schweizer Ausbildungen werden künftig in der EG anerkannt. Ein Abkommen zwischen der EG und der Schweiz, das zum 1. Juni 2002 in Kraft getreten ist, macht das möglich. Diese automatische, gegenseitige Anerkennung bedeutet u. a., dass bspw. Weiterbildungszeiten von Ärzten in der Schweiz in Deutschland anzurechnen sind und

umgekehrt. M. a. W.: Die **Schweiz** gilt danach als „**Mitgliedstaat**“ im Sinne der EG-Richtlinien, dessen Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise wie Diplome der Mitgliedsstaaten ohne gesonderte Prüfung anzuerkennen sind. Weisen Deutsche ein Diplom aus der Schweiz vor, haben sie einen Anspruch auf Approbation, ohne dass von ihnen noch gesondert die Gleichwertigkeit des Aus-

bildungs- oder Kenntnisstandes gefordert werden darf (Schr. des BMG v. 16.8.2002 – Z 22 4071-11/3 SCZ). Nach Auffassung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gilt dies auch für Weiterbildungszeiten, die vor dem o. e. Datum absolviert wurden (Schr. d. KBV vom 2.07.2002 S. 13). Gleiches muss demnach auch für eine psychotherapeutische Ausbildung in der Schweiz gelten.

Stunden hätten gar nicht stattgefunden. Im Prozess erklärt der Pat. zudem ausdrücklich, er entbinde den Psychotherapeuten nicht von seiner Schweigepflicht. Einem solchen Einwand „Nicht-Entbindung von der Schweigepflicht“ hat das OLG Brandenburg (MDR 2002, 905) unter Bezugnahme auf ein Urteil des OLG Stuttgart (MDR 1999, 192) einen Riegel vorgeschoben. Der Schweigepflichtige ist nämlich nicht daran gehindert, einen Prozess um seine Vergütung zu führen und dabei zur Erfüllung seiner Darlegungs- und Beweislast Umstände aus dem Behandlungsverhältnis zu **offenbaren**, „**soweit dies zur Durchsetzung seines Gebührenanspruchs erforderlich ist**“. In dem vom OLG Brandenburg entschiedenen Fall ging es um das Honorar eines Steuerberaters. Dieser berief sich, um seinen Gebührenanspruch geltend zu machen, auf seinen ebenfalls schweigepflichtigen Mitarbeiter – als Zeugen. Die Gegenseite widersprach dieser Vernehmung im Hinblick auf das Zeugnisverweigerungsrecht des Mitarbeiters. Um den Steuerberater nun nicht rechtlos im Verhältnis zu seinem Mandanten zu stellen, nachdem letzterer ja diesen **Interessenkonflikt** verursacht hatte, bestimmte das OLG, dass im Honorarprozess eines Steuerberaters – Gleiches gilt natürlich für Psychotherapeuten – dem Mitarbeiter auch dann kein Zeugnisverweigerungsrecht zur Seite stünde, wenn dieser vom Mandanten nicht von der Schweigepflicht entbunden werde. In unserem Fall könnte der Psychotherapeut also anhand seiner Dokumentation belegen, dass die in seiner Rechnung aufgeführten Termine zutreffen, und er könnte ggf., wenn weiterhin die stattgefundenen Termine bestritten würden, aus seiner Dokumentation zitieren. Den zahlungsunwilligen Pat. träfe damit die volle Beweislast, der er voraussichtlich nicht nachkommen könnte. Ein Hinweis darauf, wie ernst der **Psychotherapeut** eine **sorgfältige Dokumentation** nehmen muss, die die §§ 42 Abs. 6, 57 Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMV-Ä) vorschreiben.

Recht gespannt

Bundesfinanzhof prüft erneut steuerliche Anerkennung von Weiterbildungen zum analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Beim Bundesfinanzhof (BFH), oberster Gerichtshof für die Finanzgerichtsbarkeit mit Sitz in München, ist derzeit ein Revisionsverfahren anhängig mit dem Ziel festzustellen, dass die Kosten für die Weiterbildung zum analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) steuerlich als **Werbungskosten** absetzbar sind. Fußend auf einem Urteil des BFH aus dem Jahr 1988 (VI R 89/85) hatten die Finanzämter seitdem fast durchweg Ausbildungskandidaten für den Beruf des analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten die steuerliche Geltendmachung dieser enormen Kosten mit dem Hinweis verwehrt, bei diesen Kosten handele es sich um **Berufsausbildungskosten**, nicht aber um **Fortbildungskosten**. Der BFH hat in späteren Urteilen (Urteile vom 17.4. und 18.4. 1996: VI R 89/93; VI R 87/95; VI R 27/95; VI R 29/94. NJW 1996, 3294 – 3296) festgehalten, dass Aufwendungen für ein Zweitstudium ggfls. **Fortbildungskosten** seien und als (vorweggenommene) Werbungskosten geltend gemacht werden könnten, wenn mit dem Studium **kein Wechsel in einen anderen Beruf angestrebt** werde, sondern die durch das Erststudium erworbenen Kenntnisse ergänzt oder vertieft würden (sog. Aufbaustudium). **Eröffne** das **Zweitstudium** in dessen den **Wechsel der Berufsart**,

handele es sich um nur begrenzt absetzungs-fähige **Berufsausbildungskosten**. Ein Urteil des Finanzgerichts (FG) München v. 24.8.2000 (11 K 3130/97) schloss sich dieser Auffassung an und billigte dem Kläger zu, die Kosten geltend machen zu können, weil er – als Diplom-Sozialpädagoge und Heimleiter – mit dem Studium des KJP nicht einen Berufswechsel anstrebe. Die Tätigkeit eines KJP unterscheide sich nach Auffassung des FG nicht wesentlich von der Tätigkeit als Sozialpädagoge und Heimleiter. – Ob der BFH durch das Psychotherapeutengesetz (PsychThG) neue Erkenntnis- und Argumentationsquellen für eine steuerliche Anerkennung finden wird, darauf kann man nur sehr gespannt sein ...

Nicht rechtlos

Keine Verschwiegenheitspflicht des Psychotherapeuten in eigener Sache

Auch Psychotherapeuten stehen gelegentlich vor der Frage, ob sie die Verschwiegenheitspflicht (§ 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB) beachten müssen, wenn es sich um eine eigene Sache handelt: Der (Privat-)Patient (Pat.) verweigert bspw. die Zahlung eines Teils des Honorars mit der Begründung, einige der abgerechneten

Der EBM 2000plus – ein Fortschritt für die Psychotherapeuten?

Dieter Best, Stv. Bundesvorsitzender und Geschäftsführer der Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten, Vizepräsident der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz

Das Angebotsspektrum psychotherapeutischer Praxen wird nicht nur vom Bedarf, sondern von einer ganzen Reihe normsetzender sozialrechtlicher Rahmenbedingungen geprägt. Eine der wichtigsten ist neben der Bedarfsplanung und den Psychotherapierichtlinien der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen. Der EBM wird derzeit neu entwickelt. Kommt er wie geplant, wird er aller Voraussicht nach das Leistungsspektrum niedergelassener Psychotherapeuten auf Jahre hinaus festlegen – und wie zu befürchten ist – auch einschränken. Deutliche Vorteile aus dem EBM ziehen hingegen die Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin.

Im nachfolgenden Beitrag soll, auch für angestellte und beamtete Kolleginnen und Kollegen verständlich, dargestellt werden, was der EBM ist, wie die Pläne für seine Reform aussehen, welche Konsequenzen dies für Psychotherapeuten hat und welche Schlüsse zu ziehen sind.

Was ist der EBM?

Der EBM legt den Wert ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen in einem Punktesystem fest. Jede Einzelleistung wird mit einer Punktzahl bewertet, die wiederum mit einem regional durch die Kassenärztliche Vereinigung (KV) festgelegten Punktwert multipliziert wird. Daraus resultiert ein Honorar je Leistung. Da der Punktwert entsprechend der Menge der insgesamt je Quartal abgerechneten Leistungen schwankt, ist auch das Quartaleinkommen im voraus nicht kalkulierbar.

Der EBM selbst ist keine Gebührenordnung, sondern die Grundlage der beiden (unwesentlich unterschiedlichen) Gebührenordnungen

- Ersatzkassengebührenordnung (E-GO) für den Bereich der Ersatzkassen und
- Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (BMÄ) für die Primärkassen (Orts-, Betriebs-, Innungskrankenkassen, Landwirtschaftliche Krankenkassen, Bundesknappschaft, Seekasse), Sozialhilfeträger und Versorgungsämter.

Diese Gebührenordnungen sind als Anhänge zum Bundesmantelvertrag vertragliche Vereinbarungen zwischen den Vertragspartnern Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und Spitzenverbände der Krankenkassen.

Beschlossen wird der EBM von einem Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen, dem Bewertungsausschuß. Dieser besteht aus je 7 von der KBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen bestellten Vertretern. Die Entscheidungen müssen einstimmig getroffen werden, wobei im Konfliktfall ein um unparteiische Mitglieder erweiterter Bewertungsausschuß angerufen werden kann. Eine per Gesetz festgelegte Beteiligung von Psychotherapeuten im Bewertungsausschuß ist übrigens nicht vorgesehen.

Der EBM ist die verbindliche Abrechnungsgrundlage für alle Leistungen, die die gesetzliche Krankenversicherung erstattet. Erstmals trat er als Bestandteil des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes am 01.07.1978 in Kraft. Es folgten grundsätzlichere Reformen 1985 und 1996. Letztere folgte den Vorgaben des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 01.01.1993. Neben dem Ziel einer fachlichen Überarbeitung und Neubewertung der Leistungen sollte der EBM auch wirksame Instrumente zur Eindämmung der sog. „Mengenentwicklung“ beinhalten. So sollten u. a. die vielen, nicht mehr zu überschauenden Einzelleistungen zu Leistungskomplexen zusammengefasst werden.

Entsprechend der gesetzlichen Vorgabe wurden Grundleistungskomplexe sowie haus- und fachärztliche Gesprächs- und Betreuungsleistungen eingeführt und die Psychotherapie wurde um ca. 30%

höher bewertet, von 1.100 auf 1.450 Punkte für die 50-Minütige Sitzung. Grundlage der Neubewertung der Leistungen war eine betriebswirtschaftliche Kalkulation, allerdings auf recht dünner empirischer Basis. Schließlich, so der hohe Anspruch des damaligen und immer noch gültigen EBM, sollte jeder vollzeittätig niedergelassene Arzt ein Honorar erzielen können, das dem Gehalt eines Oberarztes entspricht.

Wie sich schnell zeigte, wurden die mit der EBM-Reform angestrebten Ziele weit verfehlt. Vor allem erwies sich der EBM als untauglich, die Mengenentwicklung wirksam einzudämmen, wie an der inflationären Abrechnung der neu eingeführten ärztlichen Gesprächsleistungen deutlich wurde. Auch in anderen Leistungsbereichen ergaben sich Schieflagen und schnell zeigte sich an den Einkommen der Fachgruppen, dass das Ziel der Honorargerechtigkeit ein frommer Wunsch geblieben war. Mit Notmaßnahmen wie der Budgetierung einzelner Leistungsbereiche versuchte der Bewertungsausschuss die schlimmsten Auswüchse einzudämmen. So ist dieser EBM bis heute eine mühsam aufrechterhaltene, ständige Baustelle geblieben.

Ganz besonders hatten die Psychotherapeuten unter dieser Situation zu leiden. Das ursprünglich angepeilte, um 30% höhere Honorar wurde nicht erreicht, weil die Zuwächse der insgesamt abgerechneten Leistungen die Punktwerte drückten.

Der Verfall der Punktwerte hatte schon früher, mit Beginn der gesetzlich verordneten Budgetierung der Gesamtausgaben durch das Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 eingesetzt. Die Hoffnung der Psychotherapeuten, dass durch die höhere Punktzahlbewertung des neuen EBM dieser Effekt wenigstens kompensiert

würde, trog jedoch, denn die sich fortsetzende Mengenexpansion führte zu einer weiteren Entwertung der Punktwerte. Während im somatischen Bereich die sinkenden Honorare durch „Leistungsverdichtung“ je Zeiteinheit einigermaßen kompensiert werden konnten, war dies den Psychotherapeuten wegen der generellen Zeitbestimmtheit psychotherapeutischer Leistungen nicht möglich. Statt selbst am Hamsterrad drehen zu können, mussten sie zusehen, wie ihre Honorare verfielen – in manchen KVen bis auf die Hälfte des ursprünglichen Honorars.

Dies erkannte das Bundessozialgericht in mehreren grundsätzlichen Urteilen und gestand deshalb den Psychotherapeuten für zeitgebundene und genehmigungspflichtige Leistungen einen geschützten Punktwert von 10 Pfg. zu, entsprechend 145 DM für die 50-minütige Sitzung. Trotz dieser Rechtsprechung und obwohl der Gesetzgeber im Zuge des Solidaritätsstärkungsgesetzes von 2000 zusätzlich eine Bestimmung in das Sozialgesetzbuch aufgenommen hatte, wonach Psychotherapeuten einen Anspruch auf eine „angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit“ haben, weigern sich die KVen, unterstützt durch den Bewertungsausschuss, weiterhin diese Maßgaben für die Honorare ab dem Jahr 2000 umzusetzen¹.

Schon bald nach Inkrafttreten des neuen EBM wurde deutlich, dass eine grundsätzlichere Reform des EBM erforderlich wurde. In einer Vielzahl von Anläufen und immer wieder modifizierten Entwürfen bemühte sich die KBV seit 1998, einen EBM zu entwickeln, der den ursprünglich intendierten Zielen der EBM-Reform von 1996 gerecht werden soll. Es würde jedoch den Rahmen dieses Beitrags sprengen, die Entwicklung im Einzelnen nachvollziehen zu wollen.

Der EBM 2000plus

Der derzeit aktuelle, von der KBV-Vertreterversammlung am 31.08.2002 abgestimmte Entwurf eines „EBM 2000plus“ soll zu einer völligen Neustrukturierung und Neubewertung ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen auf der Grundlage nun fundierterer betriebswirtschaftlicher Kalkulationen führen. Der EBM wird nach diesem Konzept aus einem Bündel einzelner, den Fachgruppen zugeordneten Kapiteln bestehen, wobei die in den Kapiteln enthaltenen Leistungen soweit als möglich zu Komplexen zusammengefasst werden. Den folgenden psychotherapeutisch tätigen Fachgruppen wird je ein eigenes Kapitel mit einem eigenen Abrechnungsspektrum zugeordnet:

- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie,
- Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin,
- Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, ärztliche Psychotherapeuten (die nicht gleichzeitig Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin sind).

Darüber hinaus soll jeder, der die qualifikatorischen Voraussetzungen der Psychotherapierichtlinien und –vereinbarungen erfüllt, wie bisher auf ein fachgruppenübergreifendes Kapitel „Richtlinienpsychotherapie“ zugreifen können.

Während letzteres zwischen den Fachgruppen weitgehend unstrittig ist, entspannt sich in den Verhandlungen im Beratenden Fachausschuss Psycho-

¹ Die bisherigen Urteile des BSG beziehen sich nur auf den Zeitraum 1993 bis einschließlich 1998.

therapie² der KBV ein erbitterter Streit zwischen den Vertretern der Ärzte (Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin, unterstützt durch die Psychiater) einerseits und den Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten andererseits um die Ausgestaltung der beiden Kapitel.

Es ging dabei um nicht mehr und nicht weniger als um das zukünftige Profil und die wirtschaftlichen Chancen der beiden Gruppierungen in einem sich wandelnden, psychische Krankheiten zunehmend wahrnehmenden Gesundheitswesen. Der EBM ist eine wichtige strukturelle Basis, von der aus sich die beiden Berufsgruppen zukünftig entwickeln können.

Den Fachärzten für Psychotherapeutische Medizin geht es darum, ihrem Facharzt 10 Jahre nach seiner Einführung endlich ein eigenes Gepräge zu geben, wobei der Anspruch mit einer umfassenden „bio-psycho-sozialen“ Kompetenz des Facharztes begründet wird.

Den Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten geht es um ein ihren Leistungsmöglichkeiten entsprechendes Abrechnungsspektrum, das außer den klassischen Richtlinienleistungen weitere antrags- und genehmigungsfreie Einzel- und Gruppenleistungen zur Krisenintervention und zur langfristigen supportiven Behandlung enthält. Ein von allen Verbänden verabschiedetes Papier „Profil und Leistungsspektrum der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Hinblick auf den neuen EBM“ vom November 2001 faßte diesen Anspruch folgendermaßen zusammen:

- Es gibt einen über die Richtlinienpsychotherapie hinausgehenden, durch die Ausbildung begründeten Versorgungsauftrag der Psychologi-

schen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

- Der über die Richtlinienpsychotherapie hinausgehende Versorgungsauftrag umfasst in erster Linie Leistungen, die der längerfristigen, psychotherapeutisch-supportiven Behandlung bei chronifizierten psychischen und psychosomatischen Krankheiten sowie der Akutversorgung (Krisenintervention) bzw. der adjuvanten psychotherapeutischen Behandlung von körperlichen Erkrankungen dienen.
- Das therapeutische Mittel, mit dem dieser Versorgungsauftrag erfüllt werden kann, ist
- die verbale Intervention im oben beschriebenen Sinne. Diese kommt dann zur Anwendung, wenn eine Richtlinien-therapie mit umfassenderem Behandlungsanspruch nicht oder noch nicht indiziert und nicht zweckmäßig ist.
- das psychotherapeutische Gespräch als Gruppenbehandlung. Diese Leistung ist nach Indikation und Leistungsumfang deutlich abgegrenzt von der Psychotherapie als Gruppenbehandlung im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie. Sie hat vorwiegend psychoedukative Zielsetzung und ist bei chronischen psychosomatischen und körperlichen Erkrankungen indiziert, bei denen psychische Faktoren mitbeteiligt sind.

Dies sind die unterschiedlichen Positionen, von denen aus die Verhandlungen um die Ausgestaltung der beiden Kapitel geführt wurden. Zwar könnte man meinen, dass für jede der beiden Gruppen auf der Grundlage ihrer jeweiligen Qualifikation eine Lösung möglich sein müßte, mit der alle leben können. Arbeit gibt es genug³, wozu also dieser Streit?

Anscheinend war die Angst der Fachärzte für Psychotherapeutische Medi-

zin (und unverständlicherweise auch die der Psychiater) zu groß, sich diese Sichtweise zu eigen machen zu können – angesichts der Zahlenverhältnisse (ca. 12.000 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, ca. 2.500 Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin) vielleicht sogar verständlich.

