

ISSN 1611-0773
D 60843
6. Jahrgang

Psychotherapeuten- journal

www.psychotherapeutenjournal.de

Organ der Bundespsychotherapeutenkammer, der
Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg,
Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen,
Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-
Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer

3/2007

21. September 2007 (S. 225-336)

- Neues Tarifrecht für den öffentlichen Dienst
- Qualitätssicherung – aus der Praxis für die Praxis
- Rechtsfragen für Angestellte

**Psychotherapeuten
Verlag**

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Frage, wie Kinder und Jugendliche richtig und gesund erzogen werden, ist zu einem medienpolitischen Thema ersten Ranges geworden. Berichte über Kinder, die in verfallenen Wohnungen leben oder von ihren Eltern missbraucht und getötet werden, entsetzen zu Recht.

Doch häufig sind die Antworten auf die Frage, wie Gewalt gegen Kinder und Jugendliche zu verhindern ist, vorschnell. Ob CDU oder SPD – autoritäre familienpolitische Konzepte feiern eine überraschende Renaissance. Der Staat avanciert zum besseren Erzieher. Eltern erhalten verbindliche Vorschriften, was sie zu tun und zu lassen haben und die Jugendhilfe soll das Kindeswohl sichern, wenn Erziehung in der Familien misslingt. Ich hätte nichts dagegen, wenn es so einfach wäre, doch ich fürchte, dass die Familienpolitik ihre Möglichkeiten bei weitem überschätzt.

Die Sache ist komplizierter. Was wir brauchen, ist nicht ein Staat, der immer häufiger in die Privatsphäre seiner Bürger eindringt. Keiner kennt seine Kinder besser als die Eltern, keiner kann Kindern besser helfen als ihre Eltern. Der Staat sollte sehr genau darauf achten, dass er seine subsidiäre Rolle in der Familienpolitik nicht verletzt. Er sollte Eltern, die in der Erziehung ihrer Kinder versagen, nicht verfolgen. Was wir brauchen ist ein Staat, der Eltern stärker unterstützt und ihnen hilft, ihre Kinder erfolgreich zu erziehen. Was wir brauchen, ist vor allem ein Staat, der die Lebenssituation von sozial benachteiligten Familien so verbessert, dass eine bessere Erziehung möglich ist.

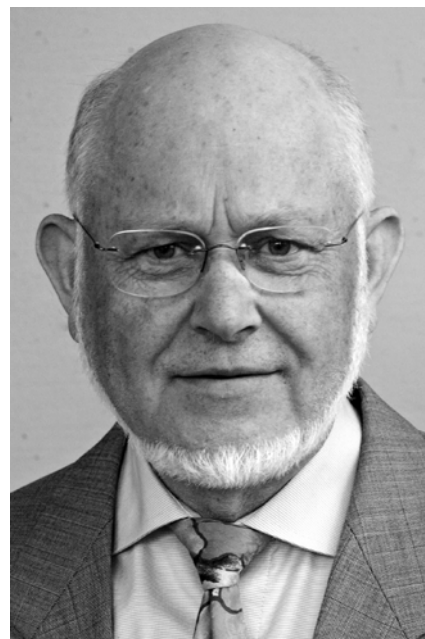
Denn ein Ergebnis stellte auch die große Kinder- und Jugendgesundheitsstudie (KiGGS) des Robert Koch-Instituts heraus: „Die am schwersten wiegende Erkenntnis ist, dass Kinder aus sozial benachteiligten Familien nicht nur in einzelnen Bereichen von Gesundheit und Lebensqualität schlechtere Ergebnisse aufweisen, sondern durchweg in allen.“ Sozioökonomische Faktoren sind entscheidend dafür, ob Kinder gesund aufwachsen. Studienleiterin Bärbel-Maria Kurth sprach von einer „neu-

en Morbidität“, einer Verschiebung von den somatischen hin zu den psychischen Störungen. Mehr als 20 Prozent der Kinder und Jugendlichen in Deutschland zeigen psychische Auffälligkeiten. Etwa jedes zehnte Kind ist psychisch krank, bei weiteren zwölf Prozent finden sich zumindest Hinweise auf eine psychische Auffälligkeit. Jedes zehnte Kind leidet unter Ängsten, etwa jedes 20. unter Depressionen, rund jedes 50. unter ADHS. Bei vielen muss eine chronische Störung angenommen werden. In circa der Hälfte der Fälle findet keine Behandlung statt.

Kinder mit psychischen Auffälligkeiten kommen deutlich häufiger aus konfliktbelasteten Familien oder aus Familien, in denen die Erziehenden ihre eigene Kindheit und Jugend nicht als harmonisch empfunden haben, bzw. aus Familien, in denen die Erziehenden eine unglückliche Partnerschaft führen. Eine besondere Belastung sind auch psychische Erkrankungen bei Mutter oder Vater und das Aufwachsen in einem Ein-Eltern-Haushalt.

Die KiGGS-Studie bestimmt damit schon die Schwerpunkte des Präventionsgesetzes, das noch in dieser Legislaturperiode verabschiedet werden soll. Erstens: Präventive Gesundheitspolitik für Kinder und Jugendliche muss vor allem Programme für sozial benachteiligte Familien vorsehen. Die gesundheitlichen Risiken kumulieren in Stadtvierteln mit niedrigem sozioökonomischen Status. Zweitens: Der einseitige Blick auf die Risikofaktoren verleitet zu einer polizeilichen Fahndungsperspektive auf Familien. Wichtiger aber ist es, die Schutzfaktoren der Kinder zu stärken, die personalen, familiären und sozialen Ressourcen von Kindern und Jugendlichen zu verbessern.

Was ich mir von der Familienpolitik wünsche, ist deshalb ein positiveres Familienbild, weniger staatliche Repression und mehr aktivierende Sozialpolitik. Interventionen der Jugendhilfe sind manchmal unvermeidlich, aber kein Konzept für den Regelfall.



Familien brauchen in der heutigen Arbeitswelt vor allem stützende Strukturen: mehr Krippen und Kindergärten und auch mehr Ganztagschulen. Kinder, die auch von professionellen Erziehern betreut werden, sind nach der KiGGS-Studie beispielsweise weniger psychisch auffällig wie Kinder, die nur zu Hause erzogen werden. Die Früherkennung von psychischen Auffälligkeiten ist sicher verbesserungsbedürftig. Ob es aber eines neuen Meldewesens bedarf, um Eltern ausfindig zu machen, die U1-U9-Untersuchungen nicht wahrnehmen, scheint mir fraglich. Nach meinen Erfahrungen sind Drohungen und Zwang ein schlechtes Mittel, um menschliches Verhalten zu verändern.

*Karl-Wilhelm Hofmann (NRW)
Mitglied des Redaktionsbeirates*

Da wir Ihre Interessen als Leserin und Leser besser kennenlernen möchten, bitten wir Sie, den beiliegenden Fragebogen auszufüllen und bis 31.10.2007 zurückzusenden. Online ist er unter www.ptv-leserbefragung.de zu finden. Wir werden die Ergebnisse bei der künftigen Planung des Heftes berücksichtigen.

Inhalt

Editorial	225
Originalia	228
<i>Gerd Dielmann</i> Neues Tarifrecht für den öffentlichen Dienst TVöD/TV-L. Die Eingruppierung von PP/KJP – Wie sieht es aus mit der Facharztäquivalenz?	228
Mit den Tarifverträgen für den öffentlichen Dienst wurde das Tarifrecht für die Beschäftigten bei Bund, Ländern und Gemein- den neu gestaltet. Die Neuregelung der Eingruppierung steht noch aus. Wo bleiben die psychotherapeutischen Berufe angesichts konkurrierender Tarifverträge für den ärztlichen Dienst?	
<i>Waltra Reuther-Dommer, Norbert Sattler & Reinhold Neef</i> Qualitätssicherung – aus der Praxis für die Praxis. Ausgewählte Ergebnisse einer schriftlichen Mitgliederbefragung der hessischen Landeskammer für PP/KJP über Einschätzungen zur Qualitätssicherung	240
Es werden ausgewählte Ergebnisse aus einem Fragebogenprojekt der Landeskammer Hessen zu verschiedenen Aspekten der Qualitätssicherung dargestellt. Ziel ist, die Expertise der PraktikerInnen, gewonnen aus der realen Versorgungssituation, in Ergänzung zu wissenschaftlichen Befunden deutlicher in den Diskurs zur Entwicklung von qualitätssichernden Maßnahmen einzubringen.	
Rechtsfragen für Angestellte	
<i>Birgit Heinrich</i> Fortbildungsverpflichtung – auch ein Thema für angestellte Psychotherapeuten?	251
Auswirkungen der Änderungen des SGB V auf die in Einrichtungen tätigen Angestellten.	
<i>Julia Rendschmidt</i> Strafrechtliche Verantwortlichkeit von angestellten PP/KJP	253
Körperverletzung, fahrlässige Tötung, Abrechnungsbetrug: Welche strafrechtliche Verantwortlichkeit kann angestellte PP/KJP treffen?	
<i>Julia Rendschmidt</i> Die Schweigepflicht des PP/KJP im Angestelltenverhältnis	255
Wie bringt man die Schweigepflicht des PP/KJP als Arbeitnehmer mit dem Informationsbedürfnis und Weisungsrecht des Arbeitgebers in Einklang?	
Zur Diskussion	258
Vorbemerkung des Redaktionsbeirates	258
<i>Jürgen Kriz</i> Wie lässt sich die Wirksamkeit von Verfahren X wissenschaftlich begründen?	
Aktuelles aus der Forschung	262
<i>Karin Welsch</i>	
Buchrezensionen	266
<i>Corinna Paeth</i> Selbsthilfebücher für Psychotraumata	266
<i>Sebastian Leikert</i> Buchholz, M. B. (2004). Psycho-News. Briefe zur empirischen Verteidigung der Psychoanalyse. Gießen: Psychosozial-Verlag.	270

Buchholz, M. B. (2006). Psycho-News II. Neue Briefe zur empirischen Erweiterung der Psychoanalyse. Gießen: Psychosozial-Verlag.	270
<i>Herbert Ühlein</i>	
Will, H. (2006). Psychoanalytische Kompetenzen. Standards und Ziele für die psychotherapeutische Ausbildung und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.	271
<i>Helene Timmermann</i>	
Hopf, H. & Windaus, E. (Hrsg.) (2007). Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zur/zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/en und für die ärztliche Weiterbildung. Band 5: Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. München: CIP-Medien.	272
<i>Ursula Hellmann</i>	
Frohlich-Gildhoff, K. (2006). Gewalt begegnen. Konzepte und Projekte zur Prävention und Intervention. Stuttgart: Kohlhammer.	274
Frohlich-Gildhoff, K. (2006). Freiburger Anti-Gewalt-Training (FAGT). Ein Handbuch. Stuttgart: Kohlhammer.	274
Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern	275
Bundespsychotherapeutenkammer	275
Baden-Württemberg	279
Bayern	283
Berlin	287
Bremen	291
Hamburg	295
Hessen	299
Niedersachsen	304
Nordrhein-Westfalen	308
Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer	312
Rheinland-Pfalz	314
Saarland	318
Schleswig-Holstein	323
Leserbriefe	326
Kontaktdaten der Psychotherapeutenkammern	330
Stellen-/Praxismarkt	331
Kleinanzeigen	332
Branchenverzeichnis	333
Inserentenverzeichnis	334
Impressum	336

Hinweise:

Alle Beiträge können Sie auch als PDF-Dokumente von der Internetseite der Zeitschrift www.psychotherapeutenjournal.de herunterladen.

Den Exemplaren der folgenden Länder liegen dieser Ausgabe wichtige Unterlagen bei:

- Nordrhein-Westfalen: Ordnungen und Satzungsänderungen

Neues Tarifrecht für den öffentlichen Dienst – TVöD/TV-L. Die Eingruppierung von PP/KJP – Wie sieht es aus mit der Facharztäquivalenz?¹

Gerd Dielmann

ver.di Bundesverwaltung

Zusammenfassung: Vor dem Hintergrund aktueller gesellschaftspolitischer und tarifpolitischer Entwicklungen, werden in diesem Beitrag die Grundzüge des neuen Tarifrechts im öffentlichen Dienst dargestellt. Ausgehend von der Zielsetzung einer Modernisierung des in die Jahre gekommenen BAT werden wesentliche Eckpunkte des TVöD und des TV-L skizziert und Verbesserungen sowie Problempunkte beschrieben. Die Überleitungsregelungen werden kurz benannt.

Ausgehend vom derzeit noch geltenden Eingruppierungsrecht des BAT und der aktuellen tarifrechtlichen Situation der psychotherapeutischen Berufe wird der aktuelle Diskussionsstand in der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) zu einer neuen Eingruppierungssystematik vorgestellt. Dabei wird die durch konkurrierende Tarifverträge des Marburger Bundes entstandene Situation berücksichtigt und auf Unterschiede und Gemeinsamkeiten eingegangen.

Die Forderungen der ver.di-Bundesfachkommission PP/KJP zur Eingruppierung werden dargestellt und zur angestrebten Entgeltordnung in Beziehung gesetzt.

Um die aktuelle und noch bevorstehende Auseinandersetzung um eine angemessene Vergütung der nach dem Psychotherapeutengesetz qualifizierten Berufe richtig einschätzen zu können, soll in diesem Beitrag zunächst das neue Tarifrecht im öffentlichen Dienst vor dem Hintergrund der gesellschaftspolitischen und tarifpolitischen Rahmenbedingungen überblicksartig dargestellt werden. Daran schließt sich die Beschreibung des derzeitigen Diskussionsstandes um eine neue Entgeltordnung für die Beschäftigten des öffentlichen Dienstes an, mit Schwerpunktsetzung bei den psychotherapeutischen Berufen.

Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen

Wie alle staatlich verantworteten Ausgaben stehen die Kosten im Sozial- und Gesund-

heitswesen unter besonderem Rechtfertigungszwang. Auch wenn die nominalen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen gemessen am Bruttoinlandsprodukt (BiP) mit etwa 6,8 % Anteil der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) am BiP in den vergangenen Jahren vergleichsweise stabile Werte aufweisen, stehen doch die Beitragssätze der gesetzlichen Krankenkassen als Ausdruck hoher „Lohnnebenkosten“ immer wieder im Brennpunkt öffentlichen Interesses. Der 1995 eingeleitete Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen hat aber weniger zu insgesamt niedrigeren Beitragssätzen geführt, sondern zu einem Wettbewerb um günstige Versicherte, so genannte „gute Risiken“ und zu Leistungszurückhaltung vor allem der großen Krankenkassen gegenüber ihren Versicherten. Jedes Jahr gewannen die privaten Krankenversicherungen zwischen ca. 170.000 und 230.000 Mitglieder aus der GKV hin-

zu. Die Zahl der Vollversicherten in der PKV stieg von 6,95 Mio. (1995) auf 8,26 Mio. (2004). Zugleich fand ein rasanter Konzentrationsprozess in der GKV statt. So ist die Zahl der gesetzlichen Krankenkassen von 1.223 im Jahre 1992 auf 360, davon 289 Betriebskrankenkassen, in 2006 gesunken (BMG Mitgliederstatistik KM 1). Wettbewerb und Kostendruck auf Seiten der Kostenträger wirken sich neben zahlreichen kostendämpfenden und kostenverlagernden Gesetzgebungsmaßnahmen auch auf die Leistungsanbieter aus. Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz geht weiter diesen Weg. Der erhoffte Wettbewerb um Qualität wird aber wohl ausbleiben, und im Preiswettbewerb um die günstigsten Kassentarife drohen die Versorgungsstrukturen gefährdet zu werden.

Die Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf ein an diagnosebezogenen Fallpauschalen orientiertes Vergütungssystem verstärkt den Kostendruck auch bei den Krankenhäusern. Auf betrieblicher Ebene äußert sich dies u.a. in Outsourcing von Servicebereichen (z.B. Küchen, Reinigungsdienste) mit dem Ziel der Tarifabsenkung für die dort Beschäftigten. Ausgliederungen und Neugründungen von Tochtergesellschaften ohne Tarifbindung sind auch bei Kirchen und Wohlfahrtsverbänden probate Mittel, sich in diesem Verdrängungswettbewerb zu behaupten. Ganze Kliniken werden an private Aktien-

¹ Erweiterte schriftliche Fassung eines Vortrags, der am 2. Dezember 2006 in Frankfurt am Main anlässlich des Fortbildungstags der Hessischen Psychotherapeutenkammer gehalten wurde.

gesellschaften verkauft, ein Prozess, der selbst vor Universitätskliniken nicht Halt macht. Einzelne Länder haben begonnen, die Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung zu privatisieren.

Im Gesundheitswesen sank die Zahl der Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft von 1043 im Jahre 1990 auf 647 in 2006. Gleichzeitig wuchs die Zahl der privaten Krankenhäuser von 321 auf 487 und verdoppelte sich deren Bettenzahl von 22.779 auf 59.289 (Destatis, 2006). Der Wettbewerbsvorteil privater Klinikbetreiber liegt nicht nur in ihrer Finanzkraft, sondern auch in den zumeist in der Gesamtsumme niedrigeren Personalkosten. Oft wird weder Weihnachts- noch Urlaubsgeld gezahlt und liegt das Gehaltsniveau insgesamt niedriger als im öffentlichen Dienst.

Tarifpolitischer Kontext

Immer mehr Arbeitgeber trachten danach, sich jeder Tarifbindung zu entziehen oder

billigere Lösungen zu finden. Zunehmend treten mit ver.di konkurrierende Gewerkschaften, wie der zum Christlichen Gewerkschaftsbund (CGB) gehörende Deutsche Handels- und Industrieangestellten-Verband (DHV) und der Marburger Bund in Erscheinung, die abweichende Tarifregelungen treffen. Der Bundes-Angestellten-tarifvertrag (BAT) als ehemals weithin geltender Flächentarifvertrag erodiert nicht nur im Osten. Die kommunalen Arbeitgeberverbände klagen über Mitgliederschwund. Die Tarifgemeinschaft deutscher Länder (TdL) droht sich aufzulösen. Das Land Berlin wurde ausgeschlossen und Hessen hat seinen Austritt erklärt. In den letzten Jahren hat der BAT auch seine Leitfunktion für die ihm angegliederten Tarifbereiche, z.B. bei Kirchen und ihren Einrichtungen, bei der Arbeiterwohlfahrt und beim Deutschen Roten Kreuz zunehmend verloren (Denzler, 2004). Flankiert und unterstützt wurden diese Entwicklungen durch gesetzgeberische Maßnahmen, wie der Kürzung staatlicher Zuschüsse und der gesetzlichen Einführung längerer Arbeitszeiten für Be-

amte, der alsbald dann auch die Angestellten folgen sollen.

Vor diesem Hintergrund hatten sich die Tarifvertragsparteien des öffentlichen Dienstes anlässlich des Tarifabschlusses 2003 in Potsdam darauf verständigt, das Tarifrecht für den öffentlichen Dienst völlig neu zu gestalten.

Ziele dieser Modernisierung des BAT waren u.a.:

- Erhalt des öffentlichen Tarifverbands
- Stärkung der Tarifbindung durch Einführung von Niedriglohngruppen
- Einheitliches Tarifrecht für Arbeiter/-innen und Angestellte
- Straffung, Vereinfachung und Transparenz
- Lösung vom Beamtenrecht
- Erfahrungsstufen statt Lebensaltersstufen, bessere Vergütung für Jüngere
- Stärkere Leistungsorientierung
- Führung auf Probe und auf Zeit
- Besitzstandswahrung
- Kostenneutralität



Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde

DGPPN KONGRESS 2007

21. – 24. November 2007 • ICC Berlin

mit DGPPN-Akademie für Fort- und Weiterbildung und Pflegekongress

www.dgppn-kongress.de



Foto: Wolfgang Scholvin

Kongress-Programm online unter www.dgppn-kongress.de

Mehr als
30 CME-
Punkte

Der Kongress und die Veranstaltungen der DGPPN-Akademie für Fort- und Weiterbildung sind von der Ärztekammer Berlin zertifiziert.

Psychiatrie als diagnostische Disziplin

- > Entwicklungsperspektiven in Diagnostik und Klassifikation
- > Funktionale Diagnostik
- > Diagnostische Relevanz von Entwicklungskontext, Biographie und Kultur
- > Gesellschaftsdiagnostik und Politikberatung

Kongresseröffnung, 21.11.2007, 09:45 h

- > The Identity of Psychiatry in the Light of new Diagnostic and Classification Systems

Wolfgang Gaebel (Deutschland),
Norman Sartorius (Schweiz)

Juan Mezzich (USA), Hans-Jürgen Möller
(Deutschland), David J. Kupfer (USA)

Im Rahmen dieser allgemeinen Zielsetzung wurden weitere Einzelziele verfolgt, die sich dann auch im Tarifiergebnis niedergeschlagen haben. Der Erhalt der Tarifbindung, vor allem in den von Outsourcing bedrohten Versorgungsbereichen, sollte im wesentlichen durch die Einführung von Niedriglohngruppen erreicht werden. Die für die verschiedenen Beschäftigtengruppen bestehenden Unterschiede bei Arbeitsbedingungen und Vergütung sollten vereinheitlicht werden. Gewerkschaftliche Zielsetzung war es dabei auch, die in verschiedenen Anlagen zum BAT geregelten Vergütungen in eine einheitliche Vergütungstabelle zu integrieren. Es bestand Einigkeit, dass in einem allgemeinen Teil des Tarifvertrags einheitliche Regelungen für den gesamten öffentlichen Dienst getroffen werden sollten und das branchenspezifische Tarifrecht u.a. für Krankenhäuser, Heil- und Pflegeeinrichtungen, „Einrichtungen und Heime, die der Förderung der Gesundheit, der Erziehung, Fürsorge oder Betreuung“ dienen, in einem besonderen Teil geregelt werden sollte.

Die Loslösung vom Beamtenrecht wird durch die Abschaffung des *Senioritätsprinzips* und des bis dahin über familienstandsbezogene Ortszuschläge realisierten *Alimentationsprinzips* vollzogen. Erstgenanntes bezieht sich auf die im BAT übliche Vergütung nach Lebensalter über unterschiedliche Vergütungsstufen. Der Ortszuschlag war danach bemessen, ob der/die Beschäftigte ledig oder verheiratet war und erhöhte sich mit der Zahl der zu versorgenden Kinder. Die Lebensaltersstufen sollten durch Erfahrungsstufen ersetzt werden, um dem vom Lebensalter unabhängigen Erwerb von Berufserfahrung Rechnung zu tragen. Zugleich sollten jüngere Beschäftigte relativ besser vergütet werden, um Anreize für eine Tätigkeit im öffentlichen Dienst zu setzen und den mit einer selbständigen Lebensführung und Haushaltsgründung verbundenen besonderen Kosten in dieser Lebensphase gerecht zu werden. Eine stärkere Leistungsorientierung sollte sich im neuen Tarifrecht ebenso niederschlagen wie die befristete Besetzung von Führungspositionen.

Zentrales gewerkschaftliches Ziel war es, dass es bei der Umstellung auf eine neue Vergütungssystematik für bestehende Beschäftigungsverhältnisse zu keinen gravierenden Einkommensverlusten kommen sollte. Die Arbeitgeberseite wiederum legte großen Wert darauf, die Neugestaltung des Tarifrechts möglichst kostenneutral zu realisieren.

In einem mehr als zweijährigen Prozess wurde der Tarifvertrag in verschiedenen paritätisch besetzten Arbeitsgruppen ausgehandelt, so dass er schließlich am 1. Oktober 2005 in Kraft treten konnte. Auf Grund von nicht einigungsfähigen Positionen vor allem bei den Neuregelungen der Arbeitszeit war die Tarifgemeinschaft deutscher Länder (TdL) zuletzt an den Tarifverhandlungen nicht mehr beteiligt. Der Tarifvertrag galt also zunächst nur für die der Vereinigung der Kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA) angeschlossenen Kommunen und ihre Einrichtungen und für den Bund. Mit der TdL konnte nach vierzehnwöchigem Arbeitskampf, an dem im Gesundheitswesen vor allem die Universitätskliniken beteiligt waren, am 12. Oktober 2006 ein nicht identischer, aber vergleichbarer Tarifabschluss vereinbart werden. Parallel zu den Verhandlungen mit der TdL wurden auch mit der VKA Nachbesserungen und Veränderungen bei Arbeitszeitregelungen und Vergütungen für den ärztlichen Dienst verhandelt. Die geänderte Fassung des TVöD (Besonderer Teil Krankenhäuser) trat rückwirkend zum 01.08.2006 in Kraft.

Da das gesamte Tarifwerk in dem gegebenen Rahmen unmöglich vollständig dargestellt werden kann, will ich mich im folgenden auf einige wesentliche Eckpunkte beschränken.

Wesentliche Eckpunkte der Tarifverträge für den öffentlichen Dienst (TVöD/TV-L)

Qualifizierung

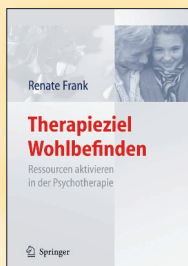
Erstmals konnten für alle Beschäftigten des öffentlichen Dienstes geltende Regelungen zur Qualifizierung vereinbart werden. Zwar

ließ sich ein genereller Rechtsanspruch auf die Teilnahme an Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung nicht realisieren, erste Ansätze, die Bedeutung lebenslangen Lernens anzuerkennen und hierfür auch in begrenzten Umfang Verantwortung zu übernehmen, finden sich jedoch in den Regelungen wieder. Danach haben Beschäftigte einen Anspruch auf ein regelmäßiges Qualifizierungsgespräch, das in der Regel jährlich mit der jeweiligen Führungskraft geführt werden soll. In diesem Gespräch soll festgestellt werden, ob und gegebenenfalls welcher Qualifizierungsbedarf besteht. Der Tarifvertrag unterscheidet Erhaltungsqualifizierung, Fort- und Weiterbildung, Qualifizierung für eine andere Tätigkeit (Umschulung) und Wiedereinstiegsqualifizierung. Wird die Teilnahme an einer Bildungsmaßnahme vom Arbeitgeber veranlasst, so trägt er auch die Kosten. Eine ähnliche Formulierung gab es im BAT bereits für Angestellte im Pflegedienst (Nr. 7 SR 2a BAT), die durchaus für die Freistellung und Finanzierung für Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen eine gewisse Bedeutung erlangt hat. Ein möglicher Eigenbeitrag wird durch eine Qualifizierungsvereinbarung geregelt. Die auch in der BAT-Regelung vorgesehene Rückzahlungspflicht war verschiedentlich Gegenstand juristischer Auseinandersetzungen. Zeiten von vereinbarten Qualifizierungsmaßnahmen gelten als Arbeitszeit. Aus Sicht der Gewerkschaften lässt diese Regelung noch einige Wünsche offen, jedoch ist ein Anfang gemacht.

Arbeitszeit

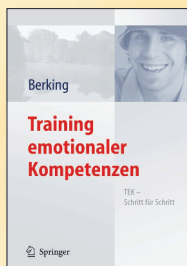
Das Thema Arbeitszeit war vor dem Hintergrund einer gekündigten Arbeitszeitregelung durch die TdL, unterschiedlicher Wochenarbeitszeiten in Ost und West und bereits eingeführter Arbeitszeitverlängerung für Beamte besonders brisant. Im Ergebnis konnten sich die Tarifvertragsparteien auf eine Wochenarbeitszeit von 39 Stunden/Woche beim Bund und 38,5 Stunden (West) sowie 40 Stunden (Ost) bei der VKA verständigen. Mit der neuen Entgelttabelle für Ärztinnen und Ärzte wurden 40 Stunden Wochenarbeitszeit vereinbart, bei Beibehaltung der 38,5-Stunden-Woche für diejenigen, die dies wollten.

Verstehen und Therapieren.



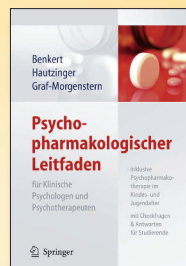
2007. 298 S., 9 Abb. Brosch.
€ (D) 34,95; € (A) 35,93;
 sFr 57,00
 ISBN 978-3-540-71621-1

- Aktueller Trend: „Positive Psychologie“, Ressourcen, Stärken
- Praxisnaher Überblick über Therapieansätze zur Steigerung des Wohlbefindens
- Plus: neurowissenschaftliche Erkenntnisse



2007. Etwa 200 S., 100 Abb. Brosch. **€ (D) 44,95;**
 € (A) 46,21; sFr 73,50;
 ISBN 978-3-540-71682-2

- TEK Schritt für Schritt – Trainingsmanual mit konkreten Handlungsanleitungen
- Therapiekonzept basiert auf aktuellen neurowissenschaftlichen Erkenntnissen
- Zusätzliche Website mit Patientenbroschüre und Audiomaterialien



2007. Etwa 300 S., 50 Abb. Geb. **€ (D) 34,95;** € (A) 35,93;
 sFr 57,00
 ISBN 978-3-540-47957-4

- Leitfaden, der direkt für klinische Psychologen konzipiert wurde
- Verständlicher Überblick über alle Wirksubstanzen und wann sie wie eingesetzt werden
- Bewertung von Psychopharmaka und Psychotherapie in einem Gesamtbehandlungsplan



2007. Etwa 295 S., Brosch. **€ (D) 19,95;** € (A) 205,50;
 sFr 32,50
 ISBN 978-3-540-71623-5

- Die „Innenansicht“ einer der häufigsten psychischen Störungen
- Zahlreiche Internetpostings der Betroffenen – zum Ratgeber verdichtet
- Gütesiegel: Fachlich betreut vom „Kompetenznetz Depression und Suizidalität“



2007. Etwa 255 S., 23 Abb. Brosch. **€ (D) 22,95;**
 € (A) 23,60; sFr 37,50
 ISBN 978-3-540-73942-5

- Konkrete Hilfen für Kinder und Jugendliche (u.a. positives Denken, Problemlösen, Zeit- und Lernmanagement) – inkl. Anleitung für Entspannungsübungen
- Maßnahmen für Eltern bzw. Lehrer, um das Stressbewältigungsverhalten von Kindern zu fördern
- Hilfen gegen „Elternstress“



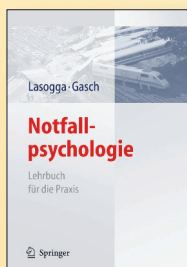
2007. Etwa 242 S., 40 Abb. Geb. **€ (D) 29,95;** € (A) 30,79;
 sFr 49,00
 ISBN 978-3-540-71630-3

- DAS Fachbuch zum Thema „school shootings“
- Arbeitsmaterialien für Lehrerkollegien und Schulpsychologen
- Checklisten für die Vorbereitung des Ernstfalls
- Realistischere Gefahreinschätzung und -vorbereitung



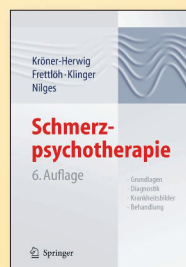
2007. Etwa 370 S., 30 Abb. Geb. **€ (D) 49,95;** € (A) 51,35;
 sFr 81,50
 ISBN 978-3-540-71627-3

- Neurowissenschaft des Unterschieds zwischen Mann und Frau
- Zum Thema werden hier neurowissenschaftliche, psychologische, neurologische und hormonelle Grundlagen zusammengefasst
- Anwendungsbezogene Fragen nach Geschlechtsunterschieden bei psychischen Störungen



2007. Etwa 465 S., 50 Abb. Geb. **€ (D) 34,95;** € (A) 35,93;
 sFr 57,00
 ISBN 978-3-540-71625-9

- Notfallpsychologie – fundiert und umfassend
- Über 10 Kapitel zu den häufigsten Notfällen und Großschadensereignissen
- Mit Checklisten und Verhaltensanleitungen für alle Notfallhelfergruppen



6. Aufl. 2007. Etwa 720 S., 77 Abb. Geb. **€ 59,95;**
 € (A) 61,63; sFr 98,00
 ISBN 978-3-540-72281-6
 Ursprünglich erschienen:
 Basler et al., Psychologische Schmerztherapie

- Pflichtwissen zur Erlangung des Zertifikats „Psychologische Schmerztherapie“ der DGSS und DGPSF
- Grundlagen- und Praxiswissen für Psychologen und Ärzte!
- Praktischer Nutzen: Fallbeispiele, Kurzeinführung zum Thema, Kernsätze

070272a

€ (D) sind gebundene Ladenpreise in Deutschland und enthalten 7% MwSt;
 € (A) sind gebundene Ladenpreise in Österreich und enthalten 10% MwSt.
 sFr sind unverbindliche Preisempfehlungen. Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten.

Jetzt in Ihrer Buchhandlung.

springer.de

 Springer

Auf landesbezirklicher Ebene können sich die Tarifvertragsparteien im Tarifgebiet West darauf einigen, die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit auf bis zu 40 Stunden zu verlängern. Die Arbeitszeit wurde darüber hinaus sehr weitgehend flexibilisiert: Ein großzügig bemessener Ausgleichszeitraum eröffnet die Möglichkeit, Arbeitsspitzen und Zeiten geringerer Auslastung auszugleichen. Durch Öffnungsklauseln für betriebliche Regelungen kann ein Arbeitszeitkorridor von bis zu 45 Stunden/Woche vereinbart und eine tägliche Rahmenarbeitszeit von bis zu 12 Stunden eingeführt werden. Der Ausgleichszeitraum beträgt ein Jahr. In der Rahmenzeit erbrachte Überstunden sind nicht zuschlagspflichtig. Durch Betriebs- oder Dienstvereinbarung können Arbeitszeitkonten eingerichtet werden. Soweit Arbeitszeitkorridor oder Rahmenzeit vereinbart werden, ist das Arbeitszeitkonto verbindlich vorzusehen. Langzeitkonten, die über den Ausgleichszeitraum von einem Jahr hinausgehen, sind möglich.

Im Bereich der Länder wurden landesspezifische Wochenarbeitszeiten (Stand: Februar 2006) vereinbart. Maßstab war die durchschnittliche tatsächliche Wochenarbeitszeit, die in den Ländern wegen der gekündigten Arbeitszeitbestimmungen und unterschiedlichen Handhabe bei Neueinstellungen zwischen 38 Stunden und 42 Minuten (Schleswig-Holstein) und 40 Stunden und 6 Minuten (Bayern) variieren. Für ärztliches Personal in Krankenhäusern und Unikliniken gilt die 42-Stunden-Woche.

Wechselschicht- und Schichtarbeit, Nachtarbeit, Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft wurden definiert und neu geregelt. Das Arbeitszeitgesetz (ArbZG) erlaubt Abweichungen von den in ihm geregelten Arbeitszeitvorschriften auf Grundlage von Tarifverträgen und Betriebs- oder Dienstvereinbarungen, die auf Grundlage eines Tarifvertrags zwischen den Betriebsparteien vereinbart werden (§ 7 ArbZG). Die Tarifvertragsparteien haben von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht und lassen Abweichungen von der täglichen und der vereinbarten wöchentlichen Arbeitszeit zu, „wenn in die Arbeitszeit regelmäßig und in erheblichem Umfang Bereit-

schaftsdienst fällt“ (§ 7.1 (3) TVöD-K). Bei Bereitschaftsdiensten der Stufen A und B kann die wöchentliche Arbeitszeit auf bis zu maximal durchschnittlich 58 Stunden und der Stufen C und D auf bis zu maximal durchschnittlich 54 Stunden verlängert werden. Die abzuschließenden Betriebs- oder Dienstvereinbarungen müssen „eivernehmlich“ zustande kommen, d.h. ohne dass eine Entscheidung der Einigungsstelle herbeigeführt wurde.

Die Voraussetzungen für die Verlängerung der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit durch „eivernehmliche“ Betriebs- oder Dienstvereinbarungen sind wie folgt definiert:

1. Prüfung alternativer Arbeitszeitmodelle
2. Belastungsanalysen gemäß § 5 Arbeitsschutzgesetz
3. Maßnahmen zur Gewährleistung des Gesundheitsschutzes

Mit dieser Regelung wird den Betriebsparteien (Betriebs- und Personalräten und Mitarbeitervertretungen) ein höheres Maß an Verantwortung übertragen und es rücken Fragen des Gesundheitsschutzes stärker ins Blickfeld. Da die Vereinbarungen eivernehmlich getroffen werden müssen, besteht ein hoher Einigungszwang aber auch die Möglichkeit, betriebliche Regelungen zu verhindern. Die Tarifverträge des Marburger Bundes sehen z.T. großzügigere Möglichkeiten zur Verlängerung der täglichen und wöchentlichen Arbeitszeiten vor.

Im Verhältnis zu den bisherigen Arbeitszeitregelungen im BAT, die in Verbindung mit der EU-Arbeitszeitrichtlinie nur noch eine Wochenarbeitszeit von 48 Stunden/Woche zulassen, bedeutet dies eine stärkere Flexibilisierung der Arbeitszeiten auf betrieblicher Ebene.

Eingruppierung und Entgelt

Die mit diesem Tarifvertrag angestrebte neue Entgeltordnung konnte noch nicht abschließend vereinbart werden. Die Eingruppierungsvorschriften des BAT gelten nach den Überleitungsverträgen zunächst weiter. Die Tarifvertragsparteien beabsichtigen, bis zum 31.12.2007 neue

Regelungen zur Eingruppierung zu treffen. Der ursprüngliche Terminplan ist angesichts der Tatsache, dass die Verhandlungen bis Redaktionsschluss dieser Ausgabe noch nicht aufgenommen worden sind, kaum noch einzuhalten.

Da über Jahre hin keine eivernehmlichen Regelungen zur Eingruppierung getroffen werden konnten, besteht hier erheblicher Nachholbedarf. Neu entstandene Berufe, gestiegene Anforderungen und Belastungen sind im Tarifrecht noch gar nicht erfasst oder einseitig durch Arbeitgeberempfehlungen zur Eingruppierung geregelt.

Aus gewerkschaftlicher Sicht werden u.a. folgende Zielsetzungen bei den bevorstehenden Verhandlungen verfolgt: Das neue Eingruppierungsrecht soll diskriminierungsfrei und EU-konform sein, Orientierungsmaßstab ist die auszuübende Tätigkeit, nicht allein der formale Bildungs- und Berufsabschluss. Anforderungen an die Tätigkeiten, wie Qualifikation, Verantwortung, soziale Kompetenz u.a., sind vorab zu definieren. Die Tätigkeiten sind einheitlich, nach gleichen Kriterien zu bewerten. Alle Anforderungen und Belastungen einer Tätigkeit sind zu erfassen. Die Systematik soll transparent und nachvollziehbar sein.

Die Tarifvertragsparteien haben sich bislang auf eine einheitliche Tabelle für alle Beschäftigten in 15 Entgeltgruppen und 6 Erfahrungsstufen verständigt. Besonders kompliziert war dabei die Integration der Anlage 1b BAT, in der die Eingruppierungsvorschriften für den Pflegedienst geregelt sind. Die im BAT vorgesehenen Lebensalterstufen und familienstandsbezogenen Zuschläge (Ortszuschlag) werden künftig entfallen.

Folgende Eck-Eingruppierungen wurden vereinbart:

- EG 1: einfachste Tätigkeiten (Beispielkatalog)
- EG 2 – EG 4: un- und angelernte Tätigkeiten, Ausbildung unter 3 Jahren
- ab EG 5: dreijährige Berufsausbildung
- ab EG 9: Fachhochschulabschluss/Bachelor

- ab EG 13: wiss. Hochschulabschluss/ Master

Zweieinhalbjährige Ausbildungsgänge sind den dreijährigen gleichgestellt. Bemerkenswert ist die Gleichstellung der Bachelor- und Masterabschlüsse unabhängig von der Art der Hochschule, an der sie erworben wurden. Damit greifen die Tarifvertragsparteien die im Zuge des Bologna-Prozesses angestrebte Angleichung der Abschlüsse auf.

Im übrigen sind alle nach dem 01.10.2005 bis zum In-Kraft-Treten der neuen Entgeltordnung vorgenommenen Neueingruppierungen und Umgruppierungen mit Ausnahme der Eingruppierungen in die Entgeltgruppe 1 und im ärztlichen Dienst als vorläufig zu betrachten. Sie begründen weder Vertrauensschutz noch Besitzstand (§ 17 Abs. 3 TV-Ü).

Die in den Vergütungsregelungen des BAT bisher geltenden Lebensalterstufen werden grundsätzlich durch 6 Erfahrungs-

oder Entwicklungsstufen ersetzt. Die jeweiligen Endstufen sind bei Bund und VKA und für einzelne Entgeltgruppen unterschiedlich geregelt.

Die Erfahrungs- bzw. Entwicklungsstufen stellen sich in den Entgeltgruppen 2 bis 15 bei ununterbrochener Tätigkeit in derselben Entgeltgruppe bei ihrem Arbeitgeber wie folgt dar:

- Stufe 1: ohne Berufserfahrung
- Stufe 2: 1 Jahr Berufserfahrung oder 1 Jahr in Stufe 1
- Stufe 3: nach weiteren 2 Jahren
- Stufe 4: nach weiteren 3 Jahren
- Stufe 5: nach weiteren 4 Jahren
- Stufe 6: nach weiteren 5 Jahren

Bei 3 Jahren Berufserfahrung erfolgt ab 01.01.2009 die Einstufung in Stufe 3. In den Stufen 4 bis 6 kann die Höherstufung bei über- bzw. unterdurchschnittlichen Leistungen beschleunigt oder gehemmt werden. Dies ist eines der nun-

mehr vereinbarten Merkmale „leistungsorientierter Vergütung“. Da es nach wie vor schwierig ist, Leistung zu definieren und angemessene Kriterien für ihre Bewertung zu finden, war dieser Punkt innergewerkschaftlich nicht unumstritten und wird auch in der Diskussion um die Bewertung des Tarifergebnisses einer eher kritischen Betrachtung unterzogen. Um groben Ungerechtigkeiten entgegen zu wirken, wird Beschäftigten die Möglichkeit eingeräumt, gegen eine Verlängerung der Stufenlaufzeiten Beschwerde zu führen. Zur Beratung dieser Beschwerden werden paritätisch besetzte betriebliche Kommissionen eingerichtet, auf deren Vorschlag der Arbeitgeber dann zu entscheiden hat, ob er der Beschwerde abhilft.

Im Unterschied zu den Lebensalterstufen im BAT beziehen sich die Erfahrungsstufen auf den jeweiligen Betrieb (Arbeitgeber). Sie können bei einem Stellenwechsel vom neuen Arbeitgeber anerkannt werden, müssen aber nicht. Das ist zweifellos einer

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR HYPNOSE (DGH)

Klingenberger Institut für Klinische Hypnose (K.I.K.H.)

Prof. Dr. Walter Bongartz

HYPNOTHERAPIEFORTBILDUNG

KONSTANZ und WIESBADEN

Referent:	Prof. Dr. Walter BONGARTZ
Ort:	Konstanz Wiesbaden
Teilnehmer:	DiplompsychologInnen, ÄrztInnen
Beginn des curriculum:	Konstanz: 22./23.09.2007 Wiesbaden: 20./21.10.2007
Kursinformationen/	K.I.K.H.
Anmeldung:	Bleicherstr. 12 78467 Konstanz Tel./Fax: 07531-56711 e-mail: bongartz@hypnose-kikh.de

www.hypnose-kikh.de

EMDR-Institut Deutschland

der autorisierte Partner des EMDR-Instituts
von Francine Shapiro PhD, USA



EMDR ist eine von Dr. Shapiro (USA) entwickelte erfolgreiche Psychotherapiemethode zur Behandlung von Traumafolgeerkrankungen und ist gut integrierbar in jedes Psychotherapieverfahren. Die praxisnahe Ausbildung erfolgt in supervidierten Kleingruppen und ist mit **Fortbildungspunkten** zertifiziert. 2006 wurde EMDR als wissenschaftliche Methode anerkannt.

Dr. Arne Hofmann und sein Team sind in Deutschland die einzigen von Dr. Shapiro autorisierten EMDR-TrainerInnen.

EMDR-Einführungs-Seminare mit Praxistag

28.-30.09.07 + 10.11.07 **Leipzig**
05.-07.10.07 + 24.11.07 **Stuttgart**
01.-03.11.07 + 14.12.07 **Köln**
30.11.-02.12.07 + 19.01.08 **Königsutter**
24.-26.01.08 + 01.03.08 **Oberursel**
14.-16.02.08 + 04.04.08 **Köln**
22.-24.02.08 + 05.04.08 **Berlin**
23.-25.05.08 + 21.06.08 **Bad Segeberg / Hamburg**

Info und Anmeldung:

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

EMDR-Institut
Dolmanstraße 86 b
www.emdr.de
info@emdr-institut.de

der Schwachpunkte des neuen Tarifvertrags, dass es der Gewerkschaft nicht gelungen ist, die jeweils erreichte Einstufung auch bei Arbeitgeberwechsel zu sichern. Damit wird das Anliegen, Berufserfahrung zu bewerten, konterkariert. Berufserfahrung geht schließlich bei Stellenwechsel nicht verloren. Die Umstellung von Lebensaltersstufen auf das neue System kann daher zu erheblichen Einkommensverlusten führen.

Andererseits ist es im privatwirtschaftlichen Bereich unüblich, dass bei dem einen Arbeitgeber erworbene Besitzstände bei Arbeitgeberwechsel garantiert erhalten bleiben.

Leistungsentgelt

Neben der dargestellten Beschleunigung oder Verlangsamung des Stufenaufstiegs wurden weitere leistungsorientierte Elemente ins Tarifwerk aufgenommen. Ab dem 1. Januar 2007 wird ein Leistungsentgelt eingeführt, das zusätzlich zum Tabellenentgelt gezahlt wird. „Die leistungs- und/oder erfolgsorientierte Bezahlung soll dazu beitragen, die öffentlichen Dienstleistungen zu verbessern. Zugleich sollen Motivation, Eigenverantwortung und Führungskompetenz gestärkt werden.“ (§ 18 Abs. 1 TVöD). Das zur Verteilung zur Verfügung stehende Gesamtvolumen beträgt zunächst 1 % der ständigen Monatsentgelte des Vorjahres beim jeweiligen Arbeitgeber. Angestrebt wird eine Zielgröße von 8 %. Die Auszahlung des Leistungsentgelts, das die Gestalt einer Leistungsprämie, Erfolgsprämie oder Leistungszulage annehmen kann, setzt eine betriebliche Einigung über das Verfahren und die Verteilungskriterien voraus. Dies ist in einer Betriebs- bzw. einvernehmlichen Dienstvereinbarung zu regeln. Das Leistungsentgelt wird jährlich ausgezahlt.

Es besteht Auszahlungspflicht. Falls eine Einigung der Betriebsparteien in 2007 nicht zustande kommt, erhalten die Beschäftigten im Dezember 2007 einheitlich 12 % des Tabellenentgelts ausgezahlt. Die Komplexität des Themas und die Schwierigkeiten einer gerechten betrieblichen Umsetzung, lassen keine schnellen Lösungen erwarten. Wegen der vereinbarten Kosten-

neutralität soll die zusätzliche Zahlung des Leistungsentgelts (on Top) durch die Einsparungen bei der Jahressonderzahlung und erwartete Rückflüsse aus der Besitzstandsregelung kompensiert werden. Für die Entwicklung und das ständige Controlling des betrieblichen Systems des Leistungsentgelts soll wiederum eine paritätisch zusammengesetzte „betriebliche Kommission“ gebildet werden, die sich auch der zu erwartenden Beschwerden anzunehmen hat. Wie bei der leistungsbezogenen Beschleunigung oder Verlangsamung des Stufenaufstiegs hat die Kommission ein Vorschlagsrecht, die Entscheidung verbleibt jedoch beim Arbeitgeber.

Da der Marburger Bund in seinen Tarifverträgen auf eine Vereinbarung zum Leistungsentgelt für die selbst ernannten „Leistungsträger“ des ärztlichen Dienstes verzichtet hat, ist es unwahrscheinlich geworden, dass es für die anderen Beschäftigten zu differenzierten Regelungen kommt. Zudem ist zwischen den Tarifvertragsparteien strittig, ob die ärztlichen Vergütungen bei der Berechnung der auszahlenden Gesamtsumme zu berücksichtigen sind.

Sonderzahlung

Die im Geltungsbereich des BAT bisher in gesonderten Tarifverträgen vereinbarten Sonderzahlungen „Urlaubsgeld“ und „Zuwendung“ (Weihnachtsgeld) werden ab 2007 zu einer Jahressonderzahlung zusammengefasst. Sie wurde für die EG 1 bis 8 auf 90 %, für die EG 9 bis 12 auf 80 % und für die EG 13 bis 15 auf 60 % im Tarifgebiet West festgelegt. Im Tarifgebiet Ost werden 75 % der jeweiligen Vorphundertätze vereinbart. Bezugsgröße ist das in den Monaten Juli, August und September durchschnittlich gezahlte Monatsentgelt. Überstunden und Leistungsentgelte bleiben außer Betracht. Die Jahressonderzahlung wird mit dem Tabellenentgelt für November ausgezahlt. Ein Teilbetrag kann früher ausgezahlt werden. Im TV-L wurden abweichende Prozentsätze vereinbart.

Der Zuwendungstarifvertrag hatte zuletzt 82,14 % (West) und 61,61 % (Ost) der Septemberurlaubsvergütung als Zuwen-

dung festgelegt. Das Urlaubsgeld lag als Festbetrag je nach Eingruppierung zwischen 255,65 und 332,34 €, wobei die höheren Einkommen den niedrigeren Betrag erhielten. Bei der zum Teil sehr kritischen Bewertung dieser Regelung durch die Beschäftigten in den höheren Einkommensstufen ist zu bedenken, dass die Tarifverträge zu Urlaubs- und Weihnachtsgeld zum Teil bereits gekündigt waren und nicht mit einer unveränderten Zahlung auf Dauer gerechnet werden konnte. Zudem war der Betrag der Zuwendung festgeschrieben, so dass der prozentuale Anteil von der Monatsvergütung sank, und schließlich war zu erwarten, dass Bezieher/-innen höherer Einkommen bei der Vergabe der leistungsorientierten Entgeltbestandteile größere Chancen haben würden. Ärztinnen und Ärzte erhalten wegen der höheren Tabellenentgelte keine Jahressonderzahlung (vgl. § 20 TVöD/TV-L).

Entgeltfortzahlung bei Krankheit

Die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall wird neu geregelt. Für die Dauer von bis zu sechs Wochen wird das Monatsentgelt nach einem bestimmten Berechnungsmodus fortgezahlt. Das entspricht insoweit den Bestimmungen des Entgeltfortzahlungsgesetzes. Nach Ablauf des Zeitraums erhalten Beschäftigte, die länger als ein Jahr bei demselben Arbeitgeber beschäftigt sind, einen Krankengeldzuschuss für die Zeit des Erhalts von Krankengeld oder vergleichbarer Leistungen eines Sozialversicherungsträgers bis zu einer Dauer von 13 Wochen, bei einer Beschäftigung von mehr als 3 Jahren bei demselben Arbeitgeber bis zu einer Dauer von 39 Wochen. Gezahlt wird ein Krankengeldzuschuss in Höhe der Differenz der tatsächlichen Barleistungen des Sozialleistungsträgers zum Nettoentgelt. Im BAT lag die Höchstdauer der Zahlung eines Krankengeldzuschusses bei 26 Wochen.

Urlaub/Arbeitsbefreiung

Der Anspruch auf Erholungsurlaub wird für alle Beschäftigten einheitlich wie folgt festgelegt:

- bis zum 30. Lebensjahr 26 Arbeitstage

- bis zum 40. Lebensjahr 29 Arbeitstage
- nach dem 40. Lebensjahr 30 Arbeitstage

Beschäftigte, die ständig Schicht- oder Wechselschichtarbeit leisten, haben Anspruch auf **Zusatzurlaub**. Er beträgt bei Schichtarbeit für je vier zusammenhängende Monate und bei Wechselschichtarbeit für je 2 zusammenhängende Monate einen Arbeitstag. Für Beschäftigte in Krankenhäusern und Universitätskliniken werden gestaffelt nach der Zahl der Nachtarbeitsstunden zwischen einem und vier Arbeitstagen Zusatzurlaub vereinbart. Für Zusatzurlaub gilt grundsätzlich, dass er zusammen mit dem Erholungsurlaub 35 bzw. 36 Tage nicht überschreiten darf.

Die Ansprüche auf **Arbeitsbefreiung** unter Fortzahlung des Entgelts, z.B. bei Umzug, Niederkunft der Ehefrau, Erkrankung von Angehörigen usw. bleiben in dem im BAT geregelten Umfang erhalten. Aus wichtigem Grund kann **Sonderurlaub** ohne Entgeltfortzahlung gewährt werden.

Führung auf Probe und auf Zeit

Im Zuge der Modernisierung des öffentlichen Dienstrechts sollen Führungspositionen zunächst auf Probe für eine Dauer von bis zu 2 Jahren besetzt werden können. Als Führungspositionen gelten Tätigkeiten mit Weisungsbefugnis ab der Entgeltgruppe (EG) 10. Sie kann innerhalb des Gesamtzeitraums zweimal verlängert werden.

Darüber hinaus können Führungspositionen als befristetes Arbeitsverhältnis auf Zeit bis zur Dauer von 4 Jahren vereinbart werden. In den Entgeltgruppen 10–12 ist eine zweimalige Verlängerung bis zu einer Gesamtdauer von 8 Jahren möglich, in den EG 13–15 können die befristeten Arbeitsverhältnisse höchstens dreimal bis einer Gesamtdauer von 12 Jahren verlängert werden. Für Ärztinnen und Ärzte gelten vergleichbare Regelungen.

Kündigung

Es gelten gestaffelte Kündigungsfristen:

- Beschäftigung bis zu 1 Jahr: 1 Monat zum Monatsschluss
- von mehr als 1 Jahr: 6 Wochen
- von mindestens 5 Jahren: 3 Monate
- von mindestens 8 Jahren: 4 Monate
- von mindestens 10 Jahren: 5 Monate
- von mindestens 12 Jahren: 6 Monate zum Schluss eines Kalendervierteljahres.

Nach Vollendung des 40. Lebensjahrs und einer Beschäftigungszeit von mehr als 15 Jahren können Beschäftigte im Tarifgebiet West nur aus wichtigem Grund gekündigt werden. Die im BAT verankerte Unkündbarkeit im Tarifgebiet West nach 15 Jahren Beschäftigung bleibt für am 30.09.2005 bestehende Beschäftigungsverhältnisse erhalten.

Überleitungsregelungen

Mit dem Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst wird eine Vielzahl von bis dahin bestehenden tarifrechtlichen Regelungen für die Arbeiterinnen und Arbeiter sowie

1. Sommerakademie

der Akademie für Fortbildung in Psychotherapie



Fortbildung an der Ostsee:
qualifizieren und regenerieren!

- innovativ, integrativ, ressourcenorientiert -

vom 17. – 19. Juli 2008

Weitergehende Informationen ab Oktober 2007:

www.afp-info.de

Die Zertifizierung bei der OPK ist beantragt.
Die Akademie für Fortbildung in Psychotherapie ist eine Einrichtung der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) e. V.



Akademie für Verhaltenstherapie

Staatlich anerkanntes Ausbildungsinstitut

„Schon wieder ein Traumaopfer - jetzt will ich es richtig lernen!“

Weiterbildungsserie für Psychotherapeuten

Behandlung von Psychotraumastörungen

Möglichkeit zum Erwerb der Zusatzqualifikation
„Spezielle Psychotraumatheorie DeGPT“

8 in sich abgeschlossene Weiterbildungsblöcke:
Verfahren aus kognitiver VT, Hypnotherapie, EMDR
zur Behandlung von PTBS, komplexer Traumastörung, DIS.

weitere Informationen

z. B. Termine, Fortbildungspunkte,
Zertifizierung, Kosten:

AVT GmbH Köln Marzellenstraße 2-8 50667 Köln

Tel.: 0221-4248570

Fax: 0221-4248571

info@avt-koeln.org

www.avt-koeln.org

Angestellten des öffentlichen Dienstes abgelöst. Die arbeitsrechtliche Komplexität des Übergangs ins neue Tarifrecht ließ es sinnvoll erscheinen, den Übergang in eigenen Tarifverträgen „zur Überleitung der Beschäftigten der kommunalen Arbeitgeber in den TVöD und zur Regelung des Übergangsrechts (TVÜ-VKA)“, „zur Überleitung der Beschäftigten des Bundes in den TVöD und zur Regelung des Übergangsrechts (TVÜ-Bund)“ und „zur Überleitung der Beschäftigten der Länder in den TV-L und zur Regelung des Übergangsrechts (TVÜ-Länder)“ zu regeln.

An dieser Stelle muss ich mich auf die Darstellung der Grundzüge der Überleitungsregelungen beim Entgelt beschränken.

Das zentrale Problem des Übergangsrechts ist die Sicherstellung der von den Beschäftigten des öffentlichen Dienstes erreichten Besitzstände, die sich in sehr unterschiedlichen tariflichen Regelungen, Lohn- und Vergütungstabellen und Stufenaufstiegs-erwartungen niedergeschlagen haben und gleichzeitiger Gestaltung des Übergangs in eine neue einheitliche Entgeltssystematik.

Zunächst wird für die Zuordnung zu den Stufen der neu entwickelten Entgelttabelle das individuelle **Vergleichsentgelt** entwickelt. Dabei werden die Grundvergütung, der Ortszuschlag (Stufen 1 oder 2) und die allgemeine Zulage berücksichtigt. Es erfolgt eine Stufenzuordnung in eine individuelle Zwischenstufe. Die Zuordnung der bisherigen Lohn- und Vergütungsgruppen in die Entgeltgruppen des TVöD ist in Anlagen zum Tarifvertrag dargestellt. Zum 1. Oktober 2007 bzw. 1. November 2008 (TV-L) steigen die Beschäftigten in die dem Betrag nach nächsthöhere reguläre Stufe ihrer Entgeltgruppe auf. Danach gelten die Regelungen zum Stufenaufstieg des TVöD/TV-L. Die kinderbezogenen Entgeltbestandteile werden als persönliche **Besitzstandszulage** weitergezahlt. Das gilt auch für Kinder, die bis zum 31.12.2005 bzw. 31.12.2006 (TV-L) geboren werden. Für bestimmte Vergütungsgruppen wird ein in einer Tabelle genau festgelegter zusätzlicher **Strukturausgleich** gezahlt.

Zielsetzung ist es, dass alle Beschäftigten ihren bisherigen Besitzstand erhalten. Da-

bei sind sich die Tarifvertragsparteien darüber im Klaren, dass bei der Vielzahl von denkbaren Fallgestaltungen in Einzelfällen sowohl überproportionale Begünstigungen als auch Härtefälle vorkommen können.

Der Tarifvertrag enthält noch zahlreiche Ungereimtheiten und hatte bereits kurz nach seinem Abschluss Nachverhandlungen und kleinere Korrekturen zur Folge. Die Frage der Arbeitszeit eskalierte bereits Ende 2005 in einzelnen Bundesländern zu Tarifkonflikten mit kommunalen Arbeitgebern, die sehr schnell von ihrer Kündigungsmöglichkeit Gebrauch gemacht hatten. Die gefundenen Kompromisse in Baden-Württemberg, Niedersachsen und Hamburg führten zu unterschiedlichen Lösungen. Dies ist ein weiteres Zeichen für die voranschreitende Flexibilisierung und Öffnung für regionale Regelungen sowie die nachlassende Bindungskraft eines bundeseinheitlichen Tarifwerks.