Während im Beratenden Fachausschuss der KBV bei der Einzelbehandlung ein mühsamer Kompromiss gefunden wurde, gelang dies nicht bei der Gruppenbehandlung. Letztlich durch eine unterschiedliche Einschätzung der Bedeutung dieser Leistung kam es unter den Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu einem gespaltenen Votum für oder gegen die grundsätzliche Zustimmung zu den beiden Kapiteln. Im Endeffekt bedeutete dies die mehrheitliche grundsätzliche Zustimmung zum EBM durch den Fachausschuss⁴. Dies, sowie eine Auskunft der KBV-Rechtsabteilung, wonach eine Bestimmung in § 28⁵ in Verbindung mit § 92 SGB V durch das Psychotherapeutengesetz

² Die Beratenden Fachausschüsse Psychotherapie der KVen und der KBV nach § 79b des SGB V sind beratende Gremien, wobei „dem Ausschuss ... vor Entscheidungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in den die Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung berührenden wesentlichen Fragen rechtzeitig Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben (ist). Seine Stellungnahmen sind in die Entscheidungen einzubeziehen.“

³ Der kürzlich veröffentlichte DAK-Gesundheitsreport 2002 zieht das Fazit: „In den kommenden Jahren werden die psychischen Störungen eines der zentralen Themen im Gesundheitswesen werden. Die Zahl der Menschen mit depressiven Erkrankungen nimmt nach wissenschaftlichen Erkenntnissen zu. Gleichzeitig gibt es Defizite in der medizinischen Versorgung dieser Patientinnen und Patienten.“

Gesprächsleistungen im EBM 2000plus

FÄ PM	ÄP	PP, KJP
----------	----	------------

Fachgruppenspezifische Kapitel 22 und 23

Psychoth. Gespräch (Einzelbehandlung), mind. 10 Min. höchstens 15-mal im Quartal	ja	ja	ja
Psychosomat. Gespräch, Psychosomat.-mediz. Behandlung, Beratung (Einzelbehandlung)	ja	nein	nein
Psychosomat.-mediz. Behandlung (Gruppenbehandlung), Dauer mind. 40 Min., je Teiln.	ja	nein	nein

Fachgruppenübergreifendes Kapitel 35

Differentialdiagn. Klärung psychosomat. Krankheitszustände, Dauer mind. 15 Min.	ja	ja	nein
Verbale Intervention bei psychosomat. Krankheitszuständen, Dauer mind. 15 Min.	ja	ja	nein
Übende Verfahren und Hypnose	ja	ja	ja
Antragspflichtige Leistungen der Psychotherapierichtlinien	ja	ja	ja
Testverfahren, Kapitel	ja	ja	ja

FÄ PM	Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin
ÄP	Ärztliche Psychotherapeuten (die nicht auch FÄ PM sind)
PP, KJP	Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- u. Jugendlichenpsychoth.

die Behandlung gesetzlich versicherter Patienten durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Wesentlichen auf die Richtlinienpsychotherapie beschränkte, gab den Ausschlag, dass der KBV-Vorstand und dann auch die Vertreterversammlung einem EBM zustimmte, der keine Gruppenbehandlungsmöglichkeiten außerhalb der Richtlinienpsychotherapie für Psychotherapeuten vorsieht. Der von der Vertreterversammlung abgestimmte EBM-Entwurf, der im Bewertungsausschuss und notfalls im erweiterten Bewertungsausschuss noch mit den Krankenkassen verhandelt werden muss, um in Kraft treten zu können, sieht bei den Fachärzten für Psychotherapeutische Medizin (Kapitel 22), den Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und ärztlichen Psychotherapeuten (Kapitel 23) folgende Gesprächs- und diagnostischen Leistungen vor⁶:

Trotz grundsätzlicher Zustimmung der KBV-Vertreterversammlung zum EBM-Konzept waren einige der noch nicht befriedigend geklärten Punkte an den KBV-Vorstand zur weiteren Behandlung

verwiesen worden, u. a. der noch strittige Punkt der Gruppenbehandlung. Auf den dringenden Wunsch der Vertreter der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach einem Gespräch mit dem KBV-Vorstand, auch über die in diesem Zusammenhang zu stellenden grundsätzlichen Fragen der Integration, gab es bis Redaktionsschluss noch keine Reaktion. Offensichtlich gehört dieses, das berufliche Selbstverständnis der Psychotherapeuten berührende Thema derzeit eher zu den nachrangigen Themen der KBV.

Weshalb ist die antragsfreie Gruppenbehandlung von so hoher Bedeutung? Die Anforderungen an die Qualitätssicherung nehmen beständig zu, auch bei der Behandlung psychischer Krankheiten. Mehr als bisher werden die gängigsten Krankheitsbilder mit leitliniengestützten, teilweise standardisierten Behandlungsverfahren oder Behandlungsbausteinen behandelt werden, so wie dies schon bei den Disease-Management-Programmen vorgesehen ist. Zusätzlich zwingt die schwierige Finanzsituation im Gesundheitswesen, die knappen Mittel möglichst ökonomisch einzusetzen.

Es gibt eine Vielzahl psychologisch fundierter, evaluierter Gruppenprogramme, die sich z. B. im stationären Setting psychosomatisch-psychotherapeutischer Fachkliniken seit Jahren bewährt haben⁷. Besonders bei chronischen Krankheiten spielt die Anleitung der Patienten zu einem möglichst aktiven und eigenverantwortlichen Umgang mit ihrer Erkrankung eine wichtige Rolle.

⁴ Der Beratende Fachausschuss Psychotherapie der KBV ist mit 6 Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten einerseits und mit 6 Fachärzten für Psychotherapeutische Medizin bzw. Psychiater andererseits besetzt.

⁵ „Dem § 28 wird folgender Absatz angefügt: (3) Die psychotherapeutische Behandlung einer Krankheit wird durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeuten), soweit sie zur psychotherapeutischen Behandlung zugelassen sind, sowie durch Vertragsärzte entsprechend den Richtlinien nach § 92 durchgeführt...“

⁶ In Anlehnung an eine Zusammenstellung von Detlev Kommer. Nicht aufgeführt sind weitere Leistungen, die allein dem Facharzt für Psychotherapeutische Medizin vorbehalten sind, wie z. B. Inanspruchnahme samstags, Besuche und Visiten, konsiliarisches Gespräch mit dem Krankenhausarzt.

Bei der Prävention, eines der großen Themen der kommenden Gesundheitsreform, werden ökonomisch durchzuführende Gruppenprogramme ebenfalls eine wichtige Aufgabe haben.

Welche Rolle der EBM bei diesen Programmen spielen wird, ist noch nicht klar. Anzunehmen ist, dass bei jeder sozialrechtlichen Leistungsdefinition man sich des EBM als Grundlage bedienen wird. Ziemlich sicher ist, dass die Leistungen im Rahmen der Disease-Management-Programme aus dem EBM entnommen werden. Dies zeigt das Beispiel des am weitesten gediehenen Vertrags zwischen der KV Nordrhein und den nordrheinischen Krankenkassen eines DMP zum Brustkrebs.

Mögliche Auswirkungen des EBM auf die GOP

Längst überfällig ist die Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und mit ihr der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP)⁸. Die psychotherapeutischen und psychodiagnostischen Leistungen in der GOÄ entsprechen im Wesentlichen dem Stand von 1982. Die Erfahrung zeigt, daß eine Novellierung an ein langwieriges Verfahren gekoppelt ist.

Wegen der mangelnden Anpassungsfähigkeit der GOÄ steht jetzt, durch einen entsprechenden Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz die Überlegung im Raum, zwar den Rechtsverordnungscharakter der GOÄ beizubehalten, den Gebührenteil jedoch den Verhandlungspartnern Private Krankenversicherung und Bundesbeihilfe einerseits, Bundesärztekammer und zukünftige Bundespsychotherapeutenkammer andererseits zu überlassen (sog. Vorschlagsmodell).

Ebenfalls im Raume steht die Überlegung, dabei auf den reformierten EBM

zurückzugreifen, weil dieser weit besser als die GOÄ/GOP betriebswirtschaftlich fundiert sei. Insbesondere gelte dies dann, wenn die Verhandlungspartner sich nicht über den Gebührenteil einigen können.

Die zukünftige Ausgestaltung der GOP hat große Bedeutung für die Weiterentwicklung der Berufe der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, denn sie beschreibt den berufsrechtlichen Rahmen der Tätigkeiten, die diese Berufe überhaupt berechtigtweise ausüben dürfen. Insofern ist die GOP auch nicht nur für die niedergelassenen Psychotherapeuten maßgebend.

Begrenzt wird das Tätigkeitsspektrums in der GOP zunächst nur durch die Qualifikation, wie sie nach der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung vermittelt wird, ohne sozialrechtliche Einengungen z. B. durch die Psychotherapierichtlinien oder den EBM. Sollte sich die GOÄ/GOP jedoch zukünftig an den EBM anlehnen, wäre es von großem Vorteil, wenn dieser das volle Leistungsspektrum der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten abbildet. Andernfalls ist der erneute Konflikt mit den ärztlichen Fachkollegen vorprogrammiert.

Schlussfolgerung

Sofern die Ärzteschaft in Gestalt des KBV-Vorstandes dem EBM in der jetzigen Form zustimmt und damit die Leistungsmöglichkeiten der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beschneidet, ist dies eine politische Aussage gegen die gleichberechtigte Integration der Psychotherapeuten in der ärztlichen Selbstverwaltung. Wie schon bei der Honorarfrage, bei der die KBV immer nur dann den

berechtigten Interessen der Psychotherapeuten entgegenkommt, wenn sie vom Bundessozialgericht dazu gezwungen wird, zeigt sich auch beim EBM, dass KBV und KVen weit davon entfernt sind, auch Interessenvertreter der Psychotherapeuten zu sein.

Drei Jahre praktische Erfahrung mit dem Psychotherapeutengesetz zeigen, dass in den wesentlichen Belangen der niedergelassenen Psychotherapeuten kein angemessenes Mitwirkungsrecht in den KBV- und KV-Strukturen gegeben ist. Deshalb muss für die nächste Gesundheitsreform eine größere Eigenständigkeit in der sozialrechtlichen Selbstverwaltung gefordert werden.

Die Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) vom 8. Juni 2000 (BGBl. I S. 818), verkündet am 23. 06. 2000, in Kraft seit 24. 06. 2000.

Flor, H., Hahlweg, K., Birbaumer, N. (Hrsg.) (2001): Anwendungen der Verhaltensmedizin, Göttingen. Hogrefe, Enzyklopädie der Psychologie.

⁷ Siehe z. B.: Flor, H., Hahlweg, K., Birbaumer, N. (Hrsg.): Anwendungen der Verhaltensmedizin, Hogrefe-Enzyklopädie der Psychologie, Göttingen 2001.

⁸ Die GOP ist mit der GOÄ durch die sog. Verweisregelung inhaltlich verbunden: „Die Vergütungen für die beruflichen Leistungen der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Sinne von § 1 Abs. 3 Psychotherapeutengesetz richten sich nach der Gebührenordnung für Ärzte...“ und: „Vergütungen nach Absatz 1 sind nur für Leistungen berechnungsfähig, die in den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte aufgeführt sind...“

Erklärung der Arbeitsgemeinschaft der Psychotherapeutenkammern¹ zum Jahrestag für Psychische Gesundheit am 10. Oktober 2002

Die World Federation for Mental Health² hat den 10. Oktober 2002 weltweit zum Jahrestag für psychische Gesundheit erklärt und widmet diesen Tag dem Thema: „**Die Auswirkungen von traumatischen Ereignissen und Gewalt auf Kinder und Jugendliche**“. Die Arbeitsgemeinschaft der Psychotherapeutenkammern gibt dazu folgende Erklärung ab:

Kinder und Jugendliche benötigen für eine gesunde körperliche, psychische und soziale Entwicklung verlässliche und emotional tragfähige Bindungen an erwachsene Bezugspersonen, die sie vor materieller Not, emotionaler, kognitiver und körperlicher Überforderung und vor Krankheiten schützen und ihre Selbständigkeitsentwicklung durch die Vermittlung altersgerechter Anregungen und durch die Bereitstellung von Freiräumen zur Erprobung der eigenen Fähigkeiten fördern.

Die Lebenswelt einer zunehmend größeren Zahl von Kindern und Jugendlichen in Deutschland steht in starkem Kontrast zu diesen idealtypischen Entwicklungsbedingungen und ist stattdessen von einer Vielzahl traumatisierender Ereignisse und Gewalterfahrungen geprägt:

- 2,8 Millionen Kinder lebten Ende der 90er Jahre in Einkommensarmut und waren von der Sozialhilfe abhängig;
- ca. 2,8 Millionen Kinder und Jugendliche wachsen in Familien auf, in denen die Mutter oder der Vater oder beide von einer Suchtproblematik betroffen sind;
- mindestens eine halbe Million Mädchen und Jungen haben Eltern, die unter einer sehr schweren psychischen Erkrankung (schizophrene und affektive Störungen) leiden;
- 15.581 sexuell missbrauchte Kinder wurden im Jahr 2000 in der polizeilichen Kriminalstatistik

erfasst, die Dunkelziffer dürfte nach Ansicht aller Experten um ein Vielfaches höher liegen;

- bei 50 % aller an deutschen Vormundschaftsgerichten anhängigen Fällen lag körperliche oder psychische Vernachlässigung vor, bei 12,5 % seelische Misshandlung, bei 3,1 % sexueller Missbrauch und bei 3,5 % körperliche Misshandlung;
- 10 bis 15 % aller Eltern setzen auch heute noch in der Erziehung häufig schwere körperliche Bestrafungen ein;
- die zunehmende Gewaltbereitschaft bei Jugendlichen führt dazu, dass weibliche Jugendliche immer öfter Opfer von Sexualdelikten sind und männliche Jugendliche Opfer von Raub, Körperverletzung und Straftaten gegen die persönliche Freiheit, wobei insbesondere die Kinder ausländischer Familien die Hauptbetroffenen sind;
- Kinder und Jugendliche sind nicht nur in der familiären und schulischen Umgebung und unter Gleichaltrigen Gewalterfahrungen ausgesetzt, sondern sind täglich Zeuge von Gewaltanwendungen in den Medien und in Videospiele. Insbesondere für jüngere Kinder gilt als nachgewiesen, dass der exzessive und unreflektierte Konsum von Gewaltdarstellungen in den Medi-

¹ Der Arbeitsgemeinschaft gehören an die Psychotherapeutenkammern der Bundesländer Baden-Württemberg, Berlin, Bremen, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz sowie die Gründungsausschüsse für Psychotherapeutenkammern der Bundesländer Bayern, Hamburg, Sachsen, Schleswig-Holstein und Thüringen.

² Die World Federation for Mental Health wurde 1948 als internationale non-profit Organisation mit dem Ziel gegründet, bei allen Menschen und Nationen dieser Erde ein höchst mögliches Ausmaß an psychischer Gesundheit unter Berücksichtigung aller biologischen, medizinischen und psychosozialen Aspekte zu fördern. Die Föderation ist bei den Vereinten Nationen akkreditiert und arbeitet eng mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der UNESCO zusammen.

en die Aggressionsbereitschaft und die damit einhergehende Tendenz zu gewalttätigen Auseinandersetzungen fördert.

Zahlreiche Kinder, die traumatischen Ereignissen und Gewalterfahrungen ausgesetzt sind, sind in ihrem Selbstwertgefühl stark beeinträchtigt und entwickeln in der Folge psychische Störungen, die sich negativ auf ihr Leistungspotential in der Schule und später im Beruf auswirken.

Neben dem individuellen Leid der unschuldigen Opfer von traumatisierenden Ereignissen und von Gewalterfahrungen fordert der damit einhergehende Verlust von menschlichen Ressourcen für die Bewältigung der Zukunftsaufgaben unserer Gesellschaft alle Personen und Institutionen in unserem Lande, die für das Heranwachsen der Kinder und Jugendlichen Verantwortung tragen, zum Handeln auf: Die Verbreitung von Gewalt in unserer Gesellschaft ist kein naturgesetzliches Ereignis, sondern menschengemacht und damit beeinflussbar, wie der am 3. Oktober in Brüssel veröffentlichte Bericht der Weltgesundheitsorganisation (WHO) über Gewalt und Gesundheit³ deutlich macht.

Die Arbeitsgemeinschaft der Psychotherapeutenkammern fordert deshalb die Bundesregierung und die zuständigen Länderministerien und Behörden zu den folgenden Sofortmaßnahmen auf:

- 1) **Gesonderte Bedarfsplanung für die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen auf gesetzlicher Grundlage:** Die bisherige administrative Bedarfsplanung sieht keine Trennung für die Psychotherapie bei Erwachsenen und bei Kindern und Jugendlichen vor. Dies trägt zu einer gravierenden Unterversorgung bei der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen bei und verhindert wegen des Mangels an Therapieplätzen die dringend erforderliche frühzeitige Behandlung der Kinder und Jugendlichen, die Opfer von traumatisierenden Ereignissen und von Gewalterfahrungen geworden sind.

- 2) **Förderung von effektiven Maßnahmen zur Vorbeugung von Gewalterfahrungen im Kindes- und Jugendalter:** Kinder und Jugendliche aus ökonomisch und bildungsmäßig benachteiligten Familien sind besonders häufig von Gewalterfahrungen betroffen. Aufgrund des sozial ungleich verteilten Risikos im Kindes- und Jugendalter, Gewalterfahrungen ausgesetzt zu sein, sind deshalb Maßnahmen zur Verhältnisprävention und personenbezogene Maßnahmen zur Verhaltensprävention sorgfältig aufeinander abzustimmen und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit wissenschaftlich zu evaluieren.
- 3) **Einbezug des Forschungsstandes und des Sachverstands der Klinischen Psychologie und Psychotherapie sowie der Pädagogik in einen Nationalen Präventionsrat:** Obwohl international eine interdisziplinäre Beteiligung aller Gesundheitswissenschaften und Gesundheitsberufe bei der Konzipierung von präventiven Interventionen eine Selbstverständlichkeit darstellt, hat das zuständige Bundesgesundheitsministerium bisher noch keine Vertreter der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in das Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung berufen. Dies ist im Interesse einer sachgerechten Arbeit des Forums umgehend zu korrigieren.

Kontaktanschrift:

Psychotherapeutenkammer
Niedersachsen
Marienstr. 16
30171 Hannover
Tel.: (0511) 85030430

³ World Health Organization (2002). World report on violence and health. Genf: WHO.

Anzeige

Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Geschäftsstelle: Hauptstätter Str. 89, 70178 Stuttgart,
Tel. 0711-674 470-0, Fax 0711-674 470-15
lpk-bw@t-online.de, www.lpk-bw.de
Geschäftszeiten: Mo bis Do von 9.00 bis 15.00 Uhr

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

im Mai dieses Jahres hatten wir Sie mit dem Mitglieder-Rundbrief über die Ziele und Arbeitsvorhaben der Kammer für das Jahr 2002 informiert. Wie freuen uns, dass die Kammerzeitschrift mit dem vorliegenden Exemplar nun wie geplant mit ihrer ersten Nummer erschienen ist und wir Ihnen nun auf diesem Wege über die laufende Arbeit der Landespsychotherapeutenkammer in Baden-Württemberg berichten können.

Die letzten Monate standen weiterhin ganz im Zeichen des Aufbaus der Kammer, der auf vielen Ebenen in Schwung gekommen ist. In der Geschäftsstelle in Stuttgart arbeiten jetzt regelmäßig drei Personen: Frau Lübcke, die von Anfang an dabei war, ist die Büroleiterin, dabei vor allem für die Buchhaltung verantwortlich, aber auch für die Bearbeitung der Anträge auf Ermäßigung oder Erlass des Kammerbeitrags zuständig. Frau Larche arbeitet seit Juli in der Geschäftsstelle. Sie kümmert sich um die zahlreichen Anfragen von außen und übernimmt einen Großteil der vielen Schreibarbeiten sowie um die Mitgliederdatei. Herr Gerlach ist als Justiziar der Kammer mit allen rechtlichen Belangen um die Mitgliedschaft und die Kammerbeiträge, aber auch

bei Beschwerden über Verhalten von Kolleginnen und Kollegen befasst.

Am 22. Juni diesen Jahres hat die dritte Vertreterversammlung in Stuttgart stattgefunden. Hier wurde eine Zwischenbilanz der Arbeit des Kammervorstands und der Ausschüsse in den ersten Monaten gezogen und eine Reihe notwendiger Regularien – z.B. über formale Abläufe der Arbeit im Kammervorstand und in den Ausschüssen – diskutiert und verabschiedet.

Alle Arbeitsausschüsse haben ihre Arbeit aufgenommen: Erstellung einer Berufsordnung, Qualitätssicherung in der Psychotherapie, Regelung der Aus-, Fort- und Weiterbildung, Vertretung der Interessen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die in Institutionen arbeiten, Verbesserung der ambulanten Versorgung und Vertretung der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen sowie Förderung der Belange der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Zudem wird auch der Gemeinsame Beirat zusammen mit gewählten Kolleginnen und Kollegen der Landesärztekammer in Kürze seine Arbeit aufnehmen. Der Umlage-Ausschuss hat ein wachsames Auge auf die Finanzen der Kammer.

Über die Landesgrenzen hinweg gibt es mittlerweile eine sehr weit vorgeschrittene bundesweite Initiative zur Gründung der Bundespsychotherapeutenkammer. Wie Sie sich vorstellen können, war auch hierzu eine Menge Koordinationsarbeit notwendig. Nach dem jetzigen Zeitplan ist es realistisch, dass im Frühjahr des kommenden Jahres die erste Delegiertenversammlung als konstituierende Sitzung der Bundespsychotherapeutenkammer einberufen wird.

Wir hoffen, Ihnen mit dem nun folgenden Einblick in die laufende Arbeit die neue, für Sie zuständige Landespsychotherapeutenkammer näher bringen zu können. Verweisen möchten wir an dieser Stelle besonders auf die Internetseite der Kammer, die von Herrn Metsch sehr professionell betreut wird und eine Vielzahl von genaueren Informationen, Dokumenten und Verordnungen sowie interessante Links enthält. Ein Besuch dort lohnt sich in jedem Fall!

Mit freundlichen Grüßen aus Stuttgart

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

Mitgliederservice: Homepage und Psychotherapeutensuchdienst

Kammerintern liegt uns daran, einen zeitnahen Austausch zwischen den Kammermitgliedern und deren Vertretern in den Kammerorganen zu ermöglichen und unseren Mitgliedern auch ein berufsrelevantes Service-Angebot zur Verfügung zu stellen. Die Homepage der Kammer verfügt neben den aktuellen Nachrichten und Berufsinformationen auch über einen password-geschützten Mitgliederbereich, in dem Interna, z.B. die Satzung, die Gebührenordnung, Umlageordnung, aber auch Protokolle der Vertreterversammlung und Arbeitsmaterialien der Ausschüsse abgerufen werden können.

Aktuell laufen die Vorarbeiten für einen Psychotherapeutensuchdienst im

Internet. Der im Mai an die Mitglieder versandte Fragebogen zur Aufnahme in diesen Suchdienst ist auf erfreulich starke Resonanz gestoßen. Eine große Anzahl der Mitglieder möchte dieses kostenlose Service-Angebot in Anspruch nehmen, das zugleich ein zeitgemäßes patientenorientiertes Instrument sein wird, um die Suche nach Therapieplätzen in Baden-Württemberg leichter und transparenter zu gestalten. Der Aufbau der Datenbank und die Schaffung der technischen Voraussetzungen wird voraussichtlich Ende des Jahres abgeschlossen sein, so dass der Psychotherapeutensuchdienst dann funktionsfähig ist und im Internet aufgesucht werden kann.

Versorgungswerk für Psychotherapeuten

Die Einrichtung eines berufsständischen Versorgungswerks wird ein weiteres Service-Angebot zur Alterssicherung unserer selbständigen Kammermitglieder sein. Im Vergleich zu privaten Versicherungen bietet eine Versorgungswerk mit geringen Verwaltungsgebühren bei vergleichbaren Bedingungen grundsätzlich eine höhere Rendite. Der Vorstand hatte zur Vorbereitung ein Gespräch mit dem Präsidenten und Geschäftsführer der Baden-Württembergischen Versorgungsanstalt für Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte und dabei zahlreiche Hinweise zur Konzipierung eines Versorgungswerks für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten erhalten. Rechtliche Voraussetzung für die Einrichtung eines Versorgungswerks in Baden-Württemberg ist die Verabschiedung eines entsprechenden Gesetzes durch den Landtag. Wie im Sozialministerium zu erfahren war, ist

damit nicht vor Ende 2003 zu rechnen. Der Vorstand hat nach Beratungen mit den Vertretern aller Kammer-Fraktionen den Stuttgarter Versorgungswerk-Experten RA Kilger mit der Erstellung eines Gesetzentwurfes beauftragt, so dass das Gesetzgebungsverfahren nach Abstimmung durch die Vertreterversammlung im kommenden Jahr eingeleitet werden kann.

Berufsgerichtsbarkeit

Berufsgerichte haben die Aufgaben, dann ein Berufsgerichtsverfahren zu eröffnen, wenn der Kammervorstand bei eingegangenen Beschwerden und nach schriftlicher Anhörung beider Seiten durch den Justiziar den Fall als schwerwiegend einstuft und an den Kammeranwalt übergibt. Der Kammer liegen bereits solche Fälle vor.

Grundlage für die Arbeit der Berufsgerichte wird neben den allgemeinen Bestimmungen im Heilberufekammergesetz vor allem die Berufsordnung sein. Daher arbeitet dieser Ausschuss besonders zielstrebig, damit hierfür die notwendigen Regelungen verabschiedet werden können.

Bezirksberufsgerichte (erste Instanz) wird es für den Bereich Baden in Karlsruhe und für den Bereich Württemberg in Stuttgart geben. Sie sind jeweils mit einem Kammeranwalt sowie zwei Beisitzern (PP oder KJP, die Mitglieder der Kammer sind) sowie einem vorsitzenden Richter besetzt. Das Landesberufsgericht (zweite Instanz) hat seinen Sitz in Stuttgart und ist mit 5 Personen besetzt (Richter, Kammeranwalt, drei Beisitzer). Die Vorarbeiten zur Etablierung der Berufsgerichte sind nun abgeschlossen. Die Benennung der Richter und Beisitzer erfolgt auf Vorschlag des Kammerpräsidiums durch das Sozialministerium, so dass bis Jahresende die Berufsgerichte etabliert sein werden.

Wir bedanken uns an dieser Stelle vorab bei den rund 80 Kammermitgliedern, die ihre Bereitschaft zur Übernahme der ehrenamtlichen Tätigkeit als Beisitzerin oder Beisitzer bei den Berufsgerichten bekundet haben. Sie werden in den nächsten Wochen noch persönlich vom Präsidenten angesprochen.

Weiterentwicklung des Kammerrechts

Eine hohe Priorität in der Kammeragenda haben die Regelungen zur Berufsordnung und zur Qualitätssicherung der Berufsausübung, beides gesetzlich vorgegebene Aufgaben der Kammer, mit denen sich die seit Frühjahr tätigen Ausschüsse befassen.

Der Ausschuss Berufsordnung ist mit der Definition und Festschreibung sowohl der berufsethischen als auch der berufsrechtlichen Bedingungen der psychotherapeutischen Berufsausübung befasst. Die dabei zu entwickelnden Bestimmungen umfassen z.B. Themen wie Grenzüberschreitungen in der Therapeut-Klient-Beziehung, Verstöße gegen das Sachleistungsprinzips oder auch unlauteren Wettbewerb. Bei der Qualitätssicherung geht es um die Festlegung schulübergreifender, methodischer Standards zur Sicherung der Struktur, Prozess- und Ergebnisqualität in der Therapie wie auch zur Aufrechterhaltung des Qualifikationsniveaus der Berufsangehörigen. Aktuell werden hier auf der Suche des „gemeinsamen Nenners“ die Vorstellungen unterschiedlicher therapeutischer Grundansätze zur Ergebnisqualität von Psychotherapie diskutiert.

Ebenfalls von großer Bedeutung ist die Verabschiedung einer Fort- und Weiterbildungsordnung für die Berufsgruppen der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Da diese Aufgabe bisher in Baden-Württemberg noch nicht durch das Heilberufekammergesetz abgedeckt ist, wird zunächst eine Novellierung des Gesetzes erforderlich sein. Hiermit ist – nach erfolgten Vorgesprächen des Kammerpräsidenten im Sozialministerium – noch im Laufe dieser Legislaturperiode zu rechnen. Im Mittelpunkt der Ausschussarbeit steht die Frage, welche methodenspezifische Zusatzqualifikationen im Berufsbereich der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Sinne einer Weiterbildung anerkannt werden sollen. In Diskussion sind hier z.B. das Fach Neuropsychologie und das Fach Rehabilitationspsychologie. Eckpunkte für eine Fort- und Weiterbildungsordnung sollen gerade im Hinblick auf die

fachliche Untermauerung der Novellierungsinitiative der Kammer schon bald verabschiedet werden.

Insgesamt erfolgt die Arbeit in den Ausschüssen Berufsordnung, Qualitätssicherung und Fort- und Weiterbildung bereits jetzt in kontinuierlichem Austausch mit anderen Länderkammern in den auf Bundesebene eingerichteten Arbeitsgemeinschaften. Hierbei ist es ein erklärtes Ziel, in diesen drei Bereichen möglichst zu bundeseinheitlichen Regelungen zu gelangen. Die Verabschiedung einer Musterberufsordnung, von Leitlinien der Qualitätssicherung und einer Musterweiterbildungsordnung wird dann Sache der Bundespsychotherapeutenkammer sein.

Öffentlichkeitsarbeit und Gesundheitspolitik

Vor dem Hintergrund der angekündigten Reform des Gesundheitswesens geht es insbesondere um den Fortbestand der Psychotherapie als Regelleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung und den Erhalt des Erstzugangsrechts der Patienten zu Psychotherapeuten ihrer Wahl. Der fortschreitende Trend zur Ökonomisierung des Gesundheitswesens und die Äußerungen einiger Sachverständiger dazu bieten allerdings Anlass zu Sorge. Um so wichtiger ist es, die vielfältigen Anlässe zu nutzen, um den Beitrag der Psychotherapie im Gesundheitssystem zu verdeutlichen und die Interessen der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nicht nur den Ministerien und Gesundheitspolitikern gegenüber sondern auch auf öffentlichen Foren in den Blickpunkt zu rücken. Zu diesem Zweck war die Kammer z.B. im Sommer dieses Jahres auch bei der Informationsveranstaltung der Landesärztekammer zum Thema AD(H)S

durch den Experten Prof. Dr. Peter Schlottke vertreten. Im Herbst folgte das Treffen der Heilberufekammern Baden-Württemberg, an dem neben Vorstandsmitgliedern auch der Kammer-Justiziar teilnahm. Der Vorstand reagierte des weiteren auch auf Zeitungsinterviews, in denen der Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Nordwürttemberg wie auch der Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg sich kritisch zur Finanzierung der Psychotherapie geäußert hatten. In den daraus folgenden Gesprächen zeigte sich erneut, wie wichtig in der gegenwärtigen Situation eine starke und geschlossene Außenvertretung durch die Kammer ist.

Interessenvertretung

Mit Grundsatzfragen der psychotherapeutischen Versorgung und der Stellung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten befassen sich die Kammerratsausschüsse Psychotherapie in Institutionen, Ambulante Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Hier werden jeweils feldspezifisch die Grundlagen für eine Erhebung zum Stand der psychotherapeutischen Versorgung erarbeitet.

Die Forderung, eine tarif- und dienstrechtlichen Gleichstellung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit den Ärzten durchzusetzen, ist ein zentrales Anliegen des Vorstands, das mit langem Atem verfolgt werden muss. Im Hinblick auf die Gleichstellung mit den Fachärzten im BAT muss bedacht werden, dass die Grundsystematik des BAT nicht angetastet werden kann, was speziell für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten von Belang ist. Deshalb wurde der Justiziar der

Kammer mit der Erstellung eines Positionspapiers der LPK zur BAT-Einstufung beauftragt. Der Vorstand ist unter Mitwirkung des Vorsitzenden des Ausschusses Psychotherapie in Institutionen im Sommer in Sachen Psychiatrie-Holding und Novellierung des Landeskrankenhausgesetzes (LKHG) initiativ geworden. Das Gespräch im Sozialministerium zum Stand der stationären psychotherapeutischen Versorgung, bei dem der Vorstand eine Synopse zu den in Folge des PsychThG erforderlichen Veränderungen des LKHG vorlegte, verlief ausgesprochen konstruktiv. Zugesichert wurde vor allem, dass die Kammer bei der Psychiatrie-Planung ebenso einbezogen werde wie bei dem Gesundheitsforum Baden-Württemberg.

Terminkalender 2003

Am 21. September 2003 wird der 1. Landespsychotherapeutentag in Stuttgart stattfinden. Die Vorarbeiten dazu haben begonnen!

Ausbildungsinstitute für Psychologische Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Auf Initiative der Kammer fand ein Treffen der staatlich anerkannten Ausbildungsinstitute für Psychologische Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie statt. Gegenstand des Treffens war in erster Linie, die durch das Fallpauschalengesetz notwendig gewordenen Veränderungen der Abrechnung von psychotherapeutischen Leistungen in den Aus-

bildungsambulanzen vorzubereiten. Auf dem Treffen konstituierte sich die „Arbeitsgemeinschaft anerkannter Ausbildungsinstitute Baden-Württemberg (AAA-BW)“ um gemeinsame Interessen nach außen zu vertreten.

Links zu den Ausbildungsinstituten finden sich auf der Internetseite der Kammer: www.lpk-bw.de

Bundesverdienstkreuz an Prof. Dr. Reinhard Tausch verliehen

Der Bundespräsident hat am 11. November 2002 dem vor kurzem 75 Jahre alt gewordenen Kammermitglied Prof. Dr. Tausch für seine vielfältigen Verdienste um das Gemeinwohl auf Vorschlag des Ministerpräsidenten von Baden-Württemberg Herrn Teufel das Verdienstkreuz 1. Klasse verliehen. Der Vorstand der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg gratuliert Herrn Prof. Dr. Tausch an dieser Stelle für die große Ehrung auf das herzlichste. Mit dieser Auszeichnung

erfährt das Lebenswerk eines dem Humanismus verpflichteten Psychologen und Psychotherapeuten die verdiente öffentliche Anerkennung und Würdigung. Dem bis heute anhaltenden unermüdlichen Wirken von Herrn Prof. Dr. Tausch für eine wissenschaftliche Fundierung der Psychotherapie und die Nutzbarmachung der klinischen Erfahrungen für die Prävention psychischer Störungen und in der Pädagogik ist die Profession der Psychotherapeuten zu großem Dank verpflichtet.

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Bremen

Geschäftsstelle: Lüder-von-Bentheim-Str. 47, 28209 Bremen

Tel. 0421-2772000; Fax 0421-2772002

Psychotherapeutenkammer.bremen@nord-com.net; www.lpk-hb.de

www.psychotherapeutenkammer-hb.de

Geschäftszeiten: Mo, Di, Do, Fr von 10.00 bis 14.00 Uhr; Mi 14.00 bis 18.00 Uhr

Psychotherapeutenkammer Bremen jetzt Mitglied im Verein „Unabhängige Patientenberatung Bremen e.V.“

Der Verein „Unabhängige Patientenberatung Bremen e.V.“ steht seit dem 1. Januar 1998 den Bremer Patientinnen und Patienten mit Rat und Hilfe zur Verfügung. Aus ihrer Rolle als Anwalt und neutraler Vermittler ergeben sich für die Unabhängige Patientenberatungsstelle folgende Aufgaben:

- Information und Aufklärung
- psychosoziale Unterstützung
- Vertretung von Patientenrechten
- Kontrolle und Unterstützung des Gesundheitswesens
- Mitwirkung bei Qualitätssicherungsmaßnahmen
- Beratung von Pflegebedürftigen

Die „Unabhängige Patientenberatung e.V.“ befindet sich in der Trägerschaft der Ärztekammer, Zahnärztekammer, des Senators für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, des Magistrats der Seestadt Bremerhaven, der Krankenkassen, der Krankenhausgesellschaft und jetzt auch der Psychotherapeutenkammer Bremen. Dies beschloss der Verein „Unabhängige Patientenberatungsstelle Bremen e.V.“ in seiner Mitgliederversammlung am 18. September 2002. Der Beitritt erfolgte auf der Basis ausführlicher Beratungs- und Informationsgespräche zwischen Vertretern der Unabhängigen Patientenberatung und Vertretern der Psycho-

therapeutenkammer. Es wurde ein prozentualer Beteiligungssatz verhandelt, der angesichts der begrenzten finanziellen Ressourcen der Kammer bei einem Prozent des Haushaltsvolumens der Unabhängigen Patientenberatung liegt; dies entspricht 1.600 Euro für das Haushaltsjahr 2003.

Der Präsident der Psychotherapeutenkammer Bremen Karl Heinz Schrömgens versteht die Arbeit der Unabhängigen Patientenberatungsstelle als einen wichtigen Schritt in der Stärkung der Rechte der Patientinnen und Patienten. Er sieht den Vorteil der Mitgliedschaft der Kammer in der Möglichkeit für Patientinnen und Patienten, sich mit Beschwerden von einer unabhängigen Stelle beraten und informieren lassen zu können. So haben denn auch die 2.254 Frauen und 908 Männer, die sich im Berichtsjahr 2001 mit ihrem Anliegen an die Beratungsstelle wandten, nicht selten ihre Anfragen und Beschwerden aus dem Bereich der Psychotherapie formuliert; sie hatten

- Fragen im Zusammenhang mit dem Verlust des Vertrauensverhältnisses in der Psychotherapie und einem möglichen Wechsel des Therapeuten / der Therapeutin
- Fragen und Beschwerden zu Fristen über abgesagte Stunden

- Fragen und Informationswünsche zur geeigneten Psychotherapieform im Bereich der anerkannten Verfahren
- Fragen nach dem Einsichtsrecht in Patientenunterlagen im Bereich von Psychotherapie

Für die Psychotherapeutenkammer Bremen bedeutet die Mitgliedschaft im Verein „Unabhängige Patientenberatungsstelle e.V.“ auf inhaltlicher und organisatorischer Ebene sowohl ein weiteres Mosaiksteinchen bei der Vernetzung in das Gesundheitssystem als auch gleichzeitig eine Verbindung mit den anderen Kammern des Gesundheitswesens

Ball der Heilberufe

Erstmals nahmen in diesem Jahr Mitglieder der Psychotherapeutenkammer Bremen offiziell am Ball der Heilberufe am 19. Oktober teil. Die rauschende „Night in Blue“ mit 360 Teilnehmern im Parkhotel Bremen richtete die Zahnärztekammer aus. Zu Beginn begrüßte die Präsidentin der Zahnärztekammer, Dr. Britta Petersen, die hinzugekommene neue Kammer mit ihrem Präsidenten, Karl Heinz Schrömgens, herzlich und gab der Hoffnung Ausdruck, dass die Psychotherapeutenkammer in Zukunft ebenfalls einmal den „Ball der Heilberufskammern“ ausrichtet. Auch Herr Dr. Wittmann als Präsident der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen wurde von der Präsidentin bei der Eröff-

nung herzlich begrüßt. Bis zum letzten Tanz der „Michael-Thiel-Showband“ gegen 2 Uhr 30 waren bei fröhlicher Stimmung noch viele Gäste anwesend. Diese unbeschwernte Begegnungsebene fördert sicherlich die Integration der Psychotherapeuten in die Heilberufskammern und baut Vorurteile ab.

Aus der Arbeit des Kammervorstandes:

- Das Bremer Heilberufsgesetz steht kurz vor einer Novellierung. Auf Initiative des Kammervorstandes wird der § 2 geändert, in dem die Mitgliedschaft zu den Heilberufskammern geregelt wird. Zukünftig wird jeder Psychologische Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut zum Pflichtmitglied der Kammer, der in Bremen seinen Beruf ausübt oder seinen Wohnsitz hat. Ausgenommen sind diejenigen, die ihren Beruf in einem anderen Bundesland oder aus Altersgründen bzw. wegen Berufsunfähigkeit dauerhaft nicht mehr ausüben.
- Nach der Anerkennung der Gesprächspsychotherapie durch den wissenschaftlichen Beirat für Psychotherapie hat der Kammervorstand sich an die senatorische Behörde für Gesundheit gewandt und sie u.a. gebeten, „die nötigen Schritte in der Zuständigkeit der Aufsichtsbehörde zu veranlassen, damit die Bewertung des Wissenschaftlichen Beirats konsequent in den Ausbildungs- und Prüfungsvorgaben für die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, ggf. durch Ergänzungen der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung, umgesetzt werden kann.“
- Aus Anlass der Gründung der „Bundeskoordination Frauengesundheit“, die in Bremen ihren Sitz hat, fand ein Empfang im Kaminsaal des Rathauses statt, an dem Frau Gi-

sela Ripke als Vertreterin der Psychotherapeutenkammer teilnahm.