Die Vergütung der Psychologischen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichentherapeuten (PP/KJP)

Die Eingruppierung auch der psychotherapeutischen Berufe erfolgt einstweilen weiterhin nach dem Bundes-Angestellten-tarifvertrag (BAT). Neue Eingruppierungsregelungen wurden bislang nur für das ärztliche Personal in Krankenhäusern und Universitätskliniken vereinbart. Nach den Vorschriften des BAT werden PP und KJP entsprechend dem jeweiligen Hochschulabschluss des Ausgangsberufs und der ausgeübten Tätigkeit eingruppiert. Die „Weiterbildung“ nach dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG) wird bislang im Tarifrecht nicht berücksichtigt. Versuche, eine tarifliche Gleichstellung mit Fachärztinnen und Fachärzten gerichtlich durchzusetzen, waren in der Vergangenheit nicht erfolgreich (Schelter, 2002, S. 440).

Die Entgelttabellen des TVöD/TV-L sehen 15 Entgeltgruppen (EG) mit 6 Entwicklungsstufen vor. Damit wird das bisherige Ver-

gütungs- und Lohngruppensystem des BAT/BMTG abgelöst. „Die Entgeltgruppen 1 bis 4 sind für un- und angelernte Tätigkeiten vorgesehen, die Entgeltgruppen 5 bis 8 für Tätigkeiten auf dem Niveau einer Berufsausbildung von i.d.R. drei Jahren, die Entgeltgruppen 9 bis 12 für Tätigkeiten auf dem Niveau einer abgeschlossenen Fachhochschulausbildung und die Entgeltgruppen 13 bis 15 für Tätigkeiten auf dem Niveau einer abgeschlossenen wissenschaftlichen Ausbildung an einer Universität“ (Hamer & Ohnesorg, 2005, S. 15). Neue Eingruppierungsmerkmale sind noch nicht vereinbart. Auch die vorgesehenen Eckeingruppierungen sind noch nicht vertraglich fixiert, sondern eher als Absichtserklärung der Tarifvertragsparteien zu werten (ebenda). Sie können jedoch als Orientierung herangezogen werden.

Die von TdL und VKA mit dem Marburger Bund abgeschlossenen Tarifverträge und die mit ver.di vereinbarten gesonderten Entgelttabellen für den ärztlichen Dienst verleihen der Forderung nach einer facharztäquivalenten Vergütung zusätzliche Brisanz. Zur besseren Orientierung werden im folgenden die verschiedenen Ärztabellen am Beispiel des Tarifgebiets West dargestellt.

Bei einer Bewertung der ärztlichen Entgelttabellen im Vergleich ist zu berücksichtigen, dass ihnen längere Arbeitszeiten als für die anderen Beschäftigten in Krankenhäusern zugrunde liegen. Im Bereich der VKA beträgt die regelmäßige Wochenarbeitszeit für ärztliches Personal 40 Stunden, im Bereich der Länder 42 Stunden. Es gibt keine Jahressonderzahlung und im Geltungsbereich der MB-Tarifverträge und im TV-L kein Leistungsentgelt. Beim TV-Ärzte des MB ist zu berücksichtigen, dass im Gegenzug für den höheren Tabellenlohn die Eigenbeteiligung der Ärztinnen und Ärzte für die betriebliche Altersversorgung im Tarifgebiet Ost um 1,9 % angehoben wurde. Nach dem MB-Tarifvertrag kann auf Landesebene eine durchschnittliche wöchentliche Höchst-arbeitszeit von bis zu 66 Stunden vereinbart werden. Der in der Öffentlichkeit gerühmte Tarifierfolg des MB relativiert sich so bei näherem Hinsehen. Im Vergleich des ver.di-Abschlusses mit dem des MB

mit der VKA bedarf es einer differenzierten Betrachtung. Bei neu eingestellten AssistenzärztInnen gibt es nur geringfügige Unterschiede. Während langjährig beschäftigte FachärztInnen und OberärztInnen sich bei ver.di besser stehen, schneiden leitende Oberärzte beim MB-Vertrag besonders gut ab. Durch die öffentlichkeitswirksamen Aktivitäten konnten ein Absenken des Einkommensniveaus gegenüber dem BAT weitgehend verhindert und in der Summe Einkommenszuwächse erreicht werden, die allerdings von der ursprünglich erhobenen 30 %-Forderung weit entfernt liegen. Den weitaus größten Teil der Mantelregelungen des ursprünglich abgelehnten TVöD hat der Marburger Bund übernommen, allerdings auf eine Regelung der ärztlichen Weiterbildung im Unterschied zu ver.di völlig verzichtet.

In den zuständigen Gremien der ver.di wird derzeit unter Beteiligung von Berufsverbänden ein Strukturkonzept für eine

neue Entgeltordnung entwickelt und diskutiert.

Danach soll die Eingruppierung in zwei Schritten erfolgen: 1. durch Bestimmung eines Grundmerkmals und 2. durch Feststellung von Zusatzmerkmalen. Das Grundmerkmal enthält die Kenntnisse und Fertigkeiten, die für die Ausübung der Tätigkeit erforderlich sind, definiert i.d.R. durch die abgeschlossene Berufsausbildung.

Als Zusatzmerkmale sind vorgesehen:

1. Selbstständigkeit
2. Verantwortung
3. Schwierigkeit
4. Soziale Kompetenz
5. Psychische oder physische Anforderungen

Das Grundmerkmal und die Zusatzmerkmale zusammen ergeben die Eingruppierung. Zusatzmerkmale führen jeweils zu einer höheren Eingruppierung um je eine

Entgeltgruppe. Daneben gibt es die Eingruppierung über Funktionsmerkmale. Ein Funktionsmerkmal liegt vor, wenn die ausübenden Tätigkeiten (z.B. Beschäftigte in der Tätigkeit einer Gesundheits- und Krankenpflegerin) zu einem einheitlichen Arbeitsvorgang gehören. Die Eingruppierung ergibt sich in diesem Fall unmittelbar aus der Benennung in der Entgeltordnung.

Für die nach dem Psychotherapeutengesetz qualifizierten Berufe ergäbe sich folgendes Bild:

In die Entgeltgruppe 9 werden Personen eingruppiert, die Tätigkeiten ausüben, für die eine Fachhochschulausbildung oder ein Bachelor-Abschluss vorausgesetzt wird (Eckeingruppierung). In die Entgeltgruppe 12 werden Beschäftigte mit Tätigkeiten eingruppiert, die sich durch das Erfordernis umfassender erweiterter Kenntnisse oder Fertigkeiten z.B. durch das Erfordernis einer Zusatz- oder Spezialausbildung aus

Arbeitskreis Psychoanalytische Familientherapie Göttingen/Heidelberg

(Leitung: Prof. Dr. med. Manfred Cierpka,
Prof. Dr. Phil. Günter Reich)

Der Arbeitskreis Psychoanalytische
Familientherapie Göttingen/Heidelberg
bietet ab Februar/März 2008
eine **dreijährige überregionale Weiterbildung**
in psychoanalytisch orientierter Paar-
und Familientherapie an.

Veranstaltungsort: Göttingen

Die erste Kurswoche ist für die Zeit
vom **26.02.** bis zum **01.03.2008** geplant.

**Interessentinnen und Interessenten
wenden sich bitte an:**

Arbeitskreis Psychoanalytische Familientherapie
Göttingen/Heidelberg
c/o Prof. Dr. Günter Reich
Ambulanz für Familientherapie
Humboldtallee 38 37073 Göttingen
Email: greich@gwdg.de

Akademie bei Herbert König & Gerhard Müller

Semmelstraße 36/38, 97070 Würzburg
Tel.: 0931 - 46079033, Fax: 0931 - 46079034
akademie@koenigundmueller.de
<http://www.koenigundmueller.de>



Biofeedback - Grundlagenseminar G1

12.10.-13.10.2007 CH-Rheinfelden (Kursnr. FB071012C)

PD Dr. Rüdiger Schellenberg 328.00 (511.00 CHF) / GNP-Mitglied: 311.00 (485.00 CHF) 16 Std.

HKS, ADHS, ADS, ADD für PsychologInnen

12.10.2007 D-Berlin (Kursnr. FB071012A)

PD Dr. Sven Bölte, Dipl.-Psych. 170.00 * (266.00 CHF*) / GNP-Mitglied: 161.00 * (252.00 CHF*)
8 Std.; GNP-Akkr.: 6.7 Entwicklungsneuropsychologie/Gerontologie; FE-Punkte: 8

Neuropsychologie Autistischer Störungen

13.10.2007 D-Berlin (Kursnr. FB071013A)

PD Dr. Sven Bölte, Dipl.-Psych. 202.00 * (316.00 CHF*) / GNP-Mitglied: 192.00 * (300.00 CHF*)
10 Std.; GNP-Akkr.: 6.7 Entwicklungsneuropsychologie/Gerontologie; FE-Punkte: 8

NeXus Anwenderkurs Biofeedback und Neurofeedback (Herzratenvariabilität, Migräne, Stress, EMG und Atemtraining)

19.10.2007 D-Würzburg (Kursnr. FB071019B)

Erwin Hartsuiker 165.00 * (258.00 CHF*) / GNP-Mitglied: 165.00 * (258.00 CHF*) 8 Std.; FE-Punkte: 10 Bitte Modulrabatte beachten! Folgende Kurse gehören zum Modul: FB071019B, FB071020B

NeXus Anwenderkurs Biofeedback und Neurofeedback (EEG-Training, QEEG und langsame kortikale Potentiale)

20.10.2007 D-Würzburg (Kursnr. FB071020B)

Erwin Hartsuiker 165.00 * (258.00 CHF*) / GNP-Mitglied: 165.00 * (258.00 CHF*) 8 Std.; FE-Punkte: 10 Bitte Modulrabatte beachten! Folgende Kurse gehören zum Modul: FB071019B, FB071020B

Neuropsychologie bei Alkoholabhängigkeit

26.10.-27.10.2007 D-Würzburg (Kursnr. FB071026B)

Dipl.-Psych. Barbara Brokate, Dr. Armin Scheurich, Dipl.-Psych. 298.00 * (465.00 CHF*) / GNP-Mitglied: 283.00 * (442.00 CHF*) 16 Std.; GNP-Akkr.: 6.2 Psychiatrie/ Psychopathologie; FE-Punkte: 20

Grundlagen der Psychotraumadiagnostik und -therapie sowie neuropsychologische Aspekte

09.11.-10.11.2007 D-Würzburg (Kursnr. FB071109A)

Dipl.-Psych. Sylvia Wunderlich 298.00 * (465.00 CHF*) / GNP-Mitglied: 283.00 * (442.00 CHF*)
16 Std.; GNP-Akkr.: 4 Psychotherapeutische Intervention; FE-Punkte: 22

Bitte fordern Sie unser vollständiges Programm an!

*Kosten incl. MwSt.

VKA
ver.di

Bezeichnung	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5
	Euro	Euro	Euro	Euro	Euro
Ärztin/Arzt	3.400 (12 Monate)*	3.650 (24 Monate)*	3.850 (24 Monate)*	4.000 (48 Monate)*	4.100
Fachärztin/ Facharzt	4.300 (48 Monate)*	4.750 (48 Monate)*	5.150 (48 Monate)*	5.600	

* Verweildauer in der Stufe.

Oberärztinnen/Oberarzt: Zulage 500 Euro
Leitende Oberärztin/Leitender Oberarzt: Zulage 750 Euro

Marburger Bund

Bezeichnung	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5
	Euro	Euro	Euro	Euro	Euro
Arzt	3.420 (12)*	3.640 (12)*	3.760 (18)*	4.000 (18)*	4.200
Facharzt	4.450 (36)*	4.800 (36)*	5.110 (48)*	5.300 (60)*	5.600
Oberarzt	5.650 (36)*	6.000			
Ltd. Oberarzt	6.500	AT			

* Verweildauer in der Stufe in Monaten.

TV-L

Entgeltgruppe	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5
Ä 1	3.600 im 1. Jahr	3.800 im 2. Jahr	3.950 im 3. Jahr	4.200 im 4. Jahr	4.500 ab dem 5. Jahr
Ä 2	4.750 ab dem 1. Jahr	5.150 ab dem 4. Jahr	5.500 ab dem 7. Jahr		
Ä 3	5.950 ab dem 1. Jahr	6.300 ab dem 4. Jahr	6.800 ab dem 7. Jahr		
Ä 4	7.000 ab dem 1. Jahr	7.500 ab dem 4. Jahr	7.900 ab dem 7. Jahr		

Monatsbeträge in Euro bei 42 Wochenstunden.

Eine identische Gehaltstabelle hat die TdL mit dem Marburger Bund (TV Ärzte) vereinbart.

dem Grundmerkmal der EG 9 herausheben. In der Entgeltgruppe 13 finden sich u.a. Beschäftigte mit Tätigkeiten, die eine abgeschlossene universitäre Hochschulbildung erfordern. Das gilt auch für akkreditierte Masterabschlüsse an Fachhochschulen. In dieser Systematik würden in die Entgeltgruppe 15 Beschäftigte eingruppiert, deren Tätigkeit sich durch das Erfordernis einer Zusatz- oder Spezialausbildung aus der EG 13 heraushebt. Danach ergibt sich beim derzeitigen Diskussionsstand der Eingruppierungssystematik für Beschäftigte in der Tätigkeit von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Psychologischen PsychotherapeutInnen eine Eingruppierung in die Entgeltgruppen 12 und 15 TVöD/TV-L.

Die Bundesfachkommission PP/KJP der ver.di hat sich regelmäßig mit der Problematik der Eingruppierung befasst und aktiv am Diskussionsprozess um die neue Entgeltordnung mitgewirkt. Sie erhebt folgende Forderungen:

Die Eingruppierung soll entsprechend der Qualifikation und ausgeübten Tätigkeit erfolgen. Für praktische Tätigkeit gemäß Psychotherapeutengesetz ist eine Vergütung tarifvertraglich zu vereinbaren, die sich an den erworbenen Hochschulabschlüssen und der ausgeübten Tätigkeit orientiert. Nach Erlangung der Approbation ist nach dem Grundsatz „gleiche Vergütung für gleichwertige Tätigkeit“ facharztäquivalent zu vergüten. In der Ausübung der

Psychotherapie sind die psychotherapeutischen Berufe den Ärztinnen und Ärzten gleich zu stellen. Die Bundesfachkommission bedauert das Ausscheren des Marburger Bundes und die Eingruppierungsregelungen in eigenen Ärztetabellen. Sie bevorzugt eine Eingruppierung im Rahmen der allgemeinen Entgeltordnung des TVöD/TV-L mit allenfalls branchenspezifischen Lösungen.

Kinder und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-therapeuten mit Fachhochschulabschluss sind auf Grund Ihrer Approbation und der vorausgegangenen Weiterbildung genau so einzugruppiert wie PP und KJP mit Universitätsabschluss. Das entspricht der Entgeltgruppe 15. Als Zugangsvoraussetzung für die Weiterbildung nach dem PsychThG ist bei Umstellung der Studiengänge künftig der Masterabschluss vorzusehen.

Im Hinblick auf die Tarifrunde 2008 bleibt abzuwarten, wie die Arbeitgeberseite auf die Vorschläge und Forderungen der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft reagiert und ob es gelingt, im Rahmen der neuen Entgeltordnung zu tragfähigen Lösungen auch für die psychotherapeutischen Berufe zu kommen.

Literatur

Bepler, K., Böhle, T., Martin, K. & Stöhr, F. (2006). *TVöD-Kommentar*. München: C. H. Beck.

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2005). *Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2005*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

Denzler, E. (2004). Abkehr vom Tarifvertrag. *Altenpflege, 11*, 58-60.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (Hrsg.). (2005). *Zahlen, Daten, Fakten 2005*. Berlin: Deutsche Krankenhausgesellschaft.

Dielmann, G. (2006). Neues Tarifrecht für den öffentlichen Dienst (TVöD). *Pflege-Recht, 10* (6), 252-259.

Gröschl-Bahr, G. (2005). „Niemand darf weniger bekommen als bisher...“. *Pflege Aktuell, 12*, 648-652.

Marburger Bund (2006). Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte an kommunalen Krankenhäusern im Bereich der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeber-

verbände (TV-Ärzte/VKA) vom 17. August 2006.

Marburger Bund (2006). Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte an Universitätskliniken (TV-Ärzte) vom 30. Oktober 2006.

Ramos, C. (2005). Der neue Tarifvertrag im öffentlichen Dienst. *Intervention, Zeitschrift für Ökonomie*, 2 (2), 45-55.

Roggenkamp, G. (2005). TVöD schafft neuen Handlungsrahmen und Verantwortungsbereiche für Personalräte. *Der Personalrat*, 11/2005, 439-452.

Schelter, W. (2002). *Das Tarifrecht der Angestellten in Krankenhäusern und Heimen (BAT/BAT-O) (7. Aufl.)*. Frankfurt: Courier-Verlag.

Schürmann, T. (2005). Überleitung in den TVöD am 1. Oktober 2005. *Der Personalrat*, 10/2005, 379-383.

Schwing, H. (2005). Der Tarifvertrag öffentlicher Dienst (TVöD). *Infodienst Krankenhäuser*, 28, 14-19.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2006). *Statistisches Jahrbuch 2006*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (Hrsg.). (2005). *Tarifrunde öffentlicher Dienst*. Berlin: ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft.

ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (Hrsg.). (2005). *Neues Tarifrecht für den öffentlichen Dienst. Textausgabe zum TVöD mit den Überleitungs-tarifverträgen für Bund (TVÜ-Bund) und Gemeinden (TVÜ-VKA)*. Frankfurt: Bund-Verlag.

Hamer, W. & Ohnesorg, N. (2005). *Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst – TVöD – Erläuterungen der wesentlichen Änderungen für die Praxis*. Berlin: ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft.

ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (Hrsg.). (2007). *Tarifrecht für den öffentlichen Dienst der Länder. TV-L Länder 2006*. Berlin: ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft.

ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (Hrsg.). (2007). *Neue Tarifverträge im Gesundheits- und Sozialwesen (kommunal)*. Berlin: ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft.

Gerd Dielmann

ver.di Bundesverwaltung
Fachbereich Gesundheit, Soziale Dienste,
Wohlfahrt und Kirchen
Paula-Thiede-Ufer 10
10179 Berlin
gerd.dielmann@verdi.de



„Diakoniewerk Martha-Maria: Als Unternehmen Menschlichkeit wollen wir fachkundige Hilfe mit persönlicher Zuwendung verbinden.“

Das Diakoniewerk Martha-Maria führt Krankenhäuser, Seniorenzentren und andere soziale Einrichtungen mit insgesamt über 3.000 Mitarbeitenden. Martha-Maria ist ein selbständiges Diakoniewerk in der Evangelisch-methodistischen Kirche mit Sitz in Nürnberg und Mitglied im Diakonischen Werk der EKD.

Das Krankenhaus Martha-Maria in Nürnberg (330 Betten mit sieben Hauptabteilungen und fünf Belegabteilungen) führt ein Medizinisches Versorgungszentrum mit den Schwerpunkten internistische Onkologie sowie Physikalische und Rehabilitative Medizin. Zur Erweiterung unseres seit dem 1. Januar 2007 eröffneten Medizinischen Versorgungszentrums suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/n

Oberärztin/Oberarzt
Fachärztin/-arzt für Innere Medizin
Hämatologie-Internistische Onkologie
und eine/n
Ärztliche/n Psychotherapeutin/-en

Wir bieten:

- Vergütung entsprechend der verantwortlichen Aufgabe
- Beihilfeversicherung mit Sonderleistungen
- Zusatzversorgung mit Überleitungsmöglichkeiten aus dem Öffentlichen Dienst
- Unterstützung in der Wohnungssuche
- Fort- und Weiterbildungsangebote

Für weitere Informationen steht Ihnen der Ärztliche Direktor des Medizinischen Versorgungszentrums, Herr Dr. Volker Anselstetter, unter der Rufnummer 0911/959-1800 sowie unser Abteilungsleiter Personal, Herr Kitzmann, unter der Rufnummer 0911/959-1460 zur Verfügung.

Ihre Bewerbungsunterlagen senden Sie bitte an:

Diakoniewerk Martha-Maria
Krankenhaus gGmbH
Zentrale Dienste Personal
Stadenstraße 64
90491 Nürnberg

www.martha-maria.de



**MARTHA
MARIA**

Unternehmen
Menschlichkeit



Das Heilpädagogische Kinderhaus
des Einrichtungsverbundes Betreuungs-Zentrum Steinhöring
(Rechtsträger: Kath. Jugendfürsorge e.V. München)

sucht zum Januar 2008 eine/n

Diplom-Psychologen/in

in Teilzeit für vorerst 18-20 Wochenstunden,
vorerst befristet auf ein Jahr

Das Heilpädagogische Kinderhaus betreut Kinder im Vorschulalter, die auf Grund ihrer Entwicklungsverzögerungen, Behinderungen und/oder Verhaltensauffälligkeiten einer besonders intensiven heilpädagogisch-therapeutischen Förderung bedürfen.

Wir wünschen uns eine/n engagierte/n Kollegen/in, die/der im Bereich der Kindertherapie, interdisziplinären Arbeit und der intensiven Elternbegleitung Interesse hat, in unserem Team mitzuarbeiten.

Anstellung, Vergütung und soziale Leistungen erfolgen nach den Arbeitsvertragsrichtlinien (AVR) des Deutschen Caritasverbandes.

Wir sind eine anerkannte Zivildienststelle.

Die Bewerbung von Schwerbehinderten ist uns stets willkommen.

Ihre Bewerbung richten Sie bitte an:

Einrichtungsverbund Betreuungs-Zentrum Steinhöring
Personalverwaltung, Münchner Straße 39, 85643 Steinhöring
Ansprechpartnerin: Frau Ros ☎ 08094/182-191

Sie finden uns auch im Internet unter

www.evbz-steinhoering.de

Qualitätssicherung – aus der Praxis für die Praxis

Ausgewählte Ergebnisse einer schriftlichen Mitgliederbefragung der hessischen Landeskammer für PP/KJP über Einschätzungen zur Qualitätssicherung

Walta Reuther-Dommer, Norbert Sattler, Reinhold Neef

Hessische Landeskammer für PPKJP

Zusammenfassung: Als Beitrag zur Diskussion in der Qualitätssicherung der Psychotherapie in freier Praxis und in Institutionen wird eine Mitgliederbefragung (2005) zu eigenen Erfahrungen, Präferenzen und Intentionen in der QS erhoben. Die wichtigsten Ergebnisse werden vorgestellt und diskutiert. Besonders stark treten die folgenden Ergebnisse hervor: Die Passung (1) wird als bedeutendster Faktor für den Therapieerfolg genannt. Qualitative Prozessbegleitung, professionelle Reflexion und klinische Einschätzungen (2) sichern, basierend auf tradierten Methoden, in Eigenverantwortung am besten die Qualität des therapeutischen Prozesses. Standardisierte Verfahren werden kaum genannt. In der umgebenden regionalen Versorgung werden die quantitative psychotherapeutische Versorgung und die Vernetzung mit relevanten Diensten und Fachleuten (3) als unzureichend angesehen.

1. Überblick

Im Brennpunkt der QS-Diskussion für Psychotherapie steht die Bestimmung von Qualitätsstandards, aber eine inhaltliche Definition des Begriffs der Qualität in der Psychotherapie besteht nicht. Die Frage, was „gute“ Qualität in der Psychotherapie bedeutet, ist offen (s.a. Brähler & Decker, 2002).

Von der hessischen Landeskammer LPP-KJP wurde eine schriftliche Befragung ihrer Mitglieder im Jahr 2005 zur Qualitätssicherung durchgeführt, um die persönlichen Präferenzen, Absichten und Bewertungen der KollegInnen zur Güte von Psychotherapie und des psychotherapeutischen Handelns in Erfahrung zu bringen. Die wichtigsten und prägnanten Ergebnisse basieren auf den Fragen:

- Was wird in der eigenen Tätigkeit als relevant für die Güte des Psychotherapieverlaufs und für das Ergebnis angesehen?

- Wie werden die umgebende regionale psychotherapeutische Versorgungsstruktur und die Vernetzung mit der medizinischen und psychosozialen Versorgung angesehen?

Signifikant heraustretend sind folgende Einschätzungen:

- die „Passung“ (die therapeutische Beziehung, siehe Kasten) wird als besonders bedeutsam für das Therapieergebnis eingeschätzt,
- **qualitative Prozessbegleitung**, professionelle Reflexion und klinische Einschätzungen sichern, basierend auf tradierten Methoden, in Eigenverantwortung am besten die Qualität des therapeutischen Prozesses. Standardisierte Verfahren werden in ihrem Nutzen eher gering bewertet,
- **in der umgebenden regionalen Versorgung** werden die quantitative psychotherapeutische Versorgung und die Vernetzung mit relevanten Diensten und Fachleuten als unzureichend angesehen.

Die empirischen Ergebnisse werden diskutiert und folgende Empfehlungen entwickelt:

- die Konzeptualisierung der „Passung“ in Forschung, Diagnostik und Behandlung,
- die Würdigung des klinischen Urteils und der klinischen Entscheidungsprozesse,
- die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgungsstruktur.

Die Ergebnisse legen nahe, dass sich in den Angaben der KollegInnen etwas dokumentiert, das als konstitutiv für die professionelle Identität der PsychotherapeutenInnen angesehen werden kann.

2. Befragung

2.1. Idee und Hintergrund: Die Perspektive der 'PraktikerInnen' sichtbar machen

Psychotherapeutenkammern haben den gesetzlichen Auftrag zur Sicherung der Qualität der Arbeit ihrer Mitglieder, d.h., ihr Ziel muss eine effektive, kostengünstige und transparente Qualitätssicherung in der Psychotherapie sein, die an den Bedürfnissen der PatientInnen und den Arbeitsanforderungen der KollegInnen ausgerichtet ist.

Während der Reflexion zur Umsetzung dieses Auftrages erfolgte in Hessen die Erstellung eines „Meldebogens“, der weitgehend „objektive“ Daten zur Struktur-

qualität der einzelnen Praxen erhebt. In der Diskussion um dieses Vorhaben wurde im QS-Ausschuss-Hessen zusätzlich die Idee einer Mitgliederbefragung mit einer wesentlich veränderten Perspektive entwickelt, in der nicht das Verhalten der Kammermitglieder untersucht wird, sondern deren professionelle Einschätzungen, was sie als relevant für die Qualität ihrer Tätigkeit erachten und weitergehend, wie sie vorhandene Qualitätssicherungsmaßnahmen in bezug auf fachlichen Nutzen und Angemessenheit im psychotherapeutischem Berufsalltag bewerten, sowie ihre persönliche Präferenzen und Intentionen bezüglich der Qualitätssicherungsmaßnahmen (QS).

Nach sehr kontroverser Diskussion im QS-Ausschuss und in der Delegiertenversammlung über den Sinn einer solchen Befragung der Kammermitglieder realisierte der Ausschuss mit den Mitgliedern Reinhold Neef, Helga Planz, Walta Reuther-Dommer, Norbert Sattler (Urheber und Vermittler dieser Idee), Anke Teschner und mit dem Vertreter des Vorstandes Wilfried Schaebe das Vorhaben in 2005 und legte 2006 den Delegierten die Ergebnisse vor.

Intention dieser Mitgliederbefragung ist, in die laufende QS-Diskussion neben Erkenntnissen aus Forschung und Wissenschaft und den Einsichten der „Funktionäre“ die Expertise der praktizierenden PsychotherapeutInnen zu stellen. Dahinter steht auch unsere Überzeugung, dass letztlich nur über einen Dialog zwischen den Gesetzgebern und den PsychotherapeutInnen nachhaltige Qualitätssicherung generiert werden kann, da eine wirkliche Akzeptanz für Vorschriften, die professionelle Autonomie wenig berücksichtigen oder gar verletzen, selten gegeben ist und diese weder qualitätssichernd noch kostensparend wirken (s.a. Scheidt, Seidenglanz & Wirsching, 2000).

2.2 Beschreibung der Befragung

Die Befragung folgt den drei Ebenen der Qualitätssicherung:

- Strukturqualität (a) der einzelnen Einrichtung, (b) der umgebenden regionalen Versorgung,

- Prozessqualität (des psychotherapeutischen Handelns),
- Ergebnisqualität (der Psychotherapie).

Zur Strukturqualität: Hier werden die Einschätzungen zur internen Qualitätssicherung und zur umgebenden regionalen Versorgung in die Umfrage einbezogen, da die Qualität der eigenen therapeutischen Arbeit nicht losgelöst von der umgebenden Versorgungsstruktur erlebt werden kann. Es wird sowohl nach bevorzugten internen QS-Maßnahmen als auch nach der QS-Kompetenz der Einrichtung als Teil der umgebenden Versorgungsstruktur gefragt, z.B. nach der Verfügbarkeit von Therapieplätzen, nach den Ressourcen bezüglich der Weitervermittlung von PatientInnen, nach der Vernetzung mit dem kollegialen und dem institutionellen Umfeld.

Zur Prozessqualität: Das diagnostische und therapeutische Handeln wird hier thematisiert. Es wird nach Erfahrungen mit vorgegebenen oder selbst geschaffenen QS-Maßnahmen sowie den Zielen persönlicher professioneller Entwicklung gefragt.

Zur Ergebnisqualität: Hier dreht es sich um die Effekte der Therapie. Es wurde vor allem danach gefragt, wie diese Effekte gewöhnlich bestimmt werden und welcher Einfluss verschiedenen Faktoren dabei zugeordnet wird.

Der Rücklauf ist mit 39 % sehr befriedigend, 1067 von rund 2700 KollegInnen haben den Fragebogen beantwortet. Davon sind 77 % niedergelassene KollegInnen. Von den bei der KV-Hessen zugelassenen PsychotherapeutInnen haben 43,4 % der PsychoanalytikerInnen, 47,6 % der VerhaltenstherapeutInnen und 62,5 % der tiefenpsychologisch-fundiert zugelassenen KollegInnen geantwortet (Mehrfachnennungen bei den Antworten waren möglich).

3. Ergebnisse

Die Auswahl der Ergebnisse orientiert sich an der Übereinstimmung der Antworten bzw. der Einschätzungen. Hohe Überein-

stimmungen (verfahrenübergreifend, bei angestellten und niedergelassenen KollegInnen, bei KJP und PP) betrachten wir als bedeutsame Expertise der Fachleute für die QS-Diskussion, da hier zwischen diesen unterschiedlichen Gruppen zu basalen Inhalten gemeinsame psychotherapeutische Perspektiven bestehen. Befragungsinstrument und Ergebnisse können eingesehen werden unter <http://www.psychotherapeutenkammer-hessen.de/owcms/frontend/downloads/Bericht%20zur%20Auswertung%20der%20Mitgliederbefragung.pdf>.

3.1 Was wird als relevant für die Qualität der persönlichen Tätigkeit, für die Prozessqualität und für das Ergebnis angesehen?

Frage: Wie bewerte ich den Einfluss folgender Faktoren/Maßnahmen auf das Therapieergebnis (groß, mittel, gering)? – Angaben in Prozent der Nennung eines großen Einflusses: (Grafik 1).

Frage: In welchen Maßnahmen sehe ich den größten Zugewinn an Sicherheit für mein therapeutisches Handeln (gewichten Sie mit maximal 5 Angaben)? Angaben in Prozent: (Grafik 2).

Die „Passung“ (s. Kasten) wird von 88,2 % der antwortenden PsychotherapeutInnen als besonders relevant für Verlauf und Ergebnis der Psychotherapie eingeschätzt. Diese große Übereinstimmung ist ein herausragendes Ergebnis der Befragung (Grafik 1). Die Beachtung der eigenen Befindlichkeit durch Psychohygiene wird in ihrer Bedeutung ebenfalls hoch eingeschätzt (Grafik 1).

Qualitative, interpretative Verfahren zur Prozessbegleitung und Ergebnisbeurteilung werden am höchsten bewertet. Die „persönliche klinische Einschätzung“ und die „PatientInnenaussagen“ werden als wichtigste Instrumente benannt. Erkenntnismöglichkeit durch Supervision und Intervention (Grafik 2) sowie insgesamt eine reflexive Begleitung des therapeutischen Prozesses wird von den Befragten als sehr relevant angesehen (ähnl. Scheidt, 2003; Heim, 2002).

Methoden, die einen hohen Standardisierungs-/Formalisierungsgrad haben, die keine Prozessbeurteilung ermöglichen, werden selten als Möglichkeiten des Zugewinns an Sicherheit eingeschätzt. Bei differenzierter Auswertung der Ergebnisse zeigen sich leicht höhere Zustimmungen dort, wo solche Verfahren im therapeutischen Ansatz, z.B. in der Verhaltenstherapie, Tradition haben oder schon länger verpflichtend eingeführt sind (Institutionen).

Frage: Wo würde ich gerne in naher Zukunft vorrangig meine Kapazitäten ausbauen wollen? Angaben in Prozent: (Grafik 3).

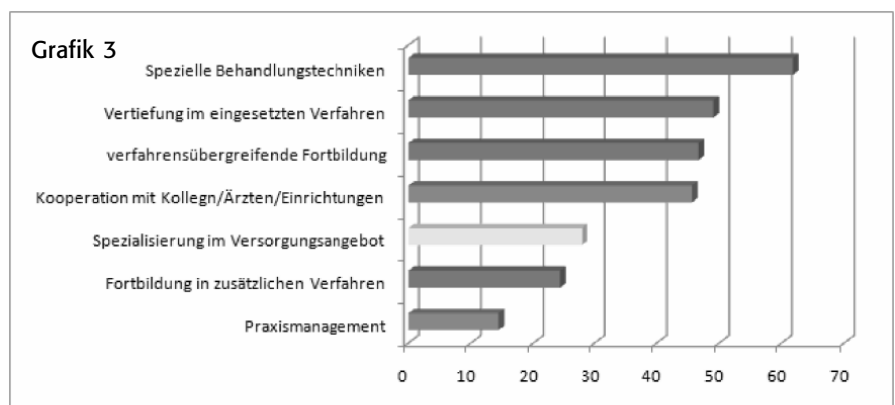
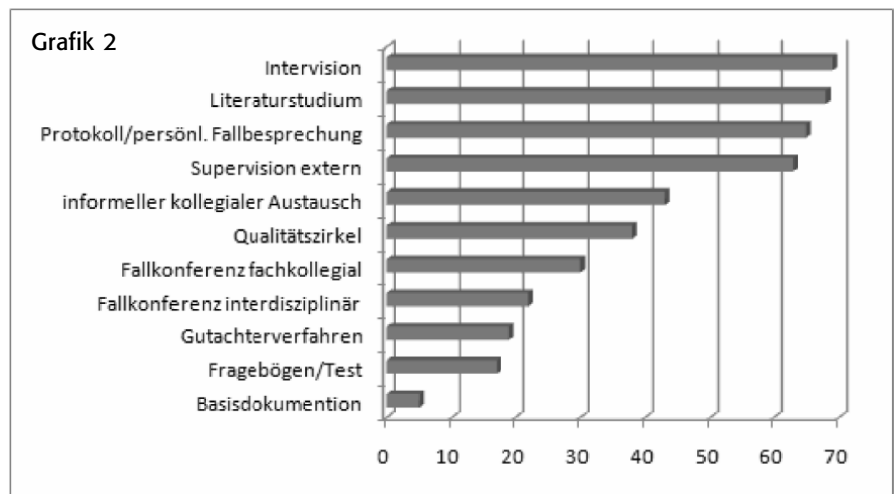
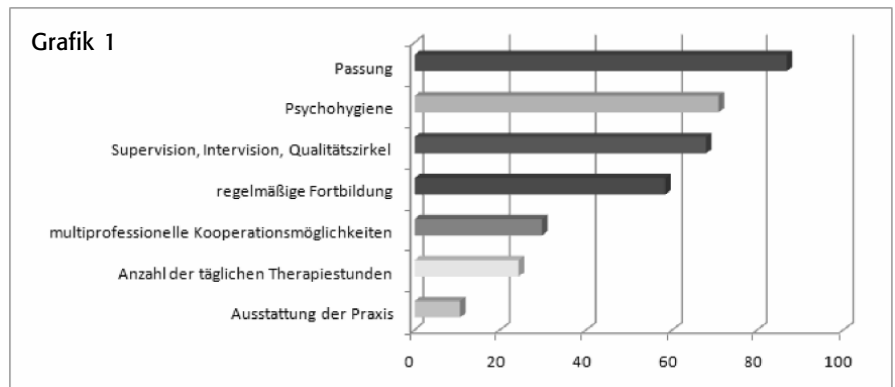
Die eigene Fachlichkeit bzw. die Ausweitung der Kapazitäten um die absolvierte Ausbildung liegen im Schwerpunkt des Interesses (Grafik 3). Etwa die Hälfte der KollegInnen ist noch an verfahrensübergreifenden Fortbildungen interessiert, aber nicht durch eine völlige Offenheit für andere Verfahren geprägt. Interessant scheint hier auch die Tatsache, dass KollegInnen zwar sehr an speziellen Behandlungstechniken interessiert sind, aber nicht gleichzeitig (störungsspezifische?) Versorgungsspezialisierung wünschen. Man kann annehmen, dass die Vergrößerung der eigenen Flexibilität gesucht wird, um der Vielfalt der PatientInnen und ihrer Beeinträchtigungen gerecht zu werden.

Fast die Hälfte der KollegInnen möchte die QM-Maßnahme „Kooperation mit Ärzten und Einrichtungen“ ausbauen. „Praxismanagement“ findet nur geringes Interesse (Grafik 3).

3.2 Wie wird von den antwortenden KollegInnen die regionale psychotherapeutische Versorgungsstruktur und die Vernetzung mit der medizinischen und psychosozialen Versorgung gesehen?

Möglichkeit für PatientInnen, einen Psychotherapieplatz zu finden:

Fast die Hälfte der KollegInnen bezeichnet die Möglichkeit der PatientInnen, in einem „zumutbaren“¹ Zeitraum einen ge-



■ Fortbildung ■ QM-Maßnahmen ■ Versorgung

¹ Das Wort „zumutbar“ wurde im Fragebogen nicht definiert, da sich „Zumutbarkeit“ nach verschiedenen Kriterien richtet, so kann für einen Menschen mit einer akuten psychischen Erkrankung eine Wartezeit für eine stationäre Aufnahme von einem Tag unzumutbar sein, demgegenüber kann für einen Menschen mit „stabiler“ neurotischer Erkrankung eine Wartezeit von etlichen Monaten zumutbar sein, weiterhin spielen Kriterien wie Suizidalität, Gefahr der Chronifizierung, Gefahr weiterer negativer sekundärer Folgen, Gefahr des Aufgebens der

Suche nach Therapie, die Qualität sozialer Eingebundenheit, positive Ressourcen etc. eine Rolle, so dass an dieser Stelle keine differenzierte Erhebung dieses Items möglich ist. In Entsprechung nützen auch keine Zeitangaben wie etwa Wartezeit von 4 Monaten oder Ähnliches. Nach unserer Auffassung sind die KollegInnen entgegen vorgebrachter Bedenken sehr wohl dazu in der Lage, diese Differenziertheit in der Beantwortung dieser Frage zu reflektieren, von daher betrachten wir dieses Ergebnis als aussagekräftig.

Im **Zentrum für Seelische Gesundheit des Kindes- und Jugendalters** ist zur Erweiterung des psychotherapeutischen Teams zum nächstmöglichen Termin eine Stelle zu besetzen:

Gestalten Sie mit uns Zukunft im Krankenhauswesen

Approbierte/-r Dipl.-Psychologin/ Dipl.-Psychologe

Die Sana-Klinikum Remscheid GmbH ist mit 684 Planbetten das größte Haus unter den 60 Kliniken der Sana Kliniken GmbH & Co. KGaA – einer der größten privaten Krankenhaussträger Deutschlands. Im Mai 2005 wurde unser zentraler Klinikneubau mit vorbildlichen Versorgungsstrukturen bezogen.

Das Sana-Klinikum Remscheid ist akademisches Lehrkrankenhaus der Ruhr-Universität Bochum. Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters verfügt über 30 vollstationäre Betten und eine Poliklinik in Remscheid, 20 tagesklinische Behandlungsplätze in Wuppertal und eine Institutsambulanz in Solingen. Die Einrichtungen erfüllen den Versorgungsauftrag für die Städte Remscheid, Solingen und Wuppertal und decken das gesamte kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungsspektrum ab. Die individuelle Therapie basiert auf Verhaltenstherapie, Familientherapie, Gesprächspsychotherapie, tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und Soziotherapie. Der Chefarzt ist zur vollen Weiterbildung ermächtigt.

Remscheid hat 120.000 Einwohner und liegt im landschaftlich reizvollen Bergischen Land. Die Städte Köln und Düsseldorf sowie das Ruhrgebiet sind in 30 Minuten erreichbar. Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage.

Wir bieten ein vielseitiges, anspruchsvolles und abwechslungsreiches Tätigkeitsfeld im gesamten Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Bezahlung erfolgt nach TVöD.

Weitere Auskünfte erteilt Ihnen gerne Herr Chefarzt Priv.-Doz. Dr. Gert Seeger, Tel. 02191/13-5600 oder per E-mail (G.Seeger@Sana-Klinikum-Remscheid.de).

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann richten Sie bitte Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen an:

Sana-Klinikum Remscheid GmbH
Zentrum für Seelische Gesundheit
des Kindes- und Jugendalters
Burger Straße 211
42859 Remscheid



eigneten ambulanten Therapieplatz finden zu können, als unzureichend (von den KJP wird die Situation noch schlechter beurteilt). „Auf dem Land“ wird die Möglichkeit der PatientInnen, in einem angemessenen Zeitraum einen Therapieplatz zu finden, deutlich schlechter eingeschätzt, ebenso die Differenziertheit und die Quantität des ambulanten Angebotes (s.a. Wittchen & Jacobi, 2002). Auch die eigenen Ressourcen bei der Weitervermittlung suchender PatientInnen werden von rund 41 % als „unzureichend“ angegeben. Nach dieser Einschätzung besteht ein erhebliches Defizit, suchende PatientInnen angemessen weiterzuvermitteln und es ergibt sich für Therapieplatz suchende PatientInnen eine durchaus problematische Situation (oft lange Wartezeiten, Irrwege, unzureichende Betreuung in Krisensituationen, die in teuren stationären/medikamentösen Therapien enden kann) mit den Gefahren der Verschlimmerung des Leidens und der Chronifizierung, die sowohl ethisch als auch wirtschaftlich nicht zu vertreten sind.

Vernetzung in der medizinischen und psychosozialen Versorgung:

Der Informationsstand der PatientInnen hinsichtlich der Möglichkeiten, des Zugangs, des Nutzens und der Risiken zur Psychotherapie wird von den KollegInnen tendenziell negativ eingeschätzt, der Informationsstand im fachlichen Umfeld etwas besser, aber auch hier bestehen in der Einschätzung der KollegInnen deutliche Informationsdefizite. Insbesondere der niedrige Anteil der gut informierten Fachleute überrascht: 11,8 %.

Die unproblematischsten Bezüge bestehen zu spezialisierten FachkollegInnen und Beratungsstellen, dann folgen mit deutlichem Abstand die Fachkliniken. Die Zusammenarbeit mit anderen psychosozialen Einrichtungen wird nur wenig schlechter beurteilt.²

Informationsstand:

Auch der eigene Informationsstand in Bezug auf die Zusammenarbeit mit Fachkräften im Umfeld Psychotherapie wird „auf dem Land“ schlechter eingeschätzt. Eben-

so wird der eigene Informationsstand bezüglich der Fachkliniken deutlich schlechter eingeschätzt. Gering wird auch der eigene Informationsstand bezüglich der Zusammenarbeit mit anderen psychosozialen Einrichtungen angesehen.

4. Bewertung der Ergebnisse und Empfehlungen

Die schriftliche Befragung der Kammermitglieder zur Qualitätssicherung wird mit Blick auf die Zielsetzung, strukturierte Bewertungen und Anregungen von möglichst vielen KollegInnen zu erhalten, als erfolgreich angesehen. Die hohe Beteiligung zeigt die Notwendigkeit und die große Bereitschaft zur Mitarbeit bei der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung im psychotherapeutischen Angebot.

4.1 Der Beziehungsaspekt

Der Beziehungsaspekt wird für die Qualität der Behandlung, für die Prozessqualität und für die Bewertung des Therapieergebnisses über alle Verfahren und Settings hinweg besonders hoch bewertet. Für die meisten KollegInnen ist die „Passung“ der wichtigste Faktor für Verlauf und Erfolg der Psychotherapie. Sie bestätigen damit Ergebnisse internationaler Psychotherapieforschung (siehe Kasten). Die Bedeutung der „Passung“ impliziert, dass die verschiedenen psychotherapeutischen Angebote „für verschiedene PatientInnen unterschiedlich gut geeignet sind. Therapieverfahren unterscheiden sich in ihrem Menschenbild, in ihren Vorstellungen über pathogene Faktoren (Krankheitsmodelle) und damit auch hinsichtlich ihrer Vorstellungen über Wirkfaktoren. Viele Wege führen nach Rom, aber nicht jeder Patient kann jeden Weg gleich gut gehen und nicht jeder Patient kommt auf jedem Weg zum Ziel“ (Eckert, Frohburg & Kriz, 2004).

Nach diesen Einschätzungen sollten QS-Maßnahmen keine Homogenisierung des therapeutischen Könnens anstreben. Dies würde eine Nivellierung des eigentlichen therapeutischen Könnens bedeuten, das in der individualisierten Handhabung komplexer Situationen besteht und der an-

thropologischen Frage nach der Variabilität und Vielfalt des Wesens des Menschen gerecht werden sollte.

„Als wissenschaftlich gesichert kann angesehen werden, dass die „Passung“ (Störungsbild/Persönlichkeit des Patienten/ Psychotherapieverfahren/Person des Psychotherapeuten) für den Heilerfolg wesentlich ist (s.a. Faber, Haarstrick, Kommentar Psychotherapierichtlinien). Die Vielfalt psychotherapeutischer Verfahren entspricht dem gesetzlichen Gebot, für die Versicherten eine Leistungsbringer-Vielfalt bereit zu stellen und den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen.“ (LPPKJP-Hessen, 2005).

Folgt man der Einschätzung der Mehrheit der antwortenden Kammermitglieder, sollte die Berücksichtigung der „Passung“ in der Strukturqualität der psychosozialen Versorgung einen festen Platz erhalten. Das bedeutet in der psychotherapeutischen Versorgung, den Reichtum einer Vielfalt zu schützen, das bedeutet in der Forschung, diese Beziehung zu beschreiben. Psychotherapeutische Qualitätssicherung sollte auch die Beschreibung, die Potenziale der tradierten Qualitäten (TherapeutIn-PatientIn, Supervision, Intervision, Balintgruppe) weiter entwickeln.

Erstinterview und probatorische Sitzungen sollten zudem von Kostenträgern höher bewertet, Katamnese sollte in das System einbezogen werden.

4.2 Qualitative Prozessbegleitung

Qualitative Prozessbegleitung und qualitative, klinische Vorgehensweise werden besonders bedeutsam für die Qualität psychotherapeutischer Behandlungen eingeschätzt. Intervision, Literaturstudium, persönliche Fallreflexion/Protokoll, externe

² Die Ergebnisse eines Modellversuchs „Qualitätssicherung in der psychosomatischen Grundversorgung“ des Bundesministeriums für Gesundheit, in dem gemischte Arbeitsgruppen von Allgemeinärzten und Psychotherapeuten initiiert wurden, in denen fallbezogene Probleme der Diagnostik und Psychotherapie diskutiert wurden, belegen, dass dies zu einer Verbesserung der Zusammenarbeit führt (Scheidt et al., 2000).

Geschäftszeichen: 11.232/06/2007

Der Main-Kinzig-Kreis ist mit rund 410.000 Einwohnern der einwohnerstärkste Kreis Hessens und ist geprägt von unterschiedlichen Strukturen, die von großstädtisch bis ländlich reichen. Hierin begründen sich auch die unterschiedlichen Problemlagen der Bürger/innen, für die das Sachgebiet Sozialpsychiatrischer Dienst / Betreuungsstelle zuständig ist. Für das Gesundheitsamt mit Sitz im Main-Kinzig-Forum in Gelnhausen suchen wir zum schnellstmöglichen Zeitpunkt

**eine Fachärztin/einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
oder eine/n Fachärztin/Facharzt für öffentliches Gesundheitswesen/Public Health
oder eine Fachärztin/einen Facharzt für Allgemeinmedizin
oder eine/n Dipl. Psychologe/in
als Leiterin / Leiter für das Sachgebiet
Sozialpsychiatrischer Dienst und Betreuungsstelle.**

Das Gesundheitsamt des Main-Kinzig-Kreises verfügt über die volle Anerkennung (18 Monate) für die Weiterbildung des Facharztes für Öffentliches Gesundheitswesen. Darüber hinaus besteht die Weiterbildungsmöglichkeit für die Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“ und die Zusatzbezeichnung „Umweltmedizin“. Bei Interesse und der Erfüllung der klinischen Erfordernisse wird diese Weiterbildung aktiv gefördert.

Aufgaben:

- Die dienstliche und fachliche Führung des Sachgebietes Sozialpsychiatrischer Dienst und der Betreuungsbehörde mit Personalverantwortung für 22 Mitarbeiter/innen in multiprofessioneller Zusammensetzung.
- Koordinierende Aufgaben in der Zusammenarbeit mit Berufsbetreuerinnen und -betreuern, Amtsgerichten, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten/Psychologinnen und Psychologen, Kliniken, freien Trägern und Verbänden.
- Die Qualitätssicherung in der Versorgungsstruktur als Teil eines entstehenden gemeindepsychiatrischen Verbundes.
- Leitung der Institutsambulanz mit der derzeitigen kassenärztlichen Anerkennung zur medizinischen Versorgung der Obdachlosen in der Stadt Hanau
- Krisenintervention einschließlich Hausbesuchen
- Erstellung fachlicher Stellungnahmen und Gutachten
- Mitarbeit in örtlichen und überörtlichen Gremien zur Gewaltprävention
- Beratung von Patienten mit psychischen Erkrankungen, Suchterkrankungen und psychosozialen Problemen, sowie deren Angehörigen
- Aktive Mitarbeit in der Führungsebene des Gesundheitsamtes
- Mitarbeit in der Rufbereitschaft der Ärztinnen und Ärzte des Gesundheitsamtes

Angebot:

- Wir bieten eine Vollzeitstelle.
- Die Arbeitszeit kann flexibel gestaltet werden.
- Wir zahlen ein Entgelt/ eine Besoldung nach TVöD / Bundesbesoldungsordnung
- Wir legen Wert auf die Weiterbildung unserer Mitarbeiter/innen und fördern diese entsprechend.

Das Stellenprofil erfordert:

- Interesse an der Sozialpsychiatrie und idealerweise an einem gemeindepsychiatrischen Verbundsystem und Erfahrungen im öffentlichen Gesundheitsdienst
- Interesse an der Mitarbeit in Gremien und Gestaltung der Qualität von Versorgungssystemen
- Erfahrungen in der Psychiatrie und im Betreuungsrecht
- Erfahrungen in Gesundheitskonferenzen
- Bei psychologischer Ausbildung, Erfahrung in der klinischen Psychologie und in der Organisationspsychologie
- Eine qualifizierte und souveräne Führungspersönlichkeit mit mindestens dreijähriger Tätigkeit in leitender Funktion
- Den Besitz der Fahrerlaubnis der Klasse B und die Bereitschaft, den eigenen PKW zu dienstlichen Zwecken zu nutzen.

Kontakt:

Zur Klärung Ihrer fachlichen und inhaltlichen Fragen zur ausgeschriebenen Stelle steht Ihnen der Amtsleiter, Herr Dr. Ernst, Telefon: 06051 – 85 12446, gerne zur Verfügung.

Ihre Bewerbung richten Sie bitte bis **19.10.2007** an: Kreisausschuss des Main-Kinzig-Kreises, Personalservice, Barbarossastraße 24, 63571 Gelnhausen, gerne auch per E-Mail unter bewerbung@mkk.de.

Supervision als wichtigste Präferenzen sind mit über 60 % Ja-Nennungen deutlich abgesetzt von den restlichen Maßnahmen (Grafik 2) (s.a. Scheidt, 2003). Gemeinsam sind allen diesen vier bevorzugten Techniken die Reflexion und die Selbstbestimmtheit bzw. die geringe bürokratische Belastung und externe Vereinnahmung. Ebenso wird Raum für Eigenverantwortung als sehr wichtig für die Güte des Therapieprozesses und der Therapieergebnisse erlebt. Standardisierte Verfahren und Techniken werden in ihrem Nutzen nur von wenigen als hilfreich eingeschätzt.

Die PsychotherapeutInnen vertrauen in sehr hohem Maße der in den verschiedenen psychotherapeutischen Traditionen verankerten Reflexion der Beziehung zwischen TherapeutIn und PatientIn. Dies zeigt sich auch deutlich in der Bedeutung von Supervision, Intervision, Qualitätszirkel (Grafik 2). Eine Befragung zu qualitätssichernden Maßnahmen der Mitglieder der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland Pfalz führt zu einer ähnlichen Bewertung qualitativer und reflexiver Maßnahmen. (LPK Rheinland-Pfalz, 2005). Auch die „Befragung zu Methoden der Qualitätssicherung in der Psychotherapie der LPK Baden-Württemberg“ (LPK Baden-Württemberg, 2005) zeigt höchste Übereinstimmungen in der besonderen Bewertung selbst-kritischer Reflexionsmaßnahmen und der Bedeutung individueller Weiterbildung als Methode von QS (s.a. Margreiter, 2002). Andere Untersuchungen belegen, dass PsychotherapeutInnen insbesondere Schwierigkeiten in der therapeutischen Arbeit mit selbstreflexiven Maßnahmen angehen, dass Verantwortung und Entscheidungskompetenz eine bedeutende Rolle spielen (s. Buchholz, 2005).

Nach den Ergebnissen unserer Befragung wird Qualität gesteigert durch die subjektive Bewertung durch die KollegInnen und deren Konsequenzen daraus, z.B. durch die Einbringung in eine Intervision usw. (s.a. Härter, Linster & Stieglitz, 2003).

Auf dem Hintergrund dieser Ergebnisse bedarf es dringend eines Dialoges zwischen den Perspektiven „klinisch qualitative Expertise/Eigenverantwortung“ und „Forma-

lisierung/externe Kontrolle“, um die Entwicklung einer prozessorientierten psychotherapeutischen Qualitätssicherung zu klären. Es stellen sich die folgenden Fragen:

- wie das große Interesse an Selbstbestimmung und Eigenverantwortung berücksichtigt werden kann und
- wie der klaren Präferenz für Supervision, Intervision, Qualitätszirkel, Teambesprechung und Fallkonferenz, die eine hohe Akzeptanz genießen und als interaktive Techniken zugleich besonderen Fortbildungswert haben, Rechnung getragen werden kann.

Die Ergebnisse belegen ein großes Interesse der Kammermitglieder an qualitätssichernden Maßnahmen und die Zufriedenheit mit den bisher genutzten Möglichkeiten. Auf dem Hintergrund der vorgestellten Ergebnisse erscheint es existentiell, dass im Rahmen zu etablierender Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagementmaßnahmen diese Einstellung beachtet und integriert wird.

4.3 Die regionale psychotherapeutische Versorgungsstruktur

Die regionale psychotherapeutische Versorgungsstruktur wird allgemein eher als problematisch betrachtet (s.a. Bühring, 2006). Von besonderer Bedeutung wird die Schwierigkeit der PatientInnen, einen Psychotherapieplatz zu finden, angegeben. Hier spielen sowohl die begrenzten Weitervermittlungskapazitäten der einzelnen Praxen als auch das Fehlen geeigneter Vermittlungsstellen und ebenso die mangelnde Verfügbarkeit von Psychotherapieplätzen, insbesondere im KJP Bereich, eine Rolle. Dieser Mangel ist sowohl ambulant als auch stationär auffällig.

Die fehlende Weitervermittlungskapazität wirft die Frage auf, ob hier nicht notwendige Lenkungen angefragt sind, die bei den PsychotherapeutInnen institutionell verankert werden müssen, eine Qualitätsmanagementmaßnahme im Gesundheitswesen, die aus inhaltlichen Gründen nicht den Hausärzten allein verantwortet werden kann.³ Weiterhin besteht offensichtlich ein Stadt-Land-Gefälle im

Angebot von Therapieplätzen, in der Vernetzung der Angebote, im Informationsstand von Fachleuten und Laien zur Psychotherapie. Die Einschätzungen der KollegInnen können als Hinweis auf eine noch nicht ausreichend gelungene Integration der Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und Jugendlichen-PsychotherapeutInnen in das Gesundheitssystem angesehen werden. Eine Diskussion über Versorgungsansprüche sowie Effizienz im System muss mit TherapeutInnen, ihren Körperschaften und Kostenträgern geführt werden. Immerhin gibt es bei den KollegInnen erfreulicherweise die Bereitschaft zum Ausbau der Kooperation mit anderen Versorgern im Umfeld, wie die Angaben zum Ausbau von Kapazitäten zeigen, eine Maßnahme, die über die Organe Kammer und KV gefördert werden sollte.

5. Schlussbemerkung

Der Anspruch der KollegInnen, vermittelt ihrer Fähigkeiten zur angemessenen Beziehungsgestaltung „Passung“, ihrer Bevorzugung für klinische Einschätzungen der Güte von Therapieverlauf und Ergebnis, für interaktive und selbstgewählte Prozessbegleitung, qualitätssichernd zu handeln, mag nicht überraschen. So nannte ein Kammerdelegierter in der Anhörung zur Auswertung dieser Mitgliederbefragung die Ergebnisse eine „Bestätigung von Vorurteilen über PsychotherapeutInnen“. Eine schlechte Nachricht? Wir glauben nicht. Wohl aber eine notwendige Nachricht, um aus einer Qualitätssicherungsdiskussion herauszutreten, die von unausgesprochenem Misstrauen, Kontrollwünschen, Innovationsängsten, Missverständnissen über psychotherapeutisches Handeln und Identität sowie altem Schulenstreit belastet ist.

3 Im „Koblenzer Modell“: Koordinationsstelle für psychotherapeutische Versorgung (Modellprojekt der KV Koblenz unter wissenschaftlicher Begleitung des Zentralinstitutes für die kassenärztliche Versorgung), werden die bessere Koordinierung der vorhandenen Therapieangebote, die Verkürzung der Wartezeit auf einen Therapieplatz und die Verbesserung der Indikationsstellung angestrebt (Scheidt et al., 2000).

Wir meinen, dass die Expertise der „PraktikerInnen“ für den Diskurs zur Qualitätssicherung sehr ernst zu nehmen ist, denn sie kennzeichnet die Bedingungen eines bewährten Systems, dessen Abbildung bekanntermaßen in Forschungslabors nur unzureichend gelingt.

Die Frage, ob eine vergleichende QS im Sinne eines Benchmarking mit diesen Ergebnissen bzw. deren Interpretation zu leisten ist, muss ganz klar mit „nein“ beantwortet werden. An dieser Stelle möchten wir auch deutlich Bedenken zu einem Benchmarking⁴ psychotherapeutischer Praxen äußern, da dies zwangsläufig zu einer Bevorzugung „leicht“ behandelbarer PatientInnen mit voraussichtlich guter Prognose führen würde. PatientInnen mit ungünstiger Prognose hätten noch größere Schwierigkeiten, einen Behandlungsplatz zu finden. Die Ethik in der Behandlung kranker Menschen würde durch Machbarkeitsvorstellungen

und Erfolgsnachweis gebrochen. Auch differenziertere Erfolgskriterien, die Chronifizierung, Schwere der Erkrankung, soziale Eingebundenheit und andere Variablen für die Prognose mitberücksichtigen würden, mildern nicht dieses Problem bei ambulanten Psychotherapiepraxen, da aufgrund der geringen Patientenzahl pro Praxis keine statistisch gesicherten Vergleichsoperatoren für spezifische Indikationen generiert werden können. Benchmarking für kleine Praxen verletzt das ethische Fundament des therapeutischen Handelns zwangsläufig. Unbenommen besteht ein Anspruch der Leistungsträger und der PatientInnen auf eine transparente Qualitätssicherung der einzelnen Behandlungen. Diese kann durch die beständige qualitative Überprüfung des therapeutischen Prozesses erfolgen und ist auch dadurch gewährleistet. Auf diesen bewährten Bereich sollten sich u.E. Energie und Kosten für künftige Weiterentwicklungen zentrieren. Die kontinuierliche Beob-

achtung und Erfassung der erbrachten Qualität der Arbeit sollte durchaus nach außen transparent sein, wie sie durch Balintgruppe, Supervision, Intevision, Fallbesprechung, Qualitätszirkel und insbesondere durch das Gutachterverfahren gewährleistet ist (Rudolf & Schmutterer, 2003; Scheidt, 2003), unbenommen, dass hier auch Verbesserungspotentiale vorliegen. Eine QS im Sinne formaler Kontrolle durch quantitative Verfahren zur Beurteilung der Ergebnisse kann keine wirklichen Anregungen zur Qualitätssicherung liefern (s.a. Vogel, 2004; Margreiter, 2002).

4 In einer Beurteilung zum „Benchmarking im Gesundheitswesen“ stellt der Projektleiter fest, dass „die Messungen gar nicht das Wesentliche sind. Wesentlich ist, dass man einen Aufhänger hat, um über Probleme zu diskutieren“ (Gaebel, 2007) und genau das erfolgt in Supervision, Intevision, Balintgruppe, Fallkonferenz, den bewährten Mitteln des psychotherapeutischen Handelns.



**ÄON Institut für
Tiefenpsychologisch fundierte
Psychotherapie & Supervision (ITFPS)**

**Ihr ÄON QM - Prozess ©
- Qualität in Psychologischen Praxen -
Für alle Therapieverfahren**

Einführungsangebot:

- **2-tägiges Seminar „Der ÄON QM – Prozess in Ihrer Praxis“ (DIZ zertifiziert)**
- **Das komplette QM- Handbuch bekommen Sie im Einführungsangebot kostenfrei als Bonus**
- **Mit dem ÄON- QMP sparen Sie viel Zeit (vergleichen Sie uns mit anderen Verfahren)**
- **und gewinnen so mehr Raum für Ihre Lebensfreude.**

Akkreditierung als Fortbildungsseminar bei den ÄK's & PTK's ist beantragt.

Info & Anmeldung:

Termin: 17.- 18. November 2007
Kosten: € 333,- Einführungspreis in 2007
Seminar: Maximal 15 Teilnehmer
Ort: 58453 Witten, Stockumer Str. 28
Telefon: 0 23 02 / 42 34 00
E-Mail: supervision@aeon-institut.info

www.aeon-institut.info

ür alle Veranstaltungen
ist eine Zertifizierung
beantragt.



Deutsche Gesellschaft für
Verhaltenstherapie e. V.

Die DGVT bietet bundesweit

- Seminarreihen
- Themenseminare
- Kurzfortbildungen
- und Tagungen

zu verschiedenen Themen an.

**25. DGVT Kongress für Klinische Psychologie,
Psychotherapie und Beratung
VERNÄTZTE [E] PSYCHOTHERAPIE
29.02. – 04.03.2008 in Berlin**

**Jahresprogramm und Online-Anmeldung
zu Fort- und Weiterbildung:**

www.dgvt.de

Zum Begriff der „Passung“ in der Psychotherapie

Der Begriff der „Passung“ in der Psychotherapie ist kein terminus technicus, keine Definition, er steht in Diskussion und ist hier noch nicht geklärt.

Der ursprünglich aus der Mechanik kommende Begriff wird als „...Beziehung zwischen gepaarten Teilen (...) Welle und Lager,“ definiert, „...die zum Zwecke einer technischen Funktion zueinandergefügt werden.“ (Wikipedia Foundation Inc., 2007). Übersetzt als psychologisches Bild bedeutet dies, dass zwei Personen – zum Zwecke einer Psychotherapie – zu einem Paar werden und zueinander passen müssen, soll denn das Miteinander/das therapeutische Geschehen gelingen ohne Sand im Getriebe als Artefakt. Das macht auch den Unterschied zur Compliance deutlich, die wesentlich das Befolgen von angeordneten Maßnahmen thematisiert und keine Herstellung einer „gemeinsame Wirklichkeit“ (...) mit all den „Gratwanderungen“ (Fritsche, Campagnolo & Wirsching, 2000) und Klippen bedeutet. „Passung“ spielt auch zunehmend in Ausbildungs- und Personalentscheidungen eine Rolle mit der zentralen Frage, wie man die „richtige“ Person an den „richtigen“ Platz bekommt.

In der Wirksamkeitsforschung der Psychotherapie erscheinen folgende Facetten der „Passung“: „die Übereinstimmung oder Vereinbarkeit zwischen der Person des Patienten und des Therapeuten zu den Vorstellungen über Krankheitsursachen, zum Vorgehen zu ihrer Behebung, zum Therapieverfahren, zu Störungsmodell und Behandlungsmodell, zu den Therapiezielen, zum Behandlungssetting“ (Eckert et al., 2004), die Persönlichkeit des Therapeuten, sein professionelles Selbst, seine Verarbeitungsstile (Buchholz, 2004a), ebenso die Identifikation von TherapeutIn mit dem Verfahren, sowie der Verortung in Intervision, Supervision, Fachkonferenz, Balintgruppe. Nach Wampold (2001, S. 197) lässt sich die Effektstärke der „Therapeutenvariable“ auf 0.60 schätzen.

Die psychotherapeutische Arbeitsbeziehung als wesentlicher Wirkfaktor wird durch internationale Psychotherapieforschung bestätigt (Orlinsky, Rønnestad, & Willutzki, 2004). „Dieser Faktor klärt mehr Varianz auf als die eigentliche therapeutische Technik und das vermeintlich realisierte Behandlungskonzept ...“ (Tschuschke, 2003) „Die Wirksamkeit von Psychotherapie kann bei Passung von Patient, Therapeut und Verfahren besonders hoch sein“ ... „Es sind offenbar nicht die Verfahren per se wirksam, vielmehr sind gut ausgebildete Therapeuten wirksam, dies insbesondere in guter Passung zu den Patienten und den Verfahren.“ (Schweizer Charta für Psychotherapie, 2006). Auch Mehnert, Petrowski und Joraschky (2007) postulieren einen Zusammenhang zwischen der Bindungspassung bei TherapeutIn und PatientIn und dem Therapieerfolg. Dem wird auch in den „Erläuterungen zur Neufassung der Psychotherapie-Richtlinien“ (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 1998) entsprochen: „In der psychotherapeutischen Intervention kommt, unabhängig von der Wahl des Therapieverfahrens, der systematischen Berücksichtigung und der kontinuierlichen Gestaltung der Therapeut-Patienten-Beziehung eine zentrale Bedeutung zu.“ Zur Frage des Scheiterns von Psychotherapien kommen „drei Ursachen in Frage: die psychotherapeutische Technik, die Persönlichkeit des Psychotherapeuten und die Störung in Verbindung mit der Persönlichkeit des Patienten.“ (Sonnenmoser, 2006).

Für den Therapieverlauf entscheidend ist, „dass dem Patienten ein sinnhafter Zusammenhang zwischen seiner Störung, der durchgeführten Behandlung und der Störungstheorie plausibilisiert werden kann ... So muss z.B. auch das Setting „zu dem „passen“, was der Patient selbst denkt, was mit ihm los ist, dazu, was der Therapeut ihm erklärt hat oder verständlich machen konnte. Schließlich müsse der Therapeut selbst von der durchgeführten Behandlung überzeugt sein, weil er sie sonst dem Patienten nicht verbindlich machen kön-

ne und dessen Hoffnungspotential eher zerstöre als aufrechtzuerhalten oder aufzubauen helfe“ (Buchholz, 2004 a).

So stellt sich ein Therapieerfolg „mit hoher Wahrscheinlichkeit dann ein, wenn die folgenden vier Passungen vorliegen“ (Eckert et al., 2004):

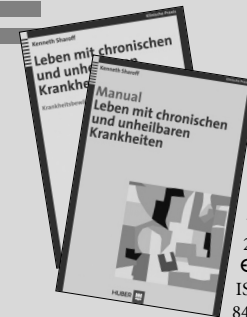
- Die Passung Therapeut-Patient (personale und therapiebezogene Merkmale)
- Die Passung Therapeut-Erkrankung des Patienten (z.B. Art und Erscheinungsbild)
- Die Passung Patient (Ansprechbarkeit) – Behandlungsmodell des Therapeuten
- Die Passung Behandlungsmodell – Erkrankung des Patienten

Die „Passung“ bezieht sich nicht nur auf die Zwei-Personen-Beziehung zwischen PatientIn und TherapeutIn, auch im stationären Bereich zeigen sich Übereinstimmungen hinsichtlich der Therapieziele und ebenso günstig für den Therapieerfolg wie eine Konkordanz der für die Patienten subjektiv wichtigen Wirkfaktoren. (Strauß & Burgmeier-Lohse, 1995). Die Behandlungsmethode und Vorgehensweise muss zum Team und seinen Fähigkeiten passen. „Das ist ein interaktiver Aspekt, der meist verloren geht! Die Forschung scheint von der Idee beflügelt, man könne eine personenunabhängige „Technik“ entwickeln, störungsspezifisch und von jedermann zu erlernen – hier aber wird lapidar festgehalten, dass das kaum gehen dürfte: die Techniken, die Theorie, das Können – dies alles muss zum Team passen! Wohlstrukturiertes Vorgehen, sorgfältige Beachtung der Compliance, die klare Fokussierung, die theoretische Kohärenz als stabiles Bild des Selbst des Patienten in der Vorstellung des Therapeuten, Langfristigkeit, eine starke Bindung und gute Zusammenarbeit mit anderen Institutionen – das alles sind die Ingredienzien, aus denen gute Borderlinebehandlung besteht“ (Buchholz, 2004 b)

Literaturverzeichnis

- Bühning, P. (2006). Ambulante Versorgung psychisch Kranker: Grundversorgung gefährdet. *Deutsches Ärzteblatt PP*, 5 (1), 13-14.
- Brähler, E. & Decker, O. (2002). Vermessene Psychotherapie – Überlegungen zu den ökonomischen und zivilisatorischen Aspekten der Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 34 (4), 875-887.
- Buchholz, M.B. (2004). Methode und/oder Persönlichkeit. *Psycho-News-Letter 18*. <http://www.dgpt.de/dokumente/pnl-18.pdf>.
- Buchholz, M.B. (2004 b). Psychotherapie – über, unter oder neben der Psychoanalyse? *Psycho-News-Letter 19*. <http://www.dgpt.de/dokumente/pnl-19.pdf>.
- Buchholz, M.B. (2005). Der Sinn der Person. *Psycho-News-Letter 35*. [http://www.dgpt.de/dokumente/PNL-35 % 20Der% 20Sinn% 20der% 20Per son.pdf](http://www.dgpt.de/dokumente/PNL-35%20Der%20Sinn%20der%20Person.pdf).
- Buchholz, M.B. (2002). Kriterien für Wirksamkeitsnachweise, Kritik und Stellungnahme zu den Kriterien des Wissenschaftlichen Beirates. Homepage der DGPT; www.dgpt.de („Wissenschaft“); Johannes-Bollwerk 20, 20459 Hamburg; Tel.:040 319 26 19.
- Eckert, J., Frohburg, I. & Kriz, J. (2004). Therapiewechsler. Differentielle Therapieindikation durch Patienten. *Psychotherapeut*, 49, 415-426.
- Fritsche, K., Campagnolo, I. & Wirsching, M. (2000). Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Psychosomatischen Grundversorgung. In T. Herzog, B. Stein, M. Wirsching, (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in Psychotherapie und Psychosomatik* (S. 81 – 89). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Zylka-Menhorn, V. & Gerst, T. (2007). Qualitätssicherung – Der Weg ist das Ziel. *Deutsches Ärzteblatt PP*, 6 (4), 157.
- Härter, M., Linster, H.W. & Stieglitz, R.D. (2003). Grundlagen und Konzepte von Qualitätsmanagement in der Psychotherapie, 17-47, In M. Härter, H.W. Linster & R.D. Stieglitz (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in der Psychotherapie* (S. 9 – 46). Göttingen: Hogrefe.
- Heim, T. (2002). Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Jede Methode braucht andere Konzepte. *Deutsches Ärzteblatt PP*, 1 (6), 255-256.
- Herzog, T. & Stein, B. (2000). Qualitätsmanagement – Konzepte und Methoden. In T. Herzog, B. Stein, M. Wirsching (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in Psychotherapie und Psychosomatik* (S. 1 – 32). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Jakob, G. & Bengel, J. (2003). Die Perspektive der Patienten. In M. Härter, H.W. Linster & R.D. Stieglitz (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in der Psychotherapie* (S. 121). Göttingen: Hogrefe.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (1998). Erläuterungen zur Neufassung der Psychotherapierichtlinien. *Deutsches Ärzteblatt 95, Heft 51-52*, A-3308.
- Kriz, J. (2005). Von den Grenzen zu den Passungen. *Psychotherapeutenjournal*, 4 (1), 12-20.
- Landeskammer für Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen Hessen (2005). Stellungnahme der LPPKJP-Hessen für den gemeinsamen Bundesausschuss zum Fragenkatalog für Stellungnahmen zur Gesprächspsychotherapie.
- Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (2005). Erste Ergebnisse der Befragung zu Methoden der Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 4 (2), 147.
- Landespsychotherapeutenkammer Rheinland Pfalz (2005). Ausschuss für Fortbildung und Qualitätssicherung. Qualitätsmanagement in der psychotherapeutischen Praxis – Grenzen und Möglichkeiten – Ergebnisse einer Erhebung zu qualitätssichernden Maßnahmen. Fortbildungsveranstaltung am 07.12. 2005. Porsch, Udo; Kraft, Peter; Göttinger, Elisabeth; Murken, Sebastian; Scharfenstein, Annelie.
- Sonnenmoser, M. (2006). Misserfolge in der Psychotherapie. „Sinnvoll wäre ein eigener Beipackettel“. *Deutsches Ärzteblatt PP*, 5 (3), 132-133.
- Margreiter, U. (2002). Qualitätssicherung in der Psychotherapie (Pilotstudie). *Psychotherapie Forum*, 9 (4), 172-176.
- Mehnert, F., Petrowski, K & Joraschky, P. (2007). Therapeut-Patient-Bindungsstruktur-Passung im Kontext von Psychotherapie und Therapieerfolg. Psy-

Neuheiten für Sie



Aus dem Englischen übersetzt von Karin Dilling. 2007. 226 S., Kt € 24.95 / CHF 42.00 ISBN 978-3-456-84411-4

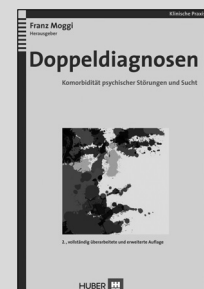
Kenneth Sharoff Leben mit chronischen und unheilbaren Krankheiten Krankheitsbewältigung durch kognitive Fertigkeiten

Im vorliegenden Buch wird gezeigt, wie eine Bewältigung chronischer und unheilbaren Krankheiten durch kognitive Fertigkeiten möglich ist.

Manual Leben mit chronischen und unheilbaren Krankheiten

2007. Format A4, 96 S., Kt € 24.95 / CHF 42.00 ISBN 978-3-456-84410-7

Die Arbeitsmaterialien zum Handbuch.



2., vollst. überarb. u. erw. Aufl. 2007. 295 S., 8 Abb., 6 Tab. Kt € 34.95 / CHF 59.00 ISBN 978-3-456-84365-0

Franz Moggi (Hrsg.) Doppeldiagnosen Komorbidität psychischer Störungen und Sucht

Patienten mit Doppeldiagnosen sind für Wissenschaft und Praxis nach wie vor eine Herausforderung. Der Band ist für alle, die sich zu diesem Thema einen Überblick verschaffen wollen, eine hilfreiche Quelle.

Erhältlich im Buchhandel oder über www.verlag-hanshuber.com

HUBER



chotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 57 (2).

Neef, R. & Reuther-Dommer, W. (2004). In der Zange: Qualitätssicherung zwischen Kostenkontrolle und Therapieentwicklung. *Psychotherapeutenjournal*, 3 (4), 336-337.

Orlinsky, D.E., Rønnestad, H.M. & Willutzki, U. (2004). Fifty Years of Psychotherapy Process Outcomes Research: Continuity and Change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5th Ed (pp. 307-389). New York: Wiley.

Rønnestad, H.M., Orlinsky, D.E. (2006). Therapeutische Arbeit und berufliche Entwicklung. Implikationen einer internationalen Langzeitstudie. *Psychotherapeut*, 51 (4), 271-275.

Rudolf, G. & Schmutterer, J. (2003). Gutachterverfahren vor Psychotherapieen: Qualitätssichernde Therapiebegleitung. *Deutsches Ärzteblatt PP*, 2 (1), 13-15.

Schweizer Charta für Psychotherapie (2006). Stellungnahme der Schweizer

Charta für Psychotherapie zum Änderungsvorschlag der Verordnungsbestimmungen zur Vergütung der Psychotherapie vom 13. 04. 2006. Präsidium. Peter Schulthess, Bergstraße 92, 8712 Stäfa, CH. [http://www.psychotherapiecharta.ch/pdf/Charta Stellungnahme](http://www.psychotherapiecharta.ch/pdf/Charta_Stellungnahme).

Scheidt, C.E., Seidenglanz K. und Wirsching, M. (2000). Qualitätssicherung in der ambulanten Fachpsychotherapie. In T. Herzog, B. Stein, M. Wirsching (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in Psychotherapie und Psychosomatik* (S. 71-79). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Scheidt, C.E. (2003). Qualitätsmanagement in der ambulanten tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie. In M. Härter, H.W. Linster & R.D. Stieglitz (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in der Psychotherapie* (S. sdfg). Göttingen: Hogrefe.

Strauß, B. & Burgmeier-Lohse, M. (1995). Merkmale der „Passung“ zwischen Therapeut und Patient als Determinante

des Behandlungsergebnisses in der stationären Gruppenpsychotherapie. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 41 (2), 127-140.

Tschuschke, V. (2003). Fachliche Stellungnahme zum „Modellvorhaben der Techniker-Krankenkasse – Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“, Projektbeschreibung Stand 10. April 2003.

Vogel, H. (2004). Qualitätssicherung: ein Arbeitsprogramm im Spannungsfeld zwischen Förderung und Disziplinierung. *Psychotherapeutenjournal*, 3 (2), 121-127.

Wikipedia Foundation Inc. (2007). <http://de.wikipedia.org/wiki/Passung>. 18.06.2007.

Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2002). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Psychotherapeutenjournal*, 1 (0), 6-15.

Walta Reuther-Dommer

Wessenbergstr. 12
78462 Konstanz
Reuther-Dommer@web.de



Norbert Sattler

Praxenhaus
Rathenaustr. 3
63456 Hanau
praxenhaus@t-online.de



Reinhold Neef

Arnsteiner Str. 5
60389 Frankfurt
r.neef@gmx.de



Rechtsfragen für Angestellte

Fortbildungsverpflichtung – auch ein Thema für angestellte Psychotherapeuten?

Birgit Heinrich

Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz

Zusammenfassung: PsychotherapeutInnen bilden sich seit jeher in erheblichem Umfang fort. Mit der Berufsordnung der Kammern und der Neuaufnahme der Nachweispflicht der Kliniken und weiteren Einrichtungen über Qualitätssicherungsmaßnahmen wird die Verpflichtung zur Fortbildung sowohl berufs- als auch sozialrechtlich festgeschrieben.

Psychotherapeuten sind vom ureigensten Verständnis ihrer Profession her immer schon darauf bedacht gewesen, sich kontinuierlich fortzubilden, sei es durch den Besuch von Einzelveranstaltungen zu Fachthemen, sei es durch Supervisionen oder auch – gerade im stationären Bereich und in den Beratungsstellen – durch Intervisionen. Deshalb haben viele es nicht verstanden, dass die Kammern den Nachweis über den Besuch von Fortbildungsveranstaltungen einfordern, so als ob man die bisher freiwilligen Vorleistungen aller in Frage stellte und anzweifelte, dass die Mitglieder ihre Professionalität wirklich ernst nehmen.

Schaut man sich genauer an, was die Psychotherapeutenkammern landauf, landab dazu bewegt, in diesem Feld aktiv zu werden, so findet man zweierlei Rechtsgrundlagen:

1. die Regelungen in den Heilberufsgesetzen der Länder und
2. die sozialrechtlichen Bestimmungen im Sozialgesetzbuch V.

Die Heilberufsgesetze der Bundesländer enthalten alle die Verpflichtung für die Angehörigen der Heilberufe, sich fortzubilden. Dies reicht von der offenen Formulierung in § 29 Abs. 1 Heilberufekammergesetz Baden-Württemberg:

„Kammermitglieder, die ihren Beruf ausüben, haben die Pflicht, sich beruflich fortzubilden und sich dabei auch über die für ihre Berufsausübung geltenden Bestimmungen zu unterrichten.“ über § 13 Abs. 1 des niedersächsischen Kammergesetzes für die Heilberufe: *„Sie (die Kammermitglieder) sind insbesondere verpflichtet, sich beruflich fortzubilden ...“*. So auch § 27 Abs. 2 Nr. 4 Hamburgisches Kammergesetz für die Heilberufe, § 21 Nr. 1 Heilberufsgesetz Rheinland-Pfalz (fortwährende Fortbildungsverpflichtung), § 23 1. des hessischen Heilberufsgesetzes, § 30 Heilberufegesetz Schleswig-Holstein, Art. 18 Abs. 1 bayerisches Heilberufe-Kammergesetz und § 16 Abs. 2 Nr. 1 des Saarländischen Heilberufekammergesetzes enthalten die Einschränkung auf die Kammerangehörigen, die ihren Beruf ausüben.

Parallel dazu besteht in allen Bundesländern die Verpflichtung der Kammern, die berufliche Fortbildung zu regeln bis hin zur Zertifizierung/Akkreditierung. Besonders dezidiert beschreibt das hessische Heilberufsgesetz in § 5 Abs. 1 Nr. 2 diese Aufgabe: *„Aufgaben der Kammern sind insbesondere ..., die berufliche Fortbildung der Kammerangehörigen zu fördern, besonders durch Durchführung und Zertifizierung von Fortbildungsmaßnahmen für Kammerangehörige, wobei die Kam-*

mern zu diesem Zwecke Verzeichnisse über die Teilnahme von Berufsangehörigen an zertifizierten Veranstaltungen führen können.“ Ähnlich formuliert das Heilberufsgesetz Nordrhein-Westfalen (§ 6 Abs. 1 Nr. 4). Auch in Bremen gilt eine analoge Regelung (§ 30 Abs. 2 Heilberufsgesetz).

In fast allen Heilberufsgesetzen ist gleichzeitig die Verpflichtung der Kammerangehörigen zur Teilnahme an Maßnahmen der Kammern, die der Qualitätssicherung der beruflichen Leistung dienen, verankert. § 6 Abs. 1 Nr. 3 des Hamburgischen Kammergesetzes für die Heilberufe nennt deshalb auch Qualitätssicherung und Fortbildung in einem Atemzug. In Rheinland-Pfalz ist im Heilberufsgesetz (§ 3) auch ausdrücklich festgehalten, dass die Kammeraufgaben (u.a. Regelung der Fortbildung und Unterstützung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen durch geeignete Maßnahmen) das Interesse des Gemeinwohls im Rahmen des öffentlichen Gesundheitswesens ausreichend zu beachten haben. Aus dieser Formulierung geht am klarsten hervor, weshalb die Heilberufsgesetze aller Bundesländer keinen Unterschied zwischen angestellten und in freier Praxis tätigen Kammermitgliedern machen, wenn es um die Fortbildung geht, sondern lediglich auf die Berufsausübung reflektieren. Psychotherapeuten üben ihren Beruf im Kontext des öffentlichen Gesundheitswesens aus, deshalb legt der Gesetzgeber ihnen die Verpflichtung auf, sich angemessen fortzubilden und dies auch nachzuweisen. Patientenschutz und Qualitätssicherung sind hier die Triebfedern der Regelung. Die Kammern übernehmen insofern die Garantenstellung

gegenüber dem Staat und den Bürgerinnen und Bürgern für ihre Mitglieder. Aus diesem Grund hat sich z.B. das die Rechtsaufsicht über die LPK RLP führende Ministerium auf den Standpunkt gestellt, dass es eine Ausnahme für bestimmte Tätigkeitsfelder nicht geben kann und eine Fortbildungsordnung, die angestellte Psychotherapeuten von der Nachweispflicht ausnimmt, nicht genehmigungsfähig ist.

Viele unserer in Kliniken und Beratungsstellen tätigen Mitglieder haben darauf hingewiesen, dass die Arbeitgeber doch ohnehin die Fortbildung der Angestellten regeln und dass es keiner weiteren Kontrolle bedarf. Die Erfahrung lehrt uns aber, dass genau dies nicht (immer) der Fall ist. Uns sind durchaus Fälle bekannt geworden, in denen Arbeitgeber die Fortbildung ihrer Angestellten, z.B. durch regelmäßige Supervision am Arbeitsplatz, unterbunden haben mit dem Hinweis, von einem approbierten Psychotherapeuten müsse man erwarten, dass er auch ohne auskomme, oder mehrtägige Fortbildungen nicht genehmigt wurden unter Hinweis auf die dann ausfallende Arbeitszeit. In Zeiten des knappen Geldes sieht mancher Arbeitgeber die Fehlzeiten durch Freistellung zur Fortbildung oder auch Übernahme der Kosten hierfür sehr kritisch. Die Fortbildungsverpflichtung durch die Kammer wandelt sich in diesen Fällen zum Fortbildungsrecht! Es sei in diesem Kontext auch darauf verwiesen, dass die Arbeitsgerichte vor Inkraft-Treten des Psychotherapeutengesetzes und der Verankerung der beiden neuen Heilberufe in den Heilberufsgesetzen der Länder die Fortbildungsrechte unserer Mitglieder anders beurteilt haben als z.B. die der Ärzte und die Gewährung von tariflicher Arbeitsbefreiung wegen beruflicher Fortbildung abgelehnt haben.

Für niedergelassene Psychotherapeuten, die über eine Kassenzulassung verfügen, besteht sozialrechtlich seit dem 01. Juli 2004 die Verpflichtung zum Nachweis der geleisteten Fortbildungen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen, die per Vertrag die Prüfung auf die Kammern übertragen haben. Aber was hat das mit den angestellten Psychotherapeuten zu tun?

Der Gesetzgeber hatte bereits seit einigen Jahren in §§ 135a, 137 SGB V die Qualitätssicherung in zugelassenen Einrichtungen festgeschrieben. Offenbar reicht dies aber nach seiner Ansicht noch nicht aus, so dass in einer Ergänzung des § 137 in Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 und Satz 7 SGB V durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz jetzt ab 1. April 2007 geregelt wird, dass das Verfahren zum Nachweis der im Abstand von fünf Jahren zu erfüllenden Fortbildungspflichten der Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festzulegen ist. Diese Formulierung sichert einerseits die Gleichstellung unserer Mitglieder mit den Fachärzten, was ursprünglich durch den Bundestag nicht geplant war, und hebt den Versuch aus, auf diesem Weg den Psychotherapeuten eine geringere Verantwortung in der Patientenbehandlung zuzuweisen, schreibt aber damit natürlich auch die Nachweispflicht für alle fest. Bei der Ausgestaltung der Regelung ist die Bundespsychotherapeutenkammer zu beteiligen.

Die Begründung zu dieser Regelung in der Bundesratsdrucksache 755/06 ist unseres Erachtens eine deutliche Bestätigung der bisherigen Kammerposition. *„Die Änderung stellt sicher, dass ... ausschließlich Vorgaben zum Nachweisverfahren und nicht Festlegungen zu Inhalten erfolgen. Inhalte der Fortbildung sind Gegenstand der Regelungskompetenz des ... Berufsrechts Mit dem Fortbildungszertifikat der Ärztekammern steht ein geeignetes Instrument zum Fortbildungsnachweis zur Verfügung, mit dem der Umfang der Fortbildung geregelt ist. ... Analog der Fortbildungspflichten von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ist es für die Leistungserbringung in der stationären Versorgung erforderlich, dass sich die Fortbildungsverpflichtung neben den Fachärzten auch auf die in der stationären Versorgung tätigen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erstreckt. Es kann nicht im Sinne des Gesetzgebers*

sein, die sozialrechtlichen Vorgaben zur Fortbildungspflicht der an der stationären Versorgung beteiligten Heilberufe unterschiedlich auszugestalten.“ Hier wurde deutlich gemacht, dass die Kammern bisher sehr vernünftige, zweckdienliche Regelungen getroffen haben, um das geforderte Ziel zu erreichen und deshalb auf deren Kompetenzen zurückgegriffen werden kann.

§ 137 SGB V regelt den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung, was aber ist mit den Reha-Kliniken und Suchtberatungsstellen? Die Kliniken sind in der Regel mit Versorgungsaufträgen gemäß § 111 i.V.m. § 40 SGB V für die Rehabilitation von GKV-Patienten vertraglich in das System eingebunden, und die Suchtberatungsstellen haben gleichfalls nach diesen Vorschriften einen direkten Versorgungsauftrag per Vertrag erhalten. § 137d SGB V regelt für diese Einrichtungen die Fortbildungsverpflichtung analog. Allerdings differenzieren nach meinen Informationen noch einige Spitzenverbände der Krankenkassen auf Landesebene zwischen den Rehabilitationskliniken und den Suchtbe-

Birgit Heinrich

Landespsychotherapeutenkammer
Rheinland-Pfalz
Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30
55130 Mainz
birgit.heinrich@lpk-rlp.de



ratungsstellen. Während es für alle unbestritten ist, dass die Reha-Kliniken von § 137d erfasst sind, wird dies für die Suchtberatungsstellen nicht immer so gesehen.

Die Einrichtungen der gesetzlichen Unfallversicherung, soweit sie der medizinischen Rehabilitation dienen, sind in die sozialrechtliche Fortbildungsverpflichtung über

den Verweis in § 33 SGB VII gleichermaßen einbezogen.

Entsprechende Regelungen gibt es nicht im SGB VIII, d.h. die Psychotherapeuten in den Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen unterliegen solchen sozialrechtlichen Verpflichtungen nicht. Die berufsrechtliche Fortbildungspflicht besteht aber auch für sie. Hinsichtlich der Nach-

weispflicht unterscheiden sich allerdings die landesrechtlichen Regelungen.

Fazit: Die Fortbildungsverpflichtung besteht seit der Approbation und Aufnahme der Berufe in die Heilberufsgesetze für alle ihren Beruf ausübenden Psychotherapeuten ohne Einschränkung. Die sozialrechtlichen Regelungen haben ergänzenden, aber nicht ersetzenden Charakter.

Strafrechtliche Verantwortlichkeit von angestellten PP/KJP

Julia Rendschmidt

Zusammenfassung: „Mein Chef hat aber gesagt ...“ ist keine Rechtfertigung im juristischen Sinne. Behandlungsfehler, die Gesundheitsschäden auslösen, können neben der zivilrechtlichen und berufsrechtlichen Verantwortlichkeit eine strafrechtliche Verfolgung wegen – zumeist – fahrlässiger Handlung auslösen.

Glücklicherweise sind die Situationen, in denen eine angestellte Psychologische Psychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein angestellter Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (im weiteren: PP/KJP) sich einer strafrechtlichen Verantwortlichkeit stellen müssen, relativ selten.

Denkbar sind im Bereich der Fahrlässigkeitsdelikte insbesondere die fahrlässige Körperverletzung (§ 229 StGB) sowie die fahrlässige Tötung (§ 222 StGB). Ferner können sich auch Konstellationen ergeben, die im Bereich des Abrechnungsbetruges (§ 263 StGB), ggf. in Mittäterschaft oder in Form der Beihilfe, liegen.

Eine eigene strafrechtliche Haftung der/des PP/KJP kann z.B. dann entstehen, wenn sie/er von Vorgesetzten eine falsche fachliche Anweisung erhält, wie eine bestimmte Patientin/ein bestimmter Patient zu behandeln sei und die zu einer Verschlimmerung des Krankheitsbildes mit den entsprechenden somatischen Ausprägungsformen und damit zu einer Körperverletzung führt. Erkennt sie/er die Falschbehandlung fahrlässig nicht oder vertraut sie/er unter Vernachlässigung der eigenen, fachlich richtigen Einschätzung darauf, dass schon alles gut gehen werde, so setzt er sich einer eigenen strafrechtlichen Verantwortlichkeit aus.

Fahrlässig im Sinne des Strafrechts handelt derjenige, der die Sorgfalt außer Acht

lässt, zu der er nach den Umständen und nach seinen persönlichen Verhältnissen verpflichtet und im Stande ist und damit den Taterfolg herbeiführt, ohne dass sie/er dies voraussehen konnte, oder im Vertrauen darauf, dass „schon nichts passieren werde“. Psychotherapeutische Therapiefehler, die auf derartigem Handeln beruhen, können daher eine fahrlässige Körperverletzung begründen. Dies mag zunächst weit her geholt klingen. Es ist aber anerkannt, dass auch psychische Beeinträchtigungen, soweit sie einen körperlichen pathologischen, somatisch objektivierbaren Krankheitszustand erzeugen, tatbestandlich eine Körperverletzung darstellen können (BGH NSTz 1997, 123; NSTz-RR 00, 106), z.B. wenn durch eine fehlerhafte Therapie Angstzustände herbeigeführt werden, die sich durch körperliche Symptome nach außen manifestieren (z.B. durch Magenschmerzen). Abzugrenzen sind hierbei geringfügige und sozialadäquate Beeinträchtigungen wie bloße Traurigkeit, Ärger oder Schrecken, die nicht die

Die Software zur einfachen und schnellen Erstellung psychotherapeutischer Gutachten

- umfangreiche Mustertextsammlung (min. 100 pro Modul !)
- schnelle Auswahl nach Diagnosen, Schlagwörtern, etc.
- integrierte Patientenverwaltung
- Übernahme von erstellten Gutachten in den Fundus
- Modul Erst- & Umwandlungsanträge Tiefenpsychologie f. Erwachsene erhältlich!
- Modul Erst- & Umwandlungsanträge Tiefenpsychologie f. Kinder u. Jugendliche erhältlich!
- Modul Fortführungsanträge Tiefenpsychologie f. Erwachsene in Kürze erhältlich!

PSY.DV Software für Psychotherapeuten
Adler & Röhn GbR · Isenbergstr. 66 · 45130 Essen

AntragPro

Information & Bestellung
im Internet unter
www.antrag-pro.de
oder per Telefon
0180 5 00 77 94 6 *

* 0,14 € / Min aus dem deutschen Festnetz,
abweichende Preise aus Mobilfunknetzen

Qualität einer körperlichen Schädigung erreichen (Gründel, Psychotherapeutisches Haftungsrecht, 2000, S. 163). Selbst Angst und Panikgefühle reichen für sich nicht aus (BGH 48, 34, 36 f.). Vorschäden an der Gesundheit des Opfers führen selbstverständlich zu keiner strafrechtlichen Entlastung des Täters (Tröndle/Fischer, StGB, § 223 Rn. 6), so dass sich die/der PP/KJP nicht darauf berufen kann, dass der Patient bereits in „angeschlagenem“ Zustand zu ihm gekommen ist.

In dieser Situation wird häufig verkannt, dass auch im Rahmen eines Arbeits- oder Dienstverhältnisses die Anweisung eines Fach- oder Dienstvorgesetzten, eine bestimmte Handlung vorzunehmen, die einen Straftatbestand erfüllt, gleichwohl zu einer eigenen strafrechtlichen Verantwortlichkeit des PP/KJP führt. Diese trifft nämlich regelmäßig den unmittelbar handelnden Täter selbst (§ 25 Abs. 1 1. Alt. StGB: „Als Täter wird bestraft, wer die Straftat selbst [...] begeht“). Zwar mag die Beteiligung des Vorgesetzten eine Anstiftung (§ 26 StGB) oder Beihilfe (§ 27 StGB) oder eine Mittäterschaft (§ 25 Abs. 2 StGB) darstellen. Dies führt aber nicht zu einer Strafflosigkeit desjenigen, der diese Anweisung ausführt. Das Argument, ein Vorgesetzter habe einem die Anweisung zu einer bestimmten Handlung gegeben, stellt weder einen Rechtfertigungsgrund noch einen Schuldausschlussgrund dar, sondern kann allenfalls bei der Strafzumessung eine Rolle spielen.

Der PP/KJP ist somit im strafrechtlichen Sinne stets selbst dafür verantwortlich, seinen Patienten keinen Schaden zuzufügen.

In Betracht kommt auch eine Körperverletzung durch Unterlassen, wenn die/der PP/KJP eine Patientin/einen Patienten in seiner Obhut hat, deren/dessen Behandlung er nicht durchführt oder verweigert. Voraussetzung einer Strafbarkeit wegen Unterlassens ist die sog. Garantenstellung des Täters (§ 13 StGB). Eine Garantenstellung hat derjenige, der rechtlich dafür einstehen muss, dass ein bestimmter Tatereignis (also die Körperverletzung, der Tod) nicht eintritt. Diese Garantenstellung kann

sich aus gesetzlichen, familiären oder vertraglichen Pflichten ergeben, z.B. aus dem Behandlungsvertrag, der Schutz- und Beistandspflichten mit sich bringt. Eine Garantenpflicht kann sich allerdings bereits durch die organisatorische Einbindung in Strukturen (z.B. im Rahmen eines Bereitschaftsdienstes) ergeben.

Für verbeamtete PP/KJP kommt grundsätzlich auch eine Strafbarkeit gemäß § 340 StGB (Körperverletzung im Amt) in Betracht.

Grundsätzlich sind auch Tötungsdelikte im Zusammenhang mit fehlerhafter psychotherapeutischer Behandlung denkbar, und zwar vor allem dann, wenn ein Behandlungsfehler zu einer Selbsttötung der Patientin/des Patienten führt bzw. die Selbsttötung durch eine ordnungsgemäße Behandlung hätte verhindert werden können.

Die Pflichten des Arztes bzw. Psychotherapeuten im Zusammenhang mit suizidalen Patienten sind seit jeher Gegenstand unzähliger Entscheidungen und Meinungsstreitigkeiten in Rechtsprechung und Literatur. Der Suizid selbst und dessen Versuch sind in Deutschland straflos. Eine Anstiftung oder Beihilfe hierzu kann es – rechtsdogmatisch gesehen – bei einem auf dem freien Willen des Patienten beruhenden Suizid nicht geben, da dies eine strafbare Haupttat voraussetzt. In Betracht kommt jedoch eine Tötung in mittelbarer Täterschaft durch Unterlassen, wenn derjenige, der sich selbst töten will, nicht frei verantwortlich handelt und der Therapeut nicht eingreift. Trifft den Täter eine Garantenpflicht, was innerhalb eines Therapieverhältnisses regelmäßig der Fall sein wird, so ist er verpflichtet, alle ihm möglichen Rettungshandlungen vorzunehmen, die erforderlich sind, um den Suizid zu verhindern. Bei einem ernsthaft angekündigten, konkreten Willen zum Suizid wird ein PP/KJP daher in aller Regel eingreifen müssen. Die Abwägung, wann eine bis dahin allgemein geäußerte Selbstmordabsicht eine konkrete Gestalt erhält und Handlungsbedarf auslöst, ist anhand des konkreten Therapieverhältnisses zu treffen. Aufgrund der Vielzahl der denkbaren Fall-

gestaltungen verbietet sich an dieser Stelle leider eine allgemeingültige Aussage, in welchen Fällen und zu welchem Zeitpunkt zu handeln ist.

Auch ohne Garantenstellung kommt eine Strafbarkeit wegen unterlassener Hilfeleistung gemäß § 323c StGB in Betracht, z.B. wenn ein Suizident bereits bewusstlos ist. In diesem Fall weiß man regelmäßig nicht, ob der Entschluss zur Selbsttötung autonom und ohne Mängel bei der Willensbildung gefasst wurde, so dass im Zweifel immer eine Hilfeleistung erforderlich sein wird.

Ein weiteres Delikt, mit dem der PP/KJP im Anstellungsverhältnis konfrontiert sein kann, ist der Abrechnungsbetrug (§ 263 StGB). Gibt ihm sein Vorgesetzter eine Anweisung zu einer abrechnungsrelevanten Handlung, die zu einer fehlerhaften Abrechnung und somit zu einem Schaden führt, sei es bei der gesetzlichen oder privaten Krankenkasse oder bei dem selbstzahlenden Patienten, so ist ggf. auch eine Betrugsstrafbarkeit des PP/KJP selbst gegeben. Für einen Betrug ist es nicht erforderlich, dass das eigene Vermögen gemehrt wird. Strafbar ist vielmehr auch, wenn man einem Dritten, z.B. der Klinik oder der Beratungsstelle, einen Vermögensvorteil verschafft. Dies wird dann der Fall sein, wenn ein PP/KJP beispielsweise Behandlungen dokumentiert, die nicht oder nicht vollständig erfolgt sind und die folglich nicht oder nicht in dem angegebenen Umfang abgerechnet werden dürften.

Weitere rechtliche Themen wie z.B. Psychotherapie im Maßregelvollzug, die Schweigepflicht im KJP-Bereich, Details zu Suizid und Selbstverletzungen, Schweigepflicht und Weisungsrecht für PiAs im Psychiatriejahr können im Rahmen dieses Artikels nicht behandelt werden. Hierzu folgen jedoch weitere Beiträge.

RA Julia Rendschmidt

Zoppoter Str. 3
14199 Berlin
julia.rendschmidt@web.de

Die Schweigepflicht des PP/KJP im Angestelltenverhältnis

Julia Rendschmidt

Zusammenfassung: Es ist bei vielen angestellten PP/KJP unbekannt, dass die Schweigepflicht in der Regel auch im Verhältnis zu anderen Mitarbeitern oder Organen der eigenen Klinik/Praxis gilt, wenn nicht eine ausdrückliche oder konkludente Schweigepflichtsentbindung vorliegt.

Problematisch wird die Einhaltung der Schweigepflicht immer dann, wenn sie mit Rechten Dritter oder anderen Pflichten kollidiert. Im Angestelltenverhältnis sind insbesondere arbeitgeberseitige Weisungsrechte sowie die Aufsichts- und Fürsorgepflichten des Arbeitgebers betroffen. So ist fraglich, wie sich ein Psychotherapeut als Arbeitnehmer zu verhalten hat, der ungeachtet seiner unselbstständigen Tätigkeit selbstverständlich auch der Schweigepflicht gemäß § 203 StGB bzw. gemäß der entsprechenden Norm in der Berufsordnung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten des jeweiligen Landes unterliegt, und dessen Arbeitgeber Auskunft über Patienten und Behandlungsdetails verlangt.

Zunächst ist das Interesse des Arbeitgebers nachvollziehbar, über die Behandlungen in seinem Haus und deren Einzelheiten Kenntnis zu erlangen, zumal er nicht nur Weisungsrechte gegenüber den einzelnen Arbeitnehmern hat, sondern auch Schutzpflichten, z.B. wenn ein Patient zur Gewalttätigkeit neigt und ggf. andere Angestellte oder Patientengefährdet sein könnten.

Im Bereich der Ärzteschaft gingen die Empfehlungen des 85. Deutschen Ärztetages bereits in den 80er Jahren dahin, dass auch im Dienstbetrieb der angestellten und beamteten Ärzte ihrem Arbeitgeber bzw. Dienstherrn gegenüber die ärztliche Schweigepflicht zu wahren ist. Dies dürfte auf den Berufsstand der Psychologischen Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten übertragbar sein.

Einige Arbeitgeber regeln von sich aus durch Satzungen oder Dienstanweisungen, dass der PP/KJP als Arbeitnehmer das Recht hat, auch gegenüber seinem Arbeitgeber Verschwiegenheit zu bewahren (so z.B. in den „Fachlichen Standards von Erziehungs-, Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen der ev. Kirche im Rheinland“ in Nr. 8.2: Hier ist die Verschwiegenheit ausdrücklich geregelt gegenüber Kollegen, den Dienstvorgesetzten und dem Träger). In diesen Fällen können sich die angestellten PP/KJP direkt auf diese Rechtsquellen berufen. Häufig existieren jedoch derartige Vereinbarungen nicht. In diesen Fällen ist zwischen der Schweigepflicht und dem arbeitgeberseitigen Weisungsrecht eine Konkordanz herzustellen.

Zunächst muss davon ausgegangen werden, dass die Schweigepflicht keine Ausnahme durch eine innerdienstliche Weisungsgebundenheit erfährt, denn § 203 StGB schützt die Intimsphäre, die der Patient gegenüber seinem Therapeuten offen legt, und zwar unabhängig davon, in welchem Rechtsverhältnis dieser Therapeut zu Dritten steht. Dies gilt auch gegenüber anderen Angehörigen von Heilberufen, die ihrerseits zum Stillschweigen verpflichtet sind; ein Umstand, der häufig übersehen wird.

Sofern sich der Patient jedoch nicht wie im klassischen niedergelassenen Bereich einem einzelnen Therapeuten gegenüber sieht, sondern im Rahmen eines Klinikaufenthaltes oder bei einer Beratung in einer Beratungsstelle einer ganzen Organisationsstruktur, ist fraglich, wer intern

Berliner FortbildungsAkademie
für Psychotherapie

**Fachkundenachweis VT für
approbierte PsychotherapeutInnen**

Ziel:

- Eintragung ins Arztregister
- Zugang zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung ('Kassenzulassung'), 'Integrierten' Versorgung, Direktverträgen

Format:

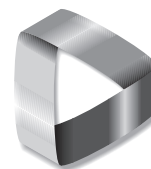
- 2-jähriges Theoriecurriculum im Umfang von 400 Stunden
- 120 Stunden Selbsterfahrung
- 600 Behandlungsstunden VT
- 150 Stunden Supervision

Mit dem Nachweis der Approbation entfällt das 'psychiatrische Jahr'.

Start: Januar 2008

Telefon: 030 / 797 03 982
email: b-f-a@t-online.de
www. b-f-a.de

Die **Berliner FortbildungsAkademie** ist eine staatlich anerkannte Ausbildungsstätte für Psychotherapie



**Systemtherapie für
Verhaltenstherapeuten –
3 x 3 Tage**

Seminar 1: Der systemische Ansatz
Seminar 2: Systemische Interventionen
Seminar 3: Der systemische Ansatz im VT-Alltag

*Fortbildungspunkte:
Anerkannt durch LPK BW
Bei späterer Systemtherapieausbildung anrechenbar*

Leitung: Dr. Hans Lieb, Dr. Hagen Böser
Kosten: € 972,- (zuzüglich Unterkunft und Verpflegung)
Ort: Speyer
Termine: 29. - 31.10.07, 23. - 25.01.08 und 24. - 26.04.08

**Institut für Familientherapie Weinheim –
Ausbildung und Entwicklung e.V.**

Freiburger Straße 46 · 69469 Weinheim
Tel: 0 62 01 / 6 59 52 · Fax: 0 62 01 / 18 33 78
info@if-weinheim.de
www.if-weinheim.de

gegenüber wem die Schweigepflicht zu wahren hat. Sofern keine ausdrückliche Schweigepflichtsentbindungserklärung vorliegt, ist zu ermitteln, inwieweit davon ausgegangen werden kann, dass der Patient konkludent die Personen, die an seiner Behandlung beteiligt sind, von ihrer Schweigepflicht untereinander entbunden hat und dass er mit der Weitergabe seiner Daten zu administrativen Zwecken einverstanden ist.

Der Patient erklärt sich durch die Inanspruchnahme einer Behandlung mit denjenigen Vorgängen einverstanden, die typischerweise mit der Behandlung verbunden sind, d.h. also für das Krankenhaus ganz selbstverständlich, dass der behandelnde Arzt die zuständigen Krankenschwestern und -pfleger in Kenntnis setzt und sich mit anderen Ärzten berät (m.E. nach jedoch problematisch, soweit fachübergreifender konsiliarischer Rat eingeholt wird). Der Patient muss regelmäßig mit der Einbindung des vollständigen Personalspektrums in die Behandlung rechnen, ja er wünscht dies, da er die bestmögliche Behandlung erwartet. In Ermangelung gegenteiliger Anhaltspunkte wird man in der Regel davon ausgehen können, dass bei der Behandlung durch ein Krankenhaus- oder Praxisteam ein stillschweigendes Einverständnis des Patienten besteht, der sich in eine entsprechende Behandlung begibt, dass die einzelnen Personen, die üblicherweise in die Behandlung eingebunden sind, untereinander Informationen austauschen dürfen.

Teilweise wird angenommen, dass sich das Einverständnis des Patienten mit der Weitergabe seiner Daten auch auf die Krankenhausverwaltung und Krankenhausaufsicht erstreckt, die über die eigentliche Behandlung des Patienten hinaus die Behandlung finanziell abwickelt und beaufsichtigt (vgl. Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts, 3. Auflage 2002, § 75 Rn. 1,9). Hier ist jedoch Vorsicht geboten. Die Schweigepflicht schützt zunächst und in erster Linie die Individualinteressen des Patienten, verfassungsrechtlich begründet in Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG (allgemeines Persönlichkeitsrecht). Ein unterstelltes, darüber hinausgehendes und überindividuelles Interesse an einer funk-

tionierenden Gesundheitsfürsorge kommt dahinter erst an zweiter Stelle (Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts, § 70 Rn. 17). Es ist daher zunächst kein Grund ersichtlich, warum das Interesse eines jeden Patienten dahin gehen sollte, dass die Krankenhausverwaltung oder der Krankenhausträger oder der Träger der Beratungsstelle Kenntnis von sämtlichen Patientendaten erhalten darf. Eine derart weitgehende konkludente Einwilligung des Patienten kann in der Regel nicht angenommen werden. Allenfalls kann argumentiert werden, dass sich das Interesse des Patienten an der Weitergabe seiner Daten auf die Fakten erstreckt, die für die administrative Abwicklung und Abrechnung unerlässlich sind (str., a.A. OLG Lüneburg, Urteil vom 29.07.1975 in NJW 1975, 2263), keinesfalls jedoch auf alle Einheiten der Krankengeschichte und des Behandlungsvorganges.

Im Ergebnis schränkt die dienstliche Weisungsgebundenheit die Schweigepflicht des betreuenden PP/KJP nicht ein. Insbesondere sind der Arbeitgeber oder die vorgesetzte Dienstbehörde keine befugten Mitwisser iSd. § 203 Abs. 3 StGB, da sie in der Regel keine Gehilfen des behandelnden Therapeuten sind (vgl. a. Kühne NJW 1977, 1478, 1482). Eine umfassende mutmaßliche Einwilligung des Patienten zur Weitergabe seiner Daten innerhalb der Praxis, der Beratungsstelle bzw. Klinik Einrichtung nebst Rechtsträger und Aufsichtsbehörde kann nicht generell unterstellt werden. Ob die/der angestellte Psychotherapeutin/der angestellte Psychotherapeut gegenüber seinen Kollegen, dem Vorgesetzten oder seiner Dienstaufsicht Daten des Patienten weitergeben darf oder gar muss, bleibt daher einer Abwägung im Einzelfall vorbehalten. Als Alternative bleibt lediglich, sich von den Patienten/Patientinnen von der Schweigepflicht gegenüber bestimmten Personen, die in die Behandlung bzw. in administrative Aufgaben eingebunden sind, entbinden zu lassen.

Auch im Angestelltenbereich sind jedoch Ausnahmen möglich, in denen die Schweigepflicht gebrochen werden muss oder kann, wobei dies sinngemäß auch auf niedergelassene PP/KJP zutrifft:

1. Bei Trägern von Einrichtungen und Diensten in der Jugendhilfe kann insbesondere § 8a Abs. 2 S. 1 SGB VIII von Bedeutung sein. Hiernach haben auch die Angestellten in diesen Einrichtungen einzugreifen, wenn ihnen Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohles eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt werden. Dies setzt natürlich voraus, dass die entsprechenden Mitarbeiter Tatsachen im Zusammenhang mit der Betreuung von Familien auch an ihre Vorgesetzten, ggf. an die Ordnungsbehörden, weitergeben dürfen.

2. Eine Vorschrift bzw. deren zugrunde liegender gesetzgeberischer Gedanke, die jeder PP/KJP kennen sollte, ist § 34 StGB, der sog. rechtfertigende Notstand. Durch diese Vorschrift wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die Schweigepflicht für jegliche therapeutische Intervention unabdingbar ist. Allerdings gibt es im Einzelfall Rechtsgüter, deren Schutz noch wichtiger ist, so dass ein durch die Schweigepflicht gebundener Arzt oder Psychotherapeut im Ausnahmefall straflos gegen die Schweigepflicht verstoßen kann. Der Verstoß ist dann im strafrechtlichen Sinne gerechtfertigt und führt somit zu keiner Strafbarkeit, wenn eine gegenwärtige Gefahr für ein wesentlich überwiegendes Rechtsgut besteht und diese sogenannte Notstandslage nicht anders als durch die Verletzung der Schweigepflicht abgewendet werden kann. Typische Fallgruppen hierbei sind der Patient, der die Praxis mit der glaubhaften Ankündigung seines Suizides verlässt, die Benachrichtigung der Polizei bei akuter Kindesmisshandlung oder wenn ein alkoholisierte Patient sein Auto benutzen will. § 34 StGB gibt dem Therapeuten die Möglichkeit, nicht jedoch die Pflicht, gegen die Schweigepflicht zu verstoßen. Dies gilt freilich nur, soweit nicht weitere Umstände hinzutreten (z.B. in Form einer sog. Pflichtenkollision) und soweit er nicht aufgrund anderer gesetzlicher Meldepflichten zum Handeln verpflichtet ist. Da ein Verstoß gegen die Schweigepflicht unter Berufung auf § 34 StGB nur möglich ist, wenn alle anderen Möglichkeiten der Gefahrenabwehr ausgeschöpft sind – § 34 StGB spricht von einer „nicht anders abwendbaren Gefahr“ – ist zunächst die Ausschöpfung aller therapeutischen Möglichkeiten zu fordern

und wird ggf. die Inanspruchnahme von Supervision angezeigt sein, soweit dies die zeitlich noch möglich ist. Im Zweifel sollte anwaltlicher Rat eingeholt werden.

3. Einige der gesetzlichen Meldepflichten sind nicht nur für Niedergelassene, sondern durchaus auch für PP/KJP im Angestelltenverhältnis von Bedeutung. Am wichtigsten dürften hierbei die §§ 138, 139 StGB für den psychotherapeutischen Alltag sein, deren Systematik jedoch nicht leicht verständlich ist. Jedem PP/KJP sollte zumindest bewusst sein, dass er bei den in § 139 Abs. 3 StGB genannten Katalogstraftaten, vor allem aber bei Mord, Tot-

schlag, erpresserischem Menschenraub, einer Geiselnahme und bei einem Angriff durch eine terroristische Vereinigung (§ 139 Abs. 3 StGB) eine Anzeigepflicht hat, um entsprechend schwere Straftaten zu verhindern. Kündigt also ein Patient glaubhaft an, dass er einen Menschen töten, entführen oder aber als Geisel nehmen wird, ist die Grenze der Schweigepflicht erreicht. Der PP/KJP muss handeln, falls er sich nicht selbst strafbar machen will, und zwar entweder durch eine Anzeige oder indem er selbst die Tat verhindert (§ 139 Abs. 4 S. 1 StGB). Auch hier ist es in Zweifelsfällen ratsam, einen Anwalt zu konsultieren.

Weitere rechtliche Themen wie z.B. Psychotherapie im Maßregelvollzug, die Schweigepflicht im KJP-Bereich, Details zum Suizid und Selbstverletzungen, Schweigepflicht und Weisungsrecht für PiAs im Psychatriejahr können im Rahmen dieses Artikels nicht behandelt werden. Hierzu folgen jedoch weitere Beiträge.

RA Julia Rendschmidt

Zoppoter Str. 3
14199 Berlin
julia.rendschmidt@web.de

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

**I
V
S**

**Institut für Verhaltenstherapie
Verhaltensmedizin und
Sexuologie**
- staatlich anerkannt -

zertifiziert n. ISO 9001:2000

Nachqualifikation Verhaltenstherapie: z. KV-Abrechnung; 106 Std. in 6 Blöcken v. 11.04. - 14.12.08

Sexualtherapie / Sexualmedizin: 100 Std. Theorie – 6 Blöcke in der Zeit vom 26.04. – 07.12.08

Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen: Ergänzungsqualifikation für die fachl. Befähigung z. Abrechn. v. VT bei Kind. u. Jgdl., 212 Std. in 12 Blöcken v. 23.11.07 - 06.07.08 **Fortbildungspunkte f. alle Veranstaltungen**

Promotionsstudium in Kooperation mit UMIT – Univ. f. Gesundheitswissenschaften, med. Informatik u. Technik, Lehrstuhl Verhaltensmedizin, in Hall / Österreich, - weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage

INFOS: Psychotherapeutische Ambulanz d. IVS, Nürnberger Str. 22, 90762 Fürth, Tel: 0911-7872727, Fax: -7872729

Leitungsgremium des IVS:

Dr. phil. Wolfram Dormann	•	Dr. med. Johannes Kemper
PD Dr. med. Thomas Möslers	•	Dipl.-Psych. Dr. phil. Andreas Rose

Zur Diskussion

Vorbemerkung des Redaktionsbeirates

In der Ausgabe 1/2007 (S. 27–33) des Psychotherapeutenjournals veröffentlichte wir einen Beitrag von U. Cramer-Düncher und K.-O. Hentze zur Ablehnung der Gesprächspsychotherapie als „Richtlinienverfahren“ im Rahmen der GKV durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), der ein breites Echo bei der Leserschaft des PTJ hervorrief.

Dieser Beschluss des G-BA (z.Z. ruhend nach Anfechtung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) hat weitreichende Konsequenzen für die gesamte Psychotherapie und im Zusammenhang mit der sich weiter entwickelnden Ausgestaltung der Kooperation zwischen G-BA und Wissenschaftlichem Beirat Psy-

chotherapie (WBP). Hier stellt sich die Frage, wie beide Gremien sich inhaltlich und formal in Zukunft und im aktuellen Überprüfungsverfahren zur Gesprächspsychotherapie in der Auswertung der Therapiestudien aufeinander beziehen werden.

Während der G-BA seiner – sozialrechtlich bezogenen – Aufgabe der Bewertung von Psychotherapieverfahren gemäß der seit 2005 gültigen „Verfahrensordnung“ nachkommt, stand und steht der WBP vor der Notwendigkeit, die Kriterien seiner berufsrechtlich relevanten Überprüfungstätigkeit weiter zu entwickeln. Der hierzu im Wissenschaftlichen Beirat entwickelte und Ende 2005 im Internet veröffentlichte Entwurf

eines „Methodenpapiers“ löste in der Fachöffentlichkeit eine breite und kritische Debatte aus. Die Diskussion kreist u.a. um die Fragen, wie sich die Definition eines Verfahrens als „wissenschaftlich anerkannt“ (dies ist eine Eingangsvoraussetzung in den Psychotherapierichtlinien für die Überprüfung im G-BA gemäß der dortigen Verfahrensordnung) und die Definitionen von „Verfahren“ und „Methoden“ inhaltlich und methodisch verfahrens- und methodenübergreifend bestimmen lassen.