- Innerhalb des Vorstandes übernahm Herr Dr. Amir Babai die Verantwortlichkeit für den Bereich der Qualitätssicherung. Er bittet an diesem Bereich interessierte Kolleginnen und Kollegen, sich mit ihm in Verbindung zu setzen.

Runder Tisch zu ADHS

Auf Einladung des Senators für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales fand in Bremen am 26.09.02 der erste Runde Tisch zu ADHS statt. Anlass für diese Initiative war die öffentliche Berichterstattung über das Krankheitsbild ADHS, dessen Diagnostik, Ursachen und Behandlung insbesondere mit Methylphenidat sehr kontrovers diskutiert wird. Da die Vergabe von Ritalin in Bremen weitaus verbreiteter als in anderen Bundesländern geschieht, wurden Vertreter von Krankenkassen, der Unabhängigen Patientenberatung, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Ärztekammer und der Psychotherapeutenkammer zum gemeinsamen Austausch eingeladen. Als Vertreter der Psychotherapeuten nahmen Frau Karin Luber und Dr. Amir Babai an dieser Runde teil.

Nach einem Vortrag über die Analyse des Medikamentenkonsums von Methylphenidat im Land Bremen fand eine rege Diskussion über die unterschiedlichen diagnostischen und therapeutischen Vorgehensweisen aus ärztlicher und psychotherapeutischer Sicht statt. Aus kinderärztlicher Sicht wurde die Zunahme der medikamentösen Therapie zum einen auf den immer stärker werdenden Druck von Pädagogen und Eltern und zum anderen auf die mangelnde Kapazität psychotherapeutischer Maßnahmen zurückgeführt. Da die Zeit nur für ein erstes Anreißen der Problemlagen reichte, soll alsbald der Runde Tisch erneut zusammenkommen.

Info-Abend 12.9.02: Hohe Erwartungen an Kammerarbeit

Mit einer sehr lebendigen Darstellung anhand zahlreicher Ergebnisfolien stellte Dr. Ulrich Heisig und Prof. Dr. Wolfgang Littek von der Universität Bremen die Resultate ihres Forschungsprojektes vor, das sich auch mit der Arbeitssituation und den Zukunftsperspektiven Psychologischer Psychotherapeuten beschäftigte. Die Ergebnisse werden im kommenden Jahr im „Psychotherapeutenjournal“ ausführlich dargelegt werden.

Angestelltenarbeit: Kontakt zu ver.di

Axel Janzen, Verantwortlicher für den Bereich Angestellte/Beamte im Vorstand der Bremer Psychotherapeutenkammer, hat jetzt Kontakt zur Gewerkschaft ver.di aufgenommen. In Zusammenarbeit mit Herrn Schwartz und Herrn Winter, die in der niedersächsischen Kammer die Belange dieser Gruppe vertreten, möchte er vor allem Fragen der Eingruppierung und der Vergütung von Psychotherapeuten erörtern.

Berufsordnung wird erarbeitet

Nach dem bremischen Heilberufsgesetz ist unsere Berufsgruppe der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verpflichtet, „ihren Beruf gewissenhaft auszuüben“ und unsere Kammer beauftragt, eine Berufsordnung zu verabschieden, in der die dafür maßgebenden beruflichen Pflichten geregelt werden. Der in Bremen im Mai 2001 dafür eingesetzte Arbeitskreis „Berufsordnung“ hat sich am 20.6.2001 konstituiert und danach mehrmals getagt. Es wurde zunächst

eine vorläufige Gliederung zu einer bremischen Berufsordnung erstellt. Die weitergehende Arbeit bestand im wesentlichen darin, einzelne Themen – z.B. Schweige- oder Aufklärungspflicht – ausgiebig zu beleuchten, wobei u.a. die Probleme, die sich aus den verschiedenen therapeutischen Verfahren ergeben, sowie die Auswirkungen einzelner Festlegungen in der Berufsordnung ausführlich erörtert wurden. In den Diskussionen wurde außerdem deutlich, dass sich unterschiedliche Anforderungen zeigten, die bei der Entwurfsgestaltung mit zu berücksichtigen sind, z.B. hinsichtlich der Arbeit mit Kindern im Vergleich zu der mit Erwachsenen oder in Bezug auf die Arbeitsbedingungen von angestellten und freiberuflichen Psychotherapeuten. Die Arbeit wird auf der Ebene des Vorstandes vom Kammerpräsidenten begleitet. Die Vorsitzende des Arbeitskreises, Frau Anke Herold, ist zugleich bremisches Mitglied im bundesweiten Arbeitskreis „Berufsordnung und Berufsethik“ der Arbeitsgemeinschaft der Psychotherapeutenkammern.

Steuerliche Betriebsprüfung und Datenschutz

Bei einer Bremer Psychologischen Psychotherapeutin nahmen die Prüfer des Finanzamtes während einer Betriebsprüfung die Terminkalender der Kollegin an sich, um ihre Abrechnung zu überprüfen. Der Bremer Landesbeauftragte für den Datenschutz stellte dazu fest, dass sich aus den Mitwirkungspflichten des Steuerpflichtigen „kein Recht auf Mitnahme von Unterlagen durch den Betriebsprüfer ergibt.“ Dies gelte auch für Terminkalender. Des weiteren stehe dem Steuerpflichtigen, soweit er zum berechtigten Personenkreis nach § 200 AO gehört, ein Auskunftsverweigerungsrecht zu.

Psychotherapievereinbarung:

Bremer Kammer nimmt Stellung zu Anerkennungskriterien für Abrechnungsgenehmigung bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Die Bremer Psychotherapeutenkammer war auf Anfrage der KV Bremen mit der Frage befasst, ob ein staatlich anerkanntes Ausbildungsinstitut für Psychologische Psychotherapeuten die in der Psychotherapievereinbarung geforderten Zusatzqualifikationen anbieten darf. Dazu stellte der Vorstand fest (Auszüge):

„2. Nach Artikel 1, § 1, Abs. 1 u. 2 erwerben Psychologische Psychotherapeuten mit ihrer Approbation die Berechtigung, heilkundliche Psychotherapie durchzuführen. Diese Berechtigung erstreckt sich auf alle Altersgruppen, also auf Kinder, Jugendliche und Erwachsene... Die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten an staatlich anerkannten Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG umfasst demnach die Qualifizierung für die Behandlung aller Altersgruppen.

3. Im § 6, Absatz 4 der Psychotherapievereinbarung werden Kriterien festgelegt, die zusätzlich zur Approbation erbracht werden müssen, um eine Abrechnungsgenehmigung für die psychotherapeutischen Behandlungen bei Kindern und Jugendlichen durch die Kassenärztliche Vereinigung für die GKV-Behandlungen zu erhalten.

Dabei wird der Erwerb dieser fachlichen Befähigung ausdrücklich daran gebunden, dass die fachlichen Qualifikationen an oder über eine staatlich anerkannte Ausbildungsstätte erworben werden müssen. Es wird dabei im Text der Psychotherapievereinbarung nicht zwischen Ausbildungsstätten für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten unterschieden. Eine Be-

schränkung auf Ausbildungsstätten für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, wie sie in der Stellungnahme der KVHB vorgenommen wird, können wir weder den rechtlichen Vorgaben des PsychThG noch der Psychotherapievereinbarung entnehmen.

4. (Eine) anerkannte Ausbildungsstätte nach § 6 PsychThG hat die Berechtigung, ein nach § 6 Absatz 4 der Psychotherapievereinbarung gefordertes Zusatzangebot für Psychologische Psychotherapeuten anzubieten und dieses den Absolventen dieses Zusatzangebotes zu bescheinigen. Einer Genehmigung durch Kassenärztliche Vereinigungen bedarf es – wie die KVHB richtigerweise feststellt – dazu nicht. Ebenfalls bedarf es aufgrund der rechtlichen Vorgaben zur Zeit nicht einer Stellungnahme der Psychotherapeutenkammer Bremen.

Dabei gehen wir davon aus, dass die Supervisoren für die Vermittlung der Zusatzqualifikation nach der Psychotherapievereinbarung die Voraussetzungen nach § 4, Abs. 3 u. 4 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten oder für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfüllen. Zusätzlich braucht der als Supervisor tätige Psychologische Psychotherapeut eine Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder den Nachweis der Zusatzqualifikation für die Abrechnungsgenehmigung bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach der Psychotherapievereinbarung **und** eine ausreichende Erfahrung in der Krankenbehandlung von Kindern und Jugendlichen über einen Zeitraum von mindestens 5 Jahren sowie den Nachweis der Tätigkeit in diesem Feld.“

Anzeige

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hessen

Geschäftsstelle: Gutenbergplatz 3, 65187 Wiesbaden
Tel. 0611-7249387; Fax 0611-7249523
psychotherapeutenkammer.hessen@t-online.de
www.psychotherapeutenkammer-hessen.de

Die Delegiertenversammlung hat ihren Vorstand gewählt !



Von links nach rechts: Wilfried Schaeben, Hans Bauer, Marion Schwarz, Manfred Burkart, Elisabeth Schneider-Reinsch, Jürgen Hardt, Dr. Frank Roland Deister, Uta Cramer-Düncher, Thomas Merz, Angelika Wolff

Hardt, Jürgen: Präsident, PP, niedergelassen als Psychoanalytiker (PA) in Wetzlar, Gruppenanalytiker;

Aufgaben im Vorstand: öffentliche Repräsentation der Kammer, rechtliche Vertretung und andere Satzungsaufgaben; *Interessenschwerpunkte:* in der Kammer ein Forum zu schaffen, in dem die verschiedenen psychotherapeutischen Traditionen ohne Verleugnung ihrer Unterschiede in einen fairen Austausch miteinander kommen können, um so das gesammelte psychotherapeutische Wissen über die Menschen gesellschaftlich nutzbar zu machen.

Bauer, Hans: Vizepräsident, PP, niedergelassen als Tiefenpsychologe (TP) in Wiesbaden, in verschiedenen berufspolitischen Funktionen tätig, in den letzten Jahren vor allem im Bereich der

Umsetzung des Psychotherapeutengesetzes bei der KV- Hessen;

Aufgaben im Vorstand und Interessenschwerpunkte: Aufbau der Infrastruktur und der Konzeption der Kammer zu einem effektiven Instrument der Interessenvertretung und der gesellschaftlichen Einflussnahme des Berufsstandes; vertritt die Kammer im Auftrag des Vorstandes in der BundesAG der Landeskammern.

Burkart, Manfred: Beisitzer, PP und KJP, niedergelassen als Verhaltenstherapeut (VT) in Bad Soden a. Ts., KVH-Abgeordneter, Mitglied des beratenden Fach- und Berufungsausschusses der KV- Hessen;

Aufgaben im Vorstand: im Ressort Gesundheitspolitik Brückenfunktion zur KV,

Auskunfts- u. Clearingstelle für Patienten und Behandler; *Interessenschwerpunkte:* KV- u. Niederlassungsrecht, juristische Fragen, Patientenschutz

Cramer-Düncher, Uta: Beisitzerin, PP, niedergelassen in Frankfurt a.M., Ausbildungen in Gesprächspsychotherapie, VT, Gestalt- und Körpertherapie;

Aufgaben im Vorstand: im Ressort „Fachliche Entwicklung“ federführend zuständig für Aus-, Fort- und Weiterbildung, vertritt die Kammer im AFW-Ausschuss auf Bundesebene; *Interessenschwerpunkte:* Förderung der Methodenvielfalt und eines ganzheitlichen Therapie- sowie pluralen Wissenschaftsverständnisses.

Deister, Dr. phil. Frank Roland: Beisitzer, PP, niedergelassen als PA in Frankfurt a.M., Mitglied des Fachausschusses Psychotherapie der KBV;

Aufgaben im Vorstand: tätig im Ressort Gesundheitspolitik; *Interessenschwerpunkte:* Bundesebene, Koordination gesundheitspolitischer Initiativen wie z.B. „Gesprächskreis 2“.

Merz, Thomas: Beisitzer, PP und KJP, niedergelassen als TP in Marburg, Ausbildungen in humanistischen und systemischen Therapieverfahren; langjährig angestellt in Beratungsstelle; Mitglied des Zulassungsausschusses der KVH

Aufgaben im Vorstand: im Ressort Gesundheitspolitik zuständig für Angestelltenangelegenheiten; *Interessenschwerpunkte:* Verknüpfung v. Jugendhilfe, Gesundheits- und Bildungswesen, Förderung weiterer Therapieverfahren.

Schaeben, Wilfried: Beisitzer, PP, niedergelassen als VT in Darmstadt, Ausbildung in VT und Gruppenpsychotherapie TP, stellv. KVH-Abgeordneter; langjährig angestellt in Psychiatr. TK, Univ. PI u. Entwicklungshilfe;

Aufgaben im Vorstand: im Ressort „Fachliche Entwicklung“ federführend zuständig für Qualitätssicherung, vertritt die Kammer im AFW-Ausschuss auf Bundesebene; *Interessenschwerpunkte:* Pluralität psycho-sozialer Versorgungsstrukturen, Ausbau des Gender Mainstreamings, integrativ plurales Verständnis Wissenschaftlicher Psychotherapie.

Schneider-Reinsch, Elisabeth: Beisitzerin, PP, niedergelassen als VT in Wiesbaden, KVH-Abgeordnete und KBV-Vertreterin, Mitglied der QS Kommission und des beratenden Fachausschusses der KV- Hessen sowie des Bundesausschusses Ärzte-Krankenkassen / PT;

Aufgaben im Vorstand: im Ressort Gesundheitspolitik Brückenfunktion zur KVH, Clearingstelle für Patienten und Behandler; *Interessenschwerpunkte:* Erhalt und Förderung der Psychotherapie in Gesundheitswesen und Gesundheitspolitik mit dem Selbstverständnis, dass Psychotherapie ein gemeinsames Fachgebiet ist zwischen PP, KJP und psychotherapeutisch tätigen Ärzten.

Schwarz, Marion: Beisitzerin, PP und KJP, niedergelassen als TP in Bad Hersfeld, Ausbildung in personenzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Aufgaben im Vorstand: im Ressort Gesundheitspolitik für Belange der KJP, *Interessenschwerpunkte:* Versorgungsfragen Bundesebene, vertritt die Kammer im Sitzungsausschuss auf Bundesebene und im Auftrag des Vorstandes in der BundesAG der Landeskammern.

Wolff, Angelika: Beisitzerin, KJP, niedergelassen als analytische KJP in Frankfurt a.M., in Teilzeit angestellte Leiterin des Ausbildungsinstituts für aKJP in Frankfurt a.M.;

Aufgaben im Vorstand: im Ressort „Fachliche Entwicklung“ federführend zuständig für Ethik und KJP-Belange; *Interessenschwerpunkte:* Vertretung und Förderung des Berufsstandes der KJP, Verbesserung der Versorgungssituation mit qualifizierter KJ Psychotherapie.

Ansprache des Präsidenten zur konstituierenden Sitzung der Delegiertenversammlung am 28.06.2002 in Frankfurt

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich möchte mich herzlich für das grosse Vertrauen bedanken, das Sie durch dieses Wahlergebnis zum Ausdruck gebracht haben.

Wenn man ein solches Amt antritt, begibt man sich auf ein politisches Feld, das andere Spielregeln hat, als die psychotherapeutische Praxis. Ich habe nicht vor, die heute gängigen Spielregeln des politischen Spiels zu übernehmen, sondern werde versuchen, Ideen zu verwirklichen. Im politischen Raum hat es sich durchgesetzt, nur noch Meinungen zu bedienen, was zu einer Verarmung der politischen und gesellschaftlichen Kultur geführt hat. Weil Meinungsumfragen an Stelle von Visionen getreten sind, stehen nicht mehr Lebensentwürfe zur Wahl. Ich bin mit Inhalten angetreten, die aus unserer psychotherapeutischen Wirklichkeit gewonnen sind; sie beziehen sich auf eine Haltung, die wir die „psychodynamische“ genannt haben, die aber offensichtlich etwas benennt, das alle die in irgendeiner Weise angeht, die sich intensiv mit psychischem Leben und Leiden befassen. Diese Haltung ist zugleich politisches Programm.

Als Psychotherapeuten, egal aus welcher Schule wir kommen, haben wir es

mit den unterschiedlichsten Menschen zu tun; Menschen mit unterschiedlichen Lebensentwürfen, die oft unseren eigenen ähnlich oder ganz und gar unähnlich sind. Eines lernt jeder von uns, und das mehr oder weniger gerne, dass das eigene Leben nur eine Möglichkeit ist und dass es unzählige andere Leben gibt, die uns mehr oder weniger gelungen scheinen. Daraus erwächst, fast notwendigerweise, ein Gefühl der Toleranz und, wenn es gut geht, sogar eine Freude an der Vielfalt, ein Interesse am Gegensätzlichen und ein Wissen um die Zufälligkeit des eigenen Standpunkts.

Wenn man die „psychotherapeutische“ Haltung in dieser Weise versteht, hat das nicht nur Auswirkung auf die therapeutische Arbeit, sondern auch auf das politische Wirken, und das wird sich in unserer Vorstandsarbeit, so hoffe ich, zeigen. Mit unserer Konstruktion (einem 10köpfigen Vorstand), die in einer Geschäfts- und Kompetenzordnung festgelegt sein muss, werden wir alle an der Verantwortung teilhaben lassen. Beisitzer, die nur dabei sitzen, wird es nicht geben, weil ohne in Verantwortung zu sein radikale Positionen einzunehmen leicht macht und

geteilte Verantwortung zur Mäßigung zwingt.

Eine Gruppe, die binnendifferenziert Verantwortung tragen muss, ist durch die gemeinsamen Aufgabenstellungen gezwungen, einen Zusammenhalt zu entwickeln. Wenn schon die Zusammensetzung des Vorstandes nicht den egoistischen Wünschen der einzelnen Gruppierungen entspricht, was sonst Zusammenschlüsse zustande bringt, so wird die Not des alltäglichen Geschäfts das übernehmen müssen. Bekanntlich ist der Zwang der Verhältnisse ein viel wirksameres und haltbares Bindemittel als Absprachen und Sympathien.

Diese Vorstandskonstruktion, die einen organisatorischen Vorteil hat – soll er doch den Arbeitsaufwand der Vorstandsmitglieder so klein halten, dass sie in ihrer Praxis tätig sein können – soll auch etwas anderes zustande bringen, was mit der Hauptaufgabe der Kammer zusammenhängt: die Zusammenarbeit der verschiedenen Schulen und Traditionen fördern. Vielleicht sollte ich eher sagen, überhaupt erst in Gang setzen, denn die Versuche der Zusammenarbeit sind bisher spärlich und mehr durch die Suche nach Übereinstimmung und politischem Vorteil, als durch den Respekt vor der Differenz und dem Ausschöpfen des Gewinns, den die Vielfalt bietet, geprägt.