Im Kontext dieser Debatte, die wichtige methodologische Fragen aufwirft, sehen wir den Beitrag von J. Kriz, den wir hier veröffentlichen. Der Redaktionsbeirat lädt Sie wiederum ein zur Diskussion!

Wie lässt sich die Wirksamkeit von Verfahren X wissenschaftlich begründen?

Versuch der Präzisierung einer methodologischen Hintergrunds-Kontroverse

Jürgen Kriz

Universität Osnabrück

Bekanntlich werden seit geraumer Zeit auf vielen Ebenen und in unterschiedlichen Kreisen Debatten darüber geführt, wie sich die Wirksamkeit eines Psychotherapieverfahrens – nennen wir ein solches hier: „X“ – wissenschaftlich begründen lässt. In Deutschland hat diese Frage dadurch eine besondere Brisanz bekommen, dass im PsychThG in § 1 „Psychotherapie“ an „wissenschaftlich anerkannte psychotherapeutische Verfahren“ gekoppelt ist.

Auch wenn die blauäugig-unklare Formulierung „wissenschaftlich anerkannt“ im Gesetz etliche juristische und wissenschaftssoziologische Kontroversen über deren Interpretation auslöste, hat sich bei der wohl überwiegenden Mehrheit der Beteiligten inzwischen ein pragmatischer Konsens eingestellt. Dieser geht dahin, dass im Hinblick auf die Approbation, um die es ja im Kern geht, von einem Verfahren zur vertieften Ausbildung

sinnvoll verlangt werden darf und muss, dass

- a) die Wirksamkeit (inklusive Ausschluss von Schädigungen) hinreichend nachgewiesen ist und
- b) dies für eine hinreichende Symptombreite gelten muss.

Durch diese konsensuell-pragmatisch vorgenommene Auslegung von „wissenschaft-

lich anerkannt“ auf „mit wissenschaftlichen Methoden als wirksam nachgewiesen“ – der gegenwärtig kaum noch widersprochen wird – scheint der Boden für die Lösung anstehender methodischer Detailfragen bereitet zu sein. Diese Fragen betreffen zahlreiche Aspekte, wie sie beispielsweise im Kriterienkatalog des Ende 2006 ins Internet und zur Diskussion gestellten „Methodenpapiers“¹ des „Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie“ (WBP) thematisiert sind.

Doch der Schein trügt. Wie aus dem „Methodenpapier“ selbst und den Reaktionen darauf deutlich wird, lauern hinter etlichen scheinbar rein methodischen Fragen unterschiedliche methodologische Grundpositionen (die selbst wieder von unterschiedlichen Menschenbildern beeinflusst sind). Da Wissenschaftstheorie aber gewöhnlich von Psychologen und Medizinern als eher überflüssiges „philosophisches Beiwerk“ betrachtet und belächelt wird, werden hier die Differenzen nicht oder zu wenig gesehen und stattdessen die Kontroversen auf die Ebene der Methoden verschoben.

Selbst die Berechnung eines einfachen Mittelwertes oder einer Varianz aus Daten ist aber nur dann im engeren Sinne eine unproblematische Methode, wenn man sich (stillschweigend oder explizit) einig ist, dass die wesentliche Information in der zentralen Tendenz oder aber der Dispersion von Daten steckt. Hinter den „Methoden“ der Datenreduktion stecken somit *Modell*-Annahmen darüber, was relevant ist. Und dies wiederum basiert oft auf methodologischen Positionen dahingehend, welche Aspekte „der Welt“ betrachtenswert sind.

Wie wichtig daher – auch in der praktischen Konsequenz – die Beachtung methodologischer Unterschiede bei der Beurteilung von „Wirksamkeit“ ist, soll im Folgenden an der besonders wichtigen Frage gezeigt werden, was eigentlich ein „Psychotherapieverfahren“ ist.

Methodologisch gesehen verbergen sich nämlich hinter etlichen Kontroversen unterschiedliche Antworten auf die Frage, wie das Verhältnis von konkreten, empi-

rischen Daten und theoretischen Konzepten zu sehen ist. Laut Psychotherapierichtlinien sind „*psychotherapeutische Verfahren dadurch gekennzeichnet, dass ihnen ein umfassendes Theoriensystem der Krankheitsentstehung zugrunde liegt und ihre spezifischen Behandlungsmethoden in ihrer therapeutischen Wirksamkeit belegt sind*“. Konkret aber lassen sich – besonders bei den so hoch bewerteten RCT-Studien – nur sehr spezifische Vorgehensweisen bei sehr spezifischen Patienten unter sehr spezifischen Bedingungen untersuchen. Was bedeuten nun solche Ergebnisse aus Wirksamkeitsstudien für die Beurteilung eines Psychotherapieverfahrens?

In den klassischen Naturwissenschaften und der entsprechenden Statistik wird diese Frage analog so beantwortet, dass Beobachtungsdaten als empirische Realisation theoretischer, „wahrer“ Parameter (oder Naturgesetze) verstanden werden: Der Fall einer Kugel ist z.B. eine Realisation des Fallgesetzes. Empirisch ergeben sich zwar immer kleine Abweichungen der Messwerte von der theoretisch erwarteten Werten. Diese Abweichungen werden jedoch „Störeinflüssen“ zugeschrieben, welche möglichst zu vermeiden sind.

Dieses Modell ist auch noch für die Behandlung von bakteriellen Entzündungen weitgehend brauchbar: Beim Befall des Patienten mit Pneumokokken wird ein Antibiotikum gegen diesen Bakterientyp verabreicht. Dies funktioniert in der Regel, wenn und weil die konkreten Pneumokokken eben als „Realisation“ aus der wirklichen Population dieser Bakterien behandelt werden können. Daher wird das Medikament auch wirken, egal ob die Beziehung des Patienten zum Arzt gut oder schlecht ist – das wären zu eliminierende Störgrößen.

Schwieriger wird es allerdings selbst hier schon, wenn das Medikament nicht die Bakterien selbst bekämpfen soll, sondern die „Abwehrkräfte“ steigern: Von „was“ wären gemessene „Abwehr“-Daten (z.B.

1 Internetadresse: <http://www.wbpsychotherapie.de/Homepage/Wir/10Entwurf/10Methodenpapier1.pdf>

MEISTERERNST DÜSING MANSTETTEN

Rechtsanwälte · Notare

NUMERUS CLAUSUS PROBLEME?

- Studienplatzklagen
- ZVS-Anträge
- Auswahlgespräche
- Härtefälle
- Prüfungsrecht
- BAFÖG

Wir haben die
Erfahrung.

Geiststraße 2
D-48151 Münster
Tel. 0251/5 20 91-0
Fax 0251/5 20 91-52
duensing@meisterernst.de
www.meisterernst.de

igw

Anerkannter Fortbildungsveranstalter

Weiterbildung in Gestalttherapie

Informations- und Auswahlseminare 2007
Fortbildung in Gestalttherapie (2 Jahre)
Ausbildung in Gestalttherapie (3/4 Jahre)
Schwerpunkt Gestaltorientierte Beratung
Ausbildung in Gestalttherapie (4/5 Jahre)
Schwerpunkt Klinische Gestaltpsychotherapie

München 05.10.-06.10.07
mit Dipl.Psych. Almut Ladisich-Raine
und Dipl. Psych. Peter Toebe

Frankfurt/Würzburg 05.10.-06.10.07
mit Dipl. Päd. Wiltrud Krauß-Kogan
und Dipl. Päd. Werner Gill

Zürich 14.09.-15.09.2007
mit Dipl.Psych. Brigitte Rasmus und
Lic. Phil. I Peter Schulthess
Kontakt in der Schweiz:
Su Steiner Tel. 0041 – 44 – 2210313
Peter Schulthess Tel. 0041 – 44 – 381 9820

Das neue Programm der GestaltAkademie ist da!

Fortbildungen und klinische Seminare.

Anmeldungen und ausführliches
Informationsmaterial erhalten Sie von

IGW Würzburg

Theaterstraße 4

D-97070 Würzburg

Tel.: 0931/35 44 50, Fax: 0931/35 44 544

E-Mail: Monika.Uhlschmidt@igw-gestalttherapie.de

Internet: www.igw-gestalttherapie.de

Immun-Parameter) Realisationen? Und was sind hier Störgrößen?

Wie aber verstehen wir psychische Störungen? Ist das, was wir bei einem depressiven Patienten seine Störung nennen, die konkrete Realisation einer theoretischen Größe (Krankheit) namens „Depression“? Und – für die Themenfrage noch wichtiger – kann die Behandlungsweise „b“ gegen diese Störung als eine konkrete Realisation der Behandlungsmethode „B“ verstanden werden (die dann, mit anderen Methoden für andere Störungen zusammen Verfahren „X“ ergibt)? Etlichen Texten in der Methodenliteratur und Argumenten in den Debatten liegt ein solches Modell zugrunde: Die b sind für eine bestimmte Störung dann hinreichend konstante, konkrete Vorgehensweisen, die daher ggf. im Labor geprüft werden können.

Dagegen gibt es aber andere Texte und Argumentationen, in denen ein ganz anderes Verständnis zugrunde gelegt wird. Nämlich dass die Behandlungsweise „b“ eine dynamisch-interaktive Umsetzung von *Prinzipien* aus Verfahren „X“ ist. Hinreichend konstant sind nur diese Prinzipien – die grundlegend ggf. auch im Labor erforscht werden können – die b aber sind eine vielgestaltige, veränderbare, prozessadaptive und interaktive Verwirklichung dieser Prinzipien.

Dieses unterschiedliche methodologische Verständnis ist keine philosophische Spielerei oder Haarspalterei. Sondern sie hat erhebliche praktische Konsequenzen. Aus ersterer Sicht würde es nämlich Sinn machen, möglichst für jede Störung ein spezifisches „B“ zu entwickeln und dessen Wirksamkeit wissenschaftlich zu prüfen. Ein Therapeut muss dann über genügend „B“ als „Verfahrensbreite“ verfügen – wie diese „B“ im Verfahren „X“ theoretisch verbunden sind, ist nicht wirklich wichtig (bestenfalls hilfreich zur Orientierung). Geprüft werden genaugenommen nur die „B“ – „X“ ist ein fast beliebiger „Überbau“.

Aus zweiter Sicht sind die theoretisch-konzeptionellen Zusammenhänge von „X“ essentiell, denn sie enthalten die Prinzipien aus denen jeweils die „b“ spezifisch ent-

wickelt werden. Für einen Nachweis muss auch hier für eine hinreichende Symptombreite überprüft werden, dass solche b auch tatsächlich wirken. Ähnlich wie eben „X“ (Verfahren) ist hier das „B“ (Methode) eher Orientierungshilfe und nicht wirklich wichtig, sondern die Prinzipien für b sind handlungsleitend. Und die geprüften „b“ werden dabei als *exemplarisch* für „X“ angesehen. Geprüft wird *anhand* von „b“ immer nur „X“.

Bei aller hier vorgenommenen Reduktion und Überpointierung weit komplexerer Zusammenhänge lässt sich dennoch sagen, dass die erstere Betrachtungsweise eher dem behavioralen Ansatz naheliegt, während z.B. die psychodynamischen Ver-

fahren oder die Gesprächspsychotherapie eher zur zweiten Betrachtungsweise neigen. Wenn man dem zustimmt, sollte es nicht wundern, dass dieser Unterschied sich dann in den methodischen Kontroversen zwischen Vertretern dieser Richtungen niederschlägt. Da es hier aber eben eigentlich um unterschiedliche „Weltbilder“ geht, ist dies keine Frage der Wahrheit oder der Richtigkeit: Für beide Positionen gibt es gute Begründungen.

Daher muss dann aber ein neutrales bzw. übergreifendes Gremium – wie etwa der WBP – Kriterien und Formulierungen finden, in denen beide Positionen möglich sind. So darf weder auf einer zu strikten Auslegung eines einheitlichen, „umfassenden“

A: störungs-/gruppen- und damit methodenspezifischer Fokus	B: verfahrensspezifischer Fokus
1. Grundlogik	
<p>Es gibt bestimmte Störungen (ICD bzw. WBP-Anwendungsbereiche) und 2 Altersgruppen (Erwachsene/KJ).</p> <p>Für jede dieser Kategorien ist jeweils die Wirksamkeit einer Interventions-<i>Methode</i> zu belegen. (Eine der impliziten – aber empirisch m.W. nicht belegten – Vorannahmen ist hier, dass die <i>diagnostisch</i> relevanten Kategorien auch die <i>therapeutisch</i> relevanten sind. Vielleicht wären z.B. „konfliktspezifische“ Kategorien im Sinne der PA viel trennschärfer).</p>	<p>Wirksamkeitsstudien sind als exemplarisch für die Anwendung (s.u.) eines <i>Verfahrens</i> in der Psychotherapie von Menschen anzusehen. Dabei macht es forschungslogisch und anwendungsspezifisch <i>Sinn</i>, bei Menschen bestimmte Störungen (ICD) bzw. Altersgruppen (Erwachsene vs. KJ) zu unterscheiden.</p>
2. Zugrundeliegendes Modell	
<p>Therapeuten wenden auf eine Störung (die als empirische Realisation einer solchen theoretischen Kategorie gesehen wird) eine wissenschaftlich geprüfte (und daher in hohem Maße manualisierte – weil ja nur <i>das</i> geprüft wurde, s.u.) Vorgehensweise/<i>Methode</i> an, die einem Verfahren X zugeordnet werden kann.</p> <p>Die Wirksamkeitsstudien <i>belegen</i> somit <i>direkt</i> die Wirksamkeit einzelner Methoden/Techniken – die dann zu „X“ zusammengefasst werden.</p>	<p>Therapeuten, die im <i>Verfahren X</i> ausgebildet sind, entwickeln (unter weiterer Berücksichtigung der in der Ausbildung vermittelten methodischen Differenzierungen in der Behandlung) ein für den Patienten störungs-, alters-, psychosozial- etc. – kurz: passungsgerechtes – therapeutisches Vorgehen gemäß den X-Prinzipien.</p> <p>Die Wirksamkeitsstudien sind somit <i>exemplarische</i> Belege für die Wirksamkeit von X in einer bestimmten Verfahrensbreite.</p>
3. Die in der Ausbildung zu vermittelnde Kompetenz eines X-Therapeuten	
<p>(hinreichend) manualtreue Anwendung einer der <i>Methoden von X</i> in der konkreten Therapie mit Patient P auf seine Störung.</p> <p><i>Diagnostik</i> dient der Auswahl der richtigen Methode und damit des richtigen, standardisierten Vorgehens.</p>	<p>begründete, differentiell-passungsgerechte Entfaltung der <i>Prinzipien von X</i> in der konkreten Therapie mit Patient P.</p> <p><i>Diagnostik</i> dient der Hintergrundinformation für ein passungsgerechtes Vorgehen, das im Verlauf der Therapie (= laufende Entfaltung weiterer Information) ständig weiter angepasst wird.</p>
4. Empfehlung zur <i>berufsrechtlichen Zulassung</i> eines Verfahrens	
<p>dann, wenn für eine Mindestanzahl (→Anwendungsbreite) von solchen Kategorien spezifische Methoden auf der Basis von (vom WBP akzeptierte) Wirksamkeitsstudien vorliegen.</p>	<p>dann, wenn für eine Mindestanzahl (→Anwendungsbreite) von solchen Kategorien (vom WBP akzeptierte) Wirksamkeitsstudien vorliegen.</p>

den Theoriensystems“ bestanden werden (was der VT nicht entspräche) noch auf einer zu standardisierten symptombezogenen Vorgehensweise modularer Einzelmethoden (was z.B. der PA oder der GPT nicht entspräche).

Wegen der großen Bedeutsamkeit sollen die beiden Positionen (überpointiert) einander gegenüber gestellt werden (vgl. Kasten rechts).

Auch wenn sicher beide Positionen betonen, dass Psychotherapie „kein standardisiertes Produkt“ sei, ist bei einer störungsspezifischen Sichtweise (A) die Anwendungsvariabilität einer so verstandenen „Methode“ logisch begrenzt, wenn es nicht zu Inkonsistenzen mit der Vorstellung von „wissenschaftlich belegt“ kommen soll. Eine deutlich andere Vorgehensweise wurde eben **nicht** überprüft. Da bei einem verfahrensspezifischen Fokus (B) die Studien exemplarischen Charakter haben, ist hier eine größere Anwendungsvariabilität möglich.

Die für die Praxis entscheidende Wirksamkeit eines Verfahrens „X“ (bei nicht *rein* manualisiertem Vorgehen – ansonsten bedürfte es keiner akademisch ausgebildeten Therapeuten mehr) eines bestimmten Therapeuten bei einem bestimmten Patienten ist sowohl nach (A) als auch nach (B) dann aber nur *plausibel*, mit Verweis auf wissenschaftliche Studien, *be-gründbar*. Sie kann weder nach (A) noch nach (B) als *bewiesen* im Sinne der Physik oder auch nur im Sinne der Prüfung pharmakologischer Substanzen angesehen werden.

Die Behauptung, nur (A) sei „wissenschaftlich“ und (B) entsprechend „unwissenschaftlich“, wäre wissenschaftstheoretisch bestenfalls als unbedarft zu bezeichnen. Es sollte auch klar sein, dass aus A und B jeweils andere Implikationen für die Detail-Anlage von Wirksamkeitsstudien bzw. die Beurteilung der Güte von solchen Stu-

dien folgen, ohne dass dies hier ausgeführt werden kann.

Betont werden sollte auch, dass die beiden Vorsitzenden des WBP der 1. Amtsperiode (Hofmann/ Margraf) in einer zusammenfassenden Stellungnahme vom 15.01.2006 klargestellt haben, dass Basis der Arbeit des WBP für die 1. Amtsperiode entsprechend den Psychotherapie-Richtlinien der Beurteilung von Verfahren *insgesamt* (gemäß Spalte B) war, für welches die Aufteilung und Beurteilung von Anwendungsbereichen lediglich exemplarischen und pragmatischen Charakter hatte. Gleichzeitig konnten dabei auch ein störungs-/gruppen- und damit methodenspezifischer Fokus (Spalte A), wie er eher für die VT typisch ist, angemessen berücksichtigt werden.

Diese Neutralität bzw. übergreifende Berücksichtigung gegenüber methodologischen Positionen (die mit bestimmten Verfahren verflochten sind) muss auch versucht werden, im neuen „Methodenpapier“ zu realisieren.

Prof. Dr. Jürgen Kriz

Universität Osnabrück
FB Humanwissenschaften
49069 Osnabrück
juergen.kriz@uni-osnabrueck.de



14. Psychotherapietage NRW „Das Böse – eine Herausforderung?!“ Mittwoch, 31.10.2007 – Sonntag 04.11.2007 in Bad Salzuflen

Die Psychotherapietage NRW sind eine überregionale psychotherapeutische Fort- und Weiterbildungsveranstaltung. Neben dem Leitthema werden aktuelle Fragen der Psychotherapie interdisziplinär und im Dialog der therapeutischen Schulen in Vorträgen, Seminaren, Kursen und Arbeitsgruppen praxisnah aufgegriffen.

Die Zertifizierung ist bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe beantragt. Im letzten Jahr war unsere Veranstaltung mit bis zu 47 Punkten zertifiziert.

Referenten:

Vorträge: H. Gidion, M. Huber, K. Hurrelmann, F. Pfäfflin, Th. Aucher
Vorlesungen, Kurse und Arbeitsgruppen: F. Damhorst, Ch. Diegelmann, U. Gast, G. Heisterkamp, J. Kruse, L. Reddemann, C. Sies, Ch. Smolenski, S. Trautmann-Voigt, W. Tress, B. Voigt, W. Wöller u.a.

Informationen und Anmeldung:

Tagungsbüro Monika Pult,
Postfach 22 12 80, 41435 Neuss
Tel.: 02182/9108, Fax: 02182/69643,
e-mail: hpult@t-online.de, internet:
www.psychotherapietage-nrw.de



DO SUCHTHILFE SUCHTTHERAPIEZENTRUM

THERAPIEZENTRUM ALPENLAND •

Rosenheimerstraße 61 • 83043 Bad Aibling

Wir suchen ab sofort
**eine/n Psychologische/n
Psychotherapeuten/in mit
Approbation.**

Wir sind eine Fachklinik für
Drogen- und Alkoholabhängige
für 86 Patienten. Schwerpunkte
der psycholog. Tätigkeiten sind:

Gruppentherapie, Einzeltherapie,
Rückfallprävention, Berichtswesen
und Unterstützung der Psychologen
in Ausbildung.

Sollten Sie Interesse haben,
senden Sie die Bewerbungsunterlagen
an oben angegebene
Adresse **z. H. Dipl. Psych.
Marion Meyerhöfer.**

Aktuelles aus der Forschung

Karin Welsch

Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Substanzkonsum bei Kindern und Jugendlichen

Lampert, T. & Thamm, M. (2007). *Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50 (5-6), 600-608.

Im Mai dieses Jahres wurden die neuen Daten des Kinder- und Jugendgesundheitsveys (KiGGS) des Robert-Koch-Instituts veröffentlicht. In diese bundesweite repräsentative Untersuchung gingen die Daten von 17.641 Jungen und Mädchen aus 167 Orten im Alter von 0 – 17 Jahren ein.

Auch zum Substanzkonsum wurden Daten erhoben.

Derzeit rauchen 20,5 % der 11- bis 17-Jährigen Jungen und 20,3 % der Mädchen. Über ein Viertel der Jugendlichen, die nicht rauchen, ist dennoch mehrmals wöchentlich Zigarettenrauch ausgesetzt, ein Fünftel sogar fast täglich. Mädchen und Jungen aus Familien mit niedrigerem Sozialstatus rauchen häufiger. Ebenso wie Jugendliche, die eine Hauptschule besuchen und in den neuen Bundesländern leben.

64,8 % der Jungen und 63,8 % der Mädchen haben bereits mindestens einmal Alkohol konsumiert. Von mindestens wöchentlichem Alkoholkonsum berichten rund ein Drittel der Jungen und ein Viertel der Mädchen.

9 % der Jungen und 6 % der Mädchen haben im letzten Jahr Cannabis konsumiert. Amphetamine wurden von weniger als 1 % genommen.

Mit zunehmendem Alter steigt der Gebrauch psychoaktiver Substanzen.

Kommentar: Diese enorm umfangreiche Studie gibt einen umfassenden Überblick über den Substanzkonsum bei Jugendlichen.

Vor allem, wenn man die erheblichen gesundheitlichen Folgen eines frühen Substanzkonsums bedenkt, müssen diese Daten zu vermehrtem präventivem Handeln anregen. Psychotherapeuten können hier einen erheblichen Beitrag leisten, da sie sowohl die diagnostischen als auch die methodischen Mittel zur Prävention und frühen Intervention zur Verfügung haben.

Je früher der Einstieg, desto höher die Suchtgefährdung?

Laucht, M. & Schmidt, B. (2007). *Früher Einstieg in den Alkohol- und Tabakkonsum – Indikator für eine erhöhte Suchtgefährdung? Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 55 (3), 137-1143.

In den USA hat man es schon mehrfach bestätigt: Mit einem früheren erstmaligen Alkohol- und Tabakkonsum steigen das Risiko einer späteren Substanzabhängigkeit und das Risiko gesundheitlicher Schäden. Früh beginnende Raucher ha-

ben – zumindest in den USA – ein doppelt so hohes Risiko, vorzeitig an Lungenkrebs zu sterben, als Raucher, die erst als junge Erwachsene zu rauchen beginnen. Jugendliche, die vor dem 14. Lebensjahr mit dem Alkoholkonsum anfangen, haben ein viermal so hohes Risiko, abhängig zu werden, als Jugendliche, die nach dem 20. Lebensjahr beginnen.

Die Arbeitsgruppe Neuropsychologie des Kindes- und Jugendalters um Prof. Dr. Manfred Laucht am Zentralinstitut

für Seelische Gesundheit in Mannheim hat den Einfluss des frühen Einstiegsalters auf das Suchtverhalten Jugendlicher untersucht. Sagt das Alter bei Beginn des Konsums und das Alter bei Beginn des regelmäßigen Konsums etwas aus über das Konsumverhalten, das Rauschtrinken und erste Abhängigkeitssymptome von Tabak im Alter von 15 Jahren?

Die ausgewerteten Daten von 337 Jugendlichen stammen aus der sechsten Erhebungswelle der Mannheimer Risiko-

kinderstudie, die 384 Kinder seit ihrem 6. Lebensmonat begleitet. Die mittlerweile Jugendlichen waren im Mittel 15,0 Jahre alt.

57 % der Jugendlichen haben schon einmal Tabak konsumiert, durchschnittlich erstmals mit 12,1 Jahren. Die Hälfte der Erstkonsumenten raucht aktuell, 30 % sogar täglich. Signifikant mehr weibliche Jugendliche rauchen aktuell, täglich und mehr Zigaretten als männliche. Jene, die mit 15 täglich rauchen, begannen dies bereits ein Jahr

nachdem sie die erste Zigarette probiert hatten.

Drei Viertel der 15-Jährigen haben schon einmal Alkohol getrunken, durchschnittlich erstmals mit 13,2 Jahren. Davon trinken 75 % auch aktuell Alkohol, 20 % sogar wöchentlich. 50 % waren bisher einmal betrunken, 32 % sogar mehrmals. Jene, die zurzeit wöchentlich konsumieren, begannen dies bereits ein Jahr nachdem sie erstmals Alkohol getrunken hatten. Männliche Jugendliche trinken signifikant häufiger und mehr.

Je früher eine Zigarette probiert wurde, desto häufiger und mehr Zigaretten haben die Jugendlichen im letzten Monat geraucht, und desto stärker war die Tabakabhängigkeit.

Je früher zum ersten Mal Alkohol konsumiert wurde, desto größer war die Wahrscheinlich-

keit, schon mehr als einmal betrunken gewesen zu sein. Bei den weiblichen Jugendlichen zeigte sich ein signifikanter und bei den männlichen Jugendlichen ein tendenzieller Zusammenhang zwischen frühem erstmaligem Konsum, häufigerem aktuellem Alkoholkonsum und höherer durchschnittlicher Trinkmenge.

Die Forscher kommen zu dem Schluss, dass ein früher Einstieg in den Substanzkonsum ein Risiko für einen erhöhten Konsum im Jugendalter darstellt.

Kommentar: Angesichts der Prävalenzraten und der enormen gesundheitlichen Folgen und der Behandlungs- und sonstigen Folgekosten von Suchterkrankungen ist die Erforschung des Einstiegs in den Substanzkonsum sehr wichtig.

Die vorgelegte Studie bestätigt, dass auch in Deutschland –

einem dem Alkoholkonsum gegenüber tolerantem Land – ein Zusammenhang zwischen frühem Einstieg und erhöhtem Konsum im Jugendalter besteht. Diese Ergebnisse bestätigen zum wiederholten Mal den dringenden Bedarf an früher Prävention und Intervention. Insbesondere Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind gut in der Lage, früh auffällige Jugendliche mittels neuester psychologisch-diagnostischer Verfahren zu erkennen. Durch die Förderung der sozialen Kompetenzen, Training alternativer Verhaltensweisen und Wissensvermittlung können Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten einen wesentlichen Beitrag zur Reduktion der Suchtgefährdung leisten.

Leider handelt es sich bei der Untersuchung nicht um eine prospektive Längsschnittstudie, wie in der Zusammenfassung

nahegelegt wird, sondern um eine Querschnittuntersuchung. Aufgrund des jungen Alters der Jugendlichen lassen sich noch keinerlei Aussagen darüber machen, ob es bei Frühkonsumentern tatsächlich zu späteren Suchterkrankungen kommt.

Offen bleibt auch die Frage, ob das frühe Einstiegsalter tatsächlich ursächlich für den erhöhten Substanzkonsum im Jugendalter ist oder ob nicht beides Folgen einer erhöhten Vulnerabilität für Verhaltens- und Suchtprobleme, familiärer oder externer Einflüsse sind.

Es bleibt spannend, die nächsten Erhebungswellen dieser Studie abzuwarten, wenn über die weitere Entwicklung des Konsums von Alkohol und Tabak bei Frühkonsumentern Aussagen gemacht werden können.

Birgt der Doppelkonsum von Alkohol und Zigaretten höhere Gefahren?

Hohm, E., Blomeyer, D., Schmidt, M.H., Esser, G. & Laucht, M. (2007). Jugendliche, die frühzeitig rauchen und trinken – eine Risikogruppe? Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 55 (3), 155-165.

In einer weiteren Auswertung der oben genannten Forschergruppe wurde untersucht, ob Jugendliche, die früh mit kombiniertem Alkohol- und Tabakkonsum beginnen (Doppelkonsum), stärker suchtfähig sind als Einfachkonsumenten, und welche sozialen, interpersonalen und biologischen Einflüsse für den Doppelkonsum eine Rolle spielen.

Auch hier wurden die Daten aus der Mannheimer Risikokinderstudie verwendet. Die befragten 326 Jugendlichen waren im Durchschnitt 14,11 Jahre alt.

Erfasst wurde der Tabakkonsum, der Grad der Nikotinabhängigkeit, der Alkoholkonsum, das Rauschtrinken und der Cannabiskonsum. Als biologische Einflussfaktoren wurden der pubertäre Entwicklungsstand und die Sensitivität gegenüber Tabak und Alkohol erfragt. Die Selbstwirksamkeitserwartungen bezüglich Rauchen, Wirksamkeitserwartungen bezüglich Alkohol und schulisches Funktionsniveau wurden als intra-

individuelle Faktoren erhoben. Das elterliche Konsumverhalten, der Kontakt zu sozial auffälligen Gleichaltrigen und das elterliche Erziehungsverhalten galten als soziale Einflussfaktoren.

Ein Viertel der befragten Jugendlichen hatte im letzten Monat sowohl Tabak geraucht als auch Alkohol getrunken, 4 % hatten ausschließlich Tabak konsumiert, 32 % ausschließlich Alkohol und etwas mehr als ein Drittel der befragten Jugendlichen hatte im letzten Monat weder Tabak geraucht noch Alkohol getrunken. 16 % der Jugendlichen haben schon einmal Cannabis konsumiert.

Doppelkonsumenten gehören zu den stärksten Rauchern, sie tranken mehr pro Monat und mehr pro Gelegenheit. Im Vergleich zu den ausschließlich Alkohol Konsumierenden waren mehr Doppelkonsumentern schon jemals betrunken und hatten schon jemals Binge-Drinking praktiziert. 46 % der Doppelkonsumenten hatten schon einmal Cannabis konsumiert im Vergleich zu 10 % der Alkoholkonsumentern, 14 % der Raucher und 0 % der Nicht-Konsumentern. Es fanden sich keine für Doppelkonsumentern spezifischen Einflussfaktoren. Raucher waren sensitiver gegenüber der Nikotinwirkung, Alkoholkonsumentern sensitiver gegenüber Alkohol, beide hat-

ten einen höheren Wert auf der Skala „Neugierverhalten“, eine höhere Wirksamkeitserwartung bei Alkohol, ein niedrigeres schulisches Funktionsniveau, einen Freundeskreis mit stärkerem Substanzkonsum und mehr antisozialen Verhalten. Raucher hatten häufiger rauchende Eltern und Alkoholkonsumierer häufiger alkoholkonsumierende Eltern als nicht konsumierende Jugendliche. Sowohl rauchende als auch trinkende Jugendliche

werden von den Eltern weniger kontrolliert.

Die Autoren ziehen den Schluss, dass rauchende Jugendliche üblicherweise auch Alkohol trinken und 40 % der Doppelkonsumierer auch Cannabis schon mindestens probiert haben. Das gesundheitliche Risiko ist für Doppelkonsumierer durch das intensive Konsummuster und durch das Konsumieren von zwei schädlichen Substanzen sehr

hoch. Verstärkte Prävention ist daher dringend notwendig.

Kommentar: Die Studie bringt wertvolle Informationen für die Entwicklung von Präventions- und Frühinterventionsprogrammen. Die in der Studie ermittelten Einflussfaktoren Neugierverhalten, Wirksamkeitserwartung und Selbstwirksamkeitserwartung sollten bedacht werden.

Die Fragen nach der Konsummenge und nach der Alkohol-

sensitivität, also der subjektiv erlebten Wirkung des Alkohols, könnten erheblich konfundiert sein durch soziale Erwünschtheit.

Leider geben die Autoren keine Literatur dazu wider, wie hoch der bundesweite Anteil derjenigen Jugendlichen ist, die rauchen, aber nicht trinken. Der hier sehr geringe Anteil sollte in weiteren Studien validiert werden.

Auswirkungen frühen Amphetaminkonsums

Degenhardt, L., Coffey, C., Moran, P., Carlin, J.B. & Patton, G.C. (2007). The predictors and consequences of adolescent amphetamine use: findings from the Victoria Adolescent Health Cohort Study. Addiction, 102, 1076-1084.

Über die letzten Jahrzehnte ist der Amphetaminkonsum bei jungen Erwachsenen immer mehr angestiegen, dennoch gibt es noch wenig Forschung zu den psychosozialen Folgen.

In dieser Studie wurde untersucht, wie früher Amphetaminkonsum mit psychischen Problemen, Persönlichkeitsstörungen, Drogenkonsum und vermindertem sozialem Funktionsniveau zusammenhängt.

Über 2000 Schüler aus jeweils zwei zufällig ausgewählten Klassen von 44 Schulen wurden im Laufe von elf Jahren achtmal befragt. Zu Beginn waren die Jugendlichen im Durchschnitt 15 Jahre alt, bei der letzten Befragung waren sie 24 Jahre alt.

Erhoben wurden unter anderem der Amphetamin-, Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsum, Alkohol- und Cannabisabhängigkeit, Angst- und Depressionssymptome, antisoziales Verhalten, Persönlichkeitsstörungen, Ausbildungsverlauf und berufliche Entwicklung.

Früher Amphetaminstoffkonsum (vor 17 Jahren) ging einher mit elterlichem Tabakkonsum, getrennt lebenden oder geschiedenen Eltern. Es zeigten sich keine Stadt-Land-Unterschiede, auch die Bildung der Eltern spielte keine Rolle. Je häufiger Cannabis konsumiert wurde, desto wahrscheinlicher war der Amphetaminkonsum.

Personen mit frühem Erstkonsum zeigten häufiger regelmäßigen Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsum zusätzlich zum Amphetaminkonsum. Sie zeigten häufiger depressive und Angstsymptome und antisoziales Verhalten. Ihre Freunde waren häufiger ebenfalls Tabak- und Cannabiskonsumierer. Im

frühen Erwachsenenalter zeigten sich wesentlich häufiger Drogenkonsum und -abhängigkeit sowie psychische Störungen. Es zeigte sich jedoch mithilfe von logistischen Regressionen, dass sich die meisten dieser Zusammenhänge durch frühen Cannabiskonsum erklären ließen. Das heißt, das Risiko für spätere negative psychosoziale Folgen für frühe Cannabiskonsumierer wird durch Amphetaminkonsum nicht wesentlich erhöht.

Kommentar: Methodisch ist die Studie sehr sauber ausgeführt. Vermeintlich konfundierende Variablen wurden systematisch in die Regressionsmodelle einbezogen und ausgeschlossen.

Leider wurde, wie die Autoren selbst bedauern, nicht erhoben, ob eine Amphetaminabhängigkeit vorlag. Es bleibt auch dahingestellt, wie reliabel Selbstauskünfte von Jugendlichen und jungen Erwachsenen zum Substanzkonsum sind.

Was kann man aus den Ergebnissen der Studie schließen? In Schulen, Jugendeinrichtungen und in der psychotherapeutischen Praxis muss verstärkt daran gedacht werden, dass Jugendliche, die Amphetamine konsumieren, häufig auch andere Substanzen konsumieren und vermehrt psychische Störungen haben. Gezielte Diagnostik und frühe Interventionen können möglicherweise Abhängigkeitserkrankungen und psychische Störungen wenn nicht verhindern, so doch in einem frühen Stadium aufhalten und eine Chronifizierung abwenden.

Auch das Ergebnis, dass Cannabiskonsum ein starker Prädiktor für den späteren Gebrauch von anderen illegalen Substanzen und für sonstige negative psychosoziale Folgen ist, bestätigt die Notwendigkeit, spezifische Interventionsmethoden für (jugendliche) Cannabiskonsumierer zu entwickeln.

Die Hälfte der Berufsschüler raucht

Walden, K., Bölskei, P.L., Will, A., Heusinger, A. & Moldovan, M. (2007). *Tabakentwöhnung in Schulen – welche Unterstützung wünschen sich Jugendliche? Eine Befragung an Berufsbildenden Schulen. Sucht, 53 (3), 153-159.*

In Deutschland rauchen derzeit rund 20 % der 12- bis 17-Jährigen. Untersuchungen in den USA haben ergeben, dass zwei Drittel der jugendlichen Raucher es bereits vor dem 18. Lebensjahr bereuen, mit dem Rauchen angefangen zu haben. Etwa die Hälfte hat schon versucht aufzuhören. Aufhörversuche von Jugendlichen scheitern häufig auch an der falschen Methode.

In vielen Bundesländern gilt nun an Schulen ein generelles Rauchverbot. Für tabakabhängige Jugendliche ist dies eine Chance, das Rauchen zumindest zu reduzieren oder sogar zu beenden.

An berufsbildenden Schulen rauchen etwa 52 % der Schüler. Das ist deutlich über dem Durchschnitt.

Die vorliegende Studie erfragte den Aufhörwillen von Be-

rufsschülern und ihre bevorzugten Entwöhnungsmethoden.

Insgesamt wurden 1097 Schüler von drei berufsbildenden Schulen befragt: einer Schule für Arzthelfer/innen, einer kaufmännischen Berufsschule und einer Wirtschaftsschule. Mit standardisierten Fragebogen wurden der Raucherstatus, vergangene und zukünftige Aufhörversuche sowie die Motivation und bevorzugte Methode für Entwöhnungsversuche erhoben.

Die Schüler der drei Schulen waren im Durchschnitt 15,1 bis 18,9 Jahre alt. 46 % der Arzthelfer/innen, 49 % der Kaufmänner und 27 % der deutlich jüngeren Wirtschaftsschüler rauchten aktuell. Von diesen rauchen fast 90 % täglich. Zwei Drittel bis drei Viertel der Befragten haben bereits durchschnittlich 1,9 bis 2,6 mal erfolglos versucht aufzuhören. Der Großteil der Schüler möchte mit dem Rauchen aufhören, jedoch irgendwann einmal. Nur 4 % bis 10 % wollen im nächsten Monat aufhören. Die Arzthelfer/innen zeigten die höchste Bereitschaft aufzuhö-

ren. Am ehesten wollen die Schüler aus finanziellen und gesundheitlichen Gründen aufhören zu rauchen. Als bevorzugte Methode für das Aufhören werden am häufigsten „auf eigene Faust aufhören“ und „Unterstützung durch Freunde“ genannt. An dritter Stelle steht bei jenen, die im nächsten Monat aufhören wollen „Entwöhnkurs in der Schule“, bei den übrigen „Unterstützung durch den Hausarzt“.

Kommentar: Den Folgerungen der Autoren kann man sich nur anschließen. Schulen sollten das Gesundheitswissen der Schüler stärken und Angebote zur Raucherentwöhnung bereithalten. Die Arbeitsplätze der Jugendlichen sollten ebenfalls rauchfrei sein.

Die hohe Rate an Tabakkonsumenten belegt die Dringlichkeit, Jugendliche bei der Tabakentwöhnung zu unterstützen. Noch richten sich die meisten Entwöhnungsprogramme an Erwachsene. Die spezifische psychosoziale Situation und hohe gesundheitliche Gefährdung Jugendlicher machen aber eigene Programme notwendig.

Der Artikel beschreibt lediglich die Häufigkeitsverteilungen der einzelnen Variablen je Schule. Interessant wäre der Einfluss der Raucherjahre auf den Aufhörwunsch und die Aufhörmotivation gewesen.

Bei der Frage nach der bevorzugten Aufhörmethode ist unklar, wie die Antwortkategorien gewonnen wurden. Möglicherweise hätten die Schüler ganz andere Methoden bevorzugt als die vorgegebenen.

Interessant wäre auch das Alter bei Erstkonsum gewesen. Möglicherweise fangen die Jugendlichen ja erst im Laufe der Ausbildung und Berufsschule an zu rauchen.

Mag. rer. nat.
Karin Welsch

Wissenschaftliche Referentin der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
St.-Paul-Str. 9
80336 München
welsch@ptk-bayern.de



Brigitte Vetter

Sexualität: Störungen, Abweichungen, Transsexualität

2007. 351 Seiten, 7 Abbildungen, 30 Tabellen, kart.
€ 34,95 (D) / € 36,- (A) - ISBN 978-3-7945-2463-1

Sexualität – ein sensibles und im wahrsten Sinne des Wortes bewegendes Thema. Doch was passiert, wenn die Lust zur Last wird? Welche Ursachen gibt es und was kann man tun?

Antworten auf diese und viele weitere Fragen gibt das Werk aus der Feder der renommierten psychologischen Psychotherapeutin und Sexualtherapeutin Brigitte Vetter. Erstmals werden in ihrem Werk systematisch und gut gegliedert sämtliche sexuellen Störungsbilder dargestellt. Das verständlich ge-

schriebene Buch entspricht dem aktuellen Forschungsstand und orientiert sich an den internationalen Diagnosesystemen ICD-10 und DSM-IV-TR.

Neben dem ausführlichen Grundagenteil bietet das Werk drei klinische Teile. In diesen geht die Autorin auf Ursachen, Symptomatik, Komorbidität, Verlauf, Häufigkeit und Behandlungsmöglichkeiten der spezifischen Störungsbilder ein.

Das Buch richtet sich an Psychotherapeuten und Ärzte sowie weitere Fachleute aus dem psychologischen, medizinischen, sozialen und juristischen Bereich. Aber auch Betroffene und interessierte Laien werden es mit Gewinn lesen und als Nachschlagewerk benutzen.

 **Schattauer** Mehr WISSEN als andere.

Buchrezension

Selbsthilfebücher für Psychotraumata

Corinna Paeth

Schlagen wir die Zeitung auf, so werden wir immer wieder mit den verschiedensten Unglücken und Grausamkeiten dieser Welt konfrontiert. Wer kann nicht etwas mit den Schlagworten „Dutroux-Prozeß in Belgien“, „Natascha Kampusch“, „dem Amokläufer von Emsdetten“ oder mit dem „Tsunami von 2004“ anfangen? Diese Nachrichten gehören zu unserem Leben. Viele fühlen sich nicht unbedingt von ihnen tangiert, weil sie sich in Sicherheit wähnen. Aber leider ist keiner von uns davor gefeit, irgendwann einmal in seinem Leben eine traumatisierende Situation mit zu erleben. Den Statistiken nach entwickelt ca. 1 % bis 9 % der Allgemeinbevölkerung irgendwann im Leben eine posttraumatische Belastungsstörung (PTSD)¹. In 50 % der Fälle verläuft die Störung sogar chronisch (Kessler, 1995²). Damit es nicht unbedingt dazu kommt, brauchen Betroffene traumatisierender Ereignisse Sicherheit und Unterstützung, wie sie mit den Folgen des Traumas zurecht kommen können. Hierzu gehört unter anderem Informations- und Aufklärungsmaterial in Form von Selbsthilfebüchern, die evtl. auch die Bereitschaft für weitere Unterstützungsangebote bspw. durch ambulante oder stationäre Psychotherapie erhöhen können.

Im Folgenden werden vier verschiedene Bücher vorgestellt,

die diesem Anliegen nachgegangen sind und die die Selbsthilfe Betroffener stärken wollen.

Das Buch **„Hilfe und Selbsthilfe nach einem Trauma“** von **Schäfer, Rüter und Sachsse (2006)**³ richtet sich als Ratgeber an traumatisierte Menschen und deren Angehörige. Nach einer kurzen Einleitung mit Definition des Traumbegriffs führen Schäfer et al. typische Symptome einer PTSD auf. Jedes dieser Symptome beschreiben sie in einem kurz gehaltenen Unterkapitel. Daraufhin leiten sie über zu unterschiedlichen Selbsthilfemethoden der verschiedenen Symptome, die sie ebenfalls in speziellen Unterkapiteln erläutern. Da manche Symptome nicht allein durch Selbsthilfe zu bewältigen sind, stellen sie in einem weiteren Kapitel die drei Phasen einer Psychotherapie „Stabilisierungsphase“, „Traumaexposition“ und „Integrationsphase“ vor. Hierdurch erhalten Betroffene einen kurzen Überblick darüber, wie evtl. eine ambulante Psychotherapie ausschauen könnte. Diese Intention verstärken sie zusätzlich durch die Beschreibung von Imaginationsübungen. Weiterhin gehen Schäfer et al. auf die Möglichkeiten einer medikamentösen Therapie und auf die Angemessenheit einer Selbsthilfegruppe für Betroffene ein. Eltern traumatisierter Kinder geben sie ebenfalls in

einem separaten Kapitel wichtige Hinweise und Ratschläge.

Das Buch erläutert recht kurz und knapp die einzelnen Themenbereiche und ist somit recht übersichtlich gehalten. Es kann vermutlich gerade Betroffene eher zum Lesen motivieren als dicke und relativ klein geschriebene Bücher. Die deutlich gekennzeichneten Kapitel verschaffen eine gute Übersicht und Klarheit. Wichtige Textpassagen mit Warnhinweisen werden vom Textfluss deutlich separiert. Der Text wird ergänzt durch verschiedene Bilder mit beruhigenden Naturaufnahmen. Die wichtigsten Punkte eines Kapitels werden mit Umrandung in Stichworten aufgelistet.

Die Autoren versuchen, den Betroffenen zu beruhigen, indem sie seine Symptome als verständliche und nachvollziehbare Reaktionen darstellen. Insgesamt haben sie mit ihrem Buch einen groben Überblick über unterschiedliche Bewältigungsansätze geschaffen. Als eine konkrete Anleitung zur Selbsthilfe reicht dieses Buch sicher kaum aus. Betroffene können nur in Ansätzen eine Vorstellung über Selbsthilfemethoden erhalten. Viele Übungen werden nicht genau beschrieben, manche Methoden werden einfach nur erwähnt oder aufgelistet. Bei der Erläuterung der Angsthierarchie fehlen definitiv motivierende bzw.

empathische Worte. Es erscheint recht unwahrscheinlich, dass ein Betroffener allein aufgrund dieser Beschreibung sich systematisch mit seinen Triggern konfrontiert. Manche Empfehlungen haben den Charakter von Floskeln, wie bspw.: „Es ist wichtig, dem Täter keinen Platz in Ihrem Leben einzuräumen, trennen Sie zwischen dem Täter und Ihnen!“. Die Frage stellt sich nur, wie dies für einen Betroffenen ohne weiteres umsetzbar ist.

In der Darstellung von Psychotherapie werden vier Imaginationsübungen zitiert. Auch hier stellt sich die Frage, ob dadurch der Leser einen besseren Einblick in die ambulante Traumatherapie erhalten oder ob er diese Übungen im Selbstversuch verwenden soll. Die Empfehlungen, die die Autoren

1 Steil, R. (2003). Posttraumatische und Akute Belastungsstörung. In: Leibing, E., Hiller, W. & Sulz, S.K.D. Lehrbuch der Psychotherapie. Verhaltenstherapie, Bd. 3. München: CIP-Medien (SS. 285-297).

2 Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity sample. Arch Gen Psychiatry, 52 (pp. 1048-1060).

3 Schäfer, Ulrike, Rüter, Eckart, Sachsse, Ulrich (2006). Hilfe und Selbsthilfe nach einem Trauma. Ein Ratgeber für seelisch schwer belastete Menschen und ihre Angehörige. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. ISBN: 3-525-46250-6. Preis: 14,90 €.

Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis - MHP

Herausgegeben von Erika Behnsen, Dr. med Karin Bell, Dipl.-Psych. Dieter Best, RA Hartmut Gerlach, RA Horst Dieter Schirmer, Prof. Dr. Rudolf Schmid.

Loseblattwerk in 3 Ordnern. Ca. 3.000 Seiten.

€ 118,-*

ISBN 3-938909-01-3

MHPplus CD-ROM. € 148,-*

ISBN 3-938909-02-1

Kombi-Ausgabe Loseblattwerk und MHPplus CD-ROM. € 197,-*

ISBN 3-938909-09-9

* Zzgl. 4 Aktualisierungen jährlich zu je ca. € 45,- bis € 50,- pro Lieferung / je € 49,- pro CD-ROM-Update bzw. € 32,- für Kombi-Abonnenten.

Von A-Z bietet Ihnen das Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis aktuelle Informationen und kompetente Beratung durch ausgewiesene Fachleute. Das Handbuch gibt Antworten auf alle zentralen Fragen zu Praxis und Recht.

Das Deutsche Ärzteblatt urteilt:

„Für die tägliche Praxis nahezu unverzichtbar.“
(Heft 24/2002)



Jetzt lieferbar: Die neue MHPplus CD-ROM!

MHPplus bietet neben dem kompletten Inhalt des Loseblattwerkes zusätzlich die Rubrik „Praxishilfen“, in der Sie für sämtliche Praxissituationen Verträge, Muster, Formulare und Checklisten finden. Alle Musterdokumente sind in Word exportierbar und können dort Ihren individuellen Erfordernissen angepasst werden.

Die neue **MHPplus** CD-ROM bietet Ihnen also noch mehr Inhalt als das Loseblattwerk.

BESTELLCOUPON

Fax: 089/54852-8137

Praxis

Name/Vorname

Straße

PLZ/Ort

**Psychotherapeutenverlag
Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH
Kundenservice München
Emmy-Noether-Straße 2**

80992 München

Ja, ich bestelle

Behnsen/Bell/Best/Gerlach/Schirmer/Schmid
Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis

- Loseblattwerk in drei Ordnern. € 118,-*
ISBN 3-938909-01-3
- MHPplus CD-ROM. € 148,-*. ISBN 3-938909-02-1
- Kombi-Ausgabe. Loseblattwerk und MHPplus CD-ROM. € 197,-*
ISBN 3-938909-09-9

* Zzgl. Aktualisierungslieferungen/Updates

Ihr Rückgaberecht für Loseblattwerke und CD-ROM: Sie bestellen ohne Risiko. Sie können das Werk vier Wochen prüfen. Wenn es Ihnen nicht gefällt, können Sie es innerhalb dieser Frist ohne Angabe von Gründen zurückschicken. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung. Nur wenn Sie das Werk behalten, wird die beiliegende Ansichtsrechnung fällig. Um die Aktualisierung Ihres Werkes brauchen Sie sich nicht zu kümmern: Sie erhalten automatisch regelmäßig Aktualisierungslieferungen zum jeweils gültigen Seitenpreis bzw. Updates der CD-ROM. Sie können die Belieferung beenden, indem Sie uns benachrichtigen (Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Emmy-Noether-Str. 2, 80992 München) oder eine Lieferung zurückschicken an Rhenus Medien Logistik GmbH & Co. KG, Abt. Remittenden Hüthig Jehle Rehm, Justus-von-Liebig-Str. 1, 86899 Landsberg a. Lech.

Datum/Unterschrift

**Psychotherapeuten
Verlag**

betroffenen Eltern geben, ähneln sehr stark denen von Fischer (2003, s.u.). Letzterer geht jedoch etwas ausgiebiger auf die Interaktion zwischen Eltern und ihren traumatisierten Kindern ein.

Auch **Michaela Huber (2006)**⁴ fokussiert in ihren beiden Büchern **„Trauma und Traumabehandlung, Teil 1 und 2“** das Thema „Traumata“. Aufbauend auf den Kapiteln des ersten Bandes vermittelt sie ihrem Leser gerade in ihrem zweiten Buch dieser Dualreihe einen eindrucksvollen und detaillierten Überblick über die moderne Therapie von Betroffenen eines Komplextraumas. Hierbei spricht sie sowohl Betroffene als auch Psychotherapeuten, Angehörige und weitere Berufsgruppen an, die mit Traumabehandlung in Berührung kommen könnten.

Huber zeigt dem Leser, woran man die Notwendigkeit einer ambulanten oder einer stationären Behandlung erkennen kann. Gleichzeitig beschreibt sie sehr anschaulich wichtige Faktoren, die eine Traumabehandlung erschweren können. Hierzu geht sie speziell auf die Themen „Dissoziation“ und „rituelle Misshandlungen“ ein. Sie demonstriert unter anderem mit Hilfe von zahlreichen (Imaginations-)Übungen die Wichtigkeit von Stabilisierung und Ressourcenarbeit als ersten Behandlungsschritt. Huber führt den Leser daraufhin in die weitere Traumabehandlung ein und beschreibt Möglichkeiten der Behandlung der typischen Symptome einer PTSD sowie der Traumasynthese bzw. -durdurcharbeitung. Als erfahrene Traumatherapeutin warnt die Autorin vor drei gravierenden „Bedrohungen für die Helfer-Psyche“ und demonstriert da-

durch die Wichtigkeit der Psychohygiene des Behandlers. Ihr Buch rundet Huber ab mit hilfreichen Checklisten sowie verschiedenen Tipps für die Traumabehandlung, mit Behandlungsrichtlinien der ISDD (International Society for the Study of Dissoziation) und Empfehlungen für stationäre Therapie-Einrichtungen.

Huber schöpft bei ihrer Darstellung von Traumatherapie aus ihrem großen Erfahrungsschatz als Psychotherapeutin, Supervisorin und Auszubildende. Mit ihrem Buch ist es ihr einerseits gelungen, den Leser auf Hindernisse und Grenzen des Gesundheitssystems in Deutschland aufmerksam zu machen, die die Behandlung eines traumatisierten Menschen erheblich erschweren können. Andererseits überzeugt sie ihn von der Sinnhaftigkeit und der Fruchtbarkeit einer Traumatherapie. Hierbei helfen ihr sicherlich ihre gut verständliche Schriftsprache, ihre anschaulichen Schaubilder sowie ihre umrandeten Merksätze, die den allgemeinen Überblick über die Thematik „Trauma“ erleichtern. Ihre Professionalität untermauert sie mit Hilfe von Statistiken, zahlreichen Literaturhinweisen und Verweisen auf andere bekannte Traumatherapeuten wie Harvey Schwartz und Luise Reddemann.

Mit diesem Buch haben Traumatherapeuten ein hilfreiches Lehrbuch, das sie bei verschiedenen Fragestellungen immer wieder zur Hand nehmen können. Durch seine mitreissende und motivierende Art, aber auch durch die hilfreichen Hinweise bzgl. Psychohygiene kann ein Therapeut in seinem Traumatherapievorhaben nochmals bestärkt werden. Die eindrucks-

voll dargestellten Fallbeispiele und Dialoge zwischen Therapeutin und Patient unterstützen zudem die Verständlichkeit der jeweiligen Behandlungsmethode.

Betroffene können in diesem Buch Hinweise erhalten, welche Behandlungen möglich sind. Sie können dadurch ermutigt werden, trotz ausgeprägten Ängsten eine Traumatherapie in Erwägung zu ziehen bzw. zu beginnen. Auch können sie in diesem Buch Erklärungen für die Vorgehensweise ihres Traumatherapeuten finden. Da der Schwerpunkt in diesem Buch jedoch auf die Psychotherapie gelegt wird, ist es als Selbsthilfebuch eher ungeeignet. Auch wenn die Autorin Betroffene vor bestimmten Textpassagen warnt, besteht bei ihnen während des Lesens immer wieder die Gefahr, in ihrer Erinnerung und somit in ihrer Symptomatik getriggert zu werden.

Michaela Huber (2005)⁵ adressiert ihr weiteres Buch **„Der innere Garten“** an alle Menschen, die sich in einer Situation der Unentschlossenheit befinden. Somit ist dieses Buch nicht ausschließlich an Betroffene, sondern auch an Vertreter des Sozial- und Gesundheitswesens adressiert. Mit den beschriebenen Übungen versucht Huber, den Leser zu Veränderungen zu ermutigen, um auf diese Weise seine Selbstentwicklung und -veränderung zu unterstützen.

Huber führt in ihrer Einleitung den Leser behutsam und sukzessive in Begrifflichkeiten wie „erlernte Hilflosigkeit“, „Resilienz“ und „Gefühls- und Seinszustände“ ein. Hiermit gelingt ihr ein guter und nachvollziehbarer Übergang zu der Nützlichkeit und Sinnhaftigkeit von

Achtsamkeitsübungen, die in der Hypnotherapie gerne und effektiv angewendet werden. Der Leser ist somit vorbereitet auf den zu erwartenden Inhalt. In den nun folgenden Einzelkapiteln führt die Autorin den Leser systematisch in aufeinander aufbauenden Achtsamkeitsübungen und somit in seinen „inneren Garten“ ein. Der Leser wird auf diese Weise nicht nur mit einem respektvollen und distanzierend-erleichternden Umgang mit seinen Problemen vertraut gemacht, sondern er kann mit Hilfe der Achtsamkeitsübungen Möglichkeiten der Lösungsfindung spezifischer Problembereiche finden. Das Buch wird durch ein persönliches und ermunterndes Nachwort der Autorin abgeschlossen.

Huber ist mit den aufeinander aufbauenden Achtsamkeitsübungen ihres „inneren Gartens“ eine Art Selbsthilfebuch für Menschen gelungen, die sich derzeit in einer vermeintlichen Ausweglosigkeit befinden. Die Autorin spricht den Leser persönlich an, führt ihn behutsam und leitend in die Thematik ein und lässt in ihre Wortwahl viel Witz, Charme und Metaphern einfließen. Das Praktizieren der einzelnen Übungen wird durch die Begleit-CD deutlich erleichtert.

4 Huber, Michaela (2006). Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung, Teil 1. Paderborn: Junfermann Verlag. ISBN: 978-3873875104. Preis: 21 €.

Huber, Michaela (2006). Wege der Traumabehandlung. Trauma und Traumabehandlung, Teil 2. Paderborn: Junfermann Verlag. ISBN: 3-87387-550-0. Preis: 29,50 €.

5 Huber, Michaela, (2005). Der innere Garten. Ein achtsamer Weg zur persönlichen Veränderung. Paderborn: Junfermann Verlag. ISBN: 3-87387-582-9. Preis: 17 €.

Hypnotherapeutische Übungen mögen für manch einen Leser recht befremdlich wirken, so dass hier Zweifel und Kritik leicht aufkommen könnten. Diesem begegnet Huber gekonnt, indem sie nach jeder einzelnen Übung ihren Zweck gesondert erläutert. Trotzdem werden sich wahrscheinlich nur diejenigen Leser mit den Übungen beschäftigen wollen, die auch bereit sind, auf der imaginativen Ebene und nicht nur auf der Verhaltensebene ihre Probleme zu bearbeiten. Als Selbsthilfebuch für Traumabetroffene wird es wahrscheinlich nicht ausreichend sein. Hierzu bedarf es weiterer Ratschläge, die in den ebenfalls hier vorgestellten Büchern beschrieben werden.

Fischer (2003)⁶ versucht mit seinem Buch „**Neue Wege aus dem Trauma**“, Traumabetroffenen, Angehörigen und Interessenten zu veranschaulichen, wie ein „festgefahrener“ Selbstheilungsprozess nach einem Traumageschehen wieder in Gang gesetzt werden kann. Hierzu greift er auf seine Erfahrungen mit dem von ihm selbst entworfenen therapeutischen Vorgehen *Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie (MPTT)* zurück. Dieses Vorgehen vereint sowohl verhaltenstherapeutische als auch tiefenpsychologische Elemente in sich. Mit seinen „Informationen“ für die Selbstheilung gelingt ihm somit eine relativ eklektische Betrachtungs- und zugleich auch Behandlungsmöglichkeit des erlebten Traumas.

In seinem ersten Kapitel stellt Fischer die Reaktionen eines Betroffenen als naheliegend und nachvollziehbar dar. Dieser Betrachtungsweise verleiht er zusätzliche Betonung durch

die Wahl des Personalpronomens „wir“, durch das Aufgreifen typischer Ängste, Sorgen und Verhaltensweisen von Betroffenen und durch den Vergleich der psychischen Wunde „Trauma“ mit einer körperlichen Verletzung. Der Betroffene kann somit den Eindruck erhalten, in seinem Leiden vom Autor gesehen und verstanden zu werden, was ihn in dem Lesen des doch dicht geschriebenen Buches weiter motivieren sollte. Im weiteren Verlauf veranschaulicht Fischer die einzelnen klinischen Kriterien einer PTSD, indem er ihren anfänglichen Schutz und Sinn, aber auch ihre späteren verheerenden Folgen beschreibt. Mit dieser teils genauen und auf das ZNS Bezug nehmenden Darstellung des Traumas leitet Fischer zu den Selbsthilfemöglichkeiten über. Dabei vergisst er nicht, dem von ihm selber gegründeten „Deutschen Institut für Psychotraumatologie“ (DIPT) größere Aufmerksamkeit zu schenken.

In dem zweiten Kapitel seines Buches veranschaulicht der Autor seinem Leser verschiedene Methoden seiner MPTT zur Förderung des Selbstheilungsprozesses. Er stellt nicht nur typische verhaltenstherapeutische Herangehensweisen wie Tagebücher oder Aktivitätentraining dar, sondern auch Entspannungsübungen wie die Muskelentspannung, eine Abwandlung der EMDR und Achtsamkeitsübungen. Zusätzlich geht Fischer auf die unterstützende Qualität von sportlichen Aktivitäten und einer gesunden Ernährung sowie auf die Dialektik des „Aufhebens“ des Traumas ein. Weiterhin beschäftigt er sich in diesem Kapitel spezifisch mit der „Ursachentheorie“, der „Vorbeugungstheorie“ sowie mit

der „Spontanen Heilungstheorie“, die laut einer Studie seines Instituts für die Verarbeitung von Traumata von zentraler Bedeutung sind. Fischer bietet in diesem Rahmen seinem Leser ausführliche Beschreibungen und Begründungen für die Einstellungen und Verhaltensweisen von Betroffenen. Gleichzeitig stellt er unterschiedliche Übungen, meist Achtsamkeitsübungen (s.o.), aber auch Zusatzinformationen und Tipps vor, die er vom Textfluss separiert und mit einer entsprechenden Überschrift kenntlich macht. Fischer bemüht sich, den Betroffenen auf die Übungen vorzubereiten und ihn bei der Durchführung zu unterstützen. Er bereichert die doch recht kurz gehaltenen Übungsbeschreibungen durch eine Erläuterung der Wirkungs- und Gefährdungshinweise der Übungen. Somit hat er evtl. eine Möglichkeit gefunden, die Wahrscheinlichkeit für ein Gelingen der Übungen in der Selbsthilfe zu erhöhen.

In seinem dritten Kapitel gibt Fischer einen Überblick über typische Erfahrungen, die ein Trauma nach sich ziehen kann. Da jeder Mensch nicht davor gefeit ist, in seinem Leben mit negativen Erlebnissen konfrontiert zu werden, präsentiert er gegen Ende des Kapitels eine Art Checkliste über Ereignisse mit potentiellem Traumacharakter.

Fischer gibt Eltern traumatisierter Kinder in seinem vierten Kapitel Informationen darüber, wie sie sich ihnen gegenüber verhalten sollen und was für das Kind wichtig ist. Weiterhin erläutert er das Beziehungsmuster zwischen Eltern und ihrem Kind und verweist dabei sehr anschaulich auf die

Rechte der Kinder und auf die Pflichten der Erwachsenen. Fischer ergänzt dieses Kapitel mit Zusatzinformationen über die kurz- und langfristigen Folgen eines sexuellen Missbrauchs.

Der Autor verweist in seinem fünften Kapitel auf die Behandlungsangebote in Deutschland. Er bezieht sich hierbei auf die medikamentöse Therapie, auf die Psychotraumatologische Fachberatung und auf die MPTT, die in seinem Institut angeboten werden. Des Weiteren nennt und beschreibt er Unterstützungsangebote bei finanziellen und versicherungstechnischen Fragestellungen.

Zu guter Letzt wird das Selbsthilfebuch mit Antworten auf an Fischer oft gestellte Fragen abgerundet.

Durch die wohlgedachte Reihenfolge der Themenbereiche führt Fischer seinen Leser behutsam in das Thema „Trauma“ ein. Die Ausführlichkeit der Informationen, die Darstellung von Vorbedingungen, Wirkungen und Warnhinweisen der Übungen geben dem Leser den Eindruck, vom Autor während des Lesens persönlich begleitet zu werden. Die Darstellung der Vielfältigkeit der Herangehensweisen zur Aktivierung der Selbstheilungskräfte macht es wahrscheinlich, dass das Interesse des Lesers für eine oder mehrere Methoden geweckt wird. Die Vielfältigkeit demonstriert dem Leser sicherlich auch die Möglichkeit der generellen Reduktion oder Heilung der Traumasymptome.

6 Fischer, Gottfried (2003). *Neue Wege aus dem Trauma. Erste Hilfe bei schweren seelischen Belastungen*. Düsseldorf: Walter Verlag. ISBN: 3-530-40145-5. Preis: 16 €.

Fischer versucht mittels seiner umfangreichen Informationen über das Thema „Trauma“ nicht nur Betroffenen, sondern gerade auch Interessenten einen genauen Überblick über diesen Themenbereich zu vermitteln. Angehörige finden mit diesem Buch einen guten Ratgeber bzgl. häufig gestellter Fragen.

Ein stark beeinflusster Betroffener, dessen Konzentrationsfähigkeit ohnehin eingeschränkt ist, könnte durch die große Menge an Text und Informationen überfordert werden. Es wäre besser gewesen,

die einzelnen Abschnitte noch deutlicher zu separieren. Auch wenn Fischer sehr viel Wert auf eine hohe Informationsvermittlung legt, so fällt doch deutlich die Kürze der Übungsbeschreibungen auf. Ein Laie, der die Übungen lediglich anhand der Beschreibung von Fischer alleine durchführen möchte, würde sicherlich größere Schwierigkeiten bekommen. Für eine selbstständige Durchführung der vorgestellten Imaginationsübungen würden sich eher die klareren Beschreibungen von Huber (2006, 2005) anbieten.

Schlussendlich stellt sich nach Betrachtung dieser ausgewählten Bücher die Frage, welches von ihnen als Selbsthilfebuch empfohlen werden kann. Dies hängt wohl sehr stark davon ab, welche Erwartungen man selber an ein solches Buch hegt. Will man kurz und knapp über Traumata und dessen professionelle Behandlung aufgeklärt werden (wie bei Schäfer et al., 2006), will man genaue Informationen bspw. im Stil eines Lehrbuches haben (wie bei Huber, 2006) oder will man „nur“ eine allgemeine Unterstützung in Form von imaginativen Techniken haben (wie

bei Huber, 2005)? Möchte man jedoch ein Buch lesen, das allen gerade genannten Punkten gerecht wird, dann wäre eher der Trauma-Ratgeber von Fischer (2003) zu empfehlen, wobei jedoch auch die oben genannten Nachteile in Kauf genommen werden müssen.

Dipl. Psych. Corinna Paeth

Institut für Psychotherapie und Med. Psychologie der Universität Würzburg
Klinikstr. 3
97070 Würzburg
paeth.c@klinik.uni-wuerzburg.de

Buchholz, M.B. (2004). Psycho-News. Briefe zur empirischen Verteidigung der Psychoanalyse. Gießen: Psychosozial-Verlag. 451 Seiten.

Buchholz, M.B. (2006). Psycho-News II. Neue Briefe zur empirischen Erweiterung der Psychoanalyse. Gießen: Psychosozial-Verlag. 355 Seiten.

Sebastian Leikert

Die beiden Bände um die es hier geht haben eine ungewöhnliche Entstehungsgeschichte: Innerhalb des Vorstands der DGPT – Dachverband der psychoanalytischen Fachgesellschaften in Deutschland – entstand der Wunsch, von Zeit zu Zeit zusammenfassende Informationen über aktuelle Ergebnisse der Psychotherapieforschung zu bekommen. Dieses Problem dürfte jedem wohlbekannt sein, der ein Interesse an den vielfältigen Entwicklungen seines Fachs hat, dessen Aufgabenfeld aber nicht primär wissenschaftlich ist. Es überrascht auch nicht, dass diese Anfrage an Herrn Buchholz gerichtet wurde. Zunächst wissenschaftlicher Leiter der psychotherapeutischen Klinik in

Tiefenbrunn bei Göttingen, wurde auf den Lehrstuhl für Sozialwissenschaften in Göttingen berufen. Vielen ist er daneben auch als Herausgeber der Zeitschrift für qualitative Sozialforschung bekannt.

Was aber ist nun herausgekommen bei dieser Anfrage und warum kommt, was dabei herausgekommen ist, nun in Buchform heraus und für wen sind diese zwei Bände von Interesse? Die bald so genannten Psycho-News-Letter wurden und werden nun mit größter Regelmäßigkeit jeden Monat versandt und bilden damit seit November 2002 eine erstaunliche Kontinuität hochwertiger Information. Qualität und Tonfall der Psycho-News-Letter machten sie

darüber hinaus für einen großen Kreis weiterer Leser interessant und so ergab sich – dem world wide web sei Dank – bald eine größere Verbreitung der kürzeren oder längeren Texte. Dabei ist es, neben der stupenden Leseleistung des Autors, vor allem seiner Fähigkeit zu verdanken, fast im Plauderton komplexe Themengebiete zu durchqueren, dass die Lektüre der Texte nicht nur lehrreich, sondern fast unterhaltsam ist. Die Verbindung zur philosophischen Tradition oder zur älteren Wissenschaftsgeschichte wird nicht gescheut. Buchholz macht die Einbettung der aktuellen Forschung in die Fragestellungen deutlich, die auch frühere Epochen mit anderen Mitteln bearbeitet haben.

Inhaltlich bildet das Referat empirischer Ergebnisse der Psychotherapieforschung, seien sie psychoanalytischer oder anderer Provenienz, das Zentrum der Psycho-News-Letter. Es geht um Arbeiten zum outcome verschiedener Therapieformen, um Langzeitstudien, um Studien zur Verbreitung psychischer Störungen. Es geht um Themen der Auseinandersetzung zwischen Psychoanalyse und Neurobiologie oder um Arbeiten zu bestimmten Facetten der klinischen Begegnung, wie z.B. dem Arbeitsbündnis oder zur Beforschung des Zusammenhangs von Mimik, Gestik und therapeutischer Interaktion. Es geht aber auch um etwas ferner liegende Themen der Therapieforschung, wie z.B. die Anthropologie der

Musik oder die Frage nach dem Zusammenhang zwischen der Religion und der therapeutischen Rolle. Kurz, die Themenvielfalt psychotherapeutischer Fragestellungen im Spiegel des aktuellen Forschungsprozesses ist Inhalt der nun von Buchholz veröffentlichten Texte.

Im zweiten Band setzt Buchholz dieses weit gestreute Panorama fort, es lassen sich jedoch auch weitere Perspektiven erkennen. Wenn Buchholz etwa einen Text zum Thema *Widerspruch, Schönheit, Zeit* verfasst, so geht dies über ein schlichtes Referat von Forschungsergebnissen weit hinaus. Buchholz nimmt sich die Freiheit, literarische Bezüge von Robert Musil bis Phillip Roth zu diskutieren. Nie verliert er jedoch den Diskussionsfaden zur aktuellen Forschung, wenn er diese Diskussionslinien mit Sterns inzwischen auch in deutscher Sprache erschienen Buch zum *Gegenwartsmoment* zusammenführt. Was bleibt, ist das genaue Referat aktueller

Forschungsergebnisse, was hinzukommt, ist eine größere Freiheit, diese Ergebnisse zu bewerten, einzubinden und auszuwerten.

Kommen wir aber zurück zur Frage, für wen die Psycho-News – nun in Buchform – interessant sind. Natürlich wird der regelmäßige Leser der Letter sie gern in handlicher Form greifbar haben, vor allem aber stellt die Veröffentlichung einen weiteren Schritt der Öffnung des psychotherapeutischen Wissens dar. Und dies entspricht Buchholz' Intention: es geht ihm gerade darum zu zeigen, dass die Psychotherapie und insbesondere die Psychoanalyse keine esoterische Geheimlehre für Eingeweihte ist, sondern dass sie sich im Tageslicht der wissenschaftlichen Reflexion zu beweisen hat und dies auch kann.

Wo aber ist die Grenze der Lesbarkeit? Ich glaube, die Psycho-News-Letter sind für jeden interessant, der sich mit Psychotherapie befasst und der Psychoanalyse nicht grundsätzlich ablehnend gegenüber steht.

Der Leser kann ohne weiteres ein Kritiker der Psychoanalyse sein. Er wird sich bei Buchholz gut aufgehoben fühlen, kritisiert dieser doch selbst das starre und forschungsblinde Festhalten einiger Gruppierungen an überkommenen Überzeugungen. Der Reichtum der Perspektiven und Themen ist groß und stellt ein fast enzyklopädisches Kompendium dar. Andererseits sind die Psycho-News nichts weniger als eine Enzyklopädie, sie gehen unsystematisch von Themen aus, die der Autor auswählt und mit einer großen Freiheit der Kontextualisierung abhandelt, erreichen aber, durch die Kontinuität der Arbeit, quasi auf rhapsodischem Wege, eine gewisse Vollständigkeit der Themen.

An dieser Stelle meine einzige Kritik an dem Projekt: ich finde, die Bände hätten durch ein Stichwort- oder zumindest durch ein Personenregister sehr an Handhabbarkeit gewonnen. Zumindest ein

Personenregister dürfte für den Verlag – Herr Buchholz selbst hat nun wahrlich genug geleistet – kein übertriebener Aufwand sein und würde es sehr erleichtern, Querverbindungen zu erschließen.

Die Position Buchholz' ist der Blick über den Tellerrand und diesen Blick erlauben die Texte natürlich in beiden Richtungen: vom Tellerinneren des Kerngebietes der Psychotherapie auf das Draußen der Forschung und vom allgemein Rationalen der Forschung ins Kerngebiet der Psychoanalyse hinein. Gerade diesen Blick zu ermöglichen, halte ich für eine Leistung des Autors. Die vorgestellten Bände sind eine Einladung an alle, die kritisches Gespräch mit der Psychoanalyse für eine gute Sache halten.

Dr. Sebastian Leikert

Psychologischer Psychotherapeut
Herderstr. 13
76185 Karlsruhe
S.Leikert@web.de

Will, H. (2006). *Psychoanalytische Kompetenzen. Standards und Ziele für die psychotherapeutische Ausbildung und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer. 76 Seiten.*

Herbert Ühlein

Der Münchner Analytiker Herbert Will greift in seiner jüngsten Publikation eine der zentralen Ausbildungsfragen auf: welche Kompetenzen sollen Ausbildungsteilnehmer im Rahmen der analytischen Ausbildung erwerben? Für Außenstehende hatten bislang so allgemeine Antworten wie ‚eine psychoanalytische Haltung erwerben‘ wenig Befriedigendes und unterstrichen eher den Nimbus

des Geheimnisvollen. Die Frage, was zur Ausbildung zum Analytiker notwendig ist, wurde schon in den 20er Jahren des letzten Jahrhunderts aufgegriffen und mit der heute noch gültigen Trias von Lehranalyse, Theorie und Behandlungserfahrung einer ersten Lösung zugeführt. Damit war zwar der Weg beschrieben, auf dem diese Kompetenzen erworben werden sollten, aber

nicht, wann genügend Kompetenzen erworben sind, um eigenständig als Analytiker arbeiten zu können. Dieses Problem ist insofern knifflig, als die Frage der Beurteilung gerade in einem persönlichkeitsnahen Verfahren wie die Psychoanalyse bei Kandidaten viele Fantasien und Ängste auslöst, und auch die zunehmende Verrechtlichung psychotherapeutischer Tätigkeiten klarere Aus-

sagen erfordert. Knifflig ist das Problem aber auch für die Ausbilder, die im Verlauf der Ausbildung immer wieder die Fortschritte der Kandidaten zu beurteilen und im schlimmsten Fall auch die fehlende Eignung zu vertreten haben. Mit der Einführung der Approbation gab es dann eine Einschränkung der Ausbildungsfreiheit der Institute, die nun zur Erlangung der staatlichen Anerkennung

als Ausbildungsinstitut einen detaillierten Lehrplan vorlegen mussten und dem Lernzielkatalog des Instituts für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen Rechnung tragen mussten. Dies entthob sie aber nicht der Aufgabe, selbst die analytische Kompetenz beurteilen zu müssen. Derzeit stellt sich die Frage wieder verstärkt in einem noch etwas anderen Kontext, wenn sich Interessenten an ein Ausbildungsinstitut wenden, die ihre Kompetenz als Psychotherapeuten bereits mit der Approbation nachgewiesen haben und nun als zweite Fachkunde die analytische erwerben wollen. Damit stellt sich vermehrt die Frage, welche Kompetenzen ein Psychotherapeut mit tiefenpsychologischer Ausrichtung erwerben muss, um einen Abschluss als Analytiker zu machen.

Die Frage nach der Beurteilung der Kompetenz betrifft aber nur einen Strang der Problematik. Ein anderer liegt in der zunehmenden Pluralität der Psychoanalyse begründet, und zwar sowohl in theoretischer als auch in praktischer Hinsicht. Der ebenso naheliegenden wie auch provokanten Frage „Does anything go“ wird seit der Präsidentschaft von David Tuckett in der European Psychoanalytic Federation (EPF), der eu-

ropäischen Zweigorganisation der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung, in länderübergreifenden Arbeitsgruppen nachgegangen. Es stellte sich heraus, dass es mehr gemeinsames Verständnis gibt als gedacht, so dass die Aufgabe dann darin bestand, das implizite Wissen über analytische Kompetenz explizit zu machen.

Herbert Will sucht nun in seiner Veröffentlichung auf dem Hintergrund der in der EPF und der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft geführten Diskussion sowie von Material aus dem Ausbildungsbetrieb der Münchner Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie, das Wissen um die psychoanalytische Kompetenz in 10 Einzelkompetenzen explizit zu machen. Er unterscheidet dabei drei verschiedene Bereiche, in denen er die Kompetenzen ansiedelt: den teilnehmend-beobachtenden Rahmen, den konzeptuellen Rahmen und den Interventionsrahmen.

Im Einzelnen lauten die 10 Kompetenzen:

- Die Fähigkeit zur gleichschwebenden Aufmerksamkeit und Zurückhaltung
- Die Fähigkeit, mit der Gegenübertragung zu arbeiten

- Die Fähigkeit zur psychoanalytischen Interaktion und Intersubjektivität
- Die Fähigkeit, eine als hilfreich erlebte Beziehung herzustellen
- Die Fähigkeit, mit Angst, Spannung und Konflikten umzugehen
- Die Fähigkeit, den Patienten psychischen Raum und Entwicklungsfreiheit zu geben und sie nicht durch eigene Bedürfnisse oder Unzulänglichkeiten einzuschränken
- Die Fähigkeit, einen analytischen Prozess einzuleiten, zu gestalten und zu beenden
- Die Fähigkeit, theoretische Konzepte heranzuziehen
- Die Fähigkeit zur Selbstreflexion
- Die Fähigkeit, in förderlicher Weise zu deuten

Will bleibt dabei aber nicht bei einer Auflistung stehen, sondern erläutert die Kompetenzen in gut nachvollziehbaren, ausführlichen Beschreibungen, die er dann mit kompetenten und weniger kompetenten Beispielen illustriert.

Meines Erachtens gelingt es Will dabei recht gut, den Balanceakt zu schaffen, das Wissen um die Kompetenzen explizit zu machen, dabei aber keine ehernen Gesetze zu definieren, sondern vielmehr den gegenwärtigen

Diskussionsstand darzustellen. Das Problem des cut-off, d.h. wann sich ein Kandidat als nicht geeignet erweist, ist damit nicht gelöst, eine eventuelle Entscheidung wird damit aber auf eine transparentere Basis gestellt.

Auch wenn er im Untertitel den Anspruch erhebt, „Standards und Ziele für die psychotherapeutische Ausbildung und Praxis“ zu schaffen, trifft das Meiste doch eher hauptsächlich für die analytische Ausbildung zu. Für die mit analytischer Ausbildung Beschäftigten aber, seien es Dozenten, Supervisoren oder Kandidaten, bietet diese Veröffentlichung hochinteressantes Material für einen transparenteren Austausch über Ausbildungsprobleme. Wie ich verschiedenen Berichten aus Instituten und überregionalen Gremien entnehmen konnte, ist die Diskussion darüber bereits in Gang gekommen.

Dr. Herbert Ühlein

Psychologischer Psychotherapeut
Zollerstr. 7
93053 Regensburg
herbert.uehlein@dpg-psa.de

Hopf, H. & Windaus, E. (Hrsg.) (2007). Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zur/zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/en und für die ärztliche Weiterbildung. Band 5: Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. München: CIP- Medien. 648 Seiten.

Helene Timmermann

Mit Band 5 dieser Reihe liegt nun auch ein Lehrbuch für die Ausbildung der analytischen

und tiefenpsychologisch fundierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vor.

Zielgruppe sind in erster Linie die Studierenden der Kinder- und Jugendlichenpsychothera-

pie, die die Fachkunde erwerben und die Prüfung ablegen wollen. Gleichzeitig eignet es

sich hervorragend als Nachschlagewerk für praktizierende Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, für Pädagogen und Mediziner oder für Lehre und Supervision.

Schon Format, Gewicht und äußere Gestaltung des Werkes überzeugen. Der positive erste Eindruck setzt sich fort beim Blick in das klar gegliederte und detaillierte Inhaltsverzeichnis.

Der Inhalt ist in die Abschnitte A Grundlagen und B Vertiefung gegliedert und wird im Anhang durch ein detailliertes Autoren- und Sachwortverzeichnis sowie ein Verzeichnis der zitierten Autoren vervollständigt.

Der relativ kurz gehaltene Abschnitt A Grundlagen ist als Ergänzung zu Band 1 „Wissenschaftliche Grundlagen der Psychotherapie“ dieser Reihe gedacht und behandelt spezielle Aspekte des Kinder- und Jugendalters. Nach einer Einführung (Porsch) werden biologische, biopsychologische und pharmakologische Grundlagen der Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters (G. Lehmkuhl, Fricke & U. Lehmkuhl), Konzepte über Entstehung, Aufrechterhaltung und Verlauf psychischer Störungen unter Berücksichtigung von Entwicklungspsychologie und Entwicklungspsychopathologie (Bürgin), Prävention und Rehabilitation (Burchartz), Dokumentation und Evaluation (Horn)

sowie Ethik und Berufsrecht (Berns) behandelt.

Da sich alle fünf Lehrbücher am Gegenstandskatalog für die schriftliche Prüfung nach dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG) orientieren, sind Studierenden der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie die Bände 1 „Wissenschaftliche Grundlagen“ und 4 „Verhaltenstherapie“ ebenfalls dringend zu empfehlen.

Herzstück des Buches ist der umfangreiche Abschnitt B Vertiefung. Er ist in fünf Kapitel unterteilt und diskutiert auf 474 Seiten die Themen: Theorie und Praxis der Diagnostik, Rahmenbedingungen der Psychotherapie, Behandlungskonzepte und Techniken, Störungsspezifische Interventionen und Therapie in besonderen Settings.

Die einzelnen Kapitel sind klar gegliedert, orientieren sich am aktuellen wissenschaftlichen Stand und haben zu jedem Themenbereich ein Literaturverzeichnis mit der zitierten Literatur und Empfehlungen zu weiterführender Literatur. Jedes einzelne Kapitel lässt sich auch einzeln gut lesen. Besonderer Wert wurde auf die Verknüpfung von Theorie und Praxis gelegt. Durch die Unterfütterung der Theorie mit zahlreichen klinischen Beispielen, kann der Leser den Argumentationslinien leicht folgen.

Besonders hilfreich für Ausbildungskandidaten dürften die am Schluss jedes Kapitels in Frequently Ask Questions (FAQ) zusammengefassten und nochmals fokussierten Prüfungsfragen sein.

Das 1. Kapitel „Theorie und Praxis der Diagnostik“ umfasst die Themen Klassifikation (Bauers), Theorie und Praxis der psychodynamischen Diagnostik (Horn & Winkelmann), psychoanalytische Diagnostik und szenisches Verstehen (Raue) und Projektive Verfahren (Lutz). Das 2. Kapitel widmet sich speziell den „Rahmenbedingungen“ der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Althoff) und ein weiteres Behandlungskonzepten und Techniken. Hier geht es um theoretische Grundlagen der Behandlung (Bovensiepen), Behandlungskonzepte im Säuglings- und Kleinkindalter (Windaus), grundlegende Konzepte der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen (Windaus) und der begleitenden Psychotherapie der Bezugspersonen (Ahlheim).

Daran anschließend widmen sich die Autoren den Behandlungstechniken bei häufig vorkommenden Krankheitsbildern. Was vorher übergreifend dargestellt wurde, wird nun nochmal anhand von Krankheitsbildern spezifiziert und vertieft. Behandelt werden Angst

und Angststörungen (Hopf), Zwangsstörungen (Bovensiepen), selbstverletzendes Verhalten (Resch), Depression und Suizidalität (Schulte-Markwort), Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen (Hopf), sexuelle Störungen (Heimann), Somatoforme Störungen (Tabbert-Haugg), Essstörungen (Munz, Göpel & Simon), Enuresis und Enkopresis (Schmid-Bos & Kunze), Erkrankungen der Atemwege und Hautaffektionen (Seikowski), Sprachstörungen: Stottern (Heinemann & Hopf), Lese-Rechtschreibschwäche (Mertens), psychische Störungen bei geistiger Behinderung (Heinemann), Posttraumatische und akute Belastungsstörungen (Winkelmann), Missbrauch und Misshandlung (Häußler), Borderline-Risiken – Persönlichkeitsentwicklungsstörungen (Streeck-Fischer), psychotische Erkrankungen (Günter) und autistische Störungen (Heinemann). Wurde bisher eher auf die Therapie im sog. klassischen Setting – Einzeltherapie mit dem Kind/Jugendlichen und begleitende Psychotherapie der Bezugspersonen – Bezug genommen, widmet sich der letzte Abschnitt nun der Therapie in besonderen Settings: Psychodynamisch orientierte Krisenintervention (Riedesser), Kurz- und Fokalthherapie (Windaus), Gruppentherapie (Haar), Familientherapie (Neraal) und stationäre Psychotherapie (Streeck-Fischer).

PSYCHOHOLIC®
Psychologie & Neue Medien

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

DiagnoPro - Das Computerprogramm für die schnelle und einfache Erstellung individueller Berichte

- entwickelt von Experten für Experten
- einfach zu bedienen und übersichtlich aufgebaut
- komplette Kassenanträge innerhalb kürzester Zeit

alle Informationen
und weitere Programme auf
www.psychoholic.de

Platanenallee 113 - 42897 Remscheid - Tel.: 02191-4627495 - info@psychoholic.de - www.psychoholic.de

Auch wenn die Kapitel Selbstverletzendes Verhalten und Depression etwas kurz abgehandelt sind, ist dieses Lehr-

buch ein für Ausbildung, Lehre und therapeutische Praxis grundlegendes und nicht mehr wegzudenkendes Buch.

Helene Timmermann

Analytische Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutin

Sophienallee 24
20257 Hamburg
helenetimmermann@t-online.de

Fröhlich-Gildhoff, K. (2006). Gewalt begegnen. Konzepte und Projekte zur Prävention und Intervention. Stuttgart: Kohlhammer. 240 Seiten.

Fröhlich-Gildhoff, K. (2006). Freiburger Anti-Gewalt-Training (FAGT). Ein Handbuch. Stuttgart: Kohlhammer. 216 Seiten.

Ursula Hellmann

Der Autor verfolgt mit diesen beiden Büchern das Ziel, das komplexe Wirkungsgeschehen bei der Entstehung von aggressivem und gewalttätigem Verhalten, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, abzubilden und auf dieser Grundlage verschiedene Konzepte zur Prävention und Intervention darzustellen (und zum Teil zu bewerten). Im Handbuch liegt der Schwerpunkt auf der konkreten Beschreibung des Anti-Gewalt-Trainings mit einem konkreten Trainings Manual.

Grundlage für die Analyse der Ursachen ist ein umfassendes biopsychosoziales Modell, wobei ein besonderer Schwerpunkt auf die Interaktion zwischen Kind und Bezugsperson gelegt wird, speziell aus der entwicklungspsychologischen Perspektive.

Bei der Diagnostik aggressiven Verhaltens plädiert der Autor für eine multimodale und eine multimethodale Herangehensweise. Er gibt einen umfassenden Überblick über unterschiedliche Konzepte zur Prävention (z.B. „Faustlos“ von

Cierpka, Programme für den Kindergartenbereich bzw. für die Grundschule).

Danach werden unterschiedliche Interventionsprogramme dargestellt:

Zum einen sog. konfrontative Programme, zum anderen ganzheitliche Programme; hierzu zählen das „Training mit aggressiven Kindern“ (Petermann u. Petermann, 2001) und das „Freiburger Anti-Gewalt-Training“ (Fröhlich-Gildhoff, 2006).

Zusätzlich bietet er eine Analyse des Sports als Medium in der Arbeit mit straffällig gewordenen, aggressiven Jugendlichen.

Das erste Buch bietet einen umfassenden, gut gegliederten und angenehm zu lesenden Überblick über die zur Zeit existierenden Programme. Die theoretische Begründung für das vom Autor entwickelte Programm erscheint schlüssig und fußt auf einem sehr wertschätzenden Menschenbild, sowohl im Hinblick auf die Kinder und Jugendlichen selbst als auch

deren Eltern. Es macht neugierig, dieses Programm genauer kennenzulernen. Die zahlreichen methodischen Hinweise und die ausführlichen Literaturangaben können als Fundgrube bzw. zum Weiterlesen genutzt werden.

Insgesamt wird deutlich, dass aggressives und gewalttätiges Verhalten nicht „primär angeboren“ ist, sondern als „biopsychosoziale Entwicklung“ zu verstehen ist. Im Interesse unserer ganzen Gesellschaft wäre es sehr wünschenswert, wenn dieser Ansatz weite Verbreitung im gesamten Bildungs- und Erziehungsbereich und in der frühen Mutter-Kind-Beratung finden würde. Der Autor macht Mut, dass es inzwischen gute Präventionsmöglichkeiten gibt. Aber auch wenn „das Kind bereits in den Brunnen gefallen ist“, d.h. wenn Kinder schon aggressives Verhalten zeigen, kann mit dem von ihm entwickelten Programm noch eine Verhaltensänderung erreicht werden.

Das konkrete Trainings-Manual (Handbuch) ist sehr praxisnah und ausführlich. Es richtet

sich an Kinder und Jugendliche im Alter von 10 bis ca. 16/18 Jahren. Es umfasst 10 Trainingseinheiten à 90 Minuten, die von 2 TrainerInnen geleitet werden sollen. Begleitende Elternarbeit wird dringend empfohlen und anschaulich beschrieben. Neben der genauen Beschreibung der Einheiten stellt der Autor zahlreiche Materialien und Übungen zur Verfügung, so dass der/die TrainerIn aus einem großen Pool schöpfen kann. Der ebenfalls entwickelte „Fragebogen zur Selbsteinschätzung aggressiven Verhaltens (FSA)“ kann auch ohne das gesamte Training genutzt werden.

Zwei fundierte und gut lesbare Bücher, sowohl für den vorwiegend theoretisch Interessierten als auch v.a. eine lohnende Investition für alle Praktiker (Handbuch).

Ursula Hellmann

Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutin
Gunterstrasse 1
86152 Augsburg
ulli.hellmann@t-online.de



Mitteilungen der Bundespsychotherapeutenkammer

Zukunft der Krankenhausversorgung – Gesundheitsminister suchen gemeinsames Konzept

Anfang Juli 2007 tagten die Gesundheitsminister der Bundesländer in Ulm. Bis Ende 2008 soll in den somatischen Krankenhäusern die Einführung der pauschalier-ten Finanzierung (DRG) abgeschlossen sein. An dieses neue Vergütungssystem müssen ab 2009 auch die Instrumente der Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierungen angepasst sein. Gleichzeitig planen die Gesundheitsminister die Verträge zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen zu liberalisieren. Alle drei Themenbereiche werden auch unmittelbar für Krankenhäuser der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Konsequenzen haben. Dies nahm die BPTK zum Anlass, mit einem Eckpunktepapier zur Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung psychisch kranker Menschen Position zu beziehen.

Psychiatrie-Personal- verordnung reformbedürftig

Personalplanung und Finanzierung der Krankenhäuser und -abteilungen in der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik richten sich an der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) und damit an zwei entscheidenden Fragen aus: Welche Behandlung brauchen welche Patienten? Wie ist diese Behandlung durch multiprofessionelle Teams zu gewährleisten? Die Antworten auf diese Fragen fallen heute grundlegend anders aus als vor 20 Jahren. Inzwischen ist eine differenziertere Analyse der Morbidität psychisch kranker Menschen möglich. Ferner verbessern sich ständig die Informationen zu Patientenpräferenzen. Vor allem hat aber der wissenschaftliche Fortschritt das diagnostische und therapeutische Wissen um psychische Krankheiten erheblich erweitert.

Diese Entwicklungen bildet die Psychiatrie-Personalverordnung aus dem Jahr 1991 nicht ab. Ihr liegt noch ein therapeutisches Konzept zugrunde, das durch den wissenschaftlichen Erkenntnisstand der Jahre 1988 und 1989 geprägt ist. Damit relativiert sich die eigentliche Stärke der PsychPV: die Definition der Qualitätsstandards für die Versorgung psychisch kranker Menschen. Außerdem berücksichtigt die PsychPV noch nicht das Psychotherapeutengesetz (1999). Die PsychPV und damit die Finanzierung der Krankenhausbehandlung sind deshalb dringend reformbedürftig.

Integrierte Versorgung gezielt fördern

Eine stärkere Differenzierung und gesicherte Qualifikation der Gesundheitsberufe führt zu einer größeren interdisziplinären Arbeitsteilung. Aus dieser grundsätzlich positiven Entwicklung kann für schwer und chronisch kranke Menschen jedoch eine Zersplitterung der Behandlungsprozesse resultieren. Die Krankenhäuser und -abteilungen in der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik stellen durch multiprofessionelle Behandlungsteams integrierte Versorgungsansätze sicher. Den Leistungserbringern im ambulanten Bereich fällt eine berufsgruppenübergreifende, integrierte Versorgung noch bedeutend schwerer. Ein neues Finanzierungssystem sollte künftig Anreize für die Entwicklung integrierter Angebote setzen – gleichermaßen für Krankenhäuser und ambulante Versorgungsnetze, denn psychisch kranke Menschen brauchen auch niedrigschwellige und präventiv orientierte Versorgungsangebote.

Krankenhausplanung weiterentwickeln

Die stationäre und tagesklinische Krankenhausplanung konzentriert sich darauf, die Versorgung schwer psychisch kranker Menschen sicherzustellen. Der stetige Ausbau der ambulanten Krankenhausbehandlung durch psychiatrische Institutsambulanzen und akut ausgerichtete Tageskliniken wird im Kontext der meist bettenzentrierten Krankenhausplanung und der Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigungen zu wenig bzw. gar nicht berücksichtigt. Ohne differenzierte Aussagen zur Morbiditätsentwicklung, ohne Berücksichtigung von Patientenpräferenzen und vor allem ohne Einbeziehung sektor- und kostenträgerübergreifender Kooperations- und Substitutionsmöglichkeiten ist eine Versorgungsplanung für psychisch kranke Menschen wenig aussagekräftig. Eine Neuausrichtung der Krankenhausplanung ist deshalb überfällig.

Qualitätssicherung ausbauen

In der psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung können außerdem die positiven Erfahrungen genutzt werden, die in der stationären Rehabilitation mit der Einführung der Qualitätssicherung gemacht wurden. Die hier entwickelten und erprobten Programme lassen sich für den Bereich der psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung weiterentwickeln.

Wie groß der Handlungsbedarf ist, zeigt eine der wenigen Publikationen zur stationären Krankenhausbehandlung depressiver Patienten. Der Anteil dieser Patienten, die trotz des Abhängigkeitsrisikos bei ihrer Entlassung weiterhin mit Benzodiazepinen behandelt wurden, lag bei den

Krankenhäusern zwischen 1 und 56 Prozent. Nicht zuletzt dieser Befund zeigt erneut, wie notwendig es ist, multidisziplinäre, evidenzbasierte Leitlinien zu entwickeln und weiter voranzutreiben. Ziel der Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) Depression ist es beispielsweise, Standards für die psychopharmakologische, psychotherapeutische oder Kombinationsbehandlung dieser Patientengruppen zu implementieren. Die BPTk arbeitet an der Entwicklung der NVL Depression mit.

BMG plant Gutachten zur Psychotherapieausbildung

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) wird in diesem Jahr ein Forschungsgutachten zur Ausbildung von PP und KJP in Auftrag geben. Hintergrund ist vor allem die Umstellung der Studiengänge im Rahmen des Bolognaprozesses und der dadurch entstehende Regelungsbedarf bei den Zugangsvoraussetzungen zur PP- und KJP-Ausbildung. Der Untersuchungsgegenstand des Gutachtens soll sich jedoch nicht nur auf Fragen des Zugangs beschränken, sondern auch andere Bereiche der Ausbildung einbeziehen. Das

Gutachten könnte weitreichende Folgen für die zukünftige Psychotherapeutenausbildung haben.

Das BMG hatte im Vorfeld die BPTk zu Gesprächen über die genaue Fragestellung und Themen des Forschungsgutachtens eingeladen. Die BPTk betonte, dass im ersten Schritt ein Soll-Ist-Vergleich erforderlich ist, in dem die siebenjährige Praxis der psychotherapeutischen Ausbildung verglichen wird mit den ursprünglichen Qualitäts-Zielen und Intentionen im Psychotherapeutengesetz (PsychThG) sowie der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten (PsychTh-APrV) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJ-PsychTh-APrV). Die BPTk will mit dieser Position sicherstellen, dass das Gutachten zunächst die Fakten zusammenstellt, auf deren Basis ein möglicher Änderungsbedarf festgestellt werden kann. Erst in einem zweiten Schritt sollte dann – bei Bedarf – über Weiterentwicklungen diskutiert werden.

Gemeinsam mit den Landeskammern und den Trägerorganisationen der Ausbildungsinstitute hat die BPTk einen Katalog mit

Fragen zusammengestellt, die im Gutachten bearbeitet werden könnten, und ihn dem BMG zur Verfügung gestellt. Für den Fall, dass sich das Gutachten auf wenige Fragen beschränken sollte, empfiehlt die BPTk, zumindest solche Ausbildungsbe-reiche zu untersuchen, in denen es bereits heute dringenden Regelungsbedarf gibt. Bedarf bestehe vor allem bei der praktischen Tätigkeit der Psychotherapeuten. Die BPTk hat hier bereits mehrmals auf einen dringenden Handlungsbedarf aufmerksam gemacht.

Das BMG beabsichtigt, das Forschungsgutachten im Laufe des Sommers auszuschreiben. Mit einer Vorlage des Gutachtens ist nicht vor Ende 2008 zu rechnen. Der Vorstand der BPTk regt jedoch an, dass die Psychotherapeuten schon bald einen eigenen Diskussionsprozess über die Zukunft ihrer Ausbildung beginnen. Er schlägt vor, dazu Anhörungen und Workshops zusammen mit den Landeskammern, den Ausbildungsstätten und deren Trägerorganisationen sowie den Hochschulen zu planen. Das Konzept für ein geeignetes Verfahren wird gerade erarbeitet. Ziel sollte sein, rechtzeitig eine abgestimmte Position zu möglichen Weiterentwicklungen der Psychotherapieausbildung zu erarbeiten, um sich damit von Beginn an aktiv in die Diskussion um mögliche gesetzgeberische Konsequenzen einbringen zu können.

Heilberufsausweis für Psychotherapeuten

Die Psychotherapeutenkammern haben das endgültige Kartendesign des Psychotherapeutenausweises festgelegt. Die späteren Karten werden abweichend vom abgebildeten Muster mittig das Logo der jeweiligen Landeskammer zeigen.



© Bundespsychotherapeutenkammer

Telekommunikationsüberwachungsgesetz: Lauschangriff auf Psychotherapeuten

Die Bundesregierung beabsichtigt, auch bei Psychotherapeuten und Ärzten verdeckt ermitteln zu lassen, um schwere Straftaten besser aufklären zu können. Sie hat dazu ein Gesetz zur Neuregelung der Telekommunikationsüberwachung und anderer verdeckter Ermittlungsmaßnahmen vorgelegt (BT-Drs. 16/5846), das gravierende Änderungen für Berufsheimnis-träger bedeutet. Danach ist es möglich, die Telefone von Psychotherapeuten und Ärzten abzu hören, ihre Computer zu überwachen und ihre Gespräche mit Patienten zu belauschen.

Das Gesetz sieht insbesondere Änderungen beim Zeugnisverweigerungsrecht vor, die nicht nachvollziehbar sind. Bei Seelsorgern, Strafverteidigern und Abgeordneten sollen verdeckte und offene Ermittlungsmaßnahmen grundsätzlich unzulässig sein. Bei anderen Berufen, u.a. auch bei Psychotherapeuten und Ärzten, sieht das Gesetz für jeden Einzelfall eine besondere Verhältnismäßigkeitsprüfung vor. Bei diesen Berufen könnten Polizei und Staatsanwalt verdeckt ermitteln, um eine schwere Straftat aufzuklären. Wieso Bundestagsabgeordnete einen absoluten Schutz vor verdeckten Ermittlungsmaßnahmen erhalten, Psychotherapeuten und Ärzte aber nicht, ist rechtssystematisch nicht zu begründen.

Eine weitere Neuregelung betrifft auch die so genannte Vorratsdatenspeicherung. Hier sollen zur Umsetzung der EU-Richtlinie 2006/24/EG in deutsches Recht Verbindungsdaten von Telefongesprächen oder Internet-Verbindungen für die Strafverfolgung sechs Monate lang gespeichert werden können.

Die BPTK hat in einer gemeinsamen Stellungnahme mit dem Bundesverband der freien Berufe betont, dass die Gespräche zwischen Psychotherapeuten und ihren Patienten zur absolut schützenswerten Intimsphäre gehören, die vor staatlichen Eingriffen sicher sein muss.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes – endlich mit PP und KJP

Im kommenden Jahr werden PP und KJP erstmals als Heilberufe gesondert in der „Gesundheitspersonalrechnung“ des Statistischen Bundesamtes geführt. Bislang wurden beide Professionen zusammen mit anderen Berufen in der Kategorie „Therapeutische Berufe“ zusammengefasst. Die BPTK hatte das Statistische Bundesamt darauf hingewiesen, dass PP und KJP damit als einzige approbierte Heilberufe in den amtlichen Auswertungen nicht separat geführt würden.

Die BPTK hat mit Unterstützung der Landeskammern eine zusammenfassende Statistik für die Gesundheitspersonalrechnung 2007 erstellt. Am Stichtag 31.12.2006 hatten die Psychotherapeutenkammern danach 30.076 Mitglieder, die in Vollzeit, Teilzeit oder geringfügig beschäftigt waren. Zwei Drittel sind Frauen (65 Prozent). Die große Mehrheit ist 50 Jahre alt oder älter (58 Prozent). Mehr als die Hälfte arbeitet in einer psychotherapeutischen Praxis (55 Prozent), jeder Sechste in einer „sonstigen ambulanten Einrichtungen“ (17 Prozent). In diese Kategorie fallen nach der Einteilung des Statistischen Bundesamtes eine Vielzahl unterschiedlicher Einrichtungen, wie z.B. Beratungsstellen, sozialpsychiatrische und psychosoziale Dienste sowie Tagesstätten für psychisch kranke Menschen und Behinderte. Ein weiteres Fünftel der Psychotherapeuten ist in Krankenhäusern beschäftigt (19 Prozent), jeder zwanzigste in einer Rehabilitationseinrichtung (5 Prozent). Die Abbildung zeigt die Altersverteilung und die Zuordnung nach der Art der Einrichtung, in der Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und

Jugendlichenpsychotherapeuten beschäftigt sind.

Für die Gesundheitspersonalrechnung werden Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vom Statistischen Bundesamt in der Kategorie „Psychotherapeuten“ zusammengefasst und als so genannte Vollzeit-äquivalente dargestellt, das heißt, Teilzeitstellen und geringfügige Beschäftigungen werden in Vollzeitstellen umgerechnet.

Die Daten können im kommenden Jahr von den Internetseiten des Statistischen Bundesamtes abgerufen werden (www.destatis.de) und erscheinen im Statistischen Taschenbuch des Bundesministeriums für Gesundheit.

BPTK in Brüssel

Zukünftig muss die BPTK verstärkt den Schulterchluss zu anderen Psychotherapeuten in Europa suchen. Nur multinationale Akteure können auf dem europäi-

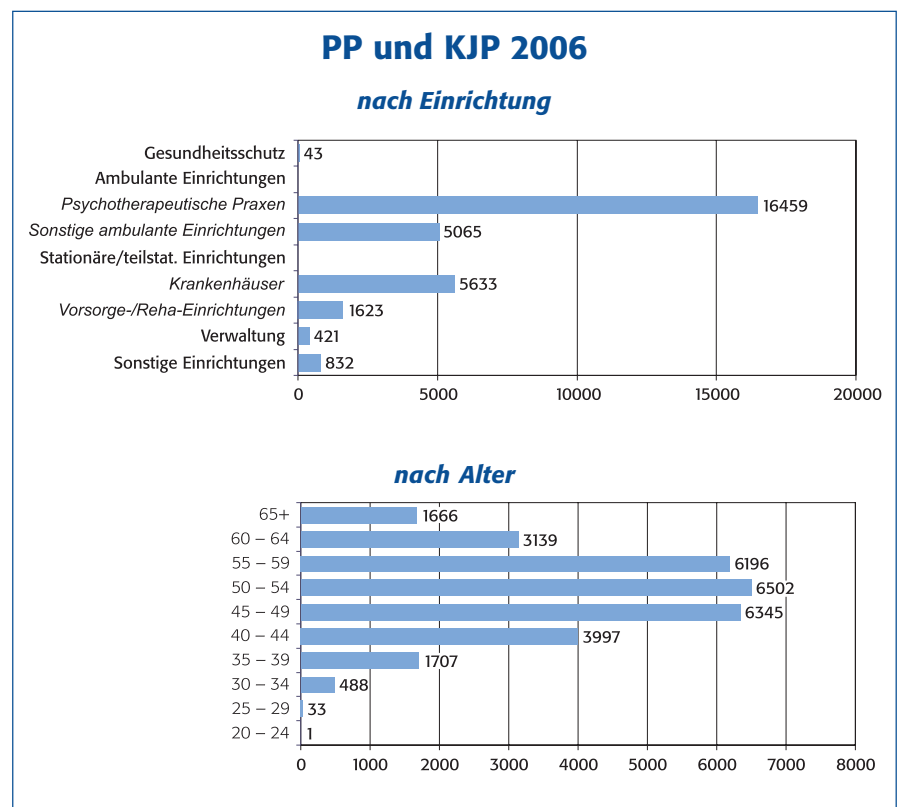


Abbildung: Beschäftigte PP und KJP nach Alter und Art der Einrichtung. Die Kategorien der Einrichtungen entsprechen den Vorgaben des Statistischen Bundesamtes

schen Parkett Einfluss nehmen. Dies ist das Resümee von Gesprächen, die BPTK-Präsident Prof. Dr. Rainer Richter im Juni in Brüssel führte. Gemeinsam mit Anderen vertritt die BPTK in der Europäischen Union den Anspruch, für psychisch kranke Menschen eine qualitätsgesicherte psychotherapeutische Versorgung sicherzustellen. In diesem Zusammenhang sprach Prof. Richter auch mit dem Executive Committee der European Federation of Psychologists' Associations (EFPA).

Weitere Themen waren die europaweite Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen und die Anerkennung von Berufsqualifikationen. In Gesprächen äußerten

die EU-Parlamentarier Dr. Andreas Schwab (MEP) und Heide Rühle (MEP) die Erwartung, dass die EU-Kommission spätestens bis zum Frühjahr 2008 Vorschläge zur Regelung von Gesundheitsdienstleistungen vorlegen werde und dies zumindest in Teilen in Gestalt einer Richtlinie. Darüber hinaus will das EU-Parlament voraussichtlich 2008 einen Bericht zur Umsetzung der Berufsanerkenntnisrichtlinie in den Mitgliedsstaaten anfertigen. Für September 2007 hat die EU-Kommission eine Mitteilung zum EU Grünbuch „Psychische Gesundheit“ angekündigt, in der sie die Ergebnisse der Konsultationen und Strategien zur europaweiten Förderung der psychischen Gesundheit veröffentlicht.

Im vergangenen Jahr hatte die BPTK mit der Bundesärztekammer in einer gemeinsamen Stellungnahme zu diesem Grünbuch betont, dass die Förderung der psychischen Gesundheit eine größere Rolle spielen muss als bisher, und gefordert, Psychotherapeuten und Ärzte stärker bei präventiven Maßnahmen zu beteiligen.

Geschäftsstelle

Klosterstraße 64
10179 Berlin
Tel. 030 / 278785-0
Fax. 030 / 278785-44
info@bptk.de
www.bptk.de

BPTK-Newsletter 3/2007*)

- Krankenhausfinanzierung ab 2009
- Zukunft der Psychiatrie
- Sachverständigengutachten
- Telekommunikationsüberwachungsgesetz
- Institut nach § 137a SGB V

BPTK-Focus

- KiGGS: Zentrale Ergebnisse

BPTK-Inside

- HPC: Layout des Psychotherapeutenausweises konsentiert

- PP und KJP im Statistischen Jahrbuch
- Europa

*) Der BPTK-Newsletter 3/2007 erscheint am 21.09.2007 und kann abgerufen werden unter: www.bptk.de/publikationen/bptk_newsletter/index.html



Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Aufgabe der Psychotherapeutenkammer ist die Vertretung der beruflichen Belange und Interessen der Psychotherapeuten. Wir sind ein Heilberuf, in dem viele Kolleginnen und Kollegen in verschiedenen, sehr unterschiedlichen Institutionen arbeiten. Die politische Präsenz und Vehemenz der Gesundheitsreformgesetzgebung der letzten Jahre und deren Auswirkungen auf die ambulante Versorgung war und ist wiederholt ein wichtiges Thema für die Psychotherapeutenverbände und -kammern. Gerade deshalb ist es der Landespsychotherapeutenkammer ein wichtiges Anliegen, dass die ebenso durchgreifenden gesetzlichen Vorgaben für die stationäre und teilstationäre Behandlung mehr ins Bewusstsein rücken. Gerade die Beratung und Behandlung von Menschen mit psychosozialen

Problemen ist bedauerlicherweise in unterschiedlichen Bereichen der Sozialgesetzgebung, im SGB V, SGB VIII und SGB IX, geregelt und damit teilweise wenig kompatibel und schwer in Modelle integrierter Versorgung einzubeziehen. Mit dem 1. Tag der angestellten Psychotherapeuten möchten wir verdeutlichen, dass die Psychotherapie in Institutionen der Kammer ein wichtiges Anliegen ist, das wir auch zukünftig in den Kammergremien und der Kammeröffentlichkeit, aber auch im politischen Raum und einer breiten Öffentlichkeit darstellen und diskutieren werden.

Die psychotherapeutische Versorgung wird politisch und in der Öffentlichkeit wegen Zunahme psychischer Erkrankungen und der noch immer nicht hinreichenden Versorgung zunehmend besser wahrgenom-

men. Die Arbeitsgruppe unserer Kammer (Nübling, Reisch, Raymann) hat mit ihren Artikeln im Psychotherapeutenjournal hierzu einen wichtigen und in der Öffentlichkeit beachteten Beitrag geleistet.

Mit dem Kammer-Newsletter, den wir aus Kostengründen nur über das Internet zur Verfügung stellen können, möchten wir Sie zukünftig aktueller und ausführlicher informieren.

Mit den besten Grüßen

Ihr Kammervorstand
Dietrich Munz
Martin Klett
Kristiane Göpel
Renate Hannak-Zeltner
Birgitt Lackus-Reitter

3. Landespsychotherapeutentag Baden-Württemberg/ 1. Tag der angestellten Psychotherapeuten am 30.6.2007 in Stuttgart

Mit über 200 Teilnehmern fand am 30. Juni 2007 der 3. Landespsychotherapeutentag im Haus der Wirtschaft in Stuttgart statt. Als „kleiner Psychotherapeutentag“ stand er ganz im Fokus der angestellten Psychotherapeuten. Zum Thema „Psychotherapie in Institutionen – ein Beruf mit Perspektiven?!“ referierten Prof. Rainer Richter (Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer und der Psychotherapeutenkammer Hamburg), Michael Krenz (Präsident der Psychotherapeutenkammer Berlin), Gerhard Nothacker (FH Potsdam), Thomas Merz (Vorstandsmitglied der LPK Hessen und Mitglied im BPTK-Ausschuss Psychotherapie in Institutionen), Klaus

Menne (Geschäftsführer der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung), Gerd Dielmann (Fachgruppenleiter Gesundheitsberufe der ver.di Bundesverwaltung), Martin Schaffhausen (Rechtsanwalt in Frankfurt/Main) und Johann Rautschka-Rücker (Geschäftsführer der LPK Hessen).

Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz hob in seiner Eröffnungsrede hervor, dass das Thema der Tagung Programm, d.h. mit der Absicht verbunden sei, auch weiterhin Psychotherapeutentage für spezifische Belange der in Institutionen arbeitenden PP und KJP durchzuführen. Psychotherapeuten in Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen,

in Beratungsstellen, im Justizvollzug, in Psychiatrischen Ambulanzen und sozialpsychiatrischen Diensten ebenso wie in der Gesundheitsverwaltung und vielen anderen Bereichen besetzen Arbeitsfelder, in denen ihr Engagement wichtig und unverzichtbar ist. Gerade in diesen Bereichen bestünden, so Munz, selbst angestellter Psychotherapeut, bisher meist keine befriedigenden Lösungen für die rechtliche Stellung der Kolleginnen und Kollegen. Immer wieder werde versucht, das Tätigkeitsfeld der PP und KJP einzuengen, Zweifel zu äußern oder nicht anzuerkennen, dass Psychotherapie Heilkunde ist, dass Psychotherapeuten einen gesetzlich an-

erkannten Heilberuf ausüben. Es gehe nicht an, so Munz weiter, dass von einer staatlichen Behörde, einem Ministerium behauptet werde, dass Psychotherapie in Institutionen keine Psychotherapie im Sinne des Psychotherapeutengesetzes sei und somit auch die Kolleginnen und Kollegen nicht an die Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer gebunden seien, z.B. bzgl. der Schweigepflicht oder dem Schutz der Dokumentation.



Blick ins Auditorium

Dr. Munz ging darüber hinaus auf die Arbeitsschwerpunkte des Kammerausschusses Psychotherapie in Institutionen ein, dessen Mitglieder unter Vorsitz von Dr. Roland Straub und Dipl. Psych. Ullrich Böttinger den Angestelltentag federführend organisiert hatten. Ein wesentlicher Erfolg der Arbeit des Ausschusses und des Vorstands sei es u.a., dass die Kammer zwischenzeitlich im Landesarbeitskreis Psychiatrie und im Schmerzforum vertreten sei. Für die Novellierung des Landeskrankenhausesgesetzes sei von der Kammer die Einbeziehung in den Krankenhausausschuss sowie die Gleichstellung der approbierten Psychotherapeuten mit den ärztlichen Kollegen gefordert worden. Darüber hinaus fordere die Kammer ihre Einbeziehung bei der Regelung des Datenschutzes im Strafvollzug. Auch bei den tarifrechtlichen Auseinandersetzungen im vergangenen Jahr sei die Kammer aktiv gewesen und habe in einer Stellungnahme verdeutlicht, dass die approbierten Psychotherapeuten den Fachärzten gleichzustellen seien.

Bundeskammerpräsident Prof. Rainer Richter ging auf aktuelle und künftige Entwicklungen der Psychotherapie in Institutionen ein. Er kritisierte, dass im Bereich der Krankenhäuser und Universitätskliniken die Stellen im Bereich der psychotherapeuti-



Dr. Dietrich Munz

schen Versorgung zurückgefahren werden, obwohl der Bedarf z.B. in der Chirurgie und Inneren Medizin hoch sei und z.T. sogar steige. Eine gewisse Gegenbewegung gebe es bei einigen privaten Trägern, die vermehrt spezialisierte Kliniken, z.B. für Psychokardiologie, eröffneten, in denen ein umfangreiches Angebot psychotherapeutischer Leistungen bestehe. Allerdings sei hier die Gefahr einer Zwei-Klassen-Medizin gegeben. Hier müssten sich die Psychotherapeuten mit vehementer Stimme zu Wort melden. Anders sei es im Bereich der Rehabilitation, in dem die Stellen in den Kliniken durch von den Leistungsträgern verbindlich festgelegte Stellenpläne abgesichert seien. Immer höher sei in diesem Zusammenhang der Stellenwert von Evaluation bzw. der Nützlichkeits- und/oder Wirksamkeitsnachweise zu sehen. Dabei werde die evidenzbasierte Medizin und Psychotherapie durch die Festlegung auf RCTs („Randomized Controlled Trials“) als höchste Evidenzstufe häufig zu einseitig interpretiert. Ausführlicher ging Richter auf zwei Mythen ein: dass eine effiziente Behandlung psychischer Erkrankungen nicht ohne Pharmakotherapie möglich sei (gilt nur für schwere Depressionen) und dass wenige Sitzungen für eine Psychotherapie ausreichend seien (gilt nur bei leichten depressiven und Angststörungen sowie bei Anpassungsstörungen).

Den Möglichkeiten der Psychotherapie außerhalb der Kassenzulassung widmeten sich in einem Doppelreferat Michael Krenz und Gerhard Nothacker. **Michael Krenz** führte aus, dass die Psychotherapie im Rahmen der Jugendhilfe bzw. bei Sozialleistungsträgern an Bedeutung gewinnt. Meist sei eine Richtlinienpsychotherapie durchaus indiziert, dieses psychotherapeutische Angebot und das implizite Setting würden aber aufgrund spezieller sozialer

Lebens- und Konfliktlagen nicht wahrgenommen. Psychotherapeuten müssten auch auf Nachfrage Dritter und nach getroffenen Absprachen mit den Beteiligten in nichttherapeutischen Kontexten intervenieren. Die spezifische „Doppel“-Rolle bei der durch Sozialleistungsträger finanzierten Behandlung habe vielerlei konfliktträchtige Implikationen. Psychotherapeutische Interventionen interferierten u.a. mit beratenden und edukativen, z.B. in Familie und Schule.