Dabei wird es wichtig sein, der Forderung nach Vereinigung mit dem kleinsten Nenner zu widerstehen, weil diese nur mit einem Niveauverlust zu haben ist; eine Forderung, die derjenigen nach einer Einheitspsychotherapie entspricht. Gerade als Psychotherapeuten müssen wir uns den Unterschieden stellen und sie als Reichtum begreifen. Der Umgang mit Differenzen ist anspruchsvoll, manchmal anstrengend, aber wir können uns diesem Anspruch nicht entziehen. Wenn wir uns ihm aussetzen, können wir sehen, dass die Vielfalt im Bereich der Psychotherapie

wie im Leben ein Gewinn ist, der der kulturellen Vielfalt unserer Gesellschaft entspricht. So beruhen die unterschiedlichen Psychotherapien auf unterschiedlichen Bildern vom Menschen und die Logik ihres Handelns und Forschens ist nur in den unterschiedlichen wissenschaftlichen Traditionen adäquat abzubilden. Darauf hinzuweisen wird eine wichtige Aufgabe sein, wenn es um die sogenannte Qualitätskontrolle / Qualitätssicherung in der Heilkunde geht.

Ich werde auf die Umsetzung dieser Grundgedanken in die institutionelle Arbeit der Kammer nicht im Einzelnen eingehen, aber ich möchte Ihnen versichern, dass ich aus dem, was wir die „psychotherapeutische“ Haltung genannt haben, meine Arbeit leiten lassen möchte. Diese Haltung ist im Kern entschiedenes Bewusstsein des eigenen Standpunktes und Toleranz gegenüber dem Anders-Sein. Ich weiß natürlich, dass im alltäglichen politischen Geschäft die Schemata von Freund und Feind – eine Variation von Gut und Böse oder Recht und Unrecht – verlockend und manchmal von Vorteil sind. Aber wir sollten uns bewusst sein, dass solche Gewinne nicht von Dauer und partiell sein werden. Auf die Dauer können wir als Psychotherapeuten nur zusammen gewinnen, so absurd das manchen der kampfgewohnten Funktionäre auch klingen mag.

Ich komme damit zu dem, worin ich den Schwerpunkt meiner Arbeit sehe: die Darstellung der Psychotherapie in der Öffentlichkeit; es geht darum, dem „Seelischen“ in unserer Kultur wieder den Platz zu verschaffen, der ihm gebührt. Sich mit der Regulation und den Motiven von „Verhalten und Erleben“ zu befassen, ist in der modernen Kultur nicht besonders verdienstvoll; es sei denn man bemüht sich, das Seelische auf die „Wirklichkeit“ des Somatischen zurückzuführen oder aber das Seelische manipulierbar zum Zwecke

der Vermarktung zu machen. In diesem Bereich ist unsere Gesellschaft denn auch geneigt, finanzielle Mittel (seien es Forschungsmittel oder Gelder der Wirtschaft) bereit zu stellen.

Als Psychotherapeuten haben wir es, egal mit welchem Standpunkt, mit seelischen psychischen Phänomenen zu tun. Menschen kommen, weil sie seelisch leiden oder weil sie mit ihrem Leben nicht fertig werden. Gesellschaftlich gilt das Leiden des Psychischen als nichts Ernsthaftes. Es wird eher in unserer Kultur, in der vernünftige Einsicht und vernünftiges Wollen als oberste Maxime des Handelns und Erlebens gilt, verachtet und abgewertet. Man meint, es reiche, richtig einzusehen und richtig zu wollen, um dann das Richtige zu tun. Diese moderne, vernunftzentrierte Sichtweise ist zwar kulturtheoretisch längst infrage gestellt und vielfältig überholt, aber sie hält sich hartnäckig, auch im postmodernen Alltag.

Psychotherapie ist: „Behandlung von der Seele aus, Behandlung – seelischer und körperlicher Störungen – mit Mitteln, welche zunächst und unmittelbar auf das Seelische des Menschen einwirken“. So definierte Freud Psychotherapie am Anfang seiner Arbeit (1890). Immer ging es ihm darum, die psychologische Eigenständigkeit psychotherapeutischen Handelns, gerade auch gegenüber der Psychiatrie, zu vertreten und zu verteidigen. Am Ende seines Lebenswerkes schrieb Freud (1939/40): „Die Psychoanalyse ist ein Stück der „Seelenkunde der Psychologie“. Man nennt sie auch „Tiefenpsychologie“...“

Es liegt mir also von meinem psychoanalytischen Herkommen nahe, die psychologischen Grundlagen der Psychotherapie zu betonen. Dabei werde ich aber keine Konfrontation mit den medizinischen psychotherapeutischen Kollegen suchen, sondern eher versuchen, sie davon zu überzeugen, dass auch ihr Tun letztlich auf mehr oder weniger sys-

tematisierter Psychologie beruht. Das ist aber eine besondere Schwierigkeit, denn jeder, und nicht nur jeder mehr oder weniger lebens- und leidenserfahrene Arzt hält sich für einen Fachmann in psychischen Dingen und damit für einen Psychologen. Tatsächlich ist die Abgrenzung zwischen Alltagspsychologie und wissenschaftlich systematisierter Psychologie oft nicht leicht, sie gehen ineinander über, fordern sich heraus, befruchten sich gegenseitig. Vieles von dem, was heute unter kleiner Psychotherapie der sprechenden Medizin firmiert, ist nichts weiter als mehr oder weniger gut gemeinter gesunder Menschenverstand. Dieser argumentiert seinerseits oft mit Konzepten selbstverständlich gewordener, ehemals akademischer Psychologie.

Es wird mir ein Anliegen sein, mit den psychotherapeutisch arbeitenden Ärzten Kooperationen zu finden, um mit ihnen gemeinsam die Anerkennung der Psychotherapie in der Heilkunde zu verbessern und ihr den gebührenden Raum zu verschaffen. Das übersteigt meines Erachtens bei weitem die Anstrengung innerhalb der geregelten Krankenversorgung, endlich eine angemessene Vergütung zu erreichen. Diese Auseinandersetzungen brauchen, um wirklichen Erfolg zu haben, eine Veränderung der Haltung gegenüber dem Seelischen in der Gesellschaft: die Wirklichkeit vom Seelischen (Verhalten und Erleben) wieder zu entdecken und die seelische Eigenwelt des Individuums vor ökonomischer Manipulation und Ausbeutung zu schützen. Dass es einen Bedarf an Erleben gibt, kann man an der Zunahme von Psychoshows sehen.

Ernster als im Bereich der mehr oder weniger mündigen Erwachsenen stellt sich das Problem der „Vermarktung des Seelischen“ im Bereich der Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie.

Hier werden wir eine ganz entscheidende Aufgabe zu erfüllen haben, nämlich

die seelischen Eigenwelten von Kindern und Heranwachsenden zu betonen und sie vor Übergriffen zu beschützen. Das geschieht auch jetzt schon von verschiedenen Seiten aus, aber bisher leider nicht mit ausreichender Schlagkraft. Gerade weil die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zu einem eigenen Berufsfeld geworden ist, dessen Vertretung uns aufgetragen ist, ist es auch eine Aufgabe unserer Kammer, als Lobbyisten für die seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Gesellschaft aufzutreten.

Wie Sie sehen, steht für mich der kulturelle, gesellschaftliche Auftrag einer Kammer ganz im Vordergrund, den anderen Aufgaben werden wir uns gemeinsam im Vorstand und der Delegiertenversammlung stellen und ich werde sie nicht für gering erachten, auch wenn sie nicht im Mittelpunkt meines Interesses liegen.

(Jürgen Hardt)

100 Tage Hessische Kammer – Bilanz und Ausblick

Die Hessische Kammer ging am 28. Juni 2002 mit einer bundesweit einmaligen Vorstandskonstruktion an den Start: in einem 10köpfigen Vorstand sind alle Listen vertreten und damit auch die wesentlichen Strömungen in der Psychotherapie. Um dem Wählervotum zu entsprechen und die unterschiedlichen Gruppeninteressen auszubalancieren, erhielten die Listen-gruppierung „Kleeblatt“ bestehend aus bkj, „Freier Beruf PsychotherapeutIn – DPTV“, „Qualität durch Methodenvielfalt“ (AGPF/GwG), VPP im BDP und „Trio“ bestehend aus den Psychodynamischen Listen DGPT, DPV und VAKJP und „Integrative Liste“ (VHVP/bwvp) jeweils vier Sitze im Vorstand und das „Duo“ bestehend aus dem „Bündnis Psychotherapie“ (dgvt,

DVT, Hochschullehrer, Vereinigung, VPPK) und BDP erhielt zwei Sitze.

Unmittelbar nach den Sommerferien begann der Vorstand am 16. und 17. August 2002 seine Arbeit mit einer Klausurtagung in Wetzlar. In seiner Eingangsvorrede wies der Präsident auf den symbolischen Charakter dieses Tagungsortes hin. Wetzlar war im 17. Jahrhundert Sitz des Reichskammergerichtes, das das mittelalterliche Fehdewesen mit seinem Faustrecht zu Gunsten allgemeingültiger Prinzipien und Gesetze abschaffte. In diesem Geiste sei es nicht nur Sinn und Ziel dieser Klausurtagung die anstehende Arbeit zu strukturieren und auf den Weg zu bringen, sondern auch Raum und Zeit für einen Stil der Zusammenarbeit zu finden, der der neuen Institution Akzeptanz und Ansehen bei ihren Mitgliedern und im öffentlichen Raum sichert.

Es galt zunächst, sich über die Grundlinien der gemeinsamen Arbeit in den kommenden vier Jahren zu verständigen, sodann das Verhältnis zwischen dem großen Vorstand und der Delegiertenversammlung zu bestimmen. Es konnte Einigkeit darüber hergestellt werden, dass es der Vorstand als seine wesentlichste Aufgabe betrachtet, die Diskussion und Meinungsbildung in der Delegiertenversammlung u.a. durch aufbereitete Hintergrundinformationen, vorbereitete Positionspapiere und alternative Beschlussvorlagen so vorzubereiten, dass von den dadurch umfassend informierten Delegierten substantielle Entscheidungen getroffen werden können.

Auf der umfangreichen Agenda des Vorstandes standen und stehen u.a.:

- Entwurf eines Haushaltsplanes, einer neuen Aufwands- und Entschädigungsordnung und einer neuen Beitragsordnung mit mehr Beitragsgerechtigkeit

- Änderungen in Satzung und Geschäftsordnung, Verabschiedung der Meldeordnung
- Teilnahme an Treffen der LänderAGs und der Ausschüsse auf Bundesebene
- Bearbeitung einer Vielzahl kleinerer und größerer Anfragen von Mitgliedern, öffentlichen Stellen und Ministerien
- Aufbau der Infrastruktur
- Öffentlichkeitsarbeit

Ausgehend von der Überlegung, dass es nicht sinnvoll sei, 10 voneinander unabhängige Einzelressorts zu schaffen, wurden 3 übergeordnete Aufgabenbereiche mit den inhaltlich am stärksten aufeinander bezogenen Themen gebildet, um eine größtmögliche Vernetzung der Einzelbereiche der Kammerarbeit zu gewährleisten. Sie werden jeweils von einer Gruppe von Vorstandsmitgliedern betreut:

- „Gesundheitspolitik“ mit den Themen, öffentliches Gesundheitswesen, Berufliche Angelegenheiten der Niedergelassenen und Angestellten und vieles mehr. Betreut wird dieses Gebiet von M. Burkart, Dr. R. Deister, J. Hardt, T. Merz, E. Schneider-Reinsch, M. Schwarz.
- „Fachliche Entwicklung“ mit den Bereichen Aus-, Fort- und Weiterbildung, Qualitätssicherung, Ethik sowie Wissenschaft und Forschung. Federführend sind hier U. Cramer-Düncher, J. Hardt, W. Schaeben und A. Wolff.
- „Innere Angelegenheiten“ mit den Aufgaben Geschäftsstelle, Verwaltung und Mitgliederbetreuung. Zuständig sind H. Bauer und J. Hardt.

Um den anstehenden Aufgaben gerecht werden zu können, trifft sich der Vorstand zu monatlichen Sitzungen und hält bei Bedarf zusätzlich Telefonkonferenzen ab.

*(Uta Cramer-Düncher,
Thomas Merz)*

Ausschüsse

In der Delegiertenversammlung am 20.11.02 steht die Besetzung folgender Ausschüsse an

- Schlichtungs- und Beschwerdeausschuss
- Finanzausschuss
- Ausschuss für Aus-, Fort- und Weiterbildung

Die Geschäftsstelle

Kammersitz ist Gutenbergplatz 3, 65187 Wiesbaden, Telefon 0611/7249387, Telefax 0611/7249523

email Psychotherapeutenkammer.Hessen@t-online.de.



*Inka Gruhne
Mitgliederbetreuung und Sekretariat*

- Ausschuss für Qualitätssicherung
 - Ausschuss für Fragen der beruflichen Ethik
 - Berufsordnungsausschuss
 - Satzungsausschuss
 - Ausschuss für die Belange der Angestellten
 - Ausschuss für die Belange der KJP
- Außerdem wird die DV die Mitglieder für den gemeinsamen *Beirat mit der Landesärztekammer* benennen.

In der Geschäftsstelle für die Mitglieder und den Vorstand immer ansprechbar sind Frau Inka Gruhne und Frau Kerstin Geis. In der nächsten Zeit soll eine weitere Kraft und ein/e GeschäftsführerIn eingestellt werden.

(Hans Bauer)



*Kerstin Geis
Buchhaltung und Sekretariat*

Die Finanzen der Kammer

Bereits der Errichtungsausschuss hatte der Sorgfaltspflicht in finanziellen Fragen große Bedeutung beigemessen und einen Wirtschaftsprüfer mit der Prüfung der Abschlüsse von 2001 und der ersten Jahreshälfte 2002 beauftragt. Die Prüfung erfolgte rechnerisch und inhaltlich. Wir sind stolz, als erste Kammer die Bilanzprüfungen abgeschlossen und vom Prüfer die Bestäti-

gung der Ordnungsmäßigkeit der Rechnungslegung ohne jede Einschränkung erhalten zu haben.

Etwa 60 Prozent der insgesamt 2.800 Mitglieder zahlten ihren Beitrag nach der ersten Aufforderung. Für 2001 und die erste Hälfte 2002 erhielten wir ca. 600 Widersprüche oder Anträge auf Beitragsreduktion. Leider sind wir hier immer noch bei der Bearbeitung. Wir hoffen, dass sich nach den nunmehr zugestellten Mahnungen die hohen

Außenstände verringern werden und ein Aufbau von Rücklagen entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen möglich wird.

Derzeit befassen wir uns mit Modellrechnungen zur Einführung von Staffeleiträgen und einer Überarbeitung der

Aufwandsentschädigungsordnung. Geplant sind Pauschalerstattungen und Budgetierung bestimmter Aufgaben. Damit werden drei Zielsetzungen verfolgt: Höhere Planungssicherheit, Vereinfachung der Erstattungsrechnungen und Kostenbegrenzung.

(Alfred Krieger, Finanzausschuss)

Hessische Psychotherapeutenkammer unterstützt Anerkennung der Gesprächspsychotherapie als Richtlinienverfahren

Als Konsequenz aus der Entscheidung des „Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie“, die Gesprächspsychotherapie als wissenschaftliches Verfahren für die vertiefte Ausbildung im Rahmen des Psychotherapeutengesetzes anzuerkennen, wird die volle leistungsrechtliche Anerkennung für Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen sowie im Rahmen der Beihilfeordnungen des Bundes, der Länder und der Gemeinden gefordert. Entsprechende zustimmende Beschlüs-

se fassten bereits die Psychotherapeutenkammern in NRW, BA-WÜ, NDS und Berlin. Nach ernsthafter Diskussion wurde der Vorstand schließlich ohne Gegenstimmen bei drei Enthaltungen aufgefördert, geeignete Schritte zu unternehmen, um diesen Forderungen schnellstmöglich Geltung zu verschaffen. Der Beschluss zeigt ein zunehmendes Verständnis dafür, dass die Zukunft der Psychotherapie vielfältig sein muss.

(Dirk Fiedler)

*(Uta Cramer-Düncher,
Jürgen Hardt)*

Arbeitsgemeinschaft der Landespsychotherapeutenkammern

Entsprechend ihrem Selbstverständnis setzte sich die hessische Kammer bereits bei der Konstituierung des Gründungsorgans der Bundespsychotherapeutenkammer entschieden für eine föderale Struktur ein, die auch den Ländern mit Errichtungsausschüssen oder Gründungsarbeitsgemeinschaften Teilhabe und Einfluss zusichert.

Mit großer Geschlossenheit setzen Delegiertenversammlung und Vorstand der Hessischen Kammer ihr Engagement aus der Errichtungsphase fort, auch für

die Zusammensetzung der Bundesdelegiertenversammlung einen Modus zu finden, der die Vielfalt psychotherapeutischer Traditionen und Erfahrungsräume ebenso betont wie die gesundheits- und berufspolitischen Besonderheiten unserer Länderkammern.

Hessen wird z. Zt. vertreten durch den Vizepräsidenten Hans Bauer sowie Marion Schwarz als Vertreterin der KJP.

(Wilfried Schaeben)

Veranstaltungen: 1. Hessischer Psychotherapeutentag geplant

Mit einer Feier zum 1. Jahrestag möchte der Vorstand am 28.06.03 die Gründung der Hessischen Psychotherapeutenkammer feierlich begehen. Mit ei-

ner akademischen Feier soll die Kammer der Öffentlichkeit vorgestellt und Auftrag und Kompetenz der Psychotherapeuten in den verschiedenen ge-

sellschaftspolitischen Feldern dargelegt werden. Mit einer fachlichen Veranstaltung will die Kammer insbesondere ihren Mitgliedern Raum der Begegnung, des Austausches und der fruchtbaren Diskussion anbieten.

Die Kammer hat sich zum Ziel gesetzt, ein Forum für den fairen Dialog zwischen den unterschiedlichen psychotherapeutischen Traditionen zu werden. Dieser Austausch ist schwierig, weil die verschiedenen Traditionen mit unterschiedlichen Menschenbildern und z.T. kontroversen Wissenschaftskonzeptionen verbunden sind. Im Bemühen, einen solchen Austausch zustande zu bringen, zeigt sich – z.B. in der Frage nach der legitimen wissenschaftlichen Empirie – eine große Empfindlichkeit und Verletzbarkeit. Die Kammer sieht ihre Aufgabe darin, diese Auseinandersetzungen moderierend zu begleiten und zu ihrer Klärung beizutragen.

Datenerhebung

In den nächsten Wochen werden alle Mitglieder der hessischen Kammer einen zweiteiligen Meldebogen erhalten. Der Pflichtteil muss laut Heilberufegesetz und Meldeordnung auf jeden Fall vollständig ausgefüllt von allen Mitgliedern der Kammer an die Geschäftsstelle der Kammer zurückgesendet werden. In diesem Teil wird zum Zweck einer preisgünstigen und schnellen Korrespondenz zwischen Kammer und Mitgliedern auch um die Angabe von Fax-Nr. und Email-Adresse gebeten.

Im freiwilligen und umfangreicheren zweiten Teil des Meldebogens wird um Angaben gebeten, die es der Kammer erleichtern sollen, in den vielfältigen Aufgabenfeldern politisch wirksam werden zu können.

(Marlies Lübber-Mahir)

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Geschäftsstelle: Marienstr. 16, 30171 Hannover
Tel. 0511-850304-30; Fax 0511-850304-44
www.psychotherapeutenkammer-nds.de

Liebe Kammermitglieder!