Prof. Dr. Rainer Richter

Prof. Nothacker hob hervor, dass sich der Psychotherapiebegriff des Psychotherapeutengesetzes mit Blick auf die Kassenzulassung auf den Schutz von heilkundlichen Berufsbezeichnungen beziehe und psychosoziale Konfliktlagen ohne Krankheitswert nicht abdecke. Für Psychotherapie außerhalb der Kassenzulassung betreffe dies neben den bisher nicht zugelassenen Verfahren zumindest auch die von den Psychotherapie-Richtlinien ausdrücklich ausgeschlossenen Bereiche: berufliche oder soziale Anpassung, schulische Förderung, Berufsförderung, Erziehungs-, Ehe-, Lebens- und Sexualberatung, psychosoziale Versorgung außerhalb der Krankenbehandlung und psychosoziale Störungen ohne Krankheitswert. Unterhalb der Krankheitsschwelle sei Psychotherapie durch Sozialleistungsträger etwa finanzierbar als ambulante Psychotherapie, z.B. im Rahmen der Hilfe zur Erziehung, als begleitende psychosoziale Therapie von Angehörigen Pflegebedürftiger oder im Rahmen der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben, als berufliche Anpassungshilfe oder als ausbildungsbegleitende Hilfe.

Als einen weiteren wichtigen Bereich von Psychotherapeuten in Institutionen thematisierten **Thomas Merz** und **Klaus Menne**

unter dem Titel „Wie viel psychotherapeutische Kompetenz braucht die Erziehungs- und Familienberatung?“ kritisch die Stellung der Psychotherapie in der Beratung. Beide führten aus, dass die Erziehungsberatung seit je her eng mit psychotherapeutischen Denk- und Handlungsansätzen verknüpft sei. Die Entwicklung der Erziehungsberatung sei als institutionelle, öffentliche und professionelle Dienstleistung stets parallel zur Entwicklung der heilkundlichen Psychotherapie verlaufen und habe von dort entscheidende Impulse erhalten.

Gerd Dielmann brachte den Teilnehmern das komplexe Thema der Psychotherapeuten im Tarifrecht nahe. Ausgehend von der Zielsetzung einer Modernisierung des BAT wurden von ihm wesentliche Eckpunkte des Tarifvertrag des öffentlichen Dienstes und der Länder skizziert. Freigemeinnützige und kirchliche Träger hätten inzwischen begonnen, neue arbeitsrechtliche Bestimmungen zu erarbeiten, erste Tarifverträge mit privaten Gesundheitskonzernen seien bereits erfolgreich abgeschlossen worden. Ausgehend vom derzeit noch geltenden Eingruppierungsrecht des BAT und der aktuellen tarifrechtlichen Situation der psychotherapeutischen Berufe stellte Dielmann den Diskussionsstand innerhalb ver.di zu einer neuen Eingruppierungssystematik dar.

Johann Rautschka-Rücker leitete den letzten Themenblock ein, der sich mit den

(juristischen) Fragen der Schweigepflicht sowie des Weisungsrechts befasste. Die berufs- und strafrechtlich gebotene Schweigepflicht sei, wie Rautschka-Rücker ausführte, ein besonders prägendes Merkmal des Psychotherapeutenberufes. Sie stehe der Zeugnispflicht gegenüber, wobei der Konflikt durch Zeugnisverweigerungsrechte gelöst werde. Diese bestünden zum Schutz der betroffenen Patienten: liege eine Schweigepflichtsentbindung vor, müsse der Psychotherapeut aussagen. Auskunft könne er nur auf Fragen verweigern, deren Beantwortung ihn selbst oder einen nahen Angehörigen der Gefahr der Verfolgung wegen einer Straftat oder Ordnungswidrigkeit aussetzten. Eine Durchbrechung der Schweigepflicht sei unter verschiedenen Aspekten möglich und sogar zwingend geboten (z.B. Anzeige geplanter schwerer Straftaten, Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung) oder nach Abwägung zum Schutz eines höherwertigen Rechtsgutes oder zum Schutz des Patienten (rechtfertigender Notstand).

Martin Schafhausen, Fachanwalt für Arbeits- und Sozialrecht aus Frankfurt, sprach über das „Spannungsverhältnis zwischen der Freiheit der Berufsausübung und dem Weisungsrecht des Arbeitgebers“. Der Beruf des Psychotherapeuten sei kein Gewerbe und seiner Natur nach ein freier Beruf. Dieser Grundsatz stehe im Spannungsverhältnis zur weisungsabhängigen Tätigkeit von Psychotherapeuten in Institutionen. Die Tätigkeit in einem Arbeitsver-

hältnis sei durch das Weisungsrecht des Arbeitgebers gekennzeichnet. Anhand von konkreten Fallbeispielen zeigte Schafhausen auf, dass – obwohl immer auch einzelfallabhängig – es Grenzen sowohl für den Arbeitgeber als auch den angestellten Psychotherapeuten gebe, deren Überschreitung problematisch ist. So könne der Arbeitnehmer nichts gegen zeitliche Weisungen des Arbeitgebers unternehmen, sofern sie sich im Bereich der normalen Arbeitszeiten bewegen. Wehren kann sich allerdings, wer von einem fachfremden Vorgesetzten Weisungen z.B. bzgl. Diagnostik oder gar Therapie erhalte. Hier allerdings sei die Berufsordnung der LPK Baden-Württemberg, auf die sich ein Betroffener beziehen kann, nicht eindeutig genug. Sie sollte an dieser Stelle, so die Empfehlung Schafhausens, unbedingt überarbeitet werden.

Im Anschluss an die Tagung bestand für Psychotherapeuten in Ausbildung (PiAs) die Möglichkeit, mit der Kammer ins Gespräch zu kommen. Unter Moderation von **Günter Ruggaber**, Mitglied im Ausschuss Aus-, Fort- und Weiterbildung, fand sich allerdings nur ein kleiner Kreis zusammen, an dem neben Kammerpräsident Munz und Vorstandsmitglied Renate Hannak-Zeltner nur etwa 5 PiAs teilnahmen.

Die Präsentationen aller Vorträge sowie die Poster des PTI-Ausschusses können Sie auf der Homepage der Kammer www.lpk-bw.de downloaden.

Umzug der Geschäftsstelle

Wie verschiedentlich berichtet, ist die Kammergeschäftsstelle Ende April umgezogen. Neue Adresse ist: Jägerstr. 40, 70174 Stuttgart. Alle anderen Kontaktdaten, also Telefon, Fax, E-Mail bleiben wie bisher. Der Umzug war aus verschiedenen Gründen not-

wendig geworden. Zum einen war die bisherige Lösung, bei der die Geschäftsstelle über 2 Etagen (1. und 4. OG) verteilt war, für die interne Zusammenarbeit sehr unpraktisch und hatte immer wieder zu – unnötigen – Reibungs- bzw. Zeitverlusten ge-

führt. Darüber hinaus wurden die bisherigen Räumlichkeiten zu klein, insbesondere auch wegen der immer umfangreicheren, gesetzlich vorgeschriebenen Dokumentation. Allein die Mitgliederakten platzten schon seit geraumer Zeit aus allen Nähten.

Neu: Kammer gibt Newsletter heraus

Seit Juli 2007 liegt die erste Ausgabe des neuen Kammernewsletters vor. Er wird künftig viermal im Jahr in elektronischer

Form erscheinen und über aktuelle Entwicklungen in der Landeskammer und deren Gremien, über aktuelle Initiativen

in Baden-Württemberg und bundesweit über wichtige Themenschwerpunkte anderer Landeskammern, über Aktivitäten

der Bundespsychotherapeutenkammer sowie auch über Trends in der Gesundheitspolitik informieren. Neben der Homepage und den Landesmitteilungen im Psychotherapeutenjournal steht damit ein drittes Informationsmedium zur Verfügung.

Der Newsletter soll auch Forum sein für die Mitglieder bzw. Leser, weshalb Hinweise, Anregungen, Themen, Verbesserungsvorschläge etc. gerne entgegengenommen werden. Wenn Sie den Newsletter „abonnieren“ wollen, dann tragen Sie sich bzw. Ihre E-Mail-Adresse auf der Kammerseite

ein, Sie bekommen ihn bzw. einen Erscheinungshinweis dann von uns automatisch immer unmittelbar nach seinem Erscheinen zugestellt.

Den Newsletter finden Sie zum Download auf www.lpk-bw.de.

Expertenanhörung im Kabinettsausschuss des Landtags von Baden-Württemberg zur Medizinisch/Psychotherapeutischen Versorgung im ländlichen Raum

Die Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg hat zu einer Anfrage des Kabinettsausschusses „Ländlicher Raum – Soziale und gesundheitliche Versorgung“ mit einer ausführlichen Stellungnahme reagiert. In ihr wird die bestehende Unterversorgung vor allem im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie thematisiert. Mit einem umfangreichen Fragenkatalog waren die beiden Ministerien an die Kammern, Ärzte- und Apothekerverbände und an die Leistungsträger (gesetzliche und private Krankenkassen) herantreten. Hierin sollte zur künftigen Entwicklung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung, zur Notfall- und zu Arzneimittelversorgung Stellung genommen werden. Die LPK Baden-Württemberg ging auf die besondere Situation der psychotherapeutischen Versorgung ein. Dabei wurde hervorgehoben, dass die im Fragekatalog getroffene Aussage, dass aktuell „keine Unterversorgung“

bestehe, nur vor dem Hintergrund der geltenden Bedarfsplanung richtig sei. Mit der Einführung der Bedarfsplanung wurde der damalige IST-Zustand als SOLL festgelegt und damit eine vorhandene Unterversorgung bis heute fortgeschrieben.

Wie Dr. Rüdiger Nübling, der die LPK gemeinsam mit Vorstandsmitglied Kristiane Göpel vertrat, bei der Anhörung am 21.5.07 hervorhob, besteht vor allem in Bezug auf psychisch kranke Kinder und Jugendliche eine deutliche Unterversorgung, dies insbesondere in ländlichen Kreisen. Auch für den Bereich der psychotherapeutischen Versorgung Erwachsener könne nicht von einer ausreichenden Versorgung gesprochen werden. Nach wie vor seien lange Wartezeiten auf einen Therapieplatz sowie hohe Chronifizierungszeiten zwischen 5–7 Jahren zu verzeichnen. Die Vorschläge der LPK Baden-Württemberg im Einzelnen:

1. Orientierung der Bedarfsplanung am realen, epidemiologisch nachgewiesenen Bedarf.
2. Ermöglichung von Sonderbedarfszulassungen in erheblich unterversorgten Gebieten, Aufgabe der teilweise sehr restriktiven Zulassungspraxis der Zulassungsausschüsse.
3. Steigerung der Ausbildung von Psychotherapeuten, Schaffung von Anreizen schon während des Studiums, Verbesserung der Ausbildungssituation im (häufig unentgeltlich zu absolvierenden) Psychiatriejahr.
4. Initiierung einer umfassenden Versorgungsforschung als Grundlage für Planungsentscheidungen.

Auf der Homepage finden Sie unter Nachrichten/Downloads den Vortragstext der Anhörung, Stellungnahme der LPK BW sowie die beiden Fachbeiträge im PTJ (Nübling et al. und Reisch et al.).

Termine:

Vertreterversammlungen:

13. Oktober 2007
5. April 2008
18. Oktober 2008

Landespsychotherapeutentag:

Voraussichtlich 5. Juli 2008, Arbeitstitel: Zehn Jahre Psychotherapeutengesetz

Fortbildungen

- *Rechtsfragen zur Praxisübernahme:* Susanne Loetz, Hartmut Gerlach, 20. Oktober 2007, Tübingen.

- *Psychotherapeutische Notfallversorgung:* Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel, Dr. Georg Pieper, 10. November 2007, Freiburg.
- *Rechtsfragen für Niedergelassene:* Dr. Dietrich Munz, Hartmut Gerlach, 17. November 2007, Stuttgart
- *Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen,* mehrere Referenten, 30.11.–02.12. 2007, Stuttgart

Nähere Infos: www.lpk-bw.de → /Mitglieder/Veranstaltungen

Geschäftsstelle

Jägerstraße 40, 70174 Stuttgart
Mo – Do 9.00 – 15.30 Uhr
Tel. 0711 / 674470 – 0
Fax 0711 / 674470 – 15
info@lpk-bw.de; www.lpk-bw.de

Früherkennung und Frühintervention bei missbräuchlichem Substanzkonsum Jugendlicher: ein strukturelles Desaster?

Am 25.06.2007 veranstaltete die Bayerische Akademie für Suchtfragen (BAS) ein Symposium mit dem Titel „Früherkennung und Frühintervention bei missbräuchlichem Substanzkonsum Jugendlicher: ein strukturelles Desaster?“. Eingeladen waren Mitarbeiter von Schulen, Psychotherapeuten und Ärzte sowie Mitarbeiter der Jugend-, Sozial- und Gerichtshilfe. Dr. Axel Perkonigg (Technische Universität Dresden) stellte die Ergebnisse einer großen regionalen epidemiologischen Längsschnittuntersuchung des Suchtforschungsverbundes Sachsen/Bayern (ASAT) dar. Diese belegen die starke Tendenz, dass der Substanzmissbrauch bei immer mehr Jugendlichen immer früher einsetzt und bestätigen damit die dringende Notwendigkeit einer Optimierung der Versorgung von jugendlichen Risikokonsumenten psychotroper Substanzen. Prof. Gerhard Bühringer (Technische Universität Dresden und IFT Institut für Therapieforchung München) präsentierte Vorschläge für eine Verbesserung von Allokationsstrategien, die eine Expertenkommission der BAS auf Grundlage der Forschungsergebnisse erarbeitet hatte. In Workshops wurden diese Verbesserungsvorschläge diskutiert und weitere notwendige Strategien der Früherkennung und Frühintervention gesammelt.

Die Arbeitsgruppe medizinisch/psychotherapeutische Versorgung unter der Leitung von Karin Welsch (Geschäftsstelle PTK Bayern) und Dr. Adelina Mannhart (Heckscher-Kinderklinik, München) erarbeitete notwendige Maßnahmen zur Strukturverbesserung, darunter mehr niederschwellige Angebote

für Jugendliche, mehr Elternarbeit, eine Ressourcenverlagerung innerhalb der Suchthilfe in den Bereich Jugend- und Frühintervention und eine verstärkte Aus-/Fortbildung von Ärzten und Psychotherapeuten, die sowohl über Kompetenz bei Jugendproblemen als auch bei Suchtfragen verfügen sollten. Von besonderer Bedeutung erschienen auch eine bessere Sicherung der ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt in jugendpsychiatrischer Klinik sowie die Schaffung von Fortbildungsangeboten für Lehrer zur Früherkennung von Suchtproblemen bei Jugendlichen. Auch sollte Informationsmaterial mit allen jugend- und elternrelevanten Angeboten für die Regionen Bayerns zusammengestellt und verfügbar gemacht werden.

Die Ergebnisse der Studie, der Expertenkommission und des Symposiums wurden eine Woche später Entscheidungsträgern des Versorgungssystems, der Jugendhilfe und relevanten Verwaltungsinstanzen, Vertretern oberbayerischer Schulen und der PTK Bayern vorgelegt. In der Diskussion bestand Übereinstimmung, dass erheblicher Handlungsbedarf bestehe. Hierbei wurden u.a. Einfluss auf die öffentliche Meinungsbildung zum Thema, eine Verbesserung der Informationswege über Angebote und deren Vernetzung und auch ein verstärktes Engagement von Psychotherapeut/innen gefordert. Die PTK Bayern greift die Anregungen auf und plant derzeit u.a. entsprechende Fortbildungsangebote für Mitglieder und eine mögliche Beteiligung an Präventionsangeboten für Schulen.

PTK Bayern übernimmt Vorsitz im Länderrat

Am 13. und 14. Juli fand die 17. Sitzung des Länderrates der Psychotherapeutenkammern in Berlin statt. In dieser Sitzung übernahm die PTK Bayern den Vorsitz für die kommenden 12 Monate. Der Vorsitz wechselt jährlich zwischen den Landespsychotherapeutenkammern. Der Länderrat besteht aus den Präsident/innen aller Landeskammern oder ihren Stellvertretern. An den Sitzungen nehmen mit Rederecht auch der Vorstand der BPTK, zwei gewählte KJP-Vertreter und in der Regel die Geschäftsführer der Kammern teil. Im Länderrat wird die Arbeit der Kammern koordiniert. Da die Heilberufekammern und wichtige Elemente des Gesundheitswesens gemäß der föderalen Struktur der Bundesrepublik durch bundeslandspezifische Regelungen strukturiert sind, kommt der Zusammenarbeit der Kammern und diesem Gremium eine besondere Bedeutung zu. Der Länderrat tagt in der Regel viermal im Jahr, davon ein- oder zweimal zweitägig.

In dieser Länderratssitzung wurden insbesondere folgende Themen behandelt und die Aktivitäten der Kammern dazu untereinander abgestimmt:

- Studienreform mit Einführung von Bachelor- und Masterstudiengängen (Bologna-Prozess)
- Integration von PIs in die Kammern
- Regelungsfragen zur KV-Zulassung
- 80. Gesundheitsministerkonferenz (insb. Bericht „Psychiatrie in Deutschland“ und eine Stellungnahme der BPTK zu gravierenden Falschdarstellungen im Bereich der Psychotherapie)

- Umsetzung einer interdisziplinären Frühförderung
- Modelle Integrierter Versorgung im Bereich der Psychotherapie
- Psychotherapeut/innen in der Palliativversorgung
- Interessensvertretung in Europa
- Koordination von Ethikanfragen bei Forschungsvorhaben
- Heilberufsausweis und elektronische Gesundheitskarte

Die Sitzung fand in konstruktiver und produktiver Atmosphäre mit umfangreichem Informations- und Meinungsaustausch statt.

„Gesundheit an Bayerns Schulen bewusst fördern“

Unter diesem Namen vereinbarten im Jahr 2004 das Bayerische Kultusministerium, die Bertelsmann-Stiftung, einige Kostenträger und andere Organisationen die Zusammenarbeit im Programm „Anschub.de“. Anschub.de ist die bundesweite Allianz schulischer Gesundheitsförderung mit dem Ziel, schulische Bildungs- und Erziehungsarbeit durch gesundheitsbezogene Interventionen nachhaltig zu unterstützen.

Im April diesen Jahres nahmen die PTK Bayern gemeinsam mit KVB, BLÄK sowie Kinder- und Jugendarztverband Kontakt mit der bayerischen Landessteuerungsgruppe von „Anschub.de“ auf, um die Beteiligung ärztlichen und psychotherapeutischen Sachverständs bei Präventionsprojekten in Schulen anzubieten (ähnlich wie bei „Xundi“, dem KVB-Präventionsprogramm von Ärzten und Psychotherapeuten in Bayerns Kindergärten). Die PTK Bayern nahm an mehreren Veranstaltungen und Sitzungen mit dem Ziel teil, entwicklungshemmende Bedingungen in Schulen abzubauen und insbesondere die Förderung von psychischer Gesundheit in Schulen zu verbessern. Inzwischen hat die Landessteuerungsgruppe ihr Interesse signalisiert. Über die konkrete Umsetzung in Bayerns Schulen wird in nächster Zeit zu sprechen sein.

Grundsätze zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern – verabschiedet durch die Bayerische Staatsregierung

Die Verabschiedung der „Grundsätze zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern“ durch die Bayerische Staatsregierung stellt den Endpunkt einer fast 3-jährigen Arbeitsphase zur Fortschreibung des „2. Bayerischen Psychiatrieplans“ aus dem Jahr 1990 dar, an der sich diesmal auch Vertreter der PTK Bayern für die Berufe der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten engagiert haben.

Dass auch uns Gelegenheit zur Mitarbeit gegeben wurde, ist insbesondere Ergebnis des frühen Engagements der Kammer gerade im Bereich der psychiatrischen Versorgung. Die Beteiligung der PTK wirkte sich letztlich auch im Titel aus: Aus „Landespsychiatrieplan“ wurden „Grundsätze zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern“.

Gleichwohl sind die divergierenden Interessen der an der Behandlung psychisch Kranker beteiligten Behandlergruppen bei der Erarbeitung dieser Grundsätze sehr deutlich hervorgetreten. Die PTK Bayern hat in mehreren mündlichen und schriftlichen Beiträgen Stellungnahmen zu den Grundsätzen abgegeben, denen teilweise entsprochen wurde. Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten haben in den Grundsätzen ein ihrer Ausbildung entsprechendes eigenes Kapitel erhalten, das im Grundsatz auf die jeweiligen Arbeitsfelder und Aufgabenstellungen eingeht, aber manche speziellen Aussagen vermissen lässt.

Besonders zu kritisieren ist, dass die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nicht explizit als Partner für neue Versorgungsstrukturen genannt werden. Dies bliebe nach den Grundsätzen ein Privileg für die ärztlichen Kolleginnen und Kollegen. Dies hindert die PTK Bayern jedoch nicht, aktiv mit Kostenträgern über neue Versorgungsstrukturen ins Gespräch zu kommen. Problematisch ist aus unserer Sicht auch, dass es in Zukunft bei einem überregionalen

Planungs- und Koordinierungsausschuss bleibt, in dem die PTK Bayern nicht explizit als Mitglied benannt wird – dies gilt allerdings auch für alle anderen verkammerten Heilberufe. Die PTK Bayern wird versuchen müssen, über allgemeine Beteiligungsrechte Einfluss zu nehmen. In den regionalen Steuerungsverbänden, die die Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften (PSAG) und falls vorhanden die Gemeindepsychiatrischen Verbände (GPV) ersetzen sollen, ist jedoch psychotherapeutischer Sachverstand durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vor Ort eingeplant. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Bayerische Staatsregierung in den Grundsätzen und ihrem Entstehungsgang der Veränderung der Versorgungslandschaft in weiten Zügen Rechnung getragen hat.

Die PTK Bayern konnte insbesondere die Erfahrung machen, dass in der Politik inzwischen wahrgenommen wird, dass sich die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in einem erheblichen Umfang an der Versorgung psychisch kranker Menschen in Bayern beteiligen.

Links zu den Grundsätzen und Papieren der Arbeitsgruppen: <http://www.stmas.bayern.de/behinderte/psychisch/index.htm>

Psychotherapeutische Notfallversorgung

Auf Einladung der PTK-Kommission „Psychotherapeutische Notfallversorgung und Traumabehandlung in Bayern“ trafen sich am 24.04.2007 in der Geschäftsstelle der Kammer ca. 20 Kolleginnen und Kollegen, die in diesem Feld besonders erfahren sind oder gegenüber der Kommission ihr Interesse an einer Mitwirkung zum Ausdruck gebracht haben. Es ging darum, über die Empfehlungen der Bundespsychotherapeutenkammer zu Fortbildungen über die „Psychotherapeutische Versorgung im Notfall“ und zu einem „Leitenden Notfallpsy-

chotherapeuten bzw. einer leitenden Notfallpsychotherapeutin“ zu beraten und Umsetzungsmöglichkeiten für Bayern zu prüfen. In der Diskussion wurde hervorgehoben, dass es – angesichts der bereits jetzt bestehenden Versorgungsengpässe – unrealistisch sein dürfte, zu erwarten, dass neue Forderungen an zusätzliche Qualifizierungen der KollegInnen dazu beitragen, dass mehr Angebote in der Notfallversorgung entstünden.

Die Sitzungsteilnehmer einigten sich abschließend auf folgende Empfehlungen an den Vorstand der PTK Bayern:

1. Solange die strukturellen Bedingungen sowie die finanzielle Honorierung ungeklärt sind, sollte sich die Kammer mit der Organisation des Einsatzes von PPs in akuten Notfallsituationen sowie entsprechender vorbereitender Fortbildungen zurückhalten.
2. Aktivitäten zur Klärung der strukturellen Bedingungen sowie der finanziellen Entschädigung sind voranzutreiben.
3. Erstrebenswert sind Kooperationen mit anderen Anbietern psychosozialer Notfallversorgung wie z.B. im „Landesarbeitskreis Psychosoziale Notfallversorgung“.
4. Konzepte für Vertragsverhandlungen mit Versicherungen sind zu überlegen.
5. Auf Ausbildungsinstitute ist hinzuwirken, dass in der Ausbildung psychotherapeutische Interventionen in Notfallsituationen regelhaft vermittelt werden.

Gegebenenfalls werden die Teilnehmer dieser Beratung erneut zu Rate gezogen. Weitere in diesem Bereich erfahrene Mitglieder, die an einer solchen Mitwirkung interessiert sind, können sich hierfür in unserer Geschäftsstelle melden.

Neukonzeption des Landesozialberichts: PTK Bayern im Beirat

Die Kammer hat sich zuletzt auch intensiv an den Vorbereitungen zur Erstellung des 2. Bayerischen Landesozialberichts beteiligt. Dieser 2. Landesozialbericht wird nach seinem ersten Erscheinen 1998 völlig neu konzipiert werden. Erstmals werden wir Psy-

chotherapeuten uns darin wiederfinden. Der Vorstand der Kammer hat eine ausführliche und umfangreiche Stellungnahme verfasst und damit wichtige Themen aus Sicht der PP/KJP in die Gliederung dieses Berichts eingebracht.

Welche dieser Themen sich im Bericht tatsächlich wiederfinden werden, können wir im Moment noch nicht abschließend sagen. Wir haben uns jedenfalls für die Aufwertung der Prävention eingesetzt. Dabei war uns wichtig herauszustellen, welcher Stellenwert der Psychologie und Psychotherapie in der Prävention zukommt. Wir haben uns auch dafür eingesetzt, dass Zusammenhänge zwischen der wirtschaftlichen Situation der bayerischen Bevölkerung und der Entstehung psychischer Erkrankungen erkennbar werden. Außerdem wollten wir dafür sensibilisieren, dass das Thema „Flächendeckende Versorgung in Bayern“, gerade auch im

Stellungnahmen der PTK Bayern zu Gesetzesentwürfen bzw. -änderungen

Änderung des Polizeiaufgabengesetzes

Die PTK-Bayern unterstützte eine kritische Stellungnahme gegenüber dem Bayerischen Staatsministerium des Innern zu den geplanten Änderungen des Polizeiaufgabengesetzes. Das geplante Gesetz betrifft auch unseren Berufsstand und unsere Tätigkeit, z.B. über zukünftig erlaubte präventive Rasterfahndungen oder andere Maßnahmen wie der Einsatz von Trojanerprogrammen zum Eindringen in Computer oder zum Abhören von Telefongesprächen.

Wichtigster Kritikpunkt der PTK Bayern ist, dass diese Maßnahmen das Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Psychotherapeuten in nicht hinnehmbarer Weise beeinträchtigen würden. Trotz wachsender Bedrohung durch den internationalen Terrorismus ist es wichtig, dass sich unsere PatientInnen auf die Vertraulichkeit und Schweigepflicht des Psychotherapeuten verlassen können. Es sollte nicht dazu kommen, dass Patienten und auch Psychotherapeuten pauschal kriminalisiert werden.

Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, noch immer nicht befriedigend und abschließend gelöst ist.

Der Landesozialbericht soll Mitte des Jahres 2008 fertig sein. Er wird federführend vom bayerischen Sozialministerium unter Beteiligung des Ministeriums für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz, des Kultusministeriums und des Innenministeriums erstellt. Flankierend ist ein Beirat mit über 40 Organisationen aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich berufen worden.

Der Landesozialbericht ist also vom Umfang der beteiligten Institutionen her eine „Großbaustelle“. Der Einfluss der PTK Bayern ist daher zwar begrenzt, aber allein, dass die Psychotherapeutenkammer in den Beirat berufen worden ist, zeigt, dass die Kammer sich inzwischen als akzeptierter Player innerhalb des bayerischen Gesundheits- und Sozialwesens etabliert hat.

Nichtraucherschutz

In einer Stellungnahme zum „Gesetz zum Nichtraucherschutz“ wurde aus fachlicher Perspektive vor allem begründet, warum aus Sicht der PTK Bayern auch Bier-, Wein- und Festzelte bei den Regelungen einbezogen werden sollten.

Da Gesundheitsschutz nicht nur den Schutz der Nichtraucher betrifft, sondern auch Prävention und strukturelle Maßnahmen zur Senkung der Rate an Aktiv-Rauchern, erscheint es insbesondere in Bezug auf die Raucher-Prävention nachteilig, ausgerechnet hier eine besondere Ausnahme zu machen und damit den symbolischen Stellenwert des Rauchens indirekt wieder zu fördern.

Bayerisches Strafvollzugsgesetz

Die PTK Bayern begrüsst den Gesetzesentwurf und schätzt ihn als sehr gelungen ein. Es wurde allerdings dringend angeregt, die Berufsguppen der PP und KJP mit aufzuführen und insbesondere bei den guten Ideen zur Nachsorge von Straftätern auch Strategien zur Implemen-

tionierung und Umsetzung zu erarbeiten. Ausdrücklich sollten dabei jugendliche Straftäter und deren Betreuung durch KJP Berücksichtigung finden.

Spielbanken- und Glücksspielgesetze

Das Gesetz über Spielbanken in Bayern und das Gesetz zur Änderung des Staatsvertrages zum Glücksspielwesen in Deutschland müssen insbesondere wegen eines Bundesverfassungsgerichtsurteils vom Frühjahr neu gefasst werden. Danach ist das Fortbestehen des staatlichen Glücksspielmonopols nur noch dann erlaubt, wenn es ausdrücklich auf den Schutz vor Spielsucht und anderen möglichen Gefährdungen durch unregelmäßig betriebene Glücksspielbetriebe gerichtet ist. Die Kammer hat in ihrer Stellungnahme, die in enger Abstimmung mit dem Institut für Therapieforschung München entstanden ist, auf Inkonsequenzen bei den vorgesehenen Werbebeschränkungen hingewiesen und angeregt, diese gleichermaßen für Internet, Fernsehen, Kino und Sportveranstaltungen sowie andere Telekommunikationsdienste vorzusehen. Auch für das von Spielbanken geforderte Sozialkonzept (zum Umgang mit bekannten Spielsüchtigen) sollten die Vorgaben aus Kammersicht klarer und verbindlicher geregelt werden.

Kurznachrichten

Prävention im Alter: Workshop und Positionspapier

Im Rahmen der Initiative Gesund.Leben. Bayern des Gesundheitsministeriums (Sie-

he www.gesund.leben.bayern.de) hat sich die Kammer an einem Expertenworkshop zum Thema „Prävention im Alter“ beteiligt und an der Ausarbeitung eines Positionspapiers mitgewirkt.

Selbsthilfekontaktstellen-Jubiläum

Im Rahmen des Festaktes anlässlich des 5-jährigen Jubiläums der Selbsthilfekontaktstelle Bayern in Würzburg wurde von Seiten der Kammer die wichtige Funktion betont, die Selbsthilfegruppen im Rahmen der psychosozialen Versorgung einnehmen. Von daher sei es auch zu begrüßen, dass Selbsthilfeförderung in Bayern zunehmend unterstützt und u.a. von Krankenkassen finanziert werde. Kritisch sei es allein, dass zeitgleich damit in den letzten Jahren ein erheblicher Abbau der öffentlichen Förderung für psychosoziale Beratung, Suchtberatung und gemeindepsychiatrisch-komplementäre Dienste stattfinde.

Münchner Bündnis gegen Depression

Seit Jahresanfang haben vier Vorbereitungstreffen zur Gründung des Vereins „Münchner Bündnis gegen Depression“ in Anlehnung an das deutsche und andere bereits bestehende regionale Bündnisse gegen Depression stattgefunden. Die Initiative ist darauf gerichtet, mit gezielten Aktionen das gesundheitliche Wohl depressiver Menschen zu fördern und die Versorgung dieser Patienten zu verbessern. Mögliche Aktionen für die kommenden 2–3 Jahre werden derzeit geplant, z.B.

- Aufklärungskampagnen mit Medienberichten zur Information der breiten Öffentlichkeit über Depressionen und erfolgreiche Behandlungsmethoden
- Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte zur Optimierung von Diagnose und Therapie von depressiven Störungen
- Kooperationen mit den vor Ort bereits tätigen Einrichtungen
- Sammlung von Sponsorengeldern zur Finanzierung der Projekte

Ein Tag der offenen Tür mit Vorträgen zum Thema Depression hat bereits im Juni stattgefunden. Im Herbst 2007 ist die Vereinsgründung geplant, im 1. Hj 2008 soll eine Auftaktveranstaltung mit Pressekonferenz folgen. Die PTK Bayern war bei 3 Vorbereitungstreffen beteiligt.

Beratungen zu einer Novellierung unserer Berufsordnung

Der Ausschuss zur Reform der Berufsordnung befasst sich im Auftrag des Vorstands mit der Änderungsbedürftigkeit unserer Berufsordnung anlässlich des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes. Insbesondere wird dabei eine Erweiterung der Zahl der zugelassenen Praxissitze und Kooperationsformen erwogen. Hierüber soll dann die nächste Delegiertenversammlung am 23.10.07 befinden.

BR-Sendung über die verschiedenen Psychotherapieverfahren

Die Kammer beteiligte sich mit mehreren Beiträgen an einer Sendung des bayerischen Rundfunks zu den verschiedenen Psychotherapieverfahren.

Wichtiger Hinweis für Kammermitglieder

Bitte beachten Sie auch das Mitgliederrundschreiben, das Ihnen im September zugegangen ist.

Wir informieren Sie dort u.a. über

- Informations- und Fortbildungsveranstaltungen der PTK Bayern
- Aktuelle Regelungen für Niedergelassene zum Nachweis der Fortbildungspflicht gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung.

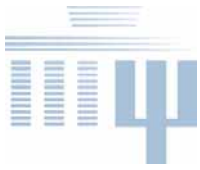
Vorstand der Kammer:

Nikolaus Melcop, Peter Lehndorfer, Bruno Waldvogel, Gerda B. Gradl,

Heiner Vogel, Angelika Wagner-Link, Benedikt Waldherr.

Geschäftsstelle

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



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Berlin

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Der „Antrittsbesuch“ des Kammervorstandes bei der neu gewählten, für uns zuständigen **Senatorin, Frau Lompscher** (Die Linke), hat am 19.04.2007 in einer offenen und kooperativen Atmosphäre stattgefunden. Themen waren, neben Informationen über die Schwerpunkte der Kammerarbeit, u.a. die Beteiligung der Kammer bei Fragen der Fachaufsicht (es gibt einen Regelungsbedarf bei fachlichen Konflikten innerhalb der Einrichtung, Dienststelle oder Behörde), die Einbindung der PP und KJP in das Weiterbildungsgesetz des Landes Berlin. Darüber hinaus sind Gespräche mit der Senatsverwaltung zur Einbindung der Kammer bei der Bettenplanung in der Psychiatrie gewünscht (Erwachsene und Kinder). Die Senatorin stellte eine diesbezügliche Mitbeteiligung der Kammer in Aussicht.

Treffen mit staatlich anerkannten Ausbildungsinstitutionen

Am 28. Juni 2007 fand in der Berliner Psychotherapeutenkammer ein erstes Treffen mit den zwanzig staatlich anerkannten Ausbildungsinstitutionen in Berlin statt. Diskussionsthemen waren:

- Akkreditierung der Institute als Fortbildungsveranstalter zwecks Vereinfachung des Zertifizierungsverfahrens der Fortbildung. Die Kammer legte einen Akkreditierungsentwurf zur Diskussion vor. Im ersten Jahr soll das geplante Verfahren kostenlos erprobt und ggf. in Absprache optimiert werden.
- Erläuterung und Konsequenzen des „Gaststatus“ der Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) in der Kammer (Beschluss der Delegiertenversammlung vom 26. April 2007) in ihrer möglichen Bedeutung für die Ausbildung und die Kammerarbeit.
- Mangel an Plätzen für die praktische Tätigkeit der PiA in der Ausbildung. Die

Kammer stellt in Aussicht, die Institute in ihrem geplanten Bemühen um zusätzliche Praktikumsplätze zu unterstützen.

- Beschwerdemanagement – Umgang mit Beschwerden von Ausbildungskandidaten bzw. Patienten über Ausbildungskandidaten. Die Struktur und Praxis des Beschwerdemanagements wurden dargestellt und diskutiert.

Rund 30 Verantwortliche aus Ausbildungsinstitutionen, Vorstandsmitglieder und der Präsident der Kammer nahmen an diesem Treffen teil. Die Diskussionen wurden sehr offen und konstruktiv geführt und stellen eine gute Basis für die künftige gegenseitige Kooperation dar. Es wurden weitere Treffen verabredet.

Psychotherapeutenkammer Berlin trat dem Suchdienst Psych-Info bei

Berlin ist nachfolgend nach Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein dem gemeinsamen „Psychotherapeuten-Suchdienst“ über das Internet nicht nur beigetreten, sondern zwischenzeitlich auch schon im Netz. Patienten, Ratsuchende oder Mitarbeiter aus Kliniken oder Beratungsstellen können über eine Schnellsuche (PLZ, Orte, Stadtbezirke) allgemeine und spezielle Behandlungsangebote abfragen. Bei den Daten wird unterschieden zwischen Behandlern (PP oder KJP), Patientengruppen, Leistungen der GKV und anderen Kostenträgern (Selbstzahler, Arbeitgeber, Versicherungen). Die Kammer muss die Korrektheit der Angebote in Bezug auf die Berufsordnungen sicherstellen. In diesem Zusammenhang werden auch die Mitgliederdaten der Kammerverwaltung – soweit möglich – aktualisiert. Dies ist nötig, da wir nicht alle Änderungen bei Adressen oder Fachdaten haben oder aufgrund von Eingabefehlern falsche Daten erfasst wurden. Dennoch werden die in Psych-Info enthaltenen Mitgliedsdaten in einer gesonderten Datenbank

geführt, da Psych-Info ein gemeinsames Projekt mit anderen Kammern darstellt, die Teilnahme für die Kammermitglieder freiwillig ist und somit nicht alle Mitglieder betrifft. Eine Schnittstelle zur Kammerverwaltung ist nicht vorhanden. Beim Zusammenführen bzw. anschließenden Parallel-Schalten sind nochmals Fehlerquellen entstanden. Eine so neue Institution wie die unsere hat leider alle „Kinderkrankheiten“, die es so gibt. Für die Mühe, die wir Ihnen damit zum Teil machen, entschuldigen wir uns und danken Ihnen sehr für Ihre Mitarbeit.

Vorbereitung des 3. Landes- psychotherapeutentags

Die Vorbereitungen zu unserem 3. Landespsychotherapeutentag mit dem Thema: „Psychotherapeutische Kompetenz – Aspekte innerer und äußerer Realität von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ sind mit einem vielfältigen Programm abgeschlossen.

Vorbereitung einer Veranstaltung für angestellte Psychotherapeuten

Am 8. Februar 2008 plant die Kammer einen Tag für Psychotherapeuten in Institutionen. Das Arbeitsthema soll „Psychotherapeutische Kompetenz im institutionellem Rahmen“ sein. Schwerpunkte sind u.a. die Themen „Notfallversorgung“, „PPs in Institutionen im Spannungsfeld zwischen Berufsordnung und Arbeitsrecht“ und viele weitere interessante Themen. Veranstaltungsort wird das Haus der Familie der evangelischen Landeskirche in Berlin-Charlottenburg sein. Das Veranstaltungsprogramm wird rechtzeitig veröffentlicht.

Kolleginnen und Kollegen im Spannungsfeld der Berufsordnung

Der Kammervorstand und der Ausschuss „Berufsordnung, Patienten, Menschen-

rechte“ organisierte und führte im Juni eine gut besuchte Informationsveranstaltung zur Berufsordnung der Berliner Kammer durch. Hier stellte der Präsident Struktur und Praxis des Beschwerdemanagements vor. Die Bedeutung der Kammer als Wächter der Einhaltung der Berufsordnung bei gleichzeitigem Schutz unserer Mitglieder wurde ausführlich in großer Runde erörtert. Darüber hinaus wurden die rechtlichen, in der Praxis auftretenden Probleme von niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen und der in Institutionen beschäftigten in getrennten Workshops unter Mitarbeit von RA Gleininger diskutiert.

Auseinandersetzung mit den neuen Versorgungsformen

Am 10. Mai 2007 informierte Frau Heinrich, Geschäftsführerin der PTK Rheinland-Pfalz, anhand von realisierten Projekten über neue Versorgungsformen in der GKV (Integrierte Versorgung, Berufsausübungsgemeinschaft und Medizinisches Versorgungszentrum). Psychotherapeuten sind im Gesundheitswesen die Berufsgruppe, die aufgrund der Breite ihrer Berufsausübung in der Versorgung an fast allen IV-Projekten beteiligt werden müssten. Frau Heinrich stellte anhand der Projekte die Möglichkeiten fachübergreifende Tätigkeit der PP und KJP in den Neuen Versorgungsformen dar, wies jedoch auch darauf hin, dass die jeweiligen Verträge juristisch und steuerrechtlich weit reichende Folgen haben können und differenzierte, begleitende Beratungen erfordern.

Notfallpsychotherapie

Am 13. Juni 2007 fand das 4. Treffen der Kammervereine zur Notfallpsychotherapie in Hamburg statt. Dargestellt wurde die Situation in den einzelnen Ländern, die sich aufgrund der gesetzlichen Grundlagen verschieden gestaltet. Geplant wurde zunächst, dass die Kammern länderübergreifend – vorbehaltlich einer Entscheidung im Länderrat – auf ihrer Internetseite einheitliche Informationsmaterialien zur Unterstützung nach traumatischen Ereignissen zur Verfügung stellen. Die weitere strukturelle und in-

haltliche Entwicklung der Notfallpsychotherapie in Berlin soll in einer Klausurtagung des Vorstands im Herbst 2007 beschlossen werden.

Wissenschaft, Forschung, Qualitätssicherung

Im Ausschuss „Wissenschaft, Forschung, Qualitätssicherung“ wird vor allem an der Verbreiterung der Wissensbasis zu WFQ gearbeitet, u.a. durch

- die Mitarbeit in einem interinstitutionellen Arbeitskreis zu Qualitätssicherung im Gesundheitsbereich;
- Diskussion des wegweisenden Methodenpapiers des Wissenschaftliche Beirats „Psychotherapie“ unter Leitung eines Mitglieds des Beirats;
- die zielorientierte Auseinandersetzung mit aktuellen oder bereits beendeten Berliner Forschungsprojekten; fokussiert wird auf alltagspraktische Wissenschaftlichkeit und Herausarbeitung der Kompetenz von Praktiker/-innen als Wissenschaftler/-innen;
- Anfang 2008 ist seitens des Vorstandes und des Ausschusses eine Veranstaltung zu „Forschung und Qualitätssicherung“ geplant.

Vortrag des Präsidenten und Prof. Dr. Gerhard Nothacker beim LPT in Baden-Württemberg; Thema „Psychotherapie außerhalb der Kassenzulassung“

Auf Einladung der Psychotherapeutenkammer Baden-Württembergs hielten Prof. Nothacker/FH Potsdam aus juristischer und der Präsident aus psychotherapeutischer Perspektive ein komplementäres Referat zur Psychotherapieentwicklung im Rahmen der Sozialleistungsträger. In diesem ersten Werkstattbericht wurde ausgehend von Differenzen zur Richtlinienpsychotherapie die spezifische Rolle des PP und KJP, Besonderheiten in der Settingentwicklung, Anamneseerhebung, Indikationsstellung, Behandlungsplanung etc. dargestellt. Von zentraler Bedeutung für den Behandlungserfolg ist das Zusammenwirken von Institutionen, z.B. Jugendamt, Fachdienste, Kliniken, institutionell Beschäftigten (Kollegen, Sozialarbeitern, Ärz-

ten, Lehrern, etc.) mit den Niedergelassenen und die Definition der „Schnittstellen“, z.B. Was unterscheidet eine sozialpädagogische von einer psychotherapeutischen Intervention? Wie wirken beide u.a. in der Behandlung/Beratung zusammen?

KJHG – Psychotherapie im Rahmen der Jugendhilfe

Die Arbeitsgruppe „Berliner Leistungserbringer Psychotherapie im Rahmen der Jugendhilfe“ tagte weiterhin mehrmals. Im Mittelpunkt standen weiterhin die Probleme bei der Umsetzung der Leistungsbeschreibung Psychotherapie, die in den Bezirken weiterhin sehr unterschiedlich umgesetzt wird und durch die die Beantragung und Durchführung der psychotherapeutischen Behandlungen erschwert wurden. Die Einführung von Fachleistungsstundenkontingenten, die als verwaltungsvereinfachende Maßnahme dargestellt wurde, wird wiederum auf bezirksunterschiedliche Anteile von personenbezogenen und nichtpersonenbezogenen Leistungen festgelegt, die nicht den von den Leistungserbringern mehrmals dargestellten Anteilen von notwendigen Tätigkeiten (Vor- und Nachbereitung, Dokumentation, Erstellen von Erst-, Verlängerungs- und Abschlussberichten, Supervision, Teilnahme an Hilfeforenzen, Mitbehandlung und Beratung von Eltern und weiteren Bezugspersonen des sozialen Umfelds) entsprechen. Aufgrund dieser Probleme hat bisher nur eine geringe Anzahl der Kollegen und Kolleginnen den neuen Trägervertrag unterzeichnet und arbeitet auf der Grundlage von Einzelfallentscheidungen weiter. Von Seiten des Senats wurde nach Gesprächen mit den Verbänden der Leistungserbringer und nach dem bei der Umsetzung erhebliche Probleme aufgetaucht waren (wie von den Verbänden vorhergesagt), die zeitlichen Vorgaben, bis wann die neuen Verträge unterzeichnet werden sollten (ursprünglich der 31. März), ausgesetzt.

Für den Herbst ist geplant, in der von der Kammer eingesetzten „KJHG-Kommission“ für die Fachöffentlichkeit ein Papier zu erarbeiten, in dem die Leistung „Psychothe-

rapie in der Jugendhilfe“ in Abgrenzung zu anderen Jugendhilfemaßnahmen und zur Psychotherapie im SGB V in ihrer Spezifität zu definieren sind. Auf dem 3. Berliner Landespsychotherapeutentag am 1. September 2007 werden Workshops und ein Vortrag von Prof. Nothacker diesen Bereich differenziert darstellen.

Gespräche mit dem Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit

In den regelmäßigen Gesprächen mit dem Verein wurde die erfolgreiche Umsetzung der geplanten Netzwerkbildungen zwischen Psychiatern und Psychotherapeuten in Willmersdorf/Charlottenburg und Neukölln und die Fortsetzung

solcher regionalen Netzwerkbildungen (nächste in Schöneberg/Tempelhof und Zehlendorf geplant) besprochen. Außerdem wurden Fragen der Zusammenarbeit bei Verträgen der integrierten Versorgung erörtert.

Berliner Symposium zur Psychosentherapie

Im Trägergremium des Symposiums, in dem die Kammer mitarbeitet, wurde über die Einrichtung eines Curriculums gesprochen. Hierbei wurde festgestellt, dass das Symposium sowohl berufsgruppenübergreifend als auch methodenübergreifend und settingübergreifend anzulegen ist und auch das Curriculum dieses entsprechend abbilden muss.

Berliner Bündnis gegen Depression

Im Rahmen des Bündnistreffens wurde die Durchführung einer Befragung von Betroffenen über ihre Behandlungserfahrungen beschlossen und hierfür Kontakte zu Universitäts- bzw. Fachhochschulinstituten aufgenommen.

Landespsychiatriebeirat

Auf Einladung des Senats wurde seitens des Kammervorstands Heinrich Bertram als Vertreter der Kammer im Landespsychiatriebeirat vorgeschlagen.

Für den Vorstand

Michael Krenz

Seele und Zähne – Kooperation von Psychotherapeuten und Zahnärzten in der Behandlung psychosomatischer Störungen in der Zahnmedizin

Dipl.-Psych., Dipl.-Soz.päd. (FH) Hilde A. Urnauer

Ein Fall für die Beratungsstelle „Seele und Zähne“:

Eine 58-jährige Patientin wurde wegen einer Prothesenunverträglichkeit von ihrem Zahnarzt an die Beratungsstelle „Seele und Zähne“ überwiesen. Es bestand der Verdacht einer psychogenen Prothesenunverträglichkeit. Es lagen zwei Gutachten vor, dass die Prothese einwandfrei sei. Das subjektive Krankheits-/Schmerzmodell der Patientin war: „Die Zähne hätten nicht ‚raus gemusst‘, die Zahnextraktion sei fehlerhaft erfolgt. „Es blieben Splitter auf dem Kieferkamm zurück, die drücken jetzt auf die Prothese“ – so die Patientin.

Die Patientin gab an, dass sie ihren Zahnarzt aufgrund von Zahnschmerzen aufsuchte und er ihr mitteilte, dass mehrere Zähne gezogen werden müssten. Ihr Zahnarzt habe die „Zähne wie im Mittelalter ‚raus gebrochen‘ und der Kiefer sei deformiert. Sie berichtete, bei jedem Beißen Schmerzen im Unterkiefer zu haben, der sie an die „falsche, ungerechtfertigte Behandlung des Zahnarztes erinnern würde“. Sie verspüre eine ständige Spannung im Unterkiefer und einen Druckschmerz. Seit die-

ser Zeit leide sie unter Suizidgedanken, Schlaflosigkeit und Depression.

In der Beratung „Seele und Zähne“ wurde der Patientin zunächst ausreichend Raum und Zeit gegeben, über ihre Beschwerden und negative Erfahrungen zu sprechen. Es erfolgte zunächst eine „orale Inspektion“ der Zähne. Diese trug dazu bei, dass die Patientin sich mit ihren Beschwerden ernst genommen fühlte. Danach war es möglich, die psychosozialen Folgen ihrer Beschwerden anzusprechen. Ziel der Beratung war, dass die Patientin nicht weiter darauf drängt, eine neue Prothese anfertigen zu lassen. Im Rahmen der Betreuung bei der Beratungsstelle „Seele und Zähne“ konnte ihr vermittelt werden, dass zunächst eine psychische Stabilisierung mit Unterstützung einer psychiatrischen und psychotherapeutischen Mitbehandlung notwendig ist.

Das Angebot der Beratungsstelle „Seele und Zähne“

Wenn ein behandelnder Psychotherapeut oder Zahnarzt vermuten, dass bei ihrem Patienten hinter zahnmedizinischen Pro-

Beratungsstelle Seele und Zähne

Termine können direkt vereinbart werden Mo–Do 8.30–16.30 und Fr 8.30–15.00 Uhr unter Tel. 030 - 89 00 42 24. Die Beratung findet im Zahnärzthehaus, KZV Berlin, Georg-Wilhelm-Str. 16, 10711 Berlin-Halensee statt.

blemen psychosoziale Belastungsfaktoren stehen oder Zahnbehandlungen zu psychischen Problemen führen, können sie ihren Patienten in die Beratungsstelle überweisen. Dazu ist es notwendig, dass der Überweiser schriftlich sein Anliegen formuliert und die Beratungsstelle über bisherige Untersuchungen/Befunde informiert. Die Beratung dauert im Durchschnitt ca. eine Stunde. Die Einweiser werden über das Ergebnis der Beratung informiert, wenn sich der Patient damit einverstanden erklärt.

Über die Beratung „Seele und Zähne“ können Interessierte bei der Psychotherapeutenkammer Berlin kostenlos Informationsbroschüren erhalten.

Verantwortliche des Berliner Projektes „Seele und Zähne“ ziehen positive Bilanz

In Berlin wurde von Psychotherapeutenkammer und Zahnärztekammer ein bundesweit einmaliges Projekt initiiert, welches die interdisziplinäre Kooperation zwischen Psychotherapeuten und Zahnärzten zum Ziel hat. In der Patientenberatungsstelle „Seele und Zähne“ erfolgt die Beratung durch Zahnarzt und Psychotherapeut. Dies ermöglicht, Patienten im Sinne eines bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses zu beraten. Dieses Kooperationsprojekt „Seele und Zähne“ kann mittlerweile auf 1 ½ erfolgreiche Jahre zurückblicken. Das als Pilotprojekt begonnene Vorhaben wird durch Michael Krenz, Präsident der Psychotherapeutenkammer und Dr. Wolfgang Schmiedel, Präsident der Zahnärztekammer unterstützt.

Beratungsinhalte/Beratungsziele

Ziel der Beratung ist zunächst ein Problemverständnis für die Beschwerden des Patienten zu erwerben. In der Beratungsstelle wird abgeklärt, ob psychosoziale Faktoren die Beschwerden mit auslösen oder aufrechterhalten und ob zahnmedizinische Faktoren in der weiterführenden Diagnostik/Behandlung mit berücksichtigt werden müssen. Es besteht auch die Möglichkeit, eine orale Inspektion vorzunehmen. Ein zahnärztlicher Behandlungsstuhl steht zur Verfügung.

Liegen den Beschwerden psycho-soziale Faktoren zugrunde, steht die Motivation für eine psychosomatische/psychotherapeutische Mitbehandlung im Vordergrund. Zunächst muss dann das subjektive Krankheitsmodell der Patienten erfragt werden, d.h. was die Patienten als Auslöser für ihre Beschwerden sehen.

Hier sei zu erwähnen, dass Patienten mit psychosomatischen Beschwerden häufig einer psychologischen Mitbehandlung abwehrend gegenüber stehen. Die interdisziplinäre Patientenberatung hat den großen Vorteil, dass bei den Patienten gleichzeitig sowohl somatische als auch psycho-soziale Aspekte differenziert angesprochen werden können, was helfen kann, Motivationsblockaden der Patienten zu lösen. Liegt eine Indikation für eine psychotherapeutische Mitbehandlung vor, stellt sich die Frage, an wen

kann der Patient weitervermittelt werden. Die Psychotherapeutenkammer hat eine Liste von niedergelassenen Psychotherapeuten, die an der Behandlung psychosomatischer Krankheitsbilder in der Zahnmedizin interessiert sind. Entsprechend dem Wohnort werden den Patienten mehrere Adressen von Psychotherapeuten mitgegeben.

Beschwerdensymptomatik:

Die am häufigsten auftretenden Beschwerden, mit denen Patienten die Beratung aufsuchen, sind:

- unklare Schmerzen im Kiefer- Gesichtsbereich
- Zahnarztphobie
- Angst vor Zahnverlust, -wanderung, -schmerz
- ausgeprägte Parafunktionen wie Knirschen, Pressen
- unklare Zungen- und Schleimhautbrennen
- psychogene Prothesenunverträglichkeit
- Beschwerden nach Eingliederung von festsitzendem oder herausnehmbarem Zahnersatz

Erfahrungen aus der Patientenberatung

Die Patientenberatung wurde von allen Beteiligten positiv angenommen. Insbesondere ist zu erwähnen, dass sich die psychosomatischen Patienten offen zeigten für die Beratung durch Zahnarzt und Psychologe. Dies ist sicherlich auch auf die gute Vorbereitung der Patienten durch die Überweiser zurückzuführen.

In der konkreten Beratungssituation erlebe ich es als sehr förderlich für die Patienten, dass wir als Team gemeinsam den Patienten bio-psycho-soziale Krankheitsmodelle vermitteln. Voraussetzung ist hierfür, dass wir eine gemeinsame Sprache verwenden und auch der Zahnarzt auf die psychosozialen Aspekte der Beschwerden eingeht. Auch die überweisenden Zahnärzte und Psychotherapeuten nahmen die Beratungsergebnisse sehr positiv auf.

Weiterbildung „Psychosomatik in der Zahnmedizin“

Die Erfahrungen in der Patientenberatung „Seele und Zähne“ zeigen, dass ein gro-

ßer Bedarf an qualifizierten Psychotherapeuten und Zahnärzten, die ein fachübergreifendes Wissen im Bereich „Psychosomatik in der Zahnmedizin“ haben, besteht. Das Ziel ist daher, den Kreis der Kollegen zu erweitern, die sich in diesem Bereich weiterbilden möchten.

Die Psychotherapeutenkammer hat gemeinsam mit Zahnärzten und Psychotherapeuten ein Curriculum „Psychosomatik in der Zahnmedizin“ entwickelt, das ab 2008 im Philipp-Pfaff-Institut der Zahnärztekammer angeboten wird. Dieses Curriculum richtet sich an Zahnärzte und Psychotherapeuten. Es wird ein Überblick über psychosomatische Störungen aus dem Bereich der Zahnheilkunde in Pathogenese, Diagnostik sowie zahnärztlicher und psychotherapeutischer Therapie gegeben. Die Krankheitsbilder werden aus zahnärztlicher und psychologischer Sicht beleuchtet und es werden interdisziplinäre Behandlungsmodelle sowie Möglichkeiten der Kooperationen zwischen den Berufsgruppen aufgezeigt.

Ausblick

Es ist geplant, die Kooperation zwischen Zahnärzten und Psychotherapeuten in Form von Konsiliardiensten und Supervisionsgruppen auszubauen. Ein Ziel ist, dass eine bio-psycho-soziale Diagnostik und Therapie frühzeitig erfolgt, so dass eine iatrogene Chronifizierung durch eine ausschließlich zahnmedizinische/medizinische Behandlung bei psychosomatischen Patienten verhindert werden kann.

Redaktionsteam

Ch. Stößlein, I. Brombacher, M. Henkel-Gessat, P. Isaac-Candeias, Dr. B. Locher, U. Meybohm, R. Mrazek, Dr. M. Thielen

Geschäftsstelle

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



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Bremen

Wie werden Migranten in Bremen psychotherapeutisch versorgt?

Hintergrundinformationen zur Erhebung über die ambulante psychotherapeutische Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund

Zahlreiche Studien weisen bei Migranten/innen auf einen höheren Grad der gesundheitlichen Unterversorgung als bei der ‚Mehrheitsgesellschaft‘ hin. In Deutschland haben sich in diesem Zusammenhang seit den 70er Jahren Ärzte, Psychiater und Psychotherapeuten in Forschung und Praxis für einen verbesserten Zugang von Migranten/innen in unserem Gesundheitssystem eingesetzt. Da im Bereich der psychischen Gesundheit die Kommunikation eine noch zentralere Rolle in Bezug auf den Zugang zu den Patienten/innen hat, waren insbesondere Berufsgruppen aus dem Bereich Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie in stärkerem Maße als die somatische Medizin an der Migrationsfrage interessiert. Insbesondere in den Berufsverbänden der genannten Gruppen haben sich seit einigen Jahren Referate und Arbeitsgruppen gebildet, die sich mit einer migrantensensiblen Versorgung und der allgemeinen interkulturellen Öffnung gesundheitlicher und sozialer Institutionen beschäftigen.

Trotzdem wissen wir immer noch sehr wenig über den tatsächlichen Bedarf und Versorgungsgrad von Migranten/innen.

Dies liegt zum einen daran, dass Krankenhäuser zumeist keine migrantenspezifischen Daten erheben und zum anderen an der Tatsache, dass Migranten bis zur Einführung des Migrationskriteriums ‚Geburtsland‘ im Mikrozensus 2005 aus der statistischen Erhebung faktisch ausgegrenzt waren.

Auch für die Bremer Behörden definierte sich der Migrationsstatus noch bis vor kurzem über die Staatsangehörigkeit, was dazu führte, dass anstatt von 26,3 % nur von 13 % Migranten ausgegangen wurde. Diese Diskrepanz spiegelte sich natürlich auch in der Planung mit und Förderung von Migranten wieder. Ebenso wurden bisher nur wenige migrantensensible Versorgungsanalysen durchgeführt. Angaben von Psychotherapeuten mit Migrationshintergrund zufolge besteht bei Migranten ein erheblicher Bedarf an muttersprachlichen Therapieplätzen. Eindeutige Zahlen liegen jedoch nicht vor. Entsprechende Forderungen von Psychotherapeuten mit Migrationshintergrund und dem AKTPT (Arbeitskreis türkischsprachiger Psychotherapeuten) Berlin auf Sonderbedarfszulassungen wurden von den je-

weiligen Zulassungsausschüssen abgelehnt. In Bremen wurde Sonderbedarfszulassungsanträgen mit der Begründung widersprochen, dass bei den sechs praktizierenden türkischsprachigen Psychotherapeuten noch Aufnahmekapazitäten bestehen. Es wurde jedoch weder berücksichtigt, dass vier dieser Psychotherapeuten keine Muttersprachler sind, noch dass sie Frauen sind und es somit fraglich ist, ob sie den hohen Bedarf männlicher Patienten mit türkischem Migrationshintergrund abdecken. Für die zweitgrößte Gruppe der russischsprachigen Migranten gibt es abgesehen davon keinen muttersprachlichen Psychotherapeuten und nur zwei für die drittgrößte Gruppe der aus Polen stammenden Mitbürger. In Kooperation mit der Psychotherapeutenkammer Bremen erhebt die von der Volkswagenstiftung geförderte Studiengruppe ‚Kulturelle Diversität im Gesundheitssystem‘ am Zentrum für Europäische Rechtspolitik Bremen daher gegenwärtig den Zugang der Bremer Migranten/innen zur psychotherapeutischen Versorgung. Diese Erhebung soll Aufschluss über zusätzlichen Versorgungsbedarf für muttersprachliche Psychotherapeuten in Bremen geben.