Nach einer einjährigen Vorbereitung durch den Errichtungsausschuss gibt es die PKN nun mit gewählten Gremien seit bald 2 Jahren, und wir können feststellen:

■ Kammer ist gewöhnungsbedürftig, und zwar sowohl für die gewählten Vertreter in der Kammerversammlung und im Vorstand wie auch für die Mitarbeiterinnen in der Geschäftsstelle, aber auch für die Mitglieder, wie uns viele Briefe zeigen: es gibt noch viele Unklarheiten über die Aufgaben der Kammer, über ihre Pflichten, aber auch ihre Rechte; manches „läuft noch nicht rund“, auch weil wir uns immer noch in einer Aufbauphase befinden, die uns mit immer neuen Aufgaben (jetzt aktuell die Mitwirkung an der Gründung einer Bundespsychotherapeutenkammer) nicht gerade schont.

■ Eine Psychotherapeutenkammer ist nicht nur Lobby, sondern auch Aufsichtsorgan für die Berufsausübung ihrer Mitglieder. Dazu möchten wir sagen:

Die gesellschaftliche und rechtliche Akzeptanz, die dem Beruf des PP/KJP durch die Umsetzung des PsychThG nun zugekommen ist, hat auch die Pflicht zur Kontrolle der Berufsausübung zur Folge. Der Gesetzgeber hat entschieden, dass diese Funktion von der Selbstverwaltung der PP/KJP

wahrgenommen werden soll, weil diese ihre ureigenen beruflichen Belange am besten kennen und beurteilen können. Dieser Auftrag hat letztlich zur Gründung der Kammern geführt. Darüber wird der Schutz der Patienten erheblich verbessert – erste Erfahrungen unserer Schlichtungsstelle lassen erkennen, wie notwendig dieser Schutz ist. Gleichzeitig hat die Kammer aber auch die Aufgabe, ihre Mitglieder vor ungerechtfertigten Angriffen durch Patienten oder Kollegen zu schützen, und auch dafür liefern die ersten Erfahrungen einige Beispiele. Auch kann die Kammer die besonderen Belange der Berufsausübung unserer beiden Professionen gegenüber anderen gesellschaftlichen Gruppierungen und Institutionen akzentuieren und darstellen, wie wir das z.B. in Grundsatzpapieren (siehe Internetseiten der PKN) getan haben.

■ Einige unserer Mitglieder reagieren auf die mit der Kammer verbundenen neuen Verpflichtungen mit Unverständnis, teilweise mit Ablehnung. Wir haben uns daher entschlossen, in den nächsten Wochen Informationsveranstaltungen in den verschiedenen Bezirken Niedersachsens anzubieten, auf denen wir ausführlich über unsere Arbeit berichten und offene Fragen beantworten. Sie werden hierzu gesondert eingeladen.

■ Für viele angestellte oder beamtete PP/KJP stellt sich die Frage, was die Kammer speziell für sie tun könne. Wir verweisen in diesem Zusammenhang darauf, dass der Gesetzgeber mit den berufsrechtlichen Regelungen im PsychThG sozialrechtliche Konsequenzen der Approbation nur für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung mitgedacht hat, während es für die angestellten und beamteten PP und KJP so gut wie keine Unterschiede zur Situation vor dem Gesetz gibt. Hier ist also viel zu tun – die PKN hat damit begonnen: Der Vorstand und die AG „Angestellte/Beamte in der PKN“ haben im Juni eine Tagung veranstaltet, auf der Vertreter der verschiedenen Arbeitsbereiche von PP und KJP im Angestellten- oder Beamtenverhältnis die aus ihrer Sicht vorhandenen Themen und Probleme zusammengetragen haben (siehe auch dazu wieder unsere Internet-Seiten). Ein Teil dieser Themen (Statusfragen, Vergütung, Fragen der Fachaufsicht) wird jetzt juristisch von unserer Rechtsberaterin, Frau Dr. Rüping, bearbeitet. Außerdem haben wir Verhandlungen mit der Gewerkschaft ver.di aufgenommen, die die Einrichtung einer eigenen Fachgruppe für die PP und KJP plant – mittelfristig dürften wir gute Chancen haben, der Appro-

bation auch im Bereich des öffentlichen Dienstrechts und des BAT Geltung zu verschaffen.

- Wir haben Sie bisher sicher zu wenig über unsere Arbeit informiert – die ausführlichen und recht aktuellen Internetseiten reichen dazu offenbar nicht aus. Mit der Ihnen heute zum ersten Mal vorliegenden Zeitschrift haben wir jetzt auch die Möglichkeit, sie auf „klassischem“ Wege zu erreichen.
- Etwas, was wir Ihnen gern auch vermitteln möchten: Die – ehrenamtliche – Arbeit in den Gremien der PKN ist nicht nur durch eine hohe Intensität gekennzeichnet; wir stellen auch immer wieder voll Freude fest, wie sachorientiert und

kooperativ gearbeitet wird. Das erscheint manchmal fast wie ein Wunder, wenn man an die heftigen Auseinandersetzungen, manch' böse Erfahrungen und gegenseitigen Vorurteile denkt, die auch in Niedersachsen die Zeit um das Inkrafttreten des PsychThG geprägt hatten. Hier hat ein respektvoller, zunächst auch vorsichtiger Umgang miteinander geholfen, das Gemeinsame unserer Interessen zu entdecken und alte Gräben und Verbändegrenzen weitgehend zu überwinden oder in ihrer Bedeutung zu relativieren.

Zu einigen unserer Aktivitäten (Sitzung der Kammerversammlung, Schaffung eines Versorgungswerks, von Gremi-

en zur Regelung von Streitfällen) berichten wir auf diesen Seiten des Psychotherapeutenjournal noch ausführlich; werben möchten wir – immer wieder – für einen Besuch unserer Internetseiten: Dort finden Sie u.a. auch so praktische Dinge wie juristische Expertisen zu komplizierten Alltagsproblemen in der Praxis und Informationen aus der Schlichtung, die Sie aufmerksam machen können für Fallstricke/ Risiken in Ihrem beruflichen Handeln.

Hannover, den 16.10.2002

Dr. L. Wittmann, I. Berns, G. Corman-Bergau, W. Köthke, Prof. Dr. H.-J. Schwartz

Die Kammerversammlung hat getagt

Am 21.08.02 fand die 2. Sitzung der Kammerversammlung in diesem Jahr statt. In mittlerweile schon gewohnt guter Arbeitsatmosphäre arbeiteten die Vertreter und Vertreterinnen der PP und KJP ein dichtes Programm ab.

An Stelle der Ministerin, Frau Dr. Trauer- nicht, die entgegen ihrer ursprünglichen Planung nicht an der Eröffnung der Sitzung teilnehmen konnte, sprach Herr Dr. Sporn (ebenfalls Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales) ein Grußwort, in dem er u.a. die Initiativen zur Gründung einer Bundespsychotherapeutenkammer begrüßte und seine Unterstützung für die Arbeit der PKN (etwa bei der anstehenden Gründung eines Versorgungswerks der Kammer) zugesagt hat.

Die inhaltliche Arbeit wurde mit dem Bericht des Präsidenten, Dr. L. Wittmann, über die Arbeit des Vorstands in den vergangenen Monaten eröffnet.

Neben Themen, die vor allem die Regelungen der Arbeit in der KamV und

ihren Gremien betrafen (Verabschiedung einer Geschäftsordnung der Kammerversammlung, Satzungsanpassung, Besetzung des Schlichtungsausschusses zur Schlichtung von Streitigkeiten von Kammermitgliedern untereinander) standen folgende Themen im Mittelpunkt der Diskussion:

- Der Ausschuss für Berufsordnung und Berufsethik hatte bei der Arbeit an der Berufsordnung der PKN zu einigen Aspekten keine einheitliche Auffassung entwickeln können; er hat daher vor der Fortsetzung seiner Arbeit ein Votum der Kammerversammlung erbeten und erhalten; der vollständige Entwurf der Berufsordnung wird nun auf der nächsten Kammerversammlung im November behandelt und – wenn möglich – verabschiedet.
- Herr Köthke fasst für den Ausschuss "Versorgungs- und Alterssicherung" den Stand der Vorbereitung eines Versorgungswerks der PKN zusammen. Die Kammerversammlung gibt mit sehr großer Mehrheit den Auftrag zur Verhandlung über ein

Modell ohne Versicherungsrückdeckung. (Siehe dazu auch den Artikel „Entwicklung des Versorgungswerks der PKN“)

- Diskutiert und ohne Gegenstimme beschlossen wird eine vom Vorstand vorgelegte Resolution zur Anerkennung der Gesprächspsychotherapie als „vertieftes Verfahren“ in der Ausbildung zum PP und zum KJP sowie zur vollen leistungsrechtlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie im Rahmen der Psychotherapierichtlinien. Mit dieser Resolution schließt sich die Kammerversammlung der PKN entsprechenden Voten der Kammerversammlungen von Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg an.
- Ebenfalls ohne Gegenstimme werden die Planungen des Vorstands unterstützt, sich an Gründung und Gestaltung einer länderübergreifenden Zeitschrift von Psychotherapeutenkammern zu beteiligen.

Der Bericht des Präsidenten und der Text der Resolution ist auf den Internetseiten der PKN zu finden.

Entwicklung des Versorgungswerks der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen zu einem Versorgungswerk ohne Versicherungsrückdeckung

Werner Köthke berichtet als Vorsitzender des Ausschusses für Versorgungs- und Alterssicherung der PKN über den gegenwärtigen Stand (08.10.02) der Entwicklung des Versorgungswerks der PKN:

Nach einer Phase des Liebäugelns mit der Vorstellung, wir könnten einfach unter ein bestehendes Versorgungswerk (VW) (am besten das der Ärzte oder Zahnärzte) schlüpfen, uns also an ein bestehendes berufsständisches VW anschließen, haben wir uns am 12.1.02 auf einer Klausurtagung des erweiterten Ausschusses für Versorgungs- und Alterssicherung, zu der wir Vertreter anderer Psychotherapeutenkammern eingeladen hatten, darauf verständigt, von dieser Vorstellung Abschied zu nehmen und ein eigenes Versorgungswerk aufzubauen.

Damals haben wir außerdem entschieden, die Vermögensverwaltung nicht selbst zu übernehmen, sondern uns kompetenter Vermögensverwalter zu bedienen. Als Vermögensverwalter kommen für uns bisher zwei Anbieter in Frage:

- Deutsche Apotheker- und Ärztebank (Apo-Bank)
- Dresdnerbank investment management (dbi)

Entschieden ist inzwischen auch die Frage, ob die Finanzierung mit Umlageelementen (Solidarprinzip) oder nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren geschehen soll. Wir haben uns auf das Anwartschaftsdeckungsverfahren festgelegt, weil es den Vorteil bietet, nicht abhängig zu sein von unserem psychotherapeutischen Nachwuchs und damit auch nicht insolvenzgefährdet zu sein.

Wir haben viertens beschlossen, zunächst eine Versorgungswerks-Satzung zu entwickeln, um uns auf diese Weise Schritt für Schritt der komplexen Materie „Versorgungswerk“ zu bemächtigen. Dafür haben wir eine Arbeitsgruppe (Braunschweiger Kollegen) zusammen mit RA Igelbusch (Mitglied im Verwaltungsrat des VW's der Rechtsanwälte Niedersachsens) gebildet, die auf der Basis der Satzungen der „Ingenieurkammer Niedersachsen“ sowie der „Rechtsanwaltsversorgung Niedersachsen“ (RVN) einen eigenen Entwurf erarbeitete.

Diesen Satzungsentwurf stellten wir am 25.5.02 auf einer Tagung des erweiterten Ausschusses für Versorgungs- und Alterssicherung, bei dem wieder Gäste aus anderen Psychotherapeutenkammern anwesend waren, vor. Es wurde folgende Alternative deutlich:

- entweder wir entscheiden uns für ein VW ohne Versicherungsrückdeckung, verlagern aber die Vermögensverwaltung nach draußen,
- oder wir entscheiden uns für ein VW mit Versicherungsrückdeckung und lassen den Versicherer möglichst viele Dienstleistungsbereiche übernehmen.

Die Versammlung hat sich damals mehrheitlich für das erste Modell ausgesprochen. Der Vorstand der PKN hat aber in einer Folgesitzung beschlossen, zunächst weiterhin beide Optionen offen zu halten und auch für beide Modelle je einen Satzungsentwurf zu erstellen.

Durch die Hilfe der freien Rentenberaterin Sieker, die das VW der

Ingenieurkammer in Niedersachsen managt und dort mit der Gerling Pensionsmanagement GmbH (GPM) in Köln kooperiert, konnten wir unseren 1. Satzungsentwurf am 10.6.02 überarbeiten und vervollständigen.

Die Variante „Versicherungsrückdeckung“ haben wir verschiedenen Versicherern angetragen: Zürich-Agrippina, Debeka, Allianz. Die Zürich-Agrippina hat dankend abgelehnt. Die Debeka hat nach anfänglicher Abneigung dann doch noch ein Angebot vorgelegt. Die Allianz zeigte sehr großes Interesse an einem VW der Psychotherapeuten.

Wir haben mit ihr zusammen am 21.6.02 im Kreis des erweiterten Ausschusses für Versorgungs- und Alterssicherung einen 2. Satzungsentwurf, der der Versicherungsrückdeckung Rechnung trägt, erarbeitet.

Damit verfügten wir über zwei Satzungsentwürfe, die beide Möglichkeiten – mit und ohne Versicherungsrückdeckung – abbildeten.

Weiterhin offen für beide Möglichkeiten gingen wir (der erweiterte Ausschuss für Versorgungs- und Alterssicherung, ergänzt durch Kollegen aus Baden-Württemberg, NRW und Berlin) am 12.7.02 in Sitzungen mit dem Abteilungsleiter des „Managements betrieblicher Versorgungswerke“ der Gerling Pensionsmanagement GmbH (GPM) aus Köln, Herrn Geuer, sowie dem Vorsitzenden des VW's der Rechtsanwälte in Brandenburg, Herrn Dr. Furmanek.

Nach reiflicher Abwägung der Vor- und Nachteile beider Modelle eines VW's kamen wir danach einhellig zu dem Schluss, dass unsere Einschätzung vom 25.5.02 richtig war:

Wir wollen uns – über die Ländergrenzen hinweg – stark machen für

ein VW ohne Versicherungsrückdeckung, aber mit einem (oder mehreren) potenten Vermögensverwalter(n) wie z.B. Apo-Bank oder dbi.

Inzwischen sind beide Satzungsentwürfe sowohl dem Niedersächsischen Ministerium für Wirtschaft, Technologie und Verkehr als auch dem Niedersächsischen Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales zur Akzeptanzprüfung vorgelegt worden.

Die Satzung des VW's muss vom Sozialministerium genehmigt werden. Die Herren Dr. Horn und Noack haben unsere Satzungsentwürfe geprüft und leichte Korrekturen vorgenommen.

Um sich mit uns zu besprechen, waren am 16.8.02 die Herren von Ritter und Jäger vom Referat 24 (Finanzdienstleister, Beratungsdienstleister) des Wirtschaftsministeriums im Vorstand der PKN. Sie unterstützen deutlich unser Vorhaben, ein VW aufzubauen.

Der Ausschuss für Versorgungs- und Alterssicherung der PKN hat – nach Auswertung aller erhaltenen Informationen – den Mitgliedern der Kammerversammlung am 21.8.02 ein Modell ohne Versicherungsrückdeckung empfohlen. Die Kammerversammlung hat sich mit großer Mehrheit für dieses Modell entschieden und damit dem Ausschuss für Versorgungs- und Alterssicherung das Mandat erteilt, mit in Frage kommenden Anbietern in Verhandlungen einzutreten.

Die Verhandlungsergebnisse und den Satzungsentwurf werden wir auf der nächsten Kammerversammlung am 30.11.02 den Delegierten der PKN mit der Bitte um Zustimmung vorlegen.

Am 13.09.02 hat der Vorstand der PKN den Wirtschaftsjuristen Dr. Schrader damit beauftragt, uns Hilfestellung zu geben bei den Verhandlungen mit Vermögensverwaltern. Erste Verhand-

lungen haben am 20.09.02 mit den Herren Wiele und Frei von der Apo-Bank in Düsseldorf und dem Geschäftsführer der dbi in München, Herrn Rosipal, stattgefunden. Beide Verhandlungspartner haben großes Interesse an einer Kooperation mit unserem VW gezeigt und kommen als Geschäftspartner für uns in Frage. Weitere Verhandlungen sind geplant mit der VW-Bank in Braunschweig sowie der Baden-Württembergischen Kapitalanlagegesellschaft (BWK) in Stuttgart. Wir haben diesbezüglich beschlossen, nicht nur mit einer Kapitalanlagegesellschaft, sondern mit zwei bis drei dieser Gesellschaften zu kooperieren, um bessere Vergleichsmöglichkeiten zu haben.

Am 27.09.02 haben wir uns außerdem darauf festgelegt, die Mitgliederverwaltung mit den Bereichen Aufnahmeverfahren, Bestandsverwaltung, Inkasso/Exkasso, Leistungsabwicklung, Buchhaltung, Jahresabschluss/Lagebericht und Beratung nicht nach draußen zu vergeben, sondern durch die zukünftige Geschäftsführerin unseres VW's, Frau Sieker, besorgen zu lassen. Zu diesem Vorgehen haben uns nicht nur unsere beiden Juristen Igelbusch und Dr. Schrader, sondern auch der Geschäftsführer des VW's der Rechtsanwälte Niedersachsens, Herr Seifert, geraten.

Wir haben in diesem Zusammenhang auch beschlossen, ein Versicherungsmathematisches Gutachten auf der Grundlage des Satzungsentwurfs unseres VW's in Auftrag zu geben.

Ebenfalls am 27.09.02 hatten wir ein ausführliches Gespräch mit dem Leiter des Referats 24 (Finanzdienstleister, Beratungsdienstleister) im Niedersächsischen Ministerium für Wirtschaft, Technologie und Verkehr, Herrn von Ritter, zum Thema Kooperation mit anderen Psychotherapeutenkammern. In diesem Gespräch wurde deutlich,

dass es juristisch zwei mögliche Modelle gibt:

- Staatsvertrag zwischen Niedersachsen und einem anderen Bundesland / mehreren anderen Bundesländern über die Zugehörigkeit der Psychotherapeuten dieses Landes / dieser Länder zum VW der PKN
- Geschäftsbesorgungsvertrag zwischen dem VW der PKN und dem VW einer anderen Psychotherapeutenkammer / anderer Psychotherapeutenkammern

Die Möglichkeit einer Anschlusssatzung besteht für das VW der PKN nicht, da das Niedersächsische Heilkammergesetz (HKG) eine derartige Konstruktion nicht vorsieht.

Wir haben für den 18.10.02 die Psychotherapeutenkammern zu einer Klausurtagung eingeladen mit dem Ziel einer Kooperation unseres VW's mit Versorgungswerken anderer Psychotherapeutenkammern auf der Basis unseres Kammerversammlungsbeschlusses. Das Niedersächsische Wirtschaftsministerium und das Niedersächsische Sozialministerium haben uns juristische Hilfe bei dieser Tagung zugesagt. Auch die beiden Juristen unsers VW's, die Herren Dr. Schrader und Igelbusch sowie die künftige Geschäftsführerin Frau Sieker werden uns mit ihrer Sachkompetenz und Erfahrung an diesem Tag zur Seite stehen.

Wir können uns vor diesem Hintergrund vorstellen und wünschen uns dies ausdrücklich, uns mit mehreren Länderkammern zusammen auf eine einheitliche VW-Satzung und auf eine gemeinsame Vermögens- und Mitgliederverwaltung zu einigen, vertraglich geregelt auf der Basis eines Staatsvertrags bzw. Geschäftsbesorgungsvertrags im Interesse und zum Wohle unserer Mitglieder und unsers psychotherapeutischen Nachwuchses.

Aus der Arbeit der Gremien der PKN

Wenn es Streit gibt ...

Nachdem schon bald nach der Etablierung des Erichtungsausschusses (also schon vor den Wahlen zur ersten Kammerversammlung) die ersten Patientenbeschwerden die Geschäftsstelle erreichten, haben wir eine vordringliche Aufgabe darin gesehen, eine Ordnung zur Schlichtung von Streitigkeiten zwischen Kammermitgliedern und PatientInnen zu entwickeln. Damit wurde eine Basis geschaffen, zum einen den berechtigten Beschwerden von PatientInnen gerecht zu werden, zum anderen aber auch unsere Kammermitglieder gegenüber unberechtigten Angriffen zu schützen..

Die Schlichtungsstelle hat im Frühjahr dieses Jahres unter dem Vorsitz des Juristen Kai Witthinrich (Vertreterin: Frau G. Beyer) ihre Arbeit aufgenommen und den „Berg“ der Fälle weitgehend abgearbeitet.

Wenn aus den Patientenbeschwerden ein Verdacht begründet erscheint, dass ein berufsrechtliches Vergehen eines Kammermitglieds (also ein Verstoß gegen die Berufsordnung oder gegen allgemeine gesetzliche Bestimmungen wie z.B. die Schweigepflicht) vorliegt, leitet der Vorstand Vorermittlungen ein, die ebenfalls von einem Juristen, Herrn Matthias Vestring, geführt werden. Wird ein Berufsvergehen festgestellt, kann die Kammer (der Vorstand) eine Rüge aussprechen; in gravierenderen Fällen wird die Kammer die Eröffnung eines berufsgerichtlichen Verfahrens beim Psychotherapeutischen Berufsgericht Niedersachsen beantragen. Dieses Gericht steht unter dem Vorsitz der Richterin Petra Wycisk (Vertreterin: Johanna Paulmann-Heinke).

Ein drittes Gremium dient der Schlichtung von Streitigkeiten unter Kammermitgliedern: der Schlichtungsausschuss. Dieser Ausschuss, dem der Jurist Dr. Helmut Weidemann (Vertreterin: Angelika Schunke) vorsitzt, hat bisher allerdings noch nicht tagen müssen.

In einer späteren Ausgabe dieser Zeitschrift werden wir ausführlicher über die Arbeit dieser Gremien berichten. Über die Arbeit der Schlichtungsstelle können Sie sich jetzt schon auf den Internetseiten der PKN einen Eindruck verschaffen.

Kurz notiert:

Initiative der PKN bewirkt besseren Schutz von Patientendaten

Der Bundesbeauftragte für Datenschutz hat sich auf Initiative der PKN mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Verbindung gesetzt. Die KBV ist nun bereit, eine neue Regelung in § 12 der Psychotherapievereinbarung aufzunehmen, die deutlicher dem Schutz der Personaldaten des Patienten Rechnung trägt.

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen und Psychotherapeutenkammer Niedersachsen im Gespräch

Bei einem ersten Treffen der Vorstände von KVN und PKN wurden in guter Atmosphäre mehrere gemeinsam interessierende Themen behandelt.

AXA Krankenversicherung AG: Keine Veränderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Nahezu alle privaten Krankenversicherungen haben ihre Bedingungen den Veränderungen angepasst, die das Psychotherapeutengesetz für die Behandlung durch PP und KJP gebracht hat – lediglich die AXA-Krankenversicherung verweigert ihren Mitgliedern ausdrücklich auch nach einer Initiative der PKN die Übernahme der Kosten für durch PP und KJP erbrachte Leistungen.

Entwurf einer Berufsordnung der PKN in Arbeit

Der Ausschuss für Berufsordnung und Berufsethik hat in den vergangenen Monaten in intensiver Arbeit einen Entwurf für eine Berufsordnung der PKN erstellt, der im November auf der nächsten Sitzung der Kammerversammlung diskutiert und möglichst auch verabschiedet werden soll.

Anzeige

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

Geschäftsstelle: Willstätterstr. 10, 40549 Düsseldorf
Tel. 0211-52 28 47 0, Fax 0211-52 28 47 15
www.psychotherapeutenkammer-nrw.de; info@ptk-nrw.de

Bericht von der 5. Kammerversammlung vom 14. September 2002 in Münster

Die Vollversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW tagte am 14.09.2002 in den Räumen der Handwerkskammer / Bildungszentrum Münster.

Die Präsidentin, Monika Konitzer, berichtete zu Beginn ausführlich über die Bedingungen, unter denen die weitere Entwicklung unserer Berufsstände durch die Kammer zu gestalten ist:

- erhöhter gesellschaftlicher Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung sowie Berücksichtigung psychologischen Wissens und Know-Hows in Prävention und Coping von chronischen Erkrankungen, Anwachsen psychosomatischer und psychischer Erkrankungen;
- ökonomischer Druck auf das Gesundheits- und Sozialwesen;
- unzureichendes Wissen über die Kompetenzen der PsychotherapeutenInnen;
- wenig Zugang und Einfluss in den Entscheidungsgremien in Politik und Selbstverwaltung;
- keine selbständige Vertretung im Rahmen der Selbstverwaltung im Sozialrecht – weder in den Kassen-

ärztlichen Vereinigungen noch bei den Krankenhausträgern;

- Konkurrenz insbesondere mit den FachärztInnen, Versuche, das PsychThG zurückzurollen und die PsychotherapeutInnen in der Richtlinie einzusperrern, während die Bereiche der psychosomatischen und chronischen Erkrankungen sowie die Berücksichtigung psychischer Aspekte den ÄrztInnen vorbehalten werden soll.

Um hier exemplarisch für die Kammer tätig zu werden, hat der Vorstand der Psychotherapeutenkammer NRW begonnen, sich in die Vereinbarungen über die Inhalte eines Disease-Management-Programms zur Verbesserung der Versorgung von Brustkrebspatienten einzuschalten, und plant in den kommenden Monaten eine Informationsoffensive.

Ein weiterer Schwerpunkt wird die Einrichtung einer Bundespsychotherapeutenkammer sein. Monika Konitzer: „Wir können sicher sein, dass bei allen gesundheitspolitischen Reformen die Bundesärztekammer beteiligt ist und sich zu Wort meldet. Wenn wir für unsere Forderungen und Vorschläge Gehör finden wollen, brauchen wir spätestens Anfang nächsten Jahres eine Bundespsychothera-

peutenkammer, die unsere berufspolitischen Interessen in gleicher Augenhöhe formulieren und einbringen kann.“

Nach Auffassung der Psychotherapeutenkammer NRW werden zentrale Tätigkeitsbereiche des Vorstands und der Geschäftsstelle einer Bundespsychotherapeutenkammer die Formulierung und Vertretung der berufspolitischen Interessen unserer Berufe auf Bundesebene einerseits sowie die Unterstützung und Vernetzung der Landeskammern durch Information über gesundheitspolitische und berufspolitische Entwicklungen sowie in juristischen Fragen andererseits sein. Als Konsequenz für die Struktur und Satzung der Bundespsychotherapeutenkammer fanden daher folgende Forderungen einhellige Unterstützung der Kammerversammlung:

1. Damit die Bundespsychotherapeutenkammer die berufspolitischen Interessen der PP und KJP zusammenführen und vertreten kann, muss sie selbst in ihrer Zusammensetzung die Breite und Vielfalt der Berufsangehörigen widerspiegeln. Die Delegiertenversammlung, die die Grundzüge der Politik der Bundespsychotherapeutenkammer, wie z.B. Musterberufs- oder

Weiterbildungsordnungen beschließt und den Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer wählt, muss daher repräsentativ zusammengesetzt sein, d.h. nicht eine Vertretung der Kammern, sondern der Approbierten sein.

2. Zum zweiten muss sichergestellt sein, dass auch die kleinen Kammern als eigenständige Körperschaften in der Bundespsychotherapeutenkammer angemessen vertreten sind. Dies ist am ehesten durch die Konstruktion eines Länderrats, in dem die Landeskammern durch ihre PräsidentInnen vertreten sind und unabhängig von ihrer Größe gleiches Stimmrecht haben, und durch regelmäßige Abstimmungen zwischen dem Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer und dem Länderrat zu erreichen.

Im Anschluss an die Aussprache zum Bericht des Vorstands standen Nachwahlen zu den Ausschüssen an, die in inzwischen erprobter Manier und gutem Einvernehmen durchgeführt wurden.

Die Entschädigungs- und Reisekostenordnung konnte dieses Mal mit ca. Zweidrittelmehrheit der vorstandstragenden Fraktionen verabschiedet werden.

Die nächste Kammerversammlung findet am 7.12.02 um 11.00 Uhr in der Luise-Albertz-Halle, Düppelstr. 2, in 46045 Oberhausen statt. Die Versammlung ist öffentlich für alle Kammermitglieder.

Bekanntmachung des Hauptwahlleiters

Gemäß § 23 i.V.m. § 21 Abs. 9 der Wahlordnung für die Wahl zu den Kammerversammlungen der Heilberufskammern in der Fassung der Verordnung vom 11. Juli 1996 gibt Dr.

jur. Paul Springer als Hauptwahlleiter bekannt:

Frau **Dr. Boeck-Singelmann**, Wahlkreis Düsseldorf PP, Vorschlag „Allianz psychotherapeutischer Berufs- und Fachverbände“ hat am 11.08.2002 den Verzicht auf ihren Sitz in der Kammerversammlung erklärt. Nachgerückt ist Herr **Henry Kessler**.

Frau **Dr. Christa Frielingsdorf-Appelt**, Wahlkreis Köln PP, Vorschlag „Qualität durch Methodenvielfalt“ hat am 15.08.2002 den Verzicht auf ihren Sitz in der Kammerversammlung erklärt. Nachgerückt ist Herr **Hans-Jürgen Eilers**.

Frau **Karin Flamm**, Wahlkreis Köln PP, Vorschlag „Allianz psychotherapeutischer Berufs- und Fachverbände“ hat am 20.08.2002 den Verzicht auf ihren Sitz in der Kammerversammlung erklärt. Nachgerückt ist Herr **Andreas Pichler**.

Frau **Christa Teders-Windler**, Wahlkreis Köln KJP, Vorschlag „Allianz psychotherapeutischer Berufs- und Fachverbände“ hat am 2.09.2002 den Verzicht auf ihren Sitz in der Kammerversammlung erklärt. Nachgerückt ist Herr **Albert Matthias Fink**.

Frau **Marlene Steuber**, Wahlkreis Köln PP, Vorschlag „Wahlbündnis Psychotherapie in NRW“ hat am 5.09.2002 den Verzicht auf ihren Sitz in der Kammerversammlung erklärt. Nachgerückt ist Herr **Hans Schumacher**.

Versorgungswerk

Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer NRW hat sich darauf verständigt, ein eigenes Versorgungswerk für seine Mitglieder einzurichten und hat deshalb die Kommission „Versorgungswerk“ eingesetzt. Die Kommission hat bereits ihre Arbeit aufgenommen.

Das Versorgungswerk bietet nach Einschätzung des Vorstands und der Kommission ihren Mitgliedern:

- Ein günstiges Beitrags-/Leistungsverhältnis gegenüber der gesetzlichen Rentenversicherung
- Rentenanwartschaften ohne lange Wartezeiten
- Homogener Mitgliederkreis
- Alters-, Berufsunfähigkeits-, Witwen- und Waisenrenten
- Erwirtschaftete Gewinne zur Erhöhung der Leistungen
- Geringer Verwaltungsaufwand

Die Kommission hat folgenden **Zeitplan** vorgelegt:

Bis Ende 2002

- ein Satzungsentwurf wird erstellt und vom Vorstand verabschiedet
- Stellungnahmen der Fachaufsichtsbehörde und der Versicherungsaufsichtsbehörde des Landes NRW werden eingeholt

Januar–Juni 2003

- Planung und Durchführung von Expertengesprächen
- Verhandlungen mit Anbietern
- Der Satzungsentwurf wird der Kammerversammlung zugeleitet

Juli–Dezember 2003

- Expertengespräche mit Vertretern anderer Psychotherapeutenkammern
- Abschließende Beratung mit Gründungsbeschluss in der Kammerversammlung zur Errichtung eines Versorgungswerkes
- Das versicherungsmathematische Gutachten wird in Auftrag gegeben und den Aufsichtsbehörden des Landes zur Prüfung vorgelegt

Ab Januar 2004

- Nach Genehmigung der Aufsichtsbehörden des Landes erfolgt der

Aufbau der Verwaltungseinheit „Versorgungswerk“ in der Psychotherapeutenkammer NRW

- Die Selbstverwaltungsorgane des Versorgungswerkes konstituieren sich
- Regionale Informationsveranstaltungen für die Mitglieder der Kam-

mer in Bielefeld, Düsseldorf und Münster sind geplant

Streichung des Landes- **zuschusses**

Die Regierung des Landes Nordrhein-Westfalen beabsichtigt ab dem Haus-

haltsjahr 2003 die Landeszuschüsse für die kommunalen Beratungsstellen zu streichen.

Die Psychotherapeutenkammer NRW setzt sich energisch dafür ein, dass die Förderung der Beratungsstellen in vollem Umfang erhalten bleibt.

Brief an die Ministerin für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen, Frau Birgit Fischer

Beabsichtigte Streichung des Landeszuschusses für kommunale Erziehungsberatungsstellen

Sehr geehrte Frau Ministerin Fischer,

dem Haushaltsplanentwurf für das Jahr 2003 der Landesregierung Nordrhein-Westfalen ist zu entnehmen, dass die Förderung kommunaler Erziehungsberatungsstellen eingestellt werden soll. Hiervon sind insgesamt 51 Erziehungsberatungsstellen mit 416 Stellen für Fachkräfte und, orientiert an der Förderung im Jahr 2002, einem Volumen von knapp 8,3 Millionen Euro betroffen. Die Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen warnt vor den Konsequenzen einer solchen Sparmaßnahme für die Familien, Kinder und Jugendlichen in unserem Land angesichts einer bereits jetzt als völlig unzureichend einzuschätzenden Versorgungssituation.

Erziehungsberatungsstellen bilden seit Jahrzehnten eine wesentliche Säule in der psychosozialen Versorgung von Kindern, Jugendlichen, Eltern und Familien. In der Jugendhilfe leisten sie unverzichtbare Beiträge im Bereich der Einzelfallhilfen in Form von Diagnostik, Beratung und Therapie sowie in der Prävention. Da sich die therapeutische Arbeit in der Jugendhilfe nicht auf Heilbehandlung beschränkt, sondern allgemeiner der Wiederherstellung der Erziehungs- oder Entwicklungsfähigkeit dient, werden auch solche Menschen

angesprochen, die in der gesetzlichen Krankenversorgung nicht erreicht werden. Darüber hinaus haben sich aufgrund des spezifischen Behandlungsfokus in der Jugendhilfe zusätzliche Methoden wie z.B. die Familientherapie etabliert, die als ambulante Leistungen sonst nicht angeboten werden. Die institutionelle Erziehungsberatung zeichnet sich also durch besondere Niedrigschwelligkeit, Lebensweltorientierung und Flexibilität aus. Ihr Arbeitsansatz, unterschiedliche Fachkräfte und vielfältige methodische Ansätze in der Hilfestellung zu integrieren, garantiert hohe Qualität und Effizienz – auch im Hinblick auf die eingesetzten Mittel.

Alle Veröffentlichungen belegen, dass der Bedarf an Beratung, Unterstützung und Therapie kontinuierlich steigt. Ebenso können Erziehungsberatungsstellen seit Jahren auf eine steigende Inanspruchnahme über alle sozialen Schichten hinweg verweisen. Fragestellungen wie z.B. Trennung, Scheidung, sexueller Missbrauch oder Gewalt in Schule und Familie werden und wurden wie selbstverständlich aufgegriffen.

Nach den Beschlüssen der 75. „Gesundheits-Minister-Konferenz“ (GMK) vom 20./21.06.2002 in Düsseldorf, denen zufolge nicht zuletzt auf Initiative der Landesregierung Nordrhein-Westfalen die „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen – Prävention,

Früherkennung und Frühförderung“ und die „gesundheitliche Versorgung der von häuslicher Gewalt betroffenen Frauen und Kinder“ verbessert werden sollen, ist es nicht nachvollziehbar, dass dieselbe Landesregierung nun beabsichtigt, den kommunalen Erziehungsberatungsstellen die finanziellen Grundlagen zu entziehen. Alle Parteien stellen die Erziehungsförderung in den Vordergrund ihrer sozialpolitischen Programmatik. Der politische Konsens über die gemeinsamen Aufgaben „Bündnis für Erziehung“, „Zukunft für unsere Kinder sichern“ und „Familien in ihrer Erziehungsverantwortung stärken“ erfordert den Einsatz finanzieller Mittel, wenn er Früchte tragen soll. Hierzu gehört auch, ein vielfältiges, erreichbares und plurales Beratungsangebot für Kinder, Jugendliche und Familien vorzuhalten.

Die Streichungen im Haushalt werden – wie bereits im letzten Jahr – damit begründet, dass Einsparungen erbracht werden müssen und dass Erziehungsberatung eine Pflichtleistung der Kommunen ist. Richtig hieran ist, dass sich der Rechtsanspruch auf Erziehungsberatung gegen den örtlichen Träger der Jugendhilfe richtet. Die Kommunen haben dem in der Vergangenheit trotz eigener erheblicher Haushaltsprobleme Rechnung getragen, indem sie die institutionelle Erziehungsberatung aufrecht erhalten und teilweise ausgebaut haben. Dies ist

allerdings erst durch den Landeszuschuss zu den Personalkosten möglich geworden. Ohne diesen Zuschuss wären die Kommunen überfordert gewesen – und sind dies auch in Zukunft.

Der geplante Rückzug der Landesregierung Nordrhein-Westfalen aus der Förderung kommunaler Erziehungsberatungsstellen gefährdet nachhaltig ihre Existenz. Die Finanzierungslücke wird kaum zu schließen sein – viele Kommunen verfügen über keine ausgeglichenen Haushalte, viele mussten Haushaltssicherungskonzepte aufstellen. Eine Reduktion des Beratungsangebotes wäre daher unausweichlich. Auch andere Angebote der Jugendhilfe und der freien Träger in den Kommunen würden von den beabsichtigten Kürzungen nicht unberührt bleiben.

Keinesfalls kann der Wegfall dieses Versorgungsbeitrags durch Angebote freier Träger oder das System der gesetzlichen Krankenversicherung kompensiert werden. Die psychotherapeutische Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen ist bereits jetzt als völlig unzureichend zu bezeichnen. Die Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen hat gerade in diesem Bereich immer wieder eine gravierende Unterversorgung feststellen müssen. Kinder und Jugendliche sind bei einer 12-Monats-Prävalenz von 17,5% – das entspricht jährlich ca. 630 Tausend Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen in Nordrhein-Westfalen – besonders schlecht versorgt. Hier wurde eine Behandlungsquote von lediglich 17% ermittelt. Somit lässt sich für Kinder und Jugendliche bereits heute eine extreme Unterversorgung konstatieren – selbst unter Berücksichtigung des Versorgungsbeitrags der Erziehungsberatungsstellen im bisherigen Umfang.

Von den Kürzungen betroffen wären insbesondere Familien aus den unteren sozialen Schichten. Viele Untersuchungen belegen, dass das Risiko für körperliche und psychische Erkrankungen mit dem sozialen Status und den Einkommensverhältnissen in einem deutlichen Zusammenhang steht. Die geplanten Maßnahmen der Landesregierung treffen daher die schwachen Mitglieder unserer Gesellschaft, die auf die solidarische Hilfe der Gemeinschaft angewiesen sind. Des Weiteren würde in Kauf genommen, dass durch das Fehlen frühzeitiger Interventionen das Risiko schwerer und chronifizierter psychischer Erkrankungen im Erwachsenenalter drastisch ansteigt.