Das „Bremer Bündnis gegen Depression“: Neue Wege der Kooperation

Das überregionale „Bündnis gegen Depression e.V.“ entstand 2001 im Rahmen des „Kompetenznetzes Depression, Suizidalität“, das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert wird. Aufgrund der positiven Ergebnisse des Pilotprojektes in Nürnberg wurden anschließend regionale Bündnisse in Deutschland und Europa gestartet.

Gründe für die Ausweitung der „Bündnis“-Kampagnen: Schätzungen zufolge leiden ca. 5 % der Bevölkerung an einer behandlungsbedürftigen Depression, die, rechtzeitig erkannt, in der Regel gut behandelbar ist. Trotz durchaus vorhandener guter Versorgungsangebote erhalten nur 10 % der Betroffenen professionelle Unterstützung. Das „Bündnis

gegen Depression“ will die Versorgungssituation für depressiv erkrankte Menschen mit folgenden Maßnahmen verbessern:

Kooperation mit Hausärzten, die in unserem Gesundheitssystem die Patienten meist zuerst sehen, Aufklärung der Öffentlichkeit mit verschiedenen Veranstaltungen,

Zusammenarbeit mit Multiplikatoren wie Pfarrer, Lehrer, Apotheken, Altenpflegekräfte, Angebote für Betroffene und Angehörige, Kooperation mit Selbsthilfegruppen.

Auch in Bremen wird seit Januar 2007 ein „multidisziplinäres Netzwerk“ mit dem Ziel der Gründung eines „Bremer Bündnis gegen Depression“ von den PKHB-Vorstandsbeauftragten Ursula Kappelhoff und Helga Friehe-Rüdebusch aufgebaut. Nach ersten Vorbereitungen und Kontaktaufnahmen beteiligen sich am „Lenkungsgremium“ des Bündnisses ein Oberarzt, eine Oberärztin und die leitenden Psychologinnen der Depressionsstationen der beiden großen Kliniken, Ameos-Klinik Dr. Heines und Klinikum Bremen-Ost, die wissenschaftliche Koordinatorin des IPP (Institut für Public Health und Pflegeforschung) der Uni Bremen und eine niedergelassene Psychiaterin/Neurologin.

Des Weiteren kooperieren im „Beratungsgremium“ derzeit die Ärztekammer Bremen, das Gesundheitsamt/Sozialpsychiatrischer Dienst und eine Vertreterin der Abteilung Gesundheit des Senators für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales. Dieses Gremium erweitert sich kontinuierlich um Vertreter weiterer stationärer und ambulanter Angebote, wie Haus- und Kinderärzte sowie psychologische und ärztliche Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, Netzwerk Selbsthilfe und Angehörigengruppen und ambulante sozialpsychiatrische Dienste.

Das „Deutsche Bündnis gegen Depression e.V.“ unterstützt alle regionalen Kampagnen durch Lieferung des „Know-how“, PR-Öffentlichkeitsmaßnahmen, wie Flyer und Plakate zu günstigen Konditionen, aber nicht kostenlos, so dass größere Summen erforderlich sind, die über Sponsoren angeworben werden müssen. Es wur-

de ein Spendenkonto eröffnet, dafür steht als nächste Maßnahme die Gründung eines gemeinnützigen Vereins an, um die Spenden beim Finanzamt absetzbar zu machen.

Von den beiden beteiligten Kliniken sind schon Spenden zugesagt worden, so dass mit ersten Öffentlichkeitsmaßnahmen begonnen wurde. Eine erste öffentliche Vorstellung des Bremer Bündnisses fand am 27.6. im Haus am Park des Klinikums Bremen-Ost im Anschluss an den Vortrag von Dr. Unger statt, der in Hamburg-Harburg vor drei Jahren ein (erfolgreiches) Bündnis gegründet hatte.

Die offizielle Auftaktveranstaltung für das „Bremer Bündnis gegen Depression“ ist zu Beginn des Jahres 2008 unter dem Motto: „Depression hat viele Gesichter“ geplant. Weitere Informationen siehe tagesaktuell unter www.pk-hb.de.

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Bremen: Umfrage lieferte erste Hinweise zur Versorgungsstruktur

Im Frühjahr/Sommer 2006 wurde von Mitgliedern des Bremer Kammervorstandes (Frank Bodenstein, Hilke Schröder) eine Umfrage durchgeführt mit der Intention, einen ersten Überblick über Umfang und Struktur der kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischen Versorgung in Bremen zu erhalten.

Die Fragen des Erhebungsbogens, der allen niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie den psychologischen Psychotherapeuten mit Abrechnungsgenehmigung KJP und den Doppelapprobierten (insgesamt 64 Kammermitgliedern) zugesandt wurde, bezogen sich auf die Daten des ersten Quartals 2006 und erfassten neben der Zugehörigkeit zu den o.g. Berufsgruppen

- die Anzahl der behandelten Patienten,
- die Verteilung der Patienten nach Bremen und mitversorgtem Umland,
- den Umfang der Praxistätigkeit und
- die durchschnittlichen Wartezeiten.

Nach einer ersten Auswertung in Eigenleistung, wurde auch noch eine professio-

nelle Auswertung durchgeführt.* Auch diese lieferte ausschließlich „deskriptive Werte“, der Autor weist ausdrücklich darauf hin, dass „Aussagen über statistisch bedeutsame Unterschiede“ nicht vorgenommen werden konnten, da sie „aufgrund der geringen Fallzahlen als nicht verlässlich eingeschätzt“ werden. Einige Abweichungen in den ermittelten Werten ließen sich nicht ganz aufklären. Auch fanden sich nachträglich einige kleine Übermittlungsfehler. In Anbetracht der „statistisch gesehen“ eingeschränkten Aussagekraft werden diese Unstimmigkeiten hier vernachlässigt zugunsten von Tendenzaussagen, die sich (mit mehr oder weniger Übereinstimmung) aus den Berechnungen ergaben:

- Die Rücklaufquote lag mit ca. 82 % (übereinstimmend) erfreulich hoch.
- Die Kolleginnen mit einer KJP-Approbation leisten einen deutlichen höheren Anteil (ca. 85 % der Stunden, entsprechend ca. 85 % der Behandlungsfälle insgesamt incl. probatorische Sitzungen) an der Versorgung psychisch kranken Kinder und Jugendli-

cher als die beiden anderen Approbationsgruppen.

- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen arbeiten ca. 22 Wochenstunden, PP mit Abrechnungsgenehmigung ca. 3 Stunden und Doppelapprobierte ca. 10 Stunden pro Woche (jeweils durchschnittlich) mit dieser Altersgruppe.
- Als durchschnittliche Wartezeit wurden übereinstimmend 4,5 Monate ermittelt. Unterschiede zwischen den KJP-Praxen (ca. 3 Monate) und den anderen Approbationsgruppen (Durchschnitt ca. 6 Monate, häufigeres Vorkommen extrem langer Wartezeiten bis zu einem Jahr) erklären sich z.T. aus dem hohen Anmeldungsdruck auf die deutlich unterrepräsentierten verhaltenstherapeutischen Behandlungsplätze, da sich die langen Wartezeiten alle in dieser Berufsgruppe finden.

* Der Kammervorstand dankt Herrn Norbert A. Karpinski, wissenschaftliche Mitarbeiter des Zentrums für klinische Psychologie und Rehabilitation, für seine „Auswertung der KJP Umfrage“.

■ Ebenfalls übereinstimmend zeigte sich, dass etwa 20 % der Patienten in den Bremer Praxen aus dem niedersächsischen Umland stammen.

In unserer kammerintern erstellten Auswertung haben wir darüber hinaus versucht, mithilfe von Populationszahlen des statistischen Landesamtes eine annähernde Versorgungsquote zu ermitteln. Aus

verschiedenen Gründen wird hier auf die Angabe von Zahlen verzichtet: Zum einen müssten bei einer Erhebung mit dieser Zielrichtung die kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen sowie stationäre und andere institutionelle Versorgungsangebote (JUPS, KIPSY, EB) miteinbezogen werden wie z.B. bei der Untersuchung zur psychotherapeutischen Versorgung der Kinder und Jugendlichen in

Baden-Württemberg von Nübling, Raymann und Reisch (PTJ 3/2006). Unabhängig davon können, wie gerade der genannte Artikel zeigt, Versorgungsquoten sehr stark divergieren (von unter 50 % bis über 90 %), je nachdem, welche der in der Literatur verwendeten Prävalenzzahlen und Inanspruchnahmeraten in die Ermittlung des tatsächlichen regionalen Bedarfs eingehen.

Starker Mitgliederandrang zur 15. Kammerversammlung

Da für diese Kammerversammlung die Neuwahl des Vorstandes anstand und mehrere Wahlvorschläge vorlagen, war diese Kammerversammlung außergewöhnlich gut besucht. Mit 176 wahlberechtigten Teilnehmerinnen und Teilnehmern sprengte diese Versammlung sowohl die räumlichen (Anzahl der Stühle) wie organisatorischen (Anzahl der Wahlzettel) Vorbereitungen. Auf Antrag wurden inhaltliche Punkte zurückgestellt und nach kurzem Bericht des Vorstands und des Finanzausschusses der bisherige Vorstand entlastet.



Der neu gewählte Bremer Kammervorstand (von links nach rechts): Axel Janzen, Karl Heinz Schrömgens, Dr. Isabel Bataller, Hilke Schröder, Frank Bodenstein, Dr. Christine Block, Hans Schindler (Foto: H.-O. Platte).

Der Kammervorstand der 2. Amtsperiode war, nachdem schon zwei Beisitzerinnen ausgeschieden waren, gemeinsam zurückgetreten. Auf dieser Versammlung gaben der Präsident Karl Heinz Schrömgens, der stellvertretende Präsident Hans-Otto Platte wie auch die Beisitzer Axel Janzen und Frank Bodenstein persönliche Erklärungen ab, aus denen deutlich wurde, dass bei der bisherigen personellen Zusammensetzung eine vertrauensvolle Zusammenarbeit nicht mehr gegeben war. Bei der auf die Erklärungen folgenden Aussprache wurde mit Bedauern festgestellt, dass eine frühzeitige Inanspruchnahme von professioneller Hilfe wie z.B. Supervision oder Organisationsberatung nicht erfolgt war. Gleichzeitig wurde dies dem später zu wählenden Vorstand dringend angeraten.

Der dann folgende Wahlprozess war streckenweise von starker Emotionalität begleitet. Besonders die Wahlen des Präsidenten und der/des stellvertretenden Präsidentin/en bewegten die Kammermitglieder ganz besonders. So verpasste Karl Heinz Schrömgens im ersten Wahlgang knapp mit einer Stimme seine Wiederwahl, wurde dann aber mit fast zwei Drittel der Stimmen im zweiten Wahlgang wiedergewählt.

Für die stellvertretende Präsidentschaft kandidierten sowohl Dr. Isabel Bataller als auch Axel Janzen, der im bisherigen Vorstand die Angestellten vertrat. Frau Dr. Bataller erhielt ca. 2/3 der Stimmen und wurde damit erstmals als stellvertretende Präsidentin in den Kammervorstand gewählt.

Mit nur wenigen Gegenstimmen und Enthaltungen wurde der Beisitzerin für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Hilke Schröder erneut das Vertrauen ausgesprochen. Als weitere Beisitzer/in wurden schließlich Frank Bodenstein und Axel Janzen wiedergewählt sowie Dr. Christine Block und Hans Schindler erstmals in den Kammervorstand gewählt.

Nach diesem Wahlmarathon würdigte Karl Heinz Schrömgens ungeachtet der vorhandenen Konflikte die 7-jährige Mitarbeit von Hans-Otto Platte im Kammervorstand. Frank Bodenstein überreichte im Namen der Kammer ein Präsent zum Dank. Die schon früher ausgeschiedenen Kolleginnen erhielten Blumensträuße. Wegen der vorgerückten Zeit wurden die anstehenden inhaltlichen Punkte auf eine außerordentliche Kammerversammlung im Juli verschoben.

16. Kammerversammlung: Weiterbildungsordnung beschlossen: Neuropsychologen zeigen sich erleichtert.

Mit überwältigender Mehrheit bei nur zwei Enthaltungen wurde am 10. Juli 2007 von der 16. Kammerversammlung der PKHB erstmalig eine Weiterbildungsordnung (WBO) beschlossen. Sie lehnt sich an die Muster-WBO der BPTk an und regelt im

speziellen Teil den Zugang zur Zusatzbezeichnung „Klinische Neuropsychologie“. Udo Hemken als Vorsitzender des Fort- und Weiterbildungsausschusses stellte sachkundig und differenziert die Diskussionen und unterschiedlichen Aspekte dar, die

zum vorliegenden Entwurf geführt hatte. Der Dank der Versammlung ging an die Mitglieder des Fort- und Weiterbildungsausschusses, die in vielen Sitzungen den vorliegenden Entwurf begleitet hatten. Gisela Erdmann, Vorsitzende des Landes-

verbandes Bremen der „Gesellschaft für Neuropsychologie“ zeigte sich sehr erleichtert, dass es nun endlich möglich war, die WBO zu verabschieden.

Ebenfalls standen Änderungen der Fortbildungsordnung zur Abstimmung. Diese waren redaktioneller Natur, um die FBO der PKHB mit der Systematik der FBO der PKN kompatibel zu machen. Dies war notwendig geworden, da seit dem 1. Mai 2007

die „Gemeinsame Fortbildungsakkreditierungs- und Zertifizierungsstelle der PKN und der PKHB“ ihre Arbeit aufgenommen hat. Als Gebühr für die Erstellung eines Fortbildungszertifikates wurde ein Betrag von 25 € beschlossen.

Unter dem Tagesordnungspunkt „Informationen“ eröffnete sich überraschend eine Diskussion über die Frage, ob die PKHB sich um Rahmenvereinbarungen

zur Integrierten Versorgung kümmern darf oder soll. Hintergrund stellte das Angebot der niedersächsischen an die Bremer Psychotherapeutenkammer dar, sich an einer diesbezüglichen Vereinbarung zu beteiligen. Die Versammlung beschloss die Bildung einer Kommission, die sich mit den Vorschlägen befassen und der nächsten Kammerversammlung am 20. November Bericht über ihre Arbeit erstatten soll.

PKHB – Kurz notiert

Gespräch mit der politischen Spitze des Gesundheitsbereiches

Am 27.06.2007 war in der Kammergeschäftsstelle die Senatorin für Arbeit, Frauen, Jugend, Gesundheit und Soziales, Frau Inge-Lore Rosenkötter, zu Gast. Sie wurde begleitet von der Staatsrätin, Frau Dr. Birgit Weihrauch, dem Psychiatriereferenten, Dr. Gerd Schöfer und dem Justitiar der Gesundheitsbehörde, Jürgen Nuschke. Von Seiten der Kammer nahmen der Präsident Karl Heinz Schrömgens, die stellv. Präsidentin Dr. Isabel Bataller und die Vorstandsmitglieder Dr. Christine Block, Hilke Schröder und Axel Janzen teil.

In dem zweistündigen Gespräch, das in einer angeregt-angenehmen Atmosphäre stattfand, wurden Fragen der psychosozialen Lage von Kindern und Jugendlichen sowie der Entwicklung der kommunalen Beratungsdienstleistungen in diesem Bereich, der Zukunft psychologisch-psychotherapeutischer Dienstleistungen in kommunalen Kliniken und die Situation von Psychotherapeuten in der Ausbildung, insbesondere im Hinblick auf ihre praktische Tätigkeit erörtert.

Bedauernd wurde von der Kammer angemerkt, dass das Gesundheitsressort die

Fachkompetenz der Kammer bei der Erarbeitung des Psychiatrieberichtes an die GMK nicht abberufen hatte. Dadurch seien im Psychotherapiebereich des Berichtes fehlerhafte Aussagen zu vermeiden gewesen.

Psychotherapeutenversorgungswerk (PVW) entwickelt sich erfolgreich

Dem PVW gehören mittlerweile Kammermitglieder aus fünf Bundesländern an (Niedersachsen, Bremen, Hamburg, Hessen, Rheinland-Pfalz). Durch den Beitritt der Psychotherapeutenkammern von Hamburg, Hessen, Rheinland-Pfalz waren neue Wahlen zur Delegiertenversammlung des PVW notwendig geworden. Aus Bremen wurde der bisherige Delegierte Frank Bodenstein wiedergewählt und Frau Anke Herold neu hinzugewählt, so dass Bremen jetzt zwei Delegierte in die Delegiertenversammlung des PVW entsendet.

Im September 2007 wird die neu gewählte Delegiertenversammlung zusammentreten. Auf einer weiteren Delegiertenversammlung voraussichtlich im November 2007 werden die Delegierten dann die Besetzung des obersten Organs des PVW, den Verwaltungsrat, neu wählen. Der Ver-

treter der Bremer PVW-Mitglieder im Verwaltungsrat war in den letzten Jahren Frank Bodenstein. Für Bremen wird bei der neuen Wahl zum Verwaltungsrat dann erneut eine Person in den Verwaltungsrat entsendet.

Anfragen richten Sie bitte an die Geschäftsstelle des PVW, Kohlwiesen 24, 30855 Langenhagen. Tel. 0511 - 475 48 25 – Fax: 0511 - 475 49 15 oder per Mail an die Geschäftsführerin Frau Barbara Sieker unter barbara.sieker@t-online.de. Weitere Infos zum PVW unter: www.p-v-w.com.

Angestelltentagung, 24. Nov. 2007: Angestellte PsychotherapeutInnen – Realitäten und Visionen

Zu Samstag, 24. Nov. 2007 laden die Psychotherapeutenkammern Niedersachsen und Bremen in Kooperation mit ver.di alle angestellten PP und KJP zu einer Tagung unter der Überschrift „Realitäten und Visionen“ ein. Die Tagung findet in Hannover statt, ist als Fortbildungsveranstaltung anerkannt und ist für Kammermitglieder kostenfrei. Genaue Informationen können den Webseiten der PKN und der PKHB entnommen werden: www.pkn.de und www.pk-hb.de.

Redaktion Bremer Kammerseiten

An diesen Seiten arbeiteten mit: Frank Bodenstein, Dr. Christiane Falge, Helga Friehe-Rüdebusch, Axel Janzen, Ursula Kappelhoff, Hans Schindler, Hilke Schröder, Karl Heinz Schrömgens.

Geschäftsstelle

Psychotherapeutenkammer Bremen
Hollerallee 22,
28209 Bremen
Fon: 0421 – 27 72 000
Fax: 0421 – 27 72 002
Verwaltung@pk-hb.de
www.pk-hb.de

Geschäftszeiten:
Mo, Di, Do, Fr 10.00 – 14.00 Uhr
Mi 13.00 – 17.00 Uhr
Sprechzeit des Präsidenten:
Di 12.30 – 13.30 Uhr



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hamburg

Praxisnachfolge durch Jobsharing – ein Interview

Die Bildung einer Gemeinschaftspraxis (Job-Sharing) im Rahmen der KV-Zulassung ist eine sinnvolle Alternative zur Aufgabe der Kassenpraxis aus Altersgründen. Wir haben zwei Kammermitglieder nach ihren Gründen, Erfahrungen und Empfehlungen befragt, die sich kürzlich zu einer Gemeinschaftspraxis im Rahmen des Jobsharing zusammengeschlossen haben: **Dr. Hartwig Rogge** und **Katy Flint**. Das Interview führte Claus Gieseke.

Frau Flint, Herr Rogge, wie haben Sie sich kennengelernt?

Hartwig Rogge: Mein Interesse, eine mögliche Praxisnachfolgerin im Rahmen des Job-Sharing in meine Praxis aufzunehmen, erwachte auf einer Infoveranstaltung der PTK-HH zum Praxisnachfolgeverfahren, zu der die Kammer niedergelassene Mitglieder über 55 Jahren eingeladen hatte.

Katy Flint: Ich hatte zufällig davon erfahren und bin einfach hingegangen, weil mich das Thema interessierte. Ich hätte es gut gefunden, wenn auch PraxisbewerberInnen informiert und eingeladen worden wären.

HR: Über die Kammergeschäftsstelle bekam ich dann Frau Flints Adresse.

KF: Ich hatte vorher schon über verschiedene Annoncen einen Praxiseinstieg gesucht, leider ohne Resonanz.

Welche Vorteile hat das Jobsharing aus Ihrer Sicht?

HR: Ich muss nicht von heute auf morgen meine Praxistätigkeit beenden, sondern kann Therapien in Ruhe abschließen und

die Anzahl meiner Patienten allmählich verringern. So gewinne ich zugleich Zeit für andere berufliche Interessen, die jetzt zu kurz kommen. Wichtig ist für mich außerdem, dass ich – auch im Hinblick auf die drei PartnerInnen in meiner Praxisgemeinschaft – auf die Wahl meiner Nachfolgerin Einfluss nehmen kann.

KF: Und die Partnerin zum Erhalt des Praxiswertes beiträgt ...

HR: Ja, und ich habe eine Vertretung, wenn ich mal ausfalle. Überrascht hat mich, wie anregend und fruchtbar der Austausch- und Einigungsprozess zwischen uns verlaufen ist. Es muss ja vieles gemeinsam beraten und entschieden werden, und eine junge Kollegin lässt auch einen neuen Wind wehen.

KF: Als Jung-Approbierte hätte ich im Rahmen des regulären Praxisnachfolgeverfahrens auf Jahre hinaus keine Chancen auf eine Kassenzulassung gehabt. Und von den Erfahrungen und der breiten Ausbildung der Kollegen profitieren zu können, ist ein unglaubliches Geschenk, das ich so nicht erwartet hatte. Ich erhalte nicht nur Hilfestellungen und Supervision, sondern lerne auch andere Arbeitsweisen wie z.B. die Gestalttherapie kennen. Meine Ausbildung war da ein wenig kopflastig.

HR: Mir ist deutlich geworden, dass wir aus der Reichhaltigkeit unserer therapeutischen Kultur einiges weitergeben können: Die Vielfalt der Methoden, in denen viele von uns Älteren sich noch ausgebildet haben, ist durch die Ausbildung nach dem PTG bedroht. Im Rahmen einer Gemeinschaftspraxis können Erfahrungen „vererbt“ werden.

KF: Richtig, ich habe schon wertvolle Fortbildungsanregungen bekommen und ge-

Dr. jur. Hartwig Rogge, 64, PP, im Ersterberuf Richter und Hochschullehrer, Klinischer Psychologe (Universität Hamburg), Weiterbildungen in TZI, TA, Gestalttherapie, Familientherapie, Körpertherapie, TfP, Traumatherapie (Somatic Experiencing), Approbation und Fachkunde nach den Übergangsvorschriften, „nach mühseligem Verfahren“ zugelassen als PP (TfP) in HH-Ottensen.

Katy Flint, 38, PP, Ersterberuf Erzieherin, Psychologiestudium an der Humboldt-Universität zu Berlin, Weiterbildung als Therapeutin für Legasthenie und Arithmasthenie und Tätigkeit in eigener Praxis in Karlsruhe, 4jährige Tätigkeit in der stat. Psychiatrie d. Hansestadt Rostock, Ausbildung in TfP und 2006 Approbation. Seit 2006 in Hamburg niedergelassen, seit 01.04.2007 als PP zugelassen im Jobsharing mit Dr. Rogge.

Claus Gieseke, 54, Mitglied im Zulassungsausschuss f. Psychotherapeuten Hamburg und im Vorstand der Psychotherapeutenkammer Hamburg.

nutzt. Außerdem ist es ein Riesenvorteil, nicht so rasant einsteigen und bspw. 30 Berichte an den Gutachter auf einmal schreiben zu müssen, die Praxiskosten teilen zu können und in die Verwaltungs- und Abrechnungsarbeit einer Praxis sozusagen individuell begleitet eingeführt zu werden.

Bei so vielen Vorteilen muss ich aber doch mal nach den Nachteilen fragen.

HR: Das Job-Sharing bedeutet auch einen Verzicht auf Souveränität. An erster Stelle sind die Punktzahlbergrenze und der geringe jährliche Zuwachs von 3 % zu nennen.

KF: Zumal die Patientennachfrage da ist! Es tut mir immer wieder leid, den Patienten sagen zu müssen: Zeit hätte ich, aber unser Behandlungskontingent ist ausgeschöpft ...

... zumal es eine solche Begrenzung für die Einzelpraxis oder ein MVZ ja nicht gibt.

HR: Dass es eine Begrenzung gibt, kann ich verstehen. Aber es sollte ein größerer jährlicher Zuwachs möglich sein, etwa 25 % im ersten Jahr, um nicht ständig die Einhaltung des Budgets im Auge behalten zu müssen.

KF: Ich fände eine pauschale Begrenzung, die an Patientenzahlen anknüpft (bspw. 8 pro Tag), gerechter. Jeder allein zugelassene Kollege darf 8 Stunden am Tag arbeiten. Wieso muss ein Kollege im Jobsharing mehr auf seine Flexibilität verzichten und sich stärker einschränken, als wenn er alleine bliebe? Ich fände eine generelle Obergrenze pro Abrechnungsnummer sinnvoller.

Gab es Überraschungen im Ablauf?

HR: Bei der Ermittlung der Referenzpunktzahlen hat es Meinungsverschiedenheiten mit dem Zulassungsausschuss gegeben. Ich halte es für verfahrensrechtlich bedenklich, dass die Antragsteller vor der Sitzung des Ausschusses die Punktzahlbegrenzung unterschreiben sollen und diese nicht in der Verhandlung nach den dafür vorgesehenen Rechtsregeln ermittelt wird.

KF: Warten wir mal ab, was der Berufungsausschuss entscheidet, den wir angerufen haben. Wenn wir eine weitere Ausschuss-Sitzung abgewartet hätten, hätte ich noch ein Quartal später erst anfangen können. Auch das ist eine nachteilige Regelung, dass nicht zum Beginn jeden Monats mit einer Gemeinschaftspraxis begonnen werden kann.

Welche Empfehlungen können Sie für das Jobsharing geben?

KF: Beide Partner sollten sich unbedingt vorher gut kennen lernen und sich auch sympathisch sein. Das erleichtert die anstehenden Verhandlungen und die gemeinsame Arbeit. Es sind unendlich viele

Absprachen (Praxisname, Briefkopf, Geschäftskonto, Visitenkarten, Raumaufteilung ...) immer wieder notwendig.

Dass die Chemie zwischen Ihnen stimmt, ist ja deutlich zu spüren!

HR: Es ist wirklich wichtig, sich den Partner gut auszusuchen. Zeitweilig entsteht eine große Nähe. Wir strukturieren die Praxis so um, dass jeder von uns einen eigenen Arbeitsraum und damit ausreichenden Handlungsspielraum hat. Das erübrigt manche sonst notwendige Abstimmung.

Was kann die Kammer außer der politischen Hintergrundarbeit noch tun, um das Jobsharing zu befördern?

HR: Von der PTK wünschte ich mir, dass sie einfache, schlanke Musterverträge zur Verfügung stellt, die nicht jedes mögliche Risiko regeln müssen – wie das in von Juristen erarbeiteten umfangreichen Verträgen üblich ist. Da könnte die Kammer ruhig etwas mutiger sein.

KF: Als Suchende wünsche ich mir hier auch noch mehr Unterstützung bei der Vernetzung mit den langjährig Niedergelassenen.

HR: Die PartnerInnen sollten von der Kammer beraten werden, bevor sie die Verträge unterschreiben. Frau Flint hatte hier sachkundige Unterstützung durch ihren Ehemann. Das hat nicht jeder.

Wie ist ihre gemeinsame, weitere Planung?

HR: Wir haben geplant, dass ich meinen Arbeitsanteil kontinuierlich reduziere und Frau Flint die Zulassung nach ca. 5 Jahren alleine übernimmt. In den Ruhestand gehe ich deswegen noch nicht.

KF: Ich bin allerdings unsicher, ob ich die Zulassung dann auch tatsächlich zugesprochen bekomme. Deshalb haben wir auch viel über den Zeitpunkt der zu zahlenden Praxiseinlagen diskutiert.

Ich sehe, da gibt es in der Tat jede Menge zwischen den Partnern zu verhandeln. Ich danke Ihnen beiden, dass sie uns einen Einblick in Ihren Gemeinschaftspraxis-Start gegeben haben. Sie sind jetzt 2 Monate in Gemeinschaftspraxis und ich bin gespannt, was Sie nach 2 – 3 Jahren gemeinsamer Praxis berichten werden. Vielen Dank für das Interview.

Einbindung in den Notfall- und Katastrophenschutz

Die Bemühungen der letzten Jahren zur Einbindung der Psychologischen PsychotherapeutenInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutenInnen konnten mit einem ersten Erfolg abgeschlossen werden. In einer Gesprächsrunde bei der Innenbehörde, an der auch die Vertreter der übrigen im Not- und Katastrophenfall beteiligten Organisationen (Öffentlicher Gesundheitsdienst, Polizei, Feuerwehr, kirchliche Seelsorge, DRK) teilgenommen hatten, ist die Einbindung der PTK-Hamburg in die Leitungs- und Lenkungsstrukturen im Katastrophenfall grundsätzlich vereinbart worden. Im Falle des Falles werden bei Bedarf Vertreter der PTK-Hamburg in den einzurichtenden Krisenstab einbezogen. Hierzu hat die PTK-Hamburg Frau Dipl.-Psych. Gerda Krause

und Frau Dr. Dörte Laschinsky als Koordinatorinnen benannt. Zusätzlich wurde die PTK-Hamburg in den Rufbereitschaftsdienst eingebunden.

Im Rahmen der Gesprächsrunde bei der Innenbehörde wurde von allen Seiten betont, dass PP'ler und KJP'ler in der Regel nicht im Akuteinsatz – also nicht in der ersten Reihe – zum Einsatz kommen werden, sondern erst nachfolgend, wenn es um die frühzeitige Diagnostik von Opfern und die kurzfristige Zuweisung von Opfern in eine psychotherapeutische Behandlung geht.

Dieses Modell wurde von Frau Krause und Frau Laschinsky den Teilnehmern der beiden Notfall-Fortbildungsseminare des letz-

ten Jahres im Rahmen eines Treffens Anfang Juni vorgestellt. Aktuell ist mit den Planungen zum Aufbau eines Rufbereitschaftsdienstes begonnen worden. Die Kammermitglieder, die sich freiwillig für diese Aufgabe zur Verfügung gestellt haben, werden noch im Laufe der kommenden Monate informiert. Die erste „Bewährungsprobe“ und damit auch der erste Test der Organisation werden die in Hamburg geplanten Notfall- und Katastrophenübungen im Herbst/Winter sein.



Abschluss der curricularen Fortbildung „Suchtbehandlung“

Am 11. Juli endete die erste von der PTK-Hamburg in Zusammenarbeit mit dem Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung am UKE-Hamburg (ZiS) durchgeführte Fortbildungsmaßnahme. Insgesamt 13 Kammermitglieder schlossen die curriculare Fortbildung mit dem Zertifikat und der Bestätigung zur Suchtbehandlung im Rahmen ihrer Tätigkeit ab. In der Abschlussdiskussion, an der auch Prof. Dr. Rainer Richter teilnahm, ä-

ßerten sich alle TeilnehmerInnen positiv über den Ablauf und die vermittelten Inhalte der Fortbildung. Auch das kollegiale Klima und die gute Zusammenarbeit aller Beteiligten wurden gelobt. Besonderer Dank erging an die Dozenten und Mitarbeiter des ZiS und der „Akademie Sucht“ für die optimale Vorbereitung und Begleitung. Kritisch angemerkt wurde die zu knappe Zeit und gewünscht wurde eine deutliche Auswei-

tung der Praxisanteile. Im Ergebnis der Diskussion ist die Idee zur Fortsetzung der Fortbildungsmaßnahme durch das Angebot von Vertiefungsseminaren zu speziellen Themen (z.B. OPD) entstanden. Generell überlegt die PTK-Hamburg das Fortbildungscurriculum „Suchtbehandlung“ und die geplanten Vertiefungsseminare zu einer regelmäßigen Fortbildungsreihe auszubauen.

Neues Praxiswertberechnungsmodell vorgestellt

Die Frage des angemessenen Wertes für eine im Rahmen der Nachfolgebesezung neu zu vergebende Kassenzulassung im Bereich PP/KJP wird seit Jahren – mit Blick auf die Ärzteschaft sogar schon seit Jahrzehnten – strittig diskutiert. Im Laufe der Zeit haben sich im ärztlichen Bereich verschiedene Modelle entwickelt, die jedoch alle von einem erheblichen Sachwert in Form der technisch-apparativen Praxisausstattung und zum anderen von der konkreten Übergabe einer Vielzahl von Patienten ausgehen. Die Ausgangslage im Bereich PP/KJP weicht davon jedoch erheblich ab.

Nachdem alle bisherigen zur Praxiswertermittlung herangezogenen Modelle auf dem bisherigen Umsatz bzw. Praxisüberschuss der Praxis – und damit auf der mehr oder weniger ausgeprägten Arbeitsleistung des Praxisinhabers – aufbauten, hat die PTK-Hamburg nunmehr mit dem „Zukunftsorientierten Ertragswertmodell zur Praxiswertermittlung“ ein Modell entwickelt, dass sich von diesem Ansatz löst.

Als Berechnungsansatz wird in dem neuen Modell anstelle des vergangenheitsbezogenen Ertrags der zukünftig mögliche Ertrag (Praxisüberschuss) zu Grunde gelegt. Der Kernansatz basiert auf dem Vergleich des bei einer vollausgelasteten PP/KJP-Praxis möglichen Praxisüberschusses in Relation zum alternativ erzielbaren Einkommen aus einer angestellten Tätigkeit. Es wird also das Einkommen, das mit der zu übernehmenden Praxis zukünftig erzielt werden kann, in Relation gesetzt zu dem Einkommen als angestellter Facharzt. Der sich dabei ergebende Differenzbetrag, um den der Praxisinhaber sich besser steht (Mehrwert), wird finanzmathematisch abgezinst und ergibt den Praxiswert. Die Entwickler des Modells gehen dabei von üblichen Abzinsungs- und Risikofaktoren in Höhe und einem angemessenen Abzinsungszeitraum aus.

Da mit diesem Modell nur der zukünftige Finanzertrag berücksichtigt ist, wird zusätzlich eine „immaterielle Komponente“ ein-

geführt, die sich aus günstigen Rahmenbedingungen (Mietvertrag, Praxisgemeinschaft, Bekanntheitsgrad, Sachwerten, etc.) ableiten lässt und mit einem maximalen Wertzuschlag von 20 % auf den finanzmathematisch ermittelten Praxiswert (Ertragswert) Berücksichtigung findet.

Das Modell wurde in der Delegiertenversammlung am 4. Juli den Hamburger Kammerdelegierten vorgestellt; nach intensiver Diskussion im Grundsatz beschlossen und den Vertretern der übrigen Landespsychotherapeutenkammern im Rahmen der Länderratssitzung am 13./14. Juli in Berlin im Detail vorgestellt. Als weiterer Schritt ist vorgesehen, das Modell dem Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg zu vermitteln.

Für die Kammermitglieder wird das Modell als Powerpoint-Präsentation auf der Homepage der PTK-Hamburg www.ptk-hh.de zur Verfügung gestellt.

Psychologische PsychotherapeutInnen in Ausbildung jetzt auf Bundesebene vertreten: Ein Bericht vom 10. Deutscher Psychotherapeutentag (DPT) aus PiA-Sicht

Der 12. Mai 2007 in Berlin erwies sich in doppelter Hinsicht als Jubiläum. Bislang fehlten „PiA-Delegierte“ auf dem DPT. Neben dem Beitritt der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer nahm Kerstin Sude aus Hamburg als erste Delegierte aus den Reihen der ca. 6.000 PiA in Deutschland teil. Eine gute Gelegenheit, PiA-Themen auf dem 10. DPT ins Gespräch zu bringen. Nach dem Bericht des BPTK-Vorstands sprach Sude vor den über 100 DPT-Delegierten die BPTK-VertreterInnen darauf an, dass bislang keine PiA in die Stellungnahme der BPTK zum aktuell angeforderten BMG-Forschungsgutachten bzgl. der Psychotherapie-Ausbildung einbezogen wurden, dies jedoch dringend erforderlich sei. Ferner wurde Prof. Rainer Richter vor seiner Wiederwahl zum BPTK-Präsidenten von ihr gebeten, sich zukünftig verstärkt PiA-Themen anzunehmen. Dies, so Richter, gedenke er zu tun. So begrüße er, wenn sich die Kammern den PiAs weiter öffnen, sehe Hamburg als positives Beispiel. Interessant war TOP 11, in dem über die Interessensvertretung und Einbindung von PiA auf Bundesebene entschieden werden sollte.

Mit großer Mehrheit angenommen wurde ein Antrag, der im PiA-Kreis als Erfolg gewertet wird. Nach diesem Beschluss werden PiA in die Erarbeitung der neuen Vorschläge zur zukünftigen PiA-Partizipation eingebunden.

Es wurde vom BPTK-Vorstand eine 6-köpfige Arbeitsgruppe einberufen: 1 PiA aus einer Kammer, in der PiA Kammermitglieder sind, 1 PiA aus einer Kammer, in der PiA keine Kammermitglieder sind, 1 Vorstandsmitglied aus einer Kammer, in der PiA Kammermitglieder sind, 1 Vorstandsmitglied aus einer Kammer, in der PiA keine Kammermitglieder sind, 1 Mitglied des BPTK-Vorstandes sowie Dr. Martin Stellpflug (Justiziar der BPTK). Diese Kommission, in die aus Hamburg Frau Sude berufen wurde, wird im Aug./Sept. die Arbeit aufnehmen.

Weitere erfreuliche Fortschritte für die PiA-Mitsprache lassen sich von der Landesebene berichten: Am 6. Juni 2007 wurden in der Delegiertenversammlung der Hamburger PTK Mitglieder für die neu zu besetzenden Ausschüsse gewählt. In Hamburg setzte sich das Modell eines Haupt-

ausschusses „Psychotherapeutische Versorgung“ (PV) durch, bestehend aus jeweils einem Mitglied der vier zu bildenden Unterausschüsse. In diesem Zusammenhang wurden drei aktive PiA-Kammermitglieder aus dem Kreis des PiA-Netzwerkes (www.pia-netz-hamburg.de) in zwei Unterausschüsse gewählt.

Abschließend sprechen wir den KollegInnen einen Dank aus, die die PiA-Partizipation auf Landes- und Bundesebene unterstützt haben und weiterhin unterstützen werden.

Geschäftsstelle

Curschmannstraße 9
20251 Hamburg
Tel. 040/42101234
Fax. 040/41285124
Internet: www.ptk-h.de
EMail: info@ptk-hh.de

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Ständig über die neuesten Entwicklungen in der Kammer zu berichten, ist ein Unding an dieser Stelle. Die Herstellung des PTJ dauert so lange, dass die aktuellen Ereignisse schon längst Vergangenheit geworden sind, wenn das Heft erscheint. Auch über aktuelle Pläne zu berichten, ist nicht einfach: Manchmal ergeben sich Umstände, die zur Korrektur zwingen, oder was Vorhaben war, ist längst umgesetzt und wir setzen uns mit den Folgen auseinander. Deswegen haben wir zur schnelleren Information der Mitglieder einen elektronischen Newsletter herausgegeben, dessen erste Nummer Sie Anfang Juli erhalten haben.

Trotzdem gibt es diesmal einige Ereignisse, die berichtenswert sind und kurz kommentiert werden sollen. Wir haben in den letzten Wochen mit der Geschäftsstelle größere Räume bezogen. Das Raumangebot der alten Geschäftsstelle reichte nicht mehr aus, um alle Aufgaben zu erfüllen und alle Mitarbeiter unterzubringen (zu den neuen Räumen und der Adresse siehe auch unten).

Mit der Landesärztekammer gab es einen Konflikt um den Namen „Psychotherapeutenkammer“. Auf unsere Einladung hin haben sich Mitglieder des Vorstandes der Landesärztekammer und die Mitglieder des Gemeinsamen Beirates zu einem Austausch getroffen. Das faire, entschiedene, manchmal auch kontroverse Gespräch hatte als bedeutendstes Ergebnis, dass wir festhalten, dass es *eine* Psychotherapie gibt und geben soll, die von *drei* Berufsgruppen ausgeübt wird. Wir haben uns im Gespräch darauf verpflichtet, nicht den falschen Eindruck zu erwecken und dem falschen Eindruck entgegenzutreten, wir würden alle Psychotherapeuten repräsentieren.

Unser besonderer Dank gilt der Präsidentin der Landesärztekammer, Frau Dr. med.

Ursula Stüwe, die energisch darauf gedrungen hat, sich auf die gemeinsamen Aufgaben zu besinnen und nach Wegen zu suchen, die, gemessen an den großen Herausforderungen im Gesundheitswesen, kleinen Differenzen schnell beizulegen.



Jürgen Hardt

Wir haben schon darüber berichtet, dass die Heilberufekörperschaften auf unsere Anregung hin im Januar 2008 einen gemeinsamen Heilberufetag mit Symposiums-Charakter für engagierte Mitglieder der Heilberufe ausrichten wollen. Als Gäste versuchen wir Gesundheitspolitiker sowie Vertreter aus der Gesundheitswirtschaft zu gewinnen. Dabei wollen wir die Auswirkung der zunehmenden Administration und ausschließlich ökonomischen Steuerung im Gesundheitswesen auf die Kultur und das Ethos des Heilens thematisieren. Wir denken, dass gerade die Kammermitglieder als Betroffene der so genannten Gesundheitsreformen die besten Multiplikatoren solcher Gedanken in der Gesellschaft sein können.

Merken Sie sich schon jetzt den 16. Januar 2008 als Termin vor und engagieren Sie sich bitte im Vorfeld. Reden Sie über die Entwicklungen im so genannten Gesundheitswesen und versuchen Sie, mit auf Entwicklungen, die unserer Berufswirklichkeit Schaden zufügen, hinzuweisen.

Wir werden weiter über alle Planungen und die Hintergründe unserer Aktivitäten unterrichten.

Für den Vorstand

Jürgen Hardt
Präsident

300 PP und KJP in Ausbildung neue Pflichtmitglieder in der Landeskammer

Mit einer Änderung des Hessischen Heilberufegesetzes wurden die PP/KJPIA in „Praktischer Ausbildung“ zu neuen Pflichtmitgliedern der Landeskammer bestimmt.



Susanne
Walz-Pawlita

Damit unterliegen auch sie den Rechten und Verpflichtungen, die die heilkundliche Berufstätigkeit aller Kammermitglieder begründen. Gleichzeitig können sie sich nun – als Vollmitglieder unserer Körperschaft – als Gruppe konturieren und ihre Interessen in einem schwieriger gewordenen Ausbildungsweg zu Gehör bringen.

Bisher haben weit über 300 PiA und KJPIA ihre Mitgliedschaft in der LPPKJP angemeldet. Sie stellen damit 10 % deren Mitglieder. Die beitragsfreie Mitgliedschaft in der LPPKJP ermöglicht den Zugang zu allen Dienstleistungen, die Kammer und Geschäftsstelle zur Verfügung stellen. PiA/KJPIA haben in allen Gremien aktives und passives Wahlrecht und sind Mitglieder des Psychotherapeutenversorgungswerkes.

Die neuen Mitglieder stellen die Kammer vor die Aufgabe, sich stärker mit Ausbildungsfragen sowie den heutigen Bedingungen beim Berufseinstieg von PPs und KJPs zu befassen. Freiheiten in der Gestaltung der eigenen Ausbildung sind überwiegend dem Druck festgezurrt Curricula gewichen. Die medizinisierten Prüfungsbedingungen sind den notwendigen inneren Erfahrungen, die eine Ausbildung im psychotherapeutischen Bereich erfordert, nicht immer angemessen. Neben den früher üblichen Teilzeitausbildungen gibt es heute Vollzeitausbildungen,

die einerseits eine ruhige Entwicklung in den Therapeutenberuf hinein erschweren, andererseits aufgrund der angespannten Planstellensituation für diplomierte Studienabgänger eine schnellere Qualifizierung erlauben, um endlich vom erlernten Beruf leben zu können. Somit ist uns ein verstärkter Schutz der nachfolgenden Psychotherapeutengeneration zugewachsen, den wir nach innen und außen wahrnehmen wollen.

Auf drei regional verteilten Veranstaltungen haben sich Vorstand und Geschäftsführung der LPPKJP in den letzten Wochen den neuen Mitgliedern vorgestellt und auf den lebhaft besuchten Treffen die Anliegen der PP und KJP in Ausbildung diskutiert und aufgenommen.

Dabei standen die Fragen zur Finanzierung der Ausbildung in einem kritischen Abschnitt der Familiengründung und beruflichen Konsolidierung im Vordergrund, die insbesondere die Zeit der „Praktischen Tätigkeit“ betrafen. Von den jeweils Anwesenden hatten maximal 15 % eine feste Anstellung als Diplom-Psychologin/Sozialpädagogin. Alle anderen waren auf Nebenjobs, Unterstützung durch Partner, Eltern oder Kredite angewiesen. Nach Berichten der PP/KJPIA liegt die **Entlohnung für die Praktische Tätigkeit** in den psychiatrischen Kliniken der verschiedenen Kostenträger bei maximal 800 € monatlich. Die Mehrzahl erhalte überhaupt keine Vergütung. Gleichzeitig seien die Stationen personell zunehmend auf die PP/KJPIA angewiesen. Die Mittel- und Personalkürzungen im stationären Bereich führten vor allem bei privaten Klinikträgern zu einer Ausdünnung von therapeutischen Angeboten, Diagnostik und Beratung, für die ohne PP/KJPIA zu wenig Personal zur Verfügung stehe. Parallel dazu sei eine kontinuierliche Entwertung des Diploms abzusehen.

Die Kammer wurde aufgefordert, weitere Überlegungen zur Ausbildungsfinanzierung insbesondere für die Zeit des Ausbildungsbeginns und der „Praktischen Tätigkeit“ anzustoßen.

Im Hinblick auf die weitere Entwicklung der Studiengänge wurde auch die **Bachelor-**

Master-Debatte kritisch beleuchtet. Wenn zukünftig der Master-Abschluss als Zugang zur Ausbildung verlangt werde, drohe die Finanzierung der Ausbildung angesichts der Verlängerung der Gesamtausbildungszeit und der neuen Studiengebühren noch schwieriger zu werden. Die KandidatInnen regten an, dies bei einer Überprüfung des PsychThG mit zu bedenken.

Daneben kam es unter den PiA zu einem Austausch über die **Ausbildungsbedingungen** an ihren Ausbildungsstätten. Deutlich zeigte sich, dass in vielen Ausbildungsstätten eine gewählte Kandidatenvertretung nicht etabliert ist. In verschiedenen Ländern hätten sich inzwischen selbst organisierte sog. „PiA-Netzwerke“ gebildet, über die informell ein Austausch und eine Interessenvertretung zwischen den Kandidaten verschiedener Vertiefungsrichtungen und Ausbildungsgänge versucht werde.

Auch auf Landesebene wird es nun darum gehen, geeignete Modelle einer PP/KJPIA-Vertretung in der Kammer zu erarbeiten und umzusetzen.

„Wenn es eine ethische Verpflichtung der PiA im Rahmen ihrer heilkundlichen Tätigkeit gibt, ist diese auch als Selbstverpflichtung der Älteren in geldlichen Fragen gegenüber den Ausbildungsteilnehmern und frisch Approbierten zu erwarten.“ Mit diesem Satz einer PiA begann der Austausch über die **Ausbildungskosten** und die Vergütung der Ausbildungsbehandlungen an den Instituten. Der den PiA/KJPIA ausbezahlte Stundensatz liege zwischen 30 und 95 % der von den Krankenkassen an die Ambulanzen ausbezahlten Honorare. Dafür seien die dadurch abgegoltene Kosten für Supervisionen und Selbsterfahrung ebenfalls sehr verschieden.

Auch die gestiegenen Kosten für den Erwerb von Praxissitzen wurden kritisiert. Hier liegen die Preise mittlerweile zwischen 30.000 (Mittelhessen) und 85.000 € (Frankfurt), was ohne Grundlage und nicht mehr zu rechtfertigen sei.

Der Kammervorstand sagte zu, im Kontakt mit der BPTK und den andern Länderkammern bundeseinheitliche Be-

wertungsmodelle für Praxisübergaben zu entwickeln.

Die PIA/KJPIA äußerten den Wunsch, dass es nicht wieder ein Jahr dauern solle, bis die nächsten Treffen stattfinden, was von den anwesenden Vorstandsmitgliedern gerne zugesagt wurde.

*Susanne Walz-Pawlita
Mitglied des Vorstandes*

Bericht von der Delegiertenversammlung

Am 1. Mai 2007 tagte die Delegiertenversammlung (DV) der Kammer. Einen breiten Raum nahm die **Information der Delegierten** durch Präsident, Vorstand, Ausschüsse, gemeinsamen Beirat und Geschäftsstelle ein.

Weiter standen **wirtschaftliche Themen** auf der Tagesordnung: Jahresabschluss 2006, Entlastung des Vorstands sowie ein Nachtragshaushalt für 2007. Angesichts der sparsamen Haushaltsführung aller Gremien und der Geschäftsstelle konnte das Haushaltsjahr 2006 mit einem Überschuss abgeschlossen werden. Ein Nachtrag zum Haushaltsplan 2007 wurde unter anderem wegen des Umzuges der Geschäftsstelle und der Neueinstellung eines wissenschaftlichen Referenten erforderlich (zu beidem näher siehe unten).

Einige **Änderungen der Satzung**, die zu meist wegen Änderungen des Heilberufsgesetzes erforderlich wurden, hat die Delegiertenversammlung beschlossen (im Detail am Ende der Hessenseiten). Eine Neuregelung des Wahlverfahrens für die Bundesdelegierten, das die Stimmenverhältnisse der verschiedenen Gruppierungen besser berücksichtigt als das bisherige Vorgehen, konnte noch nicht beschlossen werden, weil die Formulierung in der Satzung viele Detailprobleme aufwirft. Die DV einigte sich jedoch darauf, die Bundesdelegierten nach dem neuen Schlüssel bereits jetzt befristet bis zur nächsten DB neu zu wählen. Darüber hinaus ist eine angemessene Vertretung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten gewährleistet. Den neu ge-

wählten Delegierten empfahl die DV mit großer Mehrheit, auf dem 10. Deutschen Psychotherapeutentag der vom Bundesvorstand beantragten Erhöhung der Beiträge zuzustimmen, die die Länderkammern an die Bundeskammer zu zahlen haben.

Ferner beschäftigte sich die DV mit der geplanten **Einführung der elektronischen Gesundheitskarte** und verabschiedete eine Resolution, in der sie die weitere Entwicklung und Einführung der elektronischen Gesundheitskarte, wie sie gegenwärtig geplant und realisiert wird, aus drei Gründen ablehnte:

- ein belegbarer medizinischer Nutzen für die Patientinnen und Patienten sei nicht zu erwarten,
- ein akzeptables Kosten-Nutzen-Verhältnis werde nicht erreicht und
- durch die Gefahr eines Missbrauches werde das informationelle Selbstbestimmungsrecht in hohem Maße gefährdet.

Die Delegierten sind in großer Sorge, dass Patienten, die psychotherapeutischer Behandlung bedürfen, benachteiligt und diskriminiert werden könnten und zwar in noch höherem Maße als das heute bereits der Fall ist (den Text der Resolution finden Sie unter www.psychotherapeutenkammer-hessen.de/ptj).

Die DV verabschiedete eine **Resolution**, in der sie vor allem die **einseitige Ausrichtung an der quantitativen empirischen Forschung und die geplante Kooperation des Wissenschaftliche Beirates Psychotherapie (WBP) mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) kritisierte**. Die Resolution reagierte damit darauf, dass der WBP zuvor seine Entwurfsfassung zu den Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie der Öffentlichkeit bekannt gemacht und zur Diskussion gestellt hat. Mit dem Vorgehen des WBP sei die Gefahr verbunden, dass Fragen der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit sozialrechtlichen und wirtschaftlichen Kosten-Nutzen-Aspekten vermisch werden könnten (auch den Text dieser Resolution finden Sie unter www.psychotherapeutenkammer-hessen.de/ptj).

Mehrere Anträge zu berufsethischen Fragen mussten ebenso vertagt werden wie Anträge zur Änderung der Fortbildungsordnung und der Aufwandsentschädigungsordnung, weil die Tagungszeit bereits erheblich überschritten war.

Künftig soll für die Delegiertenversammlungen **eineinhalb Tage** eingeplant werden.

Wissenschaftlicher Referent hat Arbeit aufgenommen

Seit September 2007 arbeitet Dr. Matthias Ochs als wissenschaftlicher Referent für die Kammer. Sein Aufgabengebiet besteht darin, den Vorstand bei Fachthemen und Positionspapieren zu wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Fragen zu beraten und zu unterstützen, Stellungnahmen zu Gesetzesvorhaben auf Landesebene zu erarbeiten, Veröffentlichungen zu beobachten und Literaturrecherchen durchzuführen.

Dr. Matthias Ochs, Jahrgang 1968, ist Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut und Systemischer Familientherapeut SG. Seine Diplomarbeit mit dem Titel „Zur Relation von kognitiven und dyadischen Systemen“ hat er bei Prof. Dr. Jürgen Kriz an der Universität Osnabrück geschrieben. Für die in der Arbeit verwendete Methodenkombination von quantitativen Zeitreihenanalysen und qualitativen Daten hat er 1998 den Forschungspreis der Systemischen Gesellschaft gewonnen. 2005 promovierte er an der Universitätsklinik Heidelberg (mit „magna cum laude“) zu familiendynamischen und -therapeutischen Aspekten bei pädiatrischen primären Kopfschmerzen. Für diese Forschung wurde er 2005 mit dem Wissenschaftspreis der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie ausgezeichnet. Er hat 1997 mit Prof. Dr. Arist von Schlippe und Prof. Dr. Jochen Schweitzer einer der ersten Überblicksarbeiten zur Wirksamkeit der systemischen Familientherapie im deutschsprachigen Raum in der Zeitschrift „Familiendynamik“ publiziert. 2007 veröffentlichte er mit demselben Autorenpaar den Übersichtsartikel zur systemischen

Psychotherapie im „Lehrbuch der Psychotherapie“ von Bernhard Strauss, Franz Caspar und Fritz Hohagen. 2000 – 2004 war er Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat der Fachzeitschrift „Psychotherapie im Dialog“.



Dr. Matthias Ochs

Ochs war mehrere Jahre im klinischen Kontext tätig. Er arbeitete zwei Jahre in einer Kinder- und Sozialhilfeeinrichtung im Landkreis Osnabrück, wo er Kinder- und Jugendlichenpsychotherapien sowie Eltern- und Familienberatung durchführte und für die Fallsupervisionen mehrerer pädagogischer Teams zuständig war. Dreieinhalb Jahre war er wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Medizinische Psychologie/Zentrum für Psychosoziale Medizin der Universitätsklinik Heidelberg. Innerhalb dieser Tätigkeit arbeitete er auch in der Institutsambulanz, wo er Familientherapien mit psychosomatisch und psychiatrisch erkrankten Kindern und Jugendlichen durchführte. Seit 2003 war er im psychologischen Dienst einer Kinderklinik im Rhein-Neckar-Raum beschäftigt, wo er für die Diagnostik und psychotherapeutische Begleitung/Beratung von Kindern und Jugendlichen sowie deren Familien in der Allgemeinpädiatrie, der Kinderonkologie und -psychosomatik zuständig war.

Kooperationsprojekt mit Landesärztekammer – „Gesundheit & Ethnisch-kulturelle Vielfalt“

10. und 11. November sowie 8. und 12. Dezember werden die ersten Module eines gemeinsamen Fortbildungsprojekts „Gesundheit & Ethnisch-kulturelle Vielfalt“ stattfinden. Ziel der Fortbildung soll sein, den Teilnehmerinnen und Teilnehmern ein besseres Verständnis sowie eine größere Handlungssicherheit im Umgang mit Migrantinnen und Migranten in der alltäglichen Praxis zu vermitteln (nähere Informationen über Programm und Anmeldemodalitäten erfahren Sie unter www.laekh.de oder www.psychotherapeutenkammer-hessen.de/ptj).

Geschäftsstelle in neuen Räumen



Gutenbergplatz 1 – die neue Adresse der LPPKJP

Im August hat die Kammer größere Räume am Gutenbergplatz 1 in Wiesbaden bezogen. Der Umzug war notwendig geworden, weil der Platz für Mitarbeiter, Präsident, Vizepräsident, Aushilfskräfte, Ausschüsse und Arbeitsgruppen bei weitem nicht mehr ausreichte.

Sozialgericht Marburg verpflichtet KV-Hessen in erster Instanz zur Neubescheidung

Das Sozialgericht Marburg hatte für den 4. Juli einen Termin zur Entscheidung in sozialrechtlichen Angelegenheiten anberaumt. Zur Entscheidung standen drei Musterklagen, die eine Erhöhung der Honorare für das Jahr 2000 anstreben.

In der mündlichen Verhandlung wurde bekannt, dass ca. 2.000 Honorarklagen von Psychologischen, Ärztlichen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten anhängig sind. Wie der „Berufsverband der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen“, die „Deutsche Psychotherapeutenvereinigung“ und die „Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefen-

psychologie“ mitteilten, die die drei Musterklagen unterstützten, verliefen die Verhandlungen im Wesentlichen erfolgreich:

Das Sozialgericht Marburg hob die Honorarbescheide der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen auf und verpflichtete sie zur Neubescheidung. Als fehlerhaft wurde die Grundlage der hessischen Bescheide, nämlich die Beschlüsse des Bewertungsausschusses (Bundesebene) zum Mindestpunktwert für genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen, angesehen. In diesen seien Fehler bei der Ansetzung der Betriebsausgaben der Praxen und auch hinsichtlich der Berechnung der Vergleichserträge der anderen Facharztgruppen enthalten.

Es wurde allerdings auch entschieden, dass nicht genehmigungspflichtige Leistungen, wie z.B. probatorische Sitzungen, nicht mit dem gestützten Punktwert vergütet werden müssen.

Bei dem Urteil handelt es sich um ein erstinstanzliches Urteil. Es ist davon auszugehen, dass die KV Hessen dieses Urteil nicht akzeptieren wird und einen Rechtsbehelf ergreift.

Termine

Termine und Informationen finden Sie immer aktuell unter www.psychotherapeutenkammer-hessen.de/ptj.

- Veranstaltung zur Berufsordnung im Berufsalltag, 28. September 2007, Darmstadt, Technische Universität, Standort Stadtmitte, Hochschulstraße, Gebäude S103, Raum 123, 17.00 – 20.00 Uhr.
- Fortbildungsveranstaltung zur akut- und notfallpsychotherapeutischen Versorgung, 27. Oktober 2007, Frankfurt, DGB-Gewerkschaftshaus, Wilhelm-Leuschner-Straße 69 – 77.
- Delegiertenversammlung: 2. und 3. November 2007, IB Hotel Friedberger Warte, Homburger Landstraße 4, 60389 Frankfurt. Diese DV wird mit einem inhaltlichen Thema verknüpft werden, das rechtzeitig bekannt gegeben wird.