Ohne die Finanzierungshilfe des Landes ist der umfangreiche und unverzichtbare Beitrag der institutionellen Erziehungsberatung zu der psychosozialen Versorgung der Bevölkerung kaum zu sichern. Die Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen fordert daher die Politikerinnen und Politiker auf, sich im Interesse der Bürgerinnen und Bürger, der Kinder, Jugendlichen, Eltern und Familien für eine nachhaltige Sicherstellung der Förderung kommunaler Erziehungsberatungsstellen im Rahmen des Landshaushaltes einzusetzen.

Mit freundlichen Grüßen

*Monika Konitzer – Präsidentin
Psychotherapeutenkammer NRW*

Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz

Geschäftsstelle: Hegelstr. 61, 55122 Mainz
ab 01.01.2003 neue Anschrift: Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30, 55130 Mainz
Tel. 06131-5703813; Fax 06131-570663
Service@lpk-rlp.de; www.lpk-rlp.de
Geschäftszeiten: Mo bis Fr von 10.00 bis 12.30; Di und Do von 14.00 bis 16.00 Uhr

Nächste Sitzung der Vertreterversammlung:
Die dritte Sitzung der Vertreterversammlung findet am **Mittwoch, dem 11. Dezember 2002, 14.00 Uhr** in Raum 401 des neuen Abgeordnetenhauses des Landtags Rheinland-Pfalz, Kaiser-Friedrich-Str. 3, 55116 Mainz statt. Die Sitzung ist kammeröffentlich. Die Mitglieder sind hierzu herzlich eingeladen.

Bericht aus dem Ausschuss für Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

In den Ausschuss für Ausbildung, Fort- und Weiterbildung der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz wurden in der VV am 10.4. folgende Kolleginnen und Kollegen gewählt:

Herr Dipl.-Psych. Werner Dinkelbach, Sinzig, Frau Dipl.-Psych. Dr. Sigrid Schiller, Frankenthal, Frau Dipl.-Psych. Prof. Dr. Anette Schröder, Landau, Herr Dipl.-Psych. Hans-Jochen Weidhaas, Bad Dürkheim, Frau Dipl.-Psych. Helga Zumpf, Landau.

Die Ausschussmitglieder wählten in der konstituierenden Sitzung am 29.05.02 einstimmig Herrn Weidhaas zum Vorsitzenden. Er vertritt auch die Landespsychotherapeutenkammer auf Bundesebene in der dort gebildeten Arbeitsgruppe Aus-, Fort- und Weiterbildung. Eine frühzeitige Abstimmung zwischen den Länderkammern bei der Entwicklung von Fort- und Weiterbildungsstandards ist unverzichtbar, wenn sich die Berufsbilder der Psychologischen Psychotherapeuten und Kin-

der- und Jugendlichenpsychotherapeuten auf Bundesebene einheitlich entwickeln sollen. Eine zukünftige Bundespsychotherapeutenkammer soll eine Muster-Weiterbildungsordnung erstellen. Die im HeilBG verankerte Regelungshoheit und Regelungsverpflichtung bleibt jedoch ausschließlich bei den Landeskammern.

Die bisherige Arbeit des Ausschusses beinhaltete die Bearbeitung der Aufgaben aus dem Fragenkatalog des Vorstandes an den Ausschuss (s. www.lpk-rlp.de):

Der Ausschuss beabsichtigt, Empfehlungen für Eckpunkte einer zukünftigen Weiterbildungsordnung bis Ende November zu erstellen. Diese Vorschläge werden bereits mit den anderen Länderkammern abgestimmt sein.

Darüber hinaus hat der Ausschuss dem Vorstand eine schriftliche Stellungnahme zu angemessenen Voraussetzungsstandards für Praxen / Psychotherapeuten hinsichtlich der Beschäftigung von Ausbildungsassistenten im Rahmen der Praktischen Tätigkeit abgegeben.

Inzwischen liegt beim Fachministerium ein erster Antrag auf Überprüfung der Gleichwertigkeit bei im Ausland absolvierten Postgraduierten-Weiterbildungen bei Psychologischen Psychotherapeuten vor.

Auch zu diesem Thema hat der Ausschuss beraten und dem Vorstand eine einstimmige Empfehlung zur Durchführung der mündlichen Prüfung zur Kenntnis gegeben.

Schlichtungsausschuss

Die Einrichtung eines Schlichtungsausschusses ist durch das Heilberufsgesetz Rheinland-Pfalz (HeilBG) zwingend vorgeschrieben. Dieser soll bei Streitigkeiten, die sich aus der Berufsausübung zwischen Kammermitgliedern und Dritten ergeben, versuchen, eine gütliche Einigung zwischen den Parteien herbei zu führen, um die Einschaltung der Gerichte überflüssig zu machen.

Der Schlichtungsausschuss setzt sich aus einem Juristen als Vorsitzendem, zwei Vertretern der Psychotherapeu-

ten und zwei Patientenvertretern zusammen. Alle Mitglieder werden von der Vertreterversammlung gewählt. Während die Vertreterversammlung bereits den Vorsitzenden (Dr. Günter Müller) und psychotherapeutische Beisitzer (Andreas Dehmlow, Monica Weyrauch) bestimmt hat, müssen die Patientenvertreter noch benannt werden. Zur Zeit werden Gespräche mit verschiedenen Institutionen wie z. B. Selbsthilfegruppen, Psychiatrieberätern, Patientenbeauftragten in Kliniken etc. geführt, um Personen zu finden, die bereit sind, ein solches Amt zu übernehmen.

Grundlage des Handelns des Ausschusses wird eine Schlichtungsordnung sein. Ein Entwurf ist bereits in der Abstimmungsphase und wird der Vertreterversammlung im Dezember zur Entscheidung vorgelegt werden.

Ethik-Kommission

Die Einrichtung einer Ethik-Kommission ist nach dem HeilBG nur bei der Landesärztekammer vorgeschrieben; die Landespsychotherapeutenkammer kann eine eigene Kommission einrichten. Nach der Auffassung unseres Aufsichtsamts, die auch so von der Landesärztekammer (LÄK) umgesetzt wird, besteht die Aufgabe der Ethikkommission ausschließlich in der Prüfung von Forschungsvorhaben; ethische Probleme, die sich durch die Berufsausübung ergeben, sind ausschließlich in der Berufsordnung zu regeln.

§ 5a Abs. 1 S. 2 HeilBG lässt den Ethik-Kommissionen durchaus die Möglichkeit, Kammermitglieder nicht nur über

Beide Kammern sind paritätisch mit jeweils vier Mitgliedern vertreten. Diese sind:

Ethikprobleme bei Forschungsvorhaben (Abs. 1 S. 3) zu beraten.

In der Bundesrepublik gibt es nicht weniger als 52 Ethik-Kommissionen im ärztlichen Bereich, dies auch deshalb, weil in anderen Bundesländern neben den Ethik-Kommissionen (jeder) Landesärztekammer noch Ethik-Kommissionen der Universitäten existieren.

Rheinland-Pfalz hat demgegenüber nur eine einzige Ethik-Kommission, nämlich bei der Landesärztekammer. Sie ist zuständig sowohl für die Grundlagenforschung als auch für die angewandte Forschung.

Die Erfahrungen der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz zeigen dass andere Sachverhalte außerhalb von Forschungsvorhaben sehr selten sind. Deshalb hat man die Entscheidung hierüber anderen Entscheidungsträgern bzw. Beratungsgremien innerhalb der LÄK übertragen:

Meinungsverschiedenheiten zwischen Kammermitgliedern bei rechtlichen Fragen, auch solche mit berufsethischen Bezügen, werden grundsätzlich von den Vorständen der Bezirksärztekammern bzw. dem Vorstand der Landesärztekammer entschieden.

Dasselbe gilt für entsprechende berufsethische Fragen im Verhältnis zwischen Arzt und Patient.

Soweit es dabei um Kunstfehler geht, ist der Schlichtungsausschuss zuständig.

In Anbetracht dieser Rechts- und Sachlage wird im Vorstand die Notwendigkeit der Einrichtung einer solchen Kommission diskutiert. Eine vorgesehene Beschlussvorlage für die Vertreterversammlung soll auch auf der Basis der weiter unten erläuterten Mitgliederbefragung erstellt werden.

Gemeinsamer Beirat

Der Gemeinsame Beirat mit der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz (s. Graphik) ist wie der Schlichtungsausschuss ein vom HeilBG vorgeschriebener Ausschuss. Er hat seine Arbeit wegen terminlicher Probleme bei Drucklegung gerade erst aufgenommen. Nach dem Heilberufsgesetz ist er für die Abstimmung aller Berufs übergreifenden Angelegenheiten zuständig. Der Beirat soll insbesondere zu fachlichen Fragen der Fort- und Weiterbildung Empfehlungen abgeben. Sein Votum hat keine die Kammern bindende Wirkung, sondern ist

Vertreter der Psychotherapeuten	Vertreter der Ärzte
Herr Dipl.-Psych. Werner Dinkelbach, Sinzig	Herr Dr. med. Joachim Faude, Facharzt für Allgemeinmedizin, Psychotherapeutische Medizin, Lieser
Frau Dipl.-Psych. Dr. Susanne Dormann, Klingenstein	Herr Dr. med. Jürgen Fleischmann, Facharzt für Kinderheilkunde, Psychotherapie, Sinzig
Herr Dipl.-Psych. Dr. Paul Nilges, Mainz	Herr Dr. med. Norbert Mark, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin, Ludwigshafen
Herr Dipl.-Psych. Dr. Hans Willenberg, Mainz	Herr Dr. med. Andreas Stein, Facharzt für Psychiatrie, Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und Psychotherapie, Alzey

nur in die Entscheidungsfindung mit einzubeziehen.

Mitgliederbefragung

Im Zusammenhang mit der Einrichtung eines Schlichtungsausschusses werden zur Zeit Verhandlungen mit dem Gesamtverband der Haftpflichtversicherer geführt. Ziel ist eine Vereinbarung über eine Finanzierung der Gutachten, die der Schlichtungsausschuss in geeigneten Fällen einholen muss, sowie der Kosten dieser Ausschusstätigkeit. Eine entsprechende Kostenregelung besteht zwischen den Versicherungen und der Landesärztekammer. Sie würde unseren Kammerhaushalt entlasten, wird jedoch nur zu realisieren sein, wenn wir nachweisen können, dass unsere Mitglieder eine Haftpflichtversicherung abgeschlossen haben, die das Berufsschadensrisiko einbezieht, und Haftpflichtschäden in der Vergangenheit reguliert wurden, die die einzelnen Versicherungen finanziell belastet haben.

Wir bitten Sie deshalb, den nebenstehenden Fragebogen heraus zu trennen und mit den erbetenen Angaben an unsere Geschäftsstelle zu senden. Der Fragebogen bleibt absolut anonym und wird vertraulich behandelt, so dass Sie keine Scheu haben müssen, auch über einen Schadensfall zu berichten. Nur dann haben wir Argumente, die die Haftpflichtversicherer dazu bewegen können, unseren Ausschuss mit zu finanzieren, wie sie dies bei den Ärztekammern auch tun.

Gleichzeitig wollen wir Sie auch um Angaben bitten, die die Vertreterversammlung benötigt, um über die Notwendigkeit einer Ethikkommission zu entscheiden. Uns ist bisher nicht bekannt, ob außerhalb der Universitäten Psychotherapeuten an der Durchführung von Forschungsprojekten beteiligt sind.

Schon aus Kostengründen wollen wir keine Kommission einrichten, die evtl. überflüssig ist. Daher bitten wir Sie auch hier um Beantwortung der entsprechenden Fragen.

Wir danken Ihnen bereits jetzt für Ihre Mitarbeit und die Rücksendung des Fragebogens bis

20.12.2002.

Bericht aus der Geschäftsstelle

Der Vorstand hat bewusst darauf geachtet, Entscheidungen über die personelle Ausstattung der Geschäftsstelle auf der Basis von Erfahrungswerten des Geschäftsbetriebs zu treffen. In den letzten Monaten hat sich gezeigt, dass das große Arbeitsvolumen nicht weiterhin von der kleinen Anfangsbesetzung (Geschäftsführerin und ½ Verwaltungskraft) zu leisten ist. Seit Mitte August ergänzt eine weitere Mitarbeiterin das Team. Während die Geschäftsführerin ganztags eingestellt ist, arbeiten die beiden anderen Damen halbtags. Frau Klein hat ihre Tätigkeit zum 30.09. beendet, so dass sich mit Frau Galina Schulte und Frau Silke Lips-Klumb zwei neue Mitarbeiterinnen in die Arbeit einer Kammer und die spezifischen Themen der Psychotherapeuten einarbeiten.

Während Frau Schulte die gesamte Schreibearbeit erledigt und später die organisatorische Ausschussbetreuung übernehmen soll, bearbeitet Frau Lips-Klumb Aufgaben der Buchhaltung, der Mitgliederverwaltung und der Materialverwaltung. Eine gegenseitige Vertretung wird ebenso gewährleistet. Frau Heinrich ist für die Organisation der Geschäftsstelle verantwortlich, ebenso für die Abstimmung mit dem Vorstand und die Vorbereitung der Sitzungen sowie die

Umsetzung der Beschlüsse von Vertreterversammlung und Vorstand. Sie ist verantwortlich für Verhandlungen mit Lieferanten und die Kontrolle der Entwicklung von Ausgaben und Einnahmen. Sie führt die Korrespondenz mit allen Ansprechpartnern im Gesundheitswesen, soweit nicht der Präsident oder der Vizepräsident sich dies vorbehalten. In Absprache mit dem Vorstand übernimmt sie die Vertretung der Kammer nach außen. Zu ihren derzeitigen Kernaufgaben gehört die Bearbeitung der Widersprüche. Sie klärt, soweit erforderlich, juristische Sachverhalte mit dem Justiziar ab, legt die Widersprüche dem Vorstand zur Entscheidung vor und verfasst danach die Widerspruchsbescheide. Der Aufbau eines Versorgungswerkes zählt ebenso zu ihren Aufgaben.

Bitte beachten Sie:

Die Geschäftsstelle ist in der Zeit vom 15.12.2002 bis 03.01.2003 wegen des Umzugs geschlossen. In dieser Zeit ist auch die telefonische Erreichbarkeit nicht gewährleistet.

Unsere Landespsychotherapeutenkammer hat im zu Ende gehenden Jahr 2002 mit einem zügigen Aufbautempo und Dank der engagierten Unterstützung durch viele Kolleginnen und Kollegen ein lebendiges Profil entwickelt. Für die besonderen Anstrengungen der letzten Monate bedanke ich mich im Namen des gesamten Vorstands herzlich und hoffe auch bei den zukünftigen Aufgaben auf Unterstützung und Interesse.

Wir wünschen allen Mitgliedern und ihren Familien eine gesegnete Weihnachtszeit und ein erfolgreiches und erfülltes Jahr 2003.

Alfred Kappauf

Präsident

Bitte bis 20. 12. 2002 zurücksenden!

Landespsychotherapeutenkammer
 Rheinland-Pfalz
 Postfach 29 63
 55019 Mainz

Fragen zum Schlichtungsausschuss und zur Ethikkommission

- | | | | |
|-----|--|-------------------------------|----------------------------|
| 1. | Hatten Sie in der Vergangenheit mit Patienten Streitfälle wegen eines eventuellen Behandlungsfehlers | Ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Wenn ja, wie viele
In wieviel Jahren | Nein <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Haben Sie selbst eine Berufshaftpflichtversicherung abgeschlossen?
Über welche Versicherungssumme? | Ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Nein <input type="checkbox"/> | € <input type="checkbox"/> |
| 3. | Bei welcher Versicherungsgesellschaft? | | |
| 4. | Hat Ihr Arbeitgeber eine Berufshaftpflichtversicherung für Sie abgeschlossen?
Über welche Versicherungssumme? | Ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Nein <input type="checkbox"/> | € <input type="checkbox"/> |
| 5. | Bei welcher Versicherungsgesellschaft? | | |
| 6. | Nehmen Sie als Mitarbeiter einer Universitätsklinik an einem/mehreren* Forschungsvorhaben teil? | Ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Nein <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Nehmen Sie als Mitarbeiter einer Universität an einem/mehreren* Forschungsvorhaben teil? | Ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Nein <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. | Nehmen Sie als Mitarbeiter einer anderen Einrichtung an einem/mehreren* Forschungsvorhaben teil? | Ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Nein <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Nehmen Sie als niedergelassener Psychotherapeut an einem/mehreren* Forschungsvorhaben teil? | Ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Nein <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Wenn Nr. 8 oder 9 bejaht wird, sind Sie einem/mehreren* Forschungsvorhaben einer Universität oder
einer Universitätsklinik oder
einer anderen Einrichtung angeschlossen? | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> |

*Zutreffendes bitte unterstreichen

Bitte hier abtrennen

Impressum

Das „**Psychotherapeutenjournal**“ publiziert Beiträge, die sich – direkt oder indirekt – auf die Prävention, Therapie und Rehabilitation psychischer Störungen und den psychischen Aspekten 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, Psychotherapeutenkammer Bremen, Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen, Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz

Redaktionsbeirat

Hans Bauer (Hessen), Dieter Best (Rheinland-Pfalz), Karl Wilhelm Hofmann (NRW), Detlev Kommer (Baden-Württemberg), Siegfried Schmieder (Baden-Württemberg), Dr. Lothar Wittmann (Niedersachsen)

Anschrift Redaktion

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg,
Hauptstätterstr. 89,
70178 Stuttgart.
Tel.: 0711 – 674470-0.
Fax: 0711 – 674470-15

Verlag und Abonnementservice

R. v. Decker's Verlag, Hüthig GmbH & Co. KG, Sigrun Kulf, Im Weiher 10, 69121 Heidelberg, Tel. (06221) 489-307, Fax: (06221) 489-529, www.rvdecker-verlag.de, eMail: PTJ@huethig.de

Anzeigen

Annette Kerstein, Tel.: (06221) 489-318, Fax: (06221) 489-529, eMail: a.kerstein@huethig.de

Satz

Strassner ComputerSatz,
69181 Leimen

Druck

Schmidt & more Drucktechnik,
65462 Giensheim-Gustavsburg

Bezug und -bedingungen

Inland € 72,- (inkl. Versandkosten)

Ausland € 75,- (inkl. Versandkosten)

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, Bremen, 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 in dreifacher Ausfertigung an die Anschrift der Redaktion einzusenden. Bei Annahme des Manuskripts sollte der Text elektronisch (Diskette; eMail) im Word oder rtf-Format zur Verfügung gestellt werden.

Der **Umfang** des Manuskripts sollte im Regelfall 15 Seiten (zweizeiliger Abstand incl. Abbildungen und Tabellen) nicht überschreiten.

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/Abstract von maximal 120 Worten voranzustellen. Die Redaktion behält sich das Recht auf Kürzungen vor.

Tabellen und Abbildungen: Tabellen (jeweils mit Tabellenüberschrift) und Abbildungen sind gesondert und nummeriert dem Manuskript beizulegen. Im Manuskript ist die Stelle zu kennzeichnen, an der die Tabelle bzw. die Abbildung erscheinen soll. Der Bezug auf die Tabelle bzw. die Abbildung wird im Text über die Nummerierung vorgenommen. Abbildungen sind auf der Rückseite mit dem Autorennamen und der Abbildungsnummer zu versehen. Zugehörige Abbildungsunterschriften werden mit der Abbildungsnummer auf gesondertem Blatt abgegeben. **Abbildungen** bitte jeweils zusätzlich als **Originaldatei** (TIF-Format, mind.

300 dpi) einreichen. Alle **Tabellen** sollen in getrennten Dateien abgespeichert werden. 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:

- 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);
- 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;
- 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;
- 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;
- 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.