- Fortbildung „Gesundheit und Integration“, Modul 1, 10. – 11. November 2007, Fortbildungszentrum der Landärztekammer Hessen, Bad Nauheim, Karl-Oelemann-Weg 5 – 7.
- Veranstaltung zur Berufsordnung im Berufsalltag, 16. November 2007, Fulda, VHS-Haus Kanzlerpalais, Unterm Heilig Kreuz 1, 17.00 – 20.00 Uhr.
- Fortbildung „Gesundheit und Integration“, Modul 2, 8. – 9. Dezember 2007, Fortbildungszentrum der Landärztekammer Hessen, Bad Nauheim, Karl-Oelemann-Weg 5 – 7.
- Vorschau: Heilberufetag am 16. Januar 2008 (siehe auch im Editorial von Kammerpräsident Jürgen Hardt; nähere Details werden rechtzeitig bekannt gegeben).

Gedenken

Wir gedenken unserer verstorbenen Kollegen:

Dipl.-Psych. Jan Brozik, Bad Hersfeld, geb. 07.03.1950, gest. 16.05.2007.

Dipl.-Psych. Selge Lüdger, Friedrichsdorf, geb. 26.01.1944, gest. 11.08.2007.

Redaktion Hessische Kammerseiten:

Uta Cramer-Düncher, Stefan Baier

E-Mail: ptj@psychotherapeutenkammer-hessen.de

Hessenseiten des Psychotherapeutenjournals im Internet: www.psychotherapeutenkammer-hessen.de/ptj

Geschäftsstelle

Bitte vermerken Sie die neue Adresse der Geschäftsstelle!

Gutenbergplatz 1
65187 Wiesbaden

Tel 0611. 53168 0

Fax 0611. 53168 29

E-Mail: post@psychotherapeutenkammer-hessen.de

Internet: www.psychotherapeutenkammer-hessen.de

Satzungsänderungen

Am 1. Mai 2007 hat die Delegiertenversammlung der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten die folgenden Änderungen der Satzung (zuletzt geändert am 18. Februar 2004) beschlossen:

Änderung des § 3

Anfügung an Abs. 1:

„... sowie alle Personen, die sich in Hessen in der praktischen Ausbildung nach den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für Psychologische Psychotherapeuten und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten befinden.“

Neufassung Abs. 5:

„Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten für die Berufe nach Absatz 1, die nicht Pflichtmitglied sind, können

eine assoziierte Mitgliedschaft erwerben, wenn sie ihren Wohnsitz in Hessen haben oder ihre Ausbildung in Hessen stattfindet. Ihnen stehen die Rechte nach § 4 Abs. 1 (aktives und passives Wahlrecht) nicht zu.“

Anfügung eines Abs. 6:

„Berufsangehörige, die der Landeskammer angehört haben und eine freiwillige Mitgliedschaft nicht erwerben können, weil Sie den Beruf in einem anderen Land der Bundesrepublik Deutschland ausüben, können eine assoziierte Fördermitgliedschaft erwerben. Ihnen stehen die Rechte nach § 4 Abs. 1 (aktives und passives Wahlrecht) nicht zu.“

Änderung des § 6

Ersetzung in Abs. 1:

In § 6 Abs. 1 wird die Zahl „vier“ durch die Zahl „fünf“ ersetzt.

Änderung des § 8

Neufassung des Abs. 5:

„Satzungsänderungen bedürfen einer Zweidrittelmehrheit der satzungsmäßigen Anzahl der Delegierten. Anträge hierzu müssen vier Wochen vor Abstimmung den Delegierten vorliegen. Das gleiche gilt für Änderungen der Weiterbildungsordnung, soweit damit Weiterbildungsbereiche oder sonstige Weiterbildungsgänge, die zum Erwerb einer Zusatzbezeichnung führen, neu aufgenommen oder in ihrer Ausgestaltung verändert werden.“

Wiesbaden, den 30. Mai 2007

gez. *Jürgen Hardt*
Präsident

Die Änderung der Satzung wurde am 6. Juni durch das Hessische Sozialministerium genehmigt.



Münchener FamilienKolleg

Programm-Anforderung:
Blutenburgstr. 57, 80636 München
Fon: 089 – 22 29 92
Fax: 08134 – 92 365
E-mail: MFK.FamilienKolleg@t-online.de
Internet: <http://www.mfk-fortbildung.de>

Fortbildung 2007 / 2008 (Auswahl)

- 16. – 17.11. Yvonne Dolan: Mehr als nur Wunder – der lösungsfokussierte Ansatz
- 19.01. Giorgio Nardone: Einführung Master-Kurs Strategische Kurztherapie
- 11. – 12.04. Jim Wilson: Therapie als Theater der Möglichkeiten
- 16. – 19.04. Doris Heueck: Multiplikatorenkurs Präventives ElternTraining PET, 1. Teil
- 30. – 31.05. Scott Miller: Was wirkt in der Therapie?
- 20. – 21.06. Jochen Peichl: Das geteilte Selbst: Einführung in die Ego-State-Therapie

Masterkurs mit Giorgio Nardone und Team-Mitgliedern: 10 x 2 Tage 2008 - 2009 „Strategisch-konstruktivistische Kurz-Therapie“

Beginn 06. Juni 2008: Curriculum des Centro di Terapia Breve Strategica di Arezzo

Für alle Seminare gibt es Fortbildungspunkte der Bay. Psychotherapeutenkammer.

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Veränderung des Zulassungsrechts zeigt erste Konsequenzen auch in unserem Bundesland: Zwei Kolleginnen konnten sich einen frei gewordenen Vertragspsychotherapeutenplatz teilen – natürlich bei entsprechender Begrenzung der abrechenbaren Leistungen.

Nun sollte man meinen, dass es logisch wäre, wenn nach Verzicht eines Praxisinhabers auf die Hälfte des Sitzes die zweite Hälfte mit einer Kollegin oder einem Kollegen besetzt werden könnte. Das sieht auch das Bundesministerium für Gesundheit so – nicht aber die KVN, die eine solche Variante für nicht möglich hält: Bei halbem Verzicht soll daher die zweite Hälfte unbesetzt bleiben. Offenbar setzt ein halber Verzicht mit Neubesetzung der zweiten Hälfte, von der nach unserer Kenntnis einige unserer Mitglieder gern Gebrauch machen würden, eine Präzisierung des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes voraus – oder entsprechende Urteile von Gerichten, die das Gesetz ähnlich wie wir als Psychotherapeutenkammer lesen.

In letzter Zeit haben zwei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen in gesperrten Bezirken eine Ermächtigung wegen Sonderbedarfs erhalten – es lohnt sich also, diesen Weg immer wieder zu versuchen.

Wir haben zu diesen und anderen Fragen einen intensiven Kontakt mit unseren psychotherapeutischen VertreterInnen in den Zulassungsausschüssen und im Berufungsausschuss aufgenommen, an dem auch Frau Dr. Rüping als die die PKN beratende Juristin teilnimmt. Wir wollen diesen Kontakt über regelmäßige Treffen pflegen in der Erwartung, dass ein Austausch über Zulassungsfragen und

eine Klärung damit verbundener rechtlicher Aspekte die Position unserer VertreterInnen in den Zulassungsausschüssen zu stärken vermag – mit Konsequenzen für die Entscheidungen der Ausschüsse.

Die Planungen für zwei Veranstaltungen der PKN, die wir schon in Heft 1/07 kurz erwähnt hatten, haben mittlerweile Gestalt bekommen:

Der Angestelltentag der Kammern Niedersachsen und Bremen wird am 24.11.2007 in Hannover stattfinden, und zwar in den Räumlichkeiten, die ver.di uns als Kooperationspartner zur Verfügung stellt. Der Besuch dieser Veranstaltung ist für unsere Mitglieder kostenlos – lediglich für die Verpflegung an diesem Tag wird eine Pauschale erhoben. Der Titel, den wir diesem Tag gegeben haben, lautet: „Angestellte PsychotherapeutInnen – Realitäten und Visionen“.

Wenn Sie Mitglied der PKN und angestellt oder beamtet tätig sind, haben Sie die Einladung zu diesem Tag schon erhalten – zusammen mit einem visionären Text von A. Krieger und J. Hermann, der beschreibt, wie angestellte PP/KJP in 10 Jahren in einem Jugendhilfe und Gesundheitsbereich übergreifenden vernetzten System arbeiten könnten – auch die Referentinnen und Referenten haben diesen Text erhalten und sind gebeten worden, sich in ihrem Beitrag darauf zu beziehen.

Wir drucken das Programm und weitere Details auf der letzten Seite noch einmal ab – auch für den Fall, dass nicht-angestellte PKN-Mitglieder an diesem Themenbereich interessiert sind und teilnehmen möchten.

Außerdem finden Sie unten noch einen Beitrag von Jörg Hermann, dem Vorsit-

zenden des PKN-Ausschusses Angestellte/Beamte, der Sie auf den Angestellten-tag einstimmen kann.

Für die zweite PKN-Veranstaltung in nächster Zeit, den 2. Niedersächsischen Psychotherapeutentag mit dem Arbeitstitel „Kinderzeiten – die Bedeutung von Kindheit für das ganze Leben“, sind die Vorbereitungen noch in vollem Gange. Wir würden uns aber freuen, wenn Sie sich schon mal die Tage 26. – 27.09.2008 für den Psychotherapeutentag in Osnabrück freihalten würden.

Die Palliativ-Kommission der PKN, von der schon in einem früheren Heft die Rede war, hat mittlerweile ihre Arbeitsergebnisse vorgestellt, und die Kammerversammlung hat dazu Beschlüsse gefasst, über die Sie bereits durch ein Schreiben der PKN informiert wurden (Gründung einer PKN-Liste qualifizierter Palliativ-Behandler, Verabschiedung eines PKN-Curriculums zum Erwerb besonderer psychotherapeutischer Kompetenz für die Behandlung von Palliativ-Patienten). Diese Informationen haben breite Resonanz erzeugt: Viele Kolleginnen und Kollegen haben Fortbildungsbedarf zu diesem Bereich angemeldet, so dass sich die PKN entschlossen hat, mangels anderer Angebote selbst entsprechende Veranstaltungen zu konzipieren. Wenn Sie auch an diesem Angebot interessiert sind, können Sie sich bei der Geschäftsstelle der PKN melden oder auf unserer homepage unter „Fortbildung – Veranstaltungen“ nach konkreten Angeboten schauen.

Dass die angemessene Versorgung vor allem unheilbar erkrankter Menschen zunehmend Bedeutung erhält, wird auch erkennbar an der kürzlich erfolgten Eröffnung des Palliativstützpunkts Hannover,

in dem stationäre und ambulante Angebote multidisziplinär vernetzt werden. Nach dem Willen des Sozialministeriums soll das gesamte Land Niedersachsen bis Ende nächsten Jahres flächendeckend mit solchen Palliativzentren versorgt sein. Modellhaft soll über einen IV-Vertrag der KKH exemplarisch die Finanzierung auch der Arbeit von PP und KJP (z.B. bei der Betreuung von Kindern) gesichert werden. Die Mitwirkung von PP oder KJP innerhalb dieses IV-Vertrages ist an eine Eintragung in der PKN-Liste qualifizierter Palliativ-Behandler gebunden.

Die Einbindung der PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA), die in Niedersachsen ja bekanntlich von Beginn der praktischen Ausbildung an Mitglieder der Kammer sind, ist ein weiteres aktuelles Thema des Vorstands. Da sich die PiA in unserem Bundesland – anders als in anderen Ländern – bisher nicht von sich aus an die PKN gewandt haben, der Vorstand also in den Reihen der PiA bisher

keine Ansprechpartner hat, hat die PKN alle Ausbildungseinrichtungen in Niedersachsen angeschrieben mit der Bitte um die Nennung von jeweils zwei AusbildungsteilnehmerInnen, die die Interessen der PiA gegenüber der PKN artikulieren können. Bis auf eine Ausbildungseinrichtung haben alle diesem Anliegen entsprochen, so dass zu einem ersten Treffen mit dem Vorstand am 28.09.2007 eingeladen werden konnte mit der Bitte an die PiA, neben den schon bundesweit diskutierten Themen (u.a. Kooperationsverträge mit Ausbildungseinrichtungen und Bezahlung des psychiatrischen Jahres, Ausbildungskostenhilfen, Einbindung der Ausbildungsteilnehmer in die Gremien der BPTK) auch eigene Themenwünsche mitzubringen. Gleichzeitig wird auf Bundesebene eine Arbeitsgruppe tagen, die bis zum nächsten Deutschen Psychotherapeutentag Anfang November konsensfähige Vorschläge zur konzeptionellen Einbindung von PiA-Interessen und PiA-Vertreterinnen und -Vertretern in die BPTK erarbeiten soll. Für die Kammern, in denen

PiA bereits Mitglieder sind, ist aus dem PKN-Vorstand Prof. Schwartz in diese AG berufen worden.

Zwei weitere wichtige Urteile sind in Beitragsfragen ergangen (Verwaltungsgericht Oldenburg AZ 7 A 1865/06 vom 21.05.2007 und Nieders. Oberverwaltungsgericht Lüneburg 8 LC 13/05, 6 A 95/03 vom 26.04.2007). Die Gerichte legen den Begriff der psychotherapeutischen Tätigkeit weit aus und argumentieren, dass alle Kenntnisse und Erfahrungen, die während der Ausbildung erworben wurden, bei der Beitragsbemessung relevant sind, und dass auch mit der Berufsausübung nur verbundene Tätigkeiten wie Beratung oder Supervision als psychotherapeutische Tätigkeit gelten. Nachzulesen auf unserer homepage.

*Dr. Lothar Wittmann,
Gertrud Corman-Bergau,
Werner Köthke, Bertke Reiffen-Züger,
Prof. Dr. Hans-Joachim Schwartz*

Visionen und Realitäten

Unter dem Titel „Angestellte PsychotherapeutInnen – Realitäten und Visionen“ veranstaltet die PKN am 24.11.2007 gemeinsam mit den KollegInnen der Bremer Kammer eine eintägige Fortbildungsveranstaltung. Aus verschiedenen Perspektiven sollen dort sowohl die Arbeitssituationen und -bedingungen der im Angestellten- oder Beamtenverhältnis beschäftigten PP und KJP als auch mögliche Perspektiven der diversen Arbeitsbereiche, in denen sie eingesetzt sind, in den Fokus genommen werden. Das Konzept der Veranstaltung wurde im Ausschuss Angestellte/Beamte der PKN in Abstimmung mit den KollegInnen der PKHB erarbeitet, erfreut sich aber auch der Unterstützung beider Kammerversammlungen und -vorstände u.a. in der Hinsicht, dass die Teilnahme für die Mitglieder kostenfrei gestellt wurde und die Thematik durch die beiden Präsidenten und ihre Eingangs- und Schlussworte eine Einbettung in die Gesamtheit der berufsständischen Vertretung erfährt.

Nach wie vor gibt es kaum angestellte PsychotherapeutInnen, die wirklich mit dieser Berufsbezeichnung angestellt sind. So fehlt weiterhin die Aufnahme der offenbar immer noch neuen Berufe in geltende Flächentarifverträge und auch in den individuellen Arbeitsverträgen haben sich durch die zusätzliche Berufsbezeichnung in der Regel keine Änderungen ergeben. Oder doch? Hierüber soll diskutiert und Raum für Austausch gegeben werden. Dieses Spannungsfeld findet sich schon in einigen Beiträgen – aus juristischer Sicht – im PTJ 2/2007 beschrieben. Eine weitere inhaltliche Auseinandersetzung mit der Thematik ist Gegenstand zweier Vorträge der Tagung:

- Gerd Dielmann (ver.di) nimmt Stellung zu aktuellen Fragen der Implementierung der PP und KJP in den TVöD.
- Uwe Bee (1. Stadtrat der Stadt Lehrte) und Dr. Stefan Witte (Caritasverband Diözese Hildesheim) liefern Beiträge aus der Sicht der Träger von Einrich-

tungen und Diensten, die PsychotherapeutInnen mit Arbeitsverträgen als PsychologInnen oder SozialpädagogInnen beschäftigen.

Hinsichtlich der psychotherapeutischen Tätigkeit in Institutionen, ihrer Realität, aber auch möglicher Weiterentwicklungen („Visionen“) gibt es drei Diskussionsbeiträge, die diesbezüglich Anregungen liefern sollen:

- Dr. Johannes Lindenmeyer (Direktor der Salus-Klinik Lindow) beschäftigt sich in seinem Vortrag mit der Rolle der PP und KJP im multiprofessionellen Team einer Klinik, während
- Prof. Dr. Reinhard Wiesner (BMFSFJ) unter dem Aspekt psychotherapeutischer Tätigkeit im Rahmen der Jugendhilfe einen Ausblick auf Chancen einer verbesserten Kooperation von Jugendhilfe- und Gesundheitssystem gibt.
- Frau Dr. Christina Tophoven wird in ihrem Referat auf konkrete Kooperations-

ansätze von angestellten und niedergelassenen PsychotherapeutInnen im Rahmen integrierter Versorgungsmodelle eingehen.

Bleibt zu hoffen, dass visionäre Ideen und spannende Diskussionen den Kontakt zur aktuellen Realität nicht verlieren, sondern dazu beitragen, diese für PsychotherapeutInnen, die Institutionen, in denen diese tätig sind und – nicht zuletzt – für diejenigen, die psychotherapeutische Leistungen in Anspruch nehmen, angemessen(er) zu gestalten.

Ob jedoch unsere Wunschvorstellung, im Jahr 2015 könnte ein neu eröffnetes Beratungszentrum für Familien, das durch Jugendhilfemittel der Kommune und die

zuständige Allgemeine Ortskrankenkasse finanziert und von einer KJP'lerin geleitet wird, die nach Facharzt-Tarif bezahlt wird und zu dessen Team u.a. eine Logopädin zählt, die im präventiven Bereich Angebote ... Also ob eine so oder so ähnlich entwickelte Vision Anlass ist, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, so wie es ein Alt-Bundeskanzler Visionären anrät, oder ob es sich um einen Beitrag handeln könnte, wie die Realität nicht zuletzt durch unser Engagement in eine durchaus vernünftige Richtung entwickelt werden könnte, entscheiden Sie bitte selbst. Anregungen können Sie im Rahmen der beschriebenen Tagung erhalten. Bei Nebelbildungen und Gegenströmungen fragen Sie Ihre ...

Jörg Hermann

Geschäftsstelle

Psychotherapeutenkammer
Niedersachsen
Roscherstr. 12
30161 Hannover
Tel.: 0511/850304-30
Fax: 0511/850304-44
Sprechzeiten allgemein:
Mo, Mi, Do, Fr 09.00 – 11.30 Uhr
Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr
Sprechzeiten für Fragen zur
Akkreditierung:
Mi. + Do. 09:00 – 11:30 Uhr
Mail-Anschrift: info@pk-nds.de
Mail-Anschrift für Fragen zur Akkreditierung:
Akkreditierung@pk-nds.de
Internet: www.pk-nds.de



Versicherungsmakler Dipl.-Psych. Wolfgang Elbrecht

Wirtschaftsdienst der
Deutschen Psychotherapeutenvereinigung



Dipl.-Psych. Wolfgang Elbrecht – Psychologischer Psychotherapeut
Riedheim 72 – 45309 Essen
Tel: 0201/7221544 – Fax: 0201/7221505 – Mobil: 0163/7221544
info@wirtschaftsdienst-elbrecht.de
www.versicherungsmakler-elbrecht.de

**Die vorgeschriebene Berufs-Haftpflichtversicherung (€ 2,5 Mio. Deckung) bieten wir ab € 60,94 p.a. inkl. 19% Versicherungs-Steuer (!) an (und bei einer Deckung von € 5 Millionen ab € 67,40 p.a.).
Wir vergleichen Ihre Hausrat-, Wohngebäude-, Praxisausfall- und Unfallversicherungen.
Rufen Sie uns ganz einfach an und informieren Sie sich über die Qualität unserer Sonderkonditionen.**

Angestelltentag der PKN: „Angestellte PsychotherapeutInnen – Realitäten und Visionen“ am 24.11.2007

Programm:

10:00	Dr. Lothar Wittmann	Eröffnung	
10:15	Dr. Stefan Witte U. Bee	„Als KJP und PP im Einsatz – als Dipl. Soz.-Päd. und Dipl.-Psych. angestellt“	Moderation: Jörg Hermann (PKN)
11:45	Gerd Dielmann	TVöD aktuell: PP und KJP in einer neuen Entgeltordnung	Moderation: Michael Hauss-Labouvie (PKN)
12:45		Mittagspause	
13:30	Prof. Dr. Dr. h.c. Reinhard Wiesner	„Psychotherapie und Jugendhilfe“ Perspektiven für eine verbesserte Kooperation von Jugendhilfe und Gesundheitssystem	Moderation: Prof. Dr. H.-J. Schwartz (PKN)
15:00	Dr. Johannes Lindenmeyer	„Der Psychologische Psychotherapeut /Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut im multiprofessionellen Team einer Klinik“	Moderation: Rüdiger Bückmann (PKN)
16:30		Kaffeepause	
16:45	Dr. Christina Tophoven	„Gemeinsame Ziele – integrierte Strukturen? Angestellte und niedergelassene Psychotherapeuten arbeiten an der Erhaltung und Wiederherstellung seelischer Gesundheit“	Moderation: Sigrid Ismar-Mävers (PKN)
17:45	Karl-Heinz Schrömgens	Perspektiven angestellter PP und KJP: Schlussbetrachtung	

Die Veranstaltung ist von der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen unter der Akkreditierungsnummer (VNR) 276-730-2007-11061-00-5 akkreditiert. Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhalten 6 Fortbildungspunkte für den Besuch dieser Veranstaltung.

Für Mitglieder der Psychotherapeutenkammern Niedersachsen und Bremen ist die Veranstaltung **kostenlos**; lediglich für die Verpflegung vor Ort (Pausengetränke, Mittagsimbiss) wird eine Pauschale in Höhe von 15 € erhoben. Andere Teilnehmer zahlen € 50,- pro Person inklusive der Verpflegungspauschale.

Anmeldungen bitte über die Geschäftsstelle der PKN.



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

Bericht von der 19. Kammerversammlung am 27. April 2007

GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz

Am 1. April trat mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ein weiteres großes Gesundheitsreformgesetz in Kraft – und wurde einhellig verrissen. „Soziale Krankenversicherung wird unsolidarischer.“ (Süddeutsche Zeitung), „Chance zu einer grundlegenden Strukturreform vertan.“ (Frankfurter Allgemeine Zeitung), „Ein Lehrstück für Lobbyisten.“ (Die Zeit).



Dr. Christina Tophoven

Diese scharfen Urteile stammen allerdings nicht aus diesem Jahr, sie beziehen sich vielmehr auf das Gesundheitsmodernisierungsgesetz, das bereits Anfang 2004 in Kraft trat. „Die große Reform, mit der auf einen Schlag alle wichtigen Probleme gelöst sind, kann es nicht geben“, stellte Christina Tophoven, Geschäftsführerin der Bundespsychotherapeutenkammer, in ihrem Impulsreferat zur 19. Kammerversammlung am 27. April in Dortmund fest. Ein Grundzug ließe sich jedoch in allen Gesundheitsreformen der vergangenen Jahre finden: Das GKV-System solle durch mehr Wettbewerb eine größere Effizienz erhalten. An die Player im Gesundheitssystem ergäben sich daraus drei Anforderungen: Innovationsfähigkeit, Wettbewerbsfähigkeit und Darlegungsfähigkeit.

Reform des Risikostrukturausgleichs

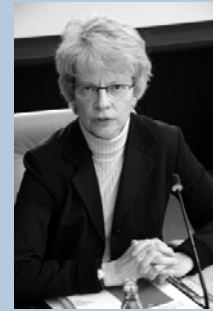
„Für die gesundheitspolitische Entwicklung in den nächsten Jahren ist vor allem die

geplante Reform des Risikostrukturausgleichs (RSA) von entscheidender Bedeutung“, berichtete die BPTK-Geschäftsführerin. Der RSA ist der zentrale finanzielle Ausgleichsmechanismus, seit die Versicherten zwischen den gesetzlichen Krankenkassen frei wählen können. Damit die Kassen sich nicht vor allem um Versicherte mit geringen Krankheitskosten bemühen, bezahlen Versicherer mit einer guten Risikostruktur Ausgleichszahlungen an Versicherte mit einer schlechten Risikostruktur. Bisher wurden die Durchschnittskosten im RSA nach Alter und Geschlecht berechnet, was die unterschiedlichen Risiken der Versicherten aber nur sehr eingeschränkt wiedergab.

In Paragraph 268 des Sozialgesetzbuchs wurde deshalb jetzt eine „Weiterentwicklung des RSA“ festgelegt. Die Versicherten Gruppen und die Gewichtungsfaktoren sind danach vom 1. September 2009 an nach Klassifikationsmerkmalen zu bilden (Morbiditätsgruppen), die zugleich die Morbidität der Versicherten auf der Grundlage von Diagnosen, Indikationen, medizinischen Leistungen oder Kombinationen dieser Merkmale unmittelbar berücksichtigen. Bei der Auswahl der Morbiditätsgruppen werden 50 bis 80 insbesondere kostenintensive chronische Krankheiten und Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf zu Grunde gelegt. Die durchschnittlichen Leistungsausgaben müssen bei diesen Krankheiten die GKV-weiten Ausgaben je Versicherten um 50 Prozent überschreiten.

„Die entscheidende Frage ist deshalb: Wie versorgungsneutral wird der RSA sein?“, erklärte Christina Tophoven. Was passiert bei Erkrankungsfällen, die allein psychotherapeutisch behandelt werden? Was passiert bei Indikationen, bei denen die Alternative Pharmako- oder Psychothera-

Liebe Kolleginnen und Kollegen,



Monika Konitzer

seit ihrer Gründung trägt unsere Kammer den Namen „Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen“. Über die beiden Berufe und die verschiedenen Ver-

fahren hinweg verbindet uns die Identität als Psychotherapeuten. Deshalb wollen wir auch weiterhin diesen Namen tragen!

Die Gesundheitsreformgesetze und ihre Auswirkungen auf die Bedingungen der psychotherapeutischen Versorgung, standen im Mittelpunkt der politischen Diskussion der Kammerversammlung im April. Die Diskussion um die Bewertung des Nutzens psychotherapeutischer Verfahren und Methoden berührt unser aller Selbstverständnis – daher wird dazu eine Sonderveranstaltung des 3. Jahreskongresses Wissenschaft-Praxis am 20.10. in Bochum mit Vertretern des Wissenschaftlichen Beirats stattfinden. Dazu lade ich Sie herzlich ein.

Die von der Kammerversammlung beschlossenen und von der Aufsichtsbehörde genehmigten Änderungen der Beitragsordnung, der Gebührenordnung und der Fortbildungsordnung finden Sie als Beihefter in der Mitte dieses Psychotherapeutenjournals.

pie besteht? Wie sieht das Management der Schnittstellen zwischen ambulante und stationärem Bereich, zwischen Kuration und Rehabilitation aus? Festzuhalten sei: „Nur wenn auf der Einnahmenseite die Morbidität der Versicherten abgebildet ist, können Kassen auf der Aus-

gabenseite eine morbiditätsorientierte Vergütung zahlen.“

Selbstbewusstsein und Identität

Auch Kammerpräsidentin Monika Konitzer betonte im Vorstandsbericht, dass sich alle in der gesetzlichen Krankenversicherung auf mehr Wettbewerb und sich verändernde Strukturen einstellen müssten. „Unsere Nische wird nicht mehr so geschützt sein wie bisher. Viele junge Kolleginnen und Kollegen erleben die neue Vielfalt in Praxisgestaltung und Vertrags- und Kooperationsmöglichkeiten, die das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz gebracht hat, jedoch auch als neue Gestaltungsräume.“ Die Kammerpräsidentin führte aus, dass der Vorstand weiter an der Schwerpunktaufgabe arbeite, die er sich für diese Wahlperiode gestellt habe. Dazu gehöre auf der einen Seite, die Arbeit und Kompetenz von Psychotherapeuten für Patienten, andere Heilberufe und Politik bekannter zu machen, und auf der anderen Seite, die Verwaltung und Aufsichtsfunktionen der Kammer so weit wie möglich so zu gestalten, dass die Mitglieder in ihrer Berufstätigkeit unterstützt werden und in ihrem Selbstbewusstsein und in ihrer Identität als Psychotherapeuten und akademischer Heilberuf gestärkt werden. Ein Beispiel dafür sei, wie die Kammer das Schwerpunktthema „Unterversorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen“ verfolge. Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen sei inzwischen ein Thema, bei dem sich die Psychotherapeutenkammer NRW zu einem wichtigen Ansprechpartner von Abgeordneten und Parteien entwickelt habe. Das Thema sei Anfang des Jahres erneut in einer Stellungnahme „Psychiatrie in NRW“ im Landtag dargestellt worden. „Die Kammer konnte erfolgreich vermitteln, dass die Versorgung

psychisch erkrankter Menschen heute nicht mehr vorwiegend eine Angelegenheit der Psychiatrie und der medikamentösen Behandlung ist“, resümierte Präsidentin Konitzer, „Psychotherapie ist heute unverzichtbarer Bestandteil der Versorgung im ambulanten und stationären Sektor und wird überwiegend von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten getragen.“ Am 28. März sei außerdem zusammen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein in Düsseldorf die Veranstaltung „Gewalt erkennen – Kindern eine Perspektive geben“ durchgeführt worden und sei auf großes öffentliches Interesse auch in den Medien gestoßen.

Gegen Namensänderung

Die Kammerversammlung verabschiedete einstimmig eine Resolution gegen die geplante Namensänderung in der anstehenden Novellierung des Heilberufsgesetzes. Die Delegierten wandten sich gegen das geplante bürokratische Wortungetüm, das sich in keinen Schriftverkehr und kein Logo fügt und auch nicht auf den zukünftigen Heilberufsausweis passt. Die geplante Namensänderung sei widersinnig und auch überflüssig, weil die Kammer bereits regelmäßig in ihrem Briefkopf und auf ihrer Internetseite darauf hinweist, dass sie Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vertritt, die in Nordrhein-Westfalen mit über 7.000 Berufsangehörigen wesentlich die Versorgung psychisch kranker Menschen leisten.

Gebührenordnung

Die Kammerversammlung stimmte einer Änderung des Gebührenverzeichnisses zu und bekräftigte damit den Grundsatz, dass



die üblichen Serviceleistungen der Kammer für die Mitglieder kostenlos sind. Insbesondere bleiben die Anerkennung von Fortbildungspunkten und die Führung des Fortbildungskontos gebührenfrei. Die Gebühren für die Akkreditierung von Fortbildungsveranstaltungen wurden festgelegt. Dabei gibt es Anreize, die eine elektronische Datenverarbeitung fördern. Reflexive und interaktive Veranstaltungen sind weiterhin mit geringeren Gebühren belegt. Neu ist, dass für die Bearbeitung von Widersprüchen, die sich erfolglos gegen ergangene Beitrags- oder Gebührenbescheide richten, 100 Euro zu entrichten sind. Das neue Gebührenverzeichnis tritt nach Genehmigung durch das Aufsichtsministerium und Veröffentlichung im Ministerialblatt in Kraft.

Beitragsordnung

Nach ausführlicher Beratung beschloss die Kammerversammlung mit großer Mehrheit eine neue Beitragstabelle. Zur Erfüllung der Aufgaben der PTK NRW wird ab 2008 ein jährlicher Regelbeitrag von 350 Euro erhoben. Der Vorstand legte dar, dass sechs Jahre nach Gründung der Kammer im kommenden Jahr eine deutliche Erhöhung des Kammerbeitrags erforderlich sei. Die Aufbauphase der Kammer als berufspolitische Interessenvertretung sei abgeschlossen, die Rücklagen der ersten Jahre seien aufgebraucht und neue Aufgaben

Versorgungswerk 2. Satzungsänderung tritt zum 01.01.2008 in Kraft

Die Kammerversammlung hat am 16.12.2006 die 2. Änderung der Satzung des Versorgungswerkes der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen (PTV) beschlossen. Die Änderung wurde vom zuständigen Finanzministerium mit Datum vom 13.03.2007 genehmigt. Die Satzungsänderung ist diesem Psychotherapeutenjournal beigeheftet und auf der Internetseite des PTV unter www.ptv-nrw.de/aktuelles zu finden. Die maßgeblichen Regelungsinhalte dieser umfassenden 2. Satzungsänderung, die ab 01.01.2008 in Kraft tritt, werden den Mitgliedern in einem gesonderten Schreiben erläutert und zusammen mit einer Neuauflage der Gesetz- und Satzungssammlung, die auch die Änderungen des Heilberufsgesetzes enthalten wird, im Herbst/Winter dieses Jahres zugesendet.

kämen in den nächsten Jahren hinzu. Gleichzeitig schreibe das nordrhein-westfälische Arbeitsministerium eine größere Staffelung der Beiträge vor.

Die Frage der Beitragserhöhung und deren Begründung ist im Finanzausschuss, in dem alle in der Kammerversammlung vertretenen Gruppierungen vertreten sind, diskutiert worden. Der Finanzausschuss hat der Staffelung der Beiträge grundsätzlich zugestimmt und festgestellt, dass das vorgelegte Zahlenmaterial stimmig ist. Dem Finanzausschuss war es wichtig, den Sockelbeitrag relativ hoch anzusetzen.

Verfahrensregeln des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie

Der WBP überarbeitet derzeit Vorgehen und Kriterien, nach denen er die wissenschaftliche Anerkennung von psychotherapeutischen Verfahren und Methoden beurteilt. Der WBP hatte im Jahr 2005 beschlossen, seine erstmalig im September 1999 beschlossenen Regeln zu präzisieren und weiterzuentwickeln. Hierzu hatte der WBP eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die einen ersten Entwurf für ein neues Methodenpapier erarbeitete. Nach internen Beratungen hat der WBP im Dezember 2006 einen überarbeiteten Entwurf im Internet publiziert, um das Papier einer breiten Fachöffentlichkeit zur Diskussion zu stellen.

Der aktuelle Entwurf enthält eine Reihe von wichtigen Neuerungen gegenüber den bisherigen Regeln, die letztmalig am 15. September 2003 geändert wurden. Im Einführungskapitel präzisiert der Beirat, dass Psychotherapieverfahren und -methoden wissenschaftlich anzuerkennen sind, wenn ihre Wirksamkeit sowohl unter experimentellen als auch unter Praxisbedingungen nachgewiesen ist. Ferner grenzt er die Begriffe psychotherapeutische Verfahren und Methoden exakter voneinander ab. Der WBP spricht jetzt von einer Psychotherapiemethode, wenn das psychotherapeutische Vorgehen darin besteht, dass bei jeweils einer bestimmten Störung eine Technik angewendet wird. Psychotherapieverfahren werden dagegen als Gruppen theoretisch verwandter Methoden bezeichnet, die bei einem breiten Spektrum von An-

Neue Beitragsordnung

Nach sechs Jahren muss die Psychotherapeutenkammer NRW die Beiträge erhöhen. Die Aufbauphase liegt hinter uns und die Kammer hat erfolgreich eine berufspolitische Interessenvertretung aufgebaut. Wir haben heute eine Geschäftsstelle, die mit weniger Mitarbeitern Vergleichbares leistet wie Ärztekammern oder Zahnärztekammern. Wir bieten ein gebührenfreies Fortbildungskonto, zurzeit wird das Online-Fortbildungskonto vorbereitet. Psychotherapeuten in NRW sind außerordentlich fortbildungsfreudig. 2005 und 2006 wurden jeweils über 1000 Fortbildungsveranstaltungen akkreditiert. Bei der Einrichtung der Fortbildungskonten werden von jedem Kammerangehörigen durchschnittlich 50 Fortbildungsbescheinigungen eingereicht, die überprüft und für das Erstellen des Kontoauszugs einzeln eingegeben werden müssen.

In den vergangenen sechs Jahren hat die Kammer sich aber vor allem zu einem beachteten Akteur in der Gesundheitspolitik entwickelt. Sie hat erfolgreich die Interessen der Psychotherapeuten gegenüber der Landesregierung, dem Gesundheitsministerium, den ärztlichen Interessenvertretungen, den Krankenhäusern und den Krankenkassen vertreten. Mit dem BPTK-Newsletter, dem PTK-Newsletter, den Informationen für Mitglieder und dem Psychotherapeutenjournal erhalten alle Mitglieder regelmäßig Informationen zur Psychotherapie, zu Veranstaltungen und Fortbildungsangeboten. Die dafür notwendige Arbeit von Vorstand und Geschäftsstelle ist nicht immer sichtbar, aber sehr zeitaufwändig.

Die Psychotherapeutenkammer NRW möchte den erfolgreich eingeschlagenen Weg fortsetzen. Die Rücklagen sind aufgebraucht, deshalb brauchen wir höhere Beiträge. Gleichzeitig müssen und wollen wir die unterschiedliche wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Kammerangehörigen stärker berücksichtigen als bisher.

Zukünftig sind deshalb neben dem Regelbeitrag drei ermäßigte Beiträge vorgesehen:

- ein Beitrag für angestellte/beamtete Mitglieder, die bis zu 20 Wochenstunden arbeiten (250 Euro),
- ein Beitrag für Mitglieder, die ihre Berufstätigkeit aufgrund von Arbeitslosigkeit, Elternzeit oder gesundheitlicher Gründe unterbrechen (190 Euro) und
- ein Sockelbeitrag bei dauerhafter Aufgabe der Berufstätigkeit oder bei berufsfremder Tätigkeit (80 Euro).

Weiterhin bleibt die Möglichkeit einer Beitragsreduzierung, Stundung oder Befreiung bei nachgewiesener materieller Notlage bestehen. Ermäßigung wird dabei in Abhängigkeit von der konkreten Situation in unterschiedlichem Umfang gewährt, wenn das Jahreseinkommen eines Mitglieds unter Berücksichtigung aller Einkommensquellen und Unterhaltsansprüche einerseits, aller Unterhaltsverpflichtungen andererseits unter 20 000 Euro liegt.

Die Beitragsermäßigung muss bei der Geschäftsstelle beantragt werden, wie bisher sind die Voraussetzungen nachzuweisen. Dabei sind die Fristen für die Antragstellung jetzt festgelegt.

Einzelheiten erfahren Sie wie bisher durch die „Informationen für Mitglieder“.

wendungsbereichen der Psychotherapie eingesetzt werden können.

Zum Entwurf des Methodenpapiers sind verschiedene kritische Stellungnahmen von Einzelpersonen und Fachgesellschaften eingereicht worden. Problematisiert wird zum Beispiel der Stellenwert naturalistischer

Studien in der Bewertung. Die Frage, wie der Nutzen von Psychotherapie dem Behandlungsprozess angemessen wissenschaftlich zu belegen ist und wie die Begriffe „Psychotherapieverfahren“ und „Psychotherapiemethode“ definiert werden, hat große Bedeutung sowohl für das Selbstverständnis der Psychotherapeuten wie für

die weitere Entwicklung der Berufstätigkeit von Psychotherapeuten und die Voraussetzungen für die zukünftige psychotherapeutische Versorgung im ambulanten und stationären Bereich.

Die Kammerversammlung beauftragte den Vorstand daher, zusätzlich zur geplanten Podiumsdiskussion beim Kongress Wissenschaft-Praxis am 20.10. in Bochum (siehe Kasten) einen Workshop für die Delegierten der Kammerversammlung zur Bewertung von Psychotherapie(-leistungen) im Rahmen der Diskussion zu evidenzbasierter Bewertung durchzuführen. In dem Workshop sollen das Methodenpapier, die kritischen Stellungnahmen dazu und die Bedeutung einer veränderten Verfahrensordnung für Berufsrecht und berufliche Praxis mit Experten aus den Fachgesellschaften beraten werden.

Tag der Angestellten

Der Ausschuss Psychotherapie in Institutionen wurde damit beauftragt, einen „Tag der Angestellten“ vorzubereiten und in Abstimmung mit dem Vorstand durchzuführen. Vorgesehene Themenschwerpunkte

sollen Strukturqualität und Stellung der Psychotherapie in stationären Behandlungsbedingungen sein.

Teilnahme von PiA an Kammerversammlungen

Der Ausschuss für Satzung und Berufsordnung wurde beauftragt, der Kammerversammlung eine Vorlage zur Änderung der Satzung vorzulegen. Damit soll ermöglicht werden, dass PiA in Zukunft wie Kammerangehörige an Kammerversammlungen teilnehmen können.

3. Jahreskongress Psychotherapie am 20./21. Oktober 2007 in Bochum

Die Psychotherapie steht vor der Aufgabe, ihren Nutzen gegenüber Patienten, Krankenkassen und Politik darzulegen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat angekündigt, alle psychotherapeutischen Verfahren erneut auf ihre Wirksamkeit zu prüfen. Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie überarbeitet zurzeit sein Methodenpapier, das Grundlage für die Erstellung seiner Gutachten zu Psychotherapieverfahren ist.

Als Sonderveranstaltung findet deshalb im Rahmen des 3. Jahreskongresses eine Podiumsdiskussion „Psychotherapie – wie ist ihr Nutzen zu belegen?“ statt. Als Referenten haben bereits fest zugesagt: Prof. Schulte, Prof. Leichsenring, Prof. Eckert (alle WBP) und Prof. Sawicki (IQWiG). Weitere Themen der Hauptvorträge sind „Psychotherapie bei chronisch körperlichen Erkrankungen“ (Prof. Bengel, Freiburg) und „Neue Entwicklungen in der Psychotherapie somatoformer Störungen“ (Prof. Rief, Marburg). Außerdem werden wieder 30 Workshops angeboten.

Programm und Anmeldung auch für Mitglieder anderer Kammern unter:

www.unifortbildung-psychotherapie.de

Geschäftsstelle

Willstätterstr. 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211 / 52 28 47 – 0
Fax 0211 / 52 28 47 – 15
Mo – Do 8.30 – 16.30 Uhr
Fr 8.30 – 14.30 Uhr
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Resolution

Gegen bürokratische Wortungetüme – Psychotherapeutenkammer NRW verteidigt ihren Namen

Die Mitglieder der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen sind nicht bereit, den Namen ihrer Kammer ändern zu lassen. Der Begriff „Psychotherapeut“ ist die sachlich und juristisch korrekte Bezeichnung für „Psychologische Psychotherapeuten“ und „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“. (vgl. § 1 PsychThG)

Die Vertreter der PTK NRW fordern deshalb den Arbeitsminister Karl-Josef Laumann auf, die geplante Namensänderung bei der anstehenden Novellierung des HeilBerG zu streichen. Der Minister beabsichtigt den bisherigen Kurznamen Psychotherapeutenkammer NRW zu ersetzen durch die Bezeichnung: Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten NRW. Unter Berücksichtigung des NRW-Gleichstellungsgesetzes müsste die zukünftige Bezeichnung dann lauten: Kammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten NRW. Heraus käme ein Bandwurmname, ein Wortungetüm, das für keinen Patienten mehr verständlich ist, sich in keinen Schriftverkehr und kein Logo fügt und auch nicht auf den zukünftigen Heilberufsausweis passt.

Die geplante Namensänderung ist u.E. widersinnig und auch überflüssig. Die Psychotherapeutenkammer weist in ihrem Briefkopf und auf ihrer Internetseite bereits darauf hin, dass sie „Psychologische PsychotherapeutInnen“ und „Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen“ vertritt – die in Nordrhein-Westfalen mit insgesamt über 7.000 Berufsangehörigen wesentlich die Versorgung psychisch kranker Menschen leisten. Wie trotz dieser eindeutigen Klarstellung in der öffentlichen Selbstdarstellung der Psychotherapeutenkammer NRW eine Verwechslung mit psychotherapeutisch weitergebildeten Ärzten („Fachärzten für psychosomatische Medizin und Psychotherapie“) möglich sein soll, ist nicht nachvollziehbar. Jeder Patient weiß zweifellos, ob er die Praxis eines Psychotherapeuten oder eines Facharztes betritt.

Die Kammerversammlung fordert alle Kammermitglieder auf, ihren entschiedenen Protest gegen die vom NRW-Arbeitsministerium beabsichtigte gesetzliche Änderung der Kammerbezeichnung kundzutun.

Mitteilungen der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer

Editorial

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen!

Da ich aus technischen Gründen in der letzten Ausgabe des PTJ nicht mehr bildlich in Erscheinung treten konnte, möchte ich mich heute bei Ihnen persönlich vorstellen: Ich bin in Wien geboren, habe in Wien, Tübingen und den USA studiert und dort meine Masterabschlüsse in Psychologie und in Philosophie erworben – M.S. und M.A. Ich habe eine Ausbildung in Verhaltenstherapie und arbeite nach längerer Tätigkeit in der Psychiatrie seit 1993 in eigener Praxis in Radebeul (Dresden). Meine therapeutischen Schwerpunkte sind chronische Depressionen, Persönlichkeitsstörungen und Posttraumatische Belastungsstörungen. Meine weiteren Ausbildungen sind in Psychotraumatologie und interpersoneller Psychotherapie und ich schätze Lorna Smith Benjamin.

Mein berufspolitisches Engagement hat 1993 in Sachsen begonnen, aus dem



Gespräch und dem Austausch mit den Kollegen vor Ort und der Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Arbeitsbedingungen in den einzelnen Bundesländern. Ich habe in der Folge eine Reihe

von Aufgaben in der Vertretung berufspolitischer Interessen wahrgenommen (Vorstand Landesverband der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung, Bundesvorstand, Strukturbeauftragte der Bundespsychotherapeutenkammer in der langen Vorphase der Gründung der OPK, Vertreterversammlung KV Sachsen). Soweit zu meiner Person. Ich werde mich freuen, mehr Kammermitglieder persönlich und mit ihren Anliegen näher kennen zu lernen. Am 23. und 24. November 2007 findet die 2. Kammerversammlung der OPK in Leipzig statt, zu der ich schon einmal alle Interessierten recht herzlich im Namen des Vorstandes einladen möchte. Die Kammerversammlung ist für alle Mitglieder öffentlich. Es erfolgt noch eine gesonderte Einladung. Die Einrichtung der Geschäftsstelle in Leipzig ist ebenfalls vorangeschritten und wir werden Sie in nächster Zeit darüber detailliert informieren. Ich verbleibe mit kollegialen Grüßen, Andrea Mrazek.

Aktuelle Informationen zu Fragen der Fortbildung

Eine der Hauptaufgaben der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer ist es, geeignete Maßnahmen zur Gestaltung und Förderung der Fort- und Weiterbildung für die Kammermitglieder zu treffen und zu bescheinigen. Diese Aufgabe ist durch den § 2/Abs.1 der Hauptsatzung verbindlich geregelt. Darüber hinaus besteht für jedes Kammermitglied, welches eine sozialrechtliche Zulassung (KV-Zulassung) zur Erbringung von Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten hat, eine lebenslange Verpflichtung zur Fortbildung. Diese Pflicht ist im Gesund-

heitsmodernisierungsgesetz (GMG) konkretisiert worden. Für alle Kollegen, die zum 1.7.2004 in eigener Niederlassung oder im Rahmen einer Ermächtigung psychotherapeutisch tätig sind, besteht die Verpflichtung, innerhalb von 5 Jahren, also bis zum 30.6. 2009 insgesamt 250 Fortbildungspunkte zu erwerben und nachzuweisen. (Für Kollegen, die sich erst später niedergelassen haben, bzw. nach diesem Datum ermächtigt wurden, beginnt der 5-Jahres-Zeitraum mit Datum der Zulassung durch die jeweilige KV). Die Landes-KV' en werden das von den Psychotherapeuten-

kammern erteilte Fortbildungszertifikat zur Prüfung abfordern.

Aus diesem Grund hat der Errichtungsausschuss der OPK schon im Jahr 2004 die Mitglieder der Fortbildungskommission berufen. Dadurch wurde es möglich, Fortbildungsveranstaltungen bereits vor der offiziellen Gründung der OPK zu zertifizieren.

Auf der konstituierenden Sitzung der OPK wurden die Mitglieder des Ausschusses für Aus-, Fort- und Weiterbildung gewählt.

Dieser Ausschuss führt nun mit seinem Ausschussvorsitzenden Herrn Dr. Guthke die Zertifizierungstätigkeit fort.

Auf der Grundlage der verabschiedeten Fortbildungsordnung (veröffentlicht auf der Homepage: www.ihre-opk.de) erfolgt die Zertifizierung von Veranstaltungen und Fortbildungsveranstaltern. Die Zertifizierung ist kostenfrei.

Bisher gibt es aber noch keine Regelungen, in welcher Form Unterlagen von den Kammermitgliedern zur Erlangung des Fortbildungszertifikats eingereicht werden müssen. Wir hoffen, dass wir in den nächsten Monaten Vorschläge zu Ausführungsbestimmungen zum Erwerb des Fortbildungszertifikats erarbeiten können und diese dann bei der nächsten Kammerversammlung im November beschlossen werden können. Zukünftig strebt der Ausschuss die Einführung von Barcodes an, die in elektronischen Punktekonto von der Geschäftsstelle erfasst und verwaltet werden. Es wird auch ein Antragsformular zur Einreichung der herkömmlichen Fortbildungsnachweise entwickelt. Erst mit der Etablierung der Geschäftsstelle der OPK

in Leipzig werden sowohl die personellen als auch die technischen Voraussetzungen für die Bearbeitung entsprechender Unterlagen gegeben sein.

Bis dahin werden alle Kammermitglieder dringend gebeten, keine Unterlagen für den Erwerb des Fortbildungszertifikates einzureichen.

Als Beginn für die Einreichung der Fortbildungsunterlagen wird der 1.1.2008 anvisiert. Über die konkreten Modalitäten werden wir zu einem späteren Zeitpunkt informieren.

Veranstaltungen, die von anderen Landespsychotherapeutenkammern oder von Ärztekammern (wenn psychotherapie-relevant) bereits zertifiziert wurden, werden selbstverständlich durch die OPK anerkannt.

Die Landes-KV werden über den Stand der Vorbereitungen für den Erwerb des Fortbildungszertifikates sowie über die Modalitäten der Zertifizierungen von Fortbildungsveranstaltungen und -veranstaltern informiert.

Am 01. April 2007 ist mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz auch die Fortbildungspflicht für psychologischen Psychotherapeuten und KJPs in der stationären Versorgung in Kraft getreten. Gegenwärtig gibt es noch keine Nachweispflicht. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist beauftragt worden, ein Verfahren festzulegen, wie die Erfüllung der Fortbildungspflicht des Einzelnen nachgewiesen werden kann.

Es ist zu erwarten, dass auch für Kollegen, die in ambulanten Einrichtungen tätig sind, eine Fortbildungspflicht eingeführt wird.

Dr. Thomas Guthke, Dipl.-Psych. Beate Caspar

Geschäftsstelle

Promenade 25
06667 Weißenfels
Tel. 03443/ 305355
Fax 03443/ 231520
opk@gmx.info
www.ihre-opk.de
Telefonische Sprechzeiten:
Mi. 11.00 – 13.00 Uhr

Mitteilungen der LandesPsychotherapeuten-Kammer Rheinland-Pfalz

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Im vergangenen Quartal wurde von der LPK eine Fortbildungsveranstaltung zu den Weiterbildungsordnungsbereichen Neuropsychologie, Psychodiabetologie und Spezielle Schmerzpsychotherapie angeboten. Im Zuge des Vertragsarztrechtänderungsgesetzes (VÄndG) und des Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) eröffnen sich für Kammermitglieder, die entsprechende Zusatzqualifikationen erwerben, neue Perspektiven und Tätigkeitsfelder in Versorgungsbereichen, die bisher fast ausschließlich von Medizinern abgedeckt wurden und in denen eine bio-psycho-soziale Sichtweise nur allmählich ausschließlich somatisch begründete Behandlungskonzepte ablöst. Die genannten Weiterbildungsangebote sind geeignet, den Kompetenzbereich und damit das Tätigkeitsspektrum von PsychotherapeutInnen zu erweitern. Dieser

Aspekt muss bei der Schaffung neuer Qualifikationen stets im Auge behalten werden. Neue Zusatztitel dürfen keine Beschränkung des klassischen psychotherapeutischen Behandlungsspektrums im Bereich psychischer Störungen zur Folge haben. Auch die finanziellen und zeitlichen Belastungen durch eine Weiterbildung müssen sich in annehmbaren Grenzen bewegen.

Eine zweite Fortbildungsveranstaltung wurde gemeinsam mit der Steuerberaterkammer durchgeführt, die ebenfalls VÄndG, GKV-WSG und steuerliche Fragen rund um neue Kooperationsformen zum Thema hatte. Beide Veranstaltungen stießen auf eine sehr positive Resonanz bei unseren Mitgliedern. Weitere Veranstaltungen mit ähnlichen Inhalten sollen daher in der zweiten Jahreshälfte folgen.

Auch möchte ich alle Kammermitglieder im Namen des Vorstandes zu unserem Herbstfest am Samstag, den 29.09.2007 einladen. Dieses beginnt um 14.00 Uhr mit einer Fortbildungsveranstaltung, für die die Kammer als Hauptreferenten Rüdiger Retzlaff (Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie, Universitätsklinikum Heidelberg) gewinnen konnte, einen ausgewiesenen Experten im Bereich systemischer Therapie und Forschung. Er geht unter anderem auf die aktuellen berufspolitischen Vorgänge dezidiert ein.

Die Fortbildung dauert bis 18.30 Uhr, danach beginnt das Fest. Die Veranstaltung findet im Bürozentrum Mainz statt. Wir freuen uns auf rege Resonanz!

Mit kollegialen Grüßen!

Sascha Gönner

Fortbildungsveranstaltungen der Kammer zu Weiterbildung und Neuen Versorgungsformen finden großen Anklang

Am 20.04.2007 fand in den Sitzungsräumen des Bürozentrum Mainz, in dem sich auch die Geschäftsstelle befindet, eine Fortbildungsveranstaltung statt, in der über Weiterbildungsmöglichkeiten in den Bereichen Neuropsychologie, Psychodiabetologie und Spezielle Schmerzpsychotherapie informiert und Möglichkeiten der Anwendung entsprechender Kompetenzen in Neuen Versorgungsstrukturen vorgestellt und diskutiert wurden.

Die Vizepräsidentin der Kammer, Dr. Andrea Benecke, konnte knapp 100 Mitglieder begrüßen und Ihnen als Referentinnen Dr. Birgit Albs-Fichtenberg, Trier (Neuropsychologie) und Elvira Schmitt, Bad Neuenahr (Psychodiabetologie) sowie als Referenten für die Spezielle Schmerzpsy-

chotherapie Dr. Paul Nilges, Mainz, vorstellen. Diese sind in Ihrem jeweiligen Bereich alle zur Weiterbildung ermächtigt und auch Ansprechpartner in den anerkannten Weiterbildungsstätten.

Frau Dr. Albs-Fichtenberg gab einen Überblick über die doch sehr hohen Anforderungen der Weiterbildungsordnung an die Inhalte der neuropsychologischen Weiterbildung und verdeutlichte auch, wo nach ihrer Ansicht deren Chancen liegen. Ebenso gab sie einen Ausblick auf die gerade in Gang gekommenen Verhandlungen zur Weiterentwicklung und besseren Integration der Neuropsychologie in der LPK.

Frau Schmitt legte den Focus ihres Vortrags auf Kompetenzerweiterungen im so-



matischen Bereich im Zuge der Weiterbildung zum Psychodiabetologen. Dabei stell-

te sie auch die mittlerweile gut fundierten Forschungsergebnisse zum Zusammenhang zwischen Diabetes und der Entwicklung von Depressionen vor.

Herr Dr. Nilges erläuterte die Inhalte der Weiterbildungsordnung (Anlage 1 Nr. 3) zur Speziellen Schmerzpsychotherapie und Möglichkeiten, wo man die entsprechenden Lehrgänge belegen kann.

In einem abschließenden Referat stellte die Geschäftsführerin der Kammer, Birgit Heinrich, die durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) und das Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) neu entstandenen Tätigkeitsmöglichkeiten für Mitglieder vor, die eine solche Zusatzbezeichnung erwerben. Anhand konkreter Beispiele gelang es ihr, die trockene und für den juristischen Laien schwer verständliche Materie zu veranschaulichen. Außerdem wies sie darauf hin, dass die Kammer für ihre Mitglieder Beratung zu den Themen anbietet.

In der anschließenden Diskussion wurde deutlich, dass vielen Mitgliedern erst allmählich bewusst wird, welche Chancen die Weiterbildungsordnung für sie eröffnet, allerdings wurde auch der damit verbundene hohe Zeitaufwand kritisch bewertet.

Am 24.05.2007 schloss sich die zweite Fortbildungs-Veranstaltung an, die sich unter geänderten Vorzeichen ebenfalls mit VÄndG und GKV-WSG beschäftigte. Getra-

gen wurde die Veranstaltung gemeinsam von LPK und Steuerberaterkammer Rheinland-Pfalz. Sie diene unter anderem dazu, die Mitglieder beider Kammern zueinander zu bringen, deren Zusammenarbeit bei der Umsetzung konkreter Vorhaben erforderlich ist. Die Steuerberater erfahren, welchen Beratungsbedarf unsere Mitglieder haben und wie dieser sich von dem der Ärzte unterscheidet.

Trotz der heißen Temperaturen konnten die Präsidenten der beiden Kammern, Edgar Wilk und Alfred Kappauf, mehr als 70 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie 10 Steuerberater begrüßen. Alfred Kappauf betonte, dass die Veranstaltung der Beginn einer dauerhaften Kooperation und eine Erweiterung der bereits gepflegten Zusammenarbeit der beiden Präsidenten im Landesverband der Freien Berufe sein könnte.

Die Steuerberaterkammer konnte als Referenten Frau RAin Beate Wachendorf, Fachanwältin für Medizinrecht und Sozialrecht, Koblenz und Herrn Dr. Werner Winnen, Steuerberater, Koblenz, gewinnen. Während Frau Wachendorf äußerst kompetent und sachkundig zum Thema „Vertragsarztrechtsänderungsgesetz: Neuerungen und Gestaltungsmöglichkeiten“ referierte, wurden von Herrn Dr. Winnen den Anwesenden „Steuerliche Fragen rund um die neuen Kooperationsformen für Psychotherapeuten“ sehr anschaulich nahe gebracht. Den Anwesenden wurde deut-

lich, dass mit den unterschiedlichen Strukturen auch unterschiedliche Risiken verbunden sind und eine genaue Prüfung der Rechts- und Steuerfragen vonnöten ist, will man eine erfolgreiche Kooperation mit Anderen auch rechtlich einwandfrei gestalten und finanziell gut absichern.



Die Resonanz auf die Veranstaltungen war sehr positiv. Zahlreiche Nachfragen in der Geschäftsstelle, auch von Mitgliedern, die an der Teilnahme verhindert waren, zeigen, dass der Bedarf an Aufklärung über die Gesetzesänderungen und ihre Folgen erheblich ist. Der Vorstand hat sich deshalb entschlossen, in der zweiten Jahreshälfte ergänzende Veranstaltungen anzubieten. Einladungen werden rechtzeitig an Sie verschickt werden.

Rheinland-pfälzischer Selbsthilfepreis der Ersatzkassen

Die Ersatzkassen in Rheinland-Pfalz haben erstmals in diesem Jahr den „Rheinland-pfälzischen Selbsthilfepreis der Ersatzkassen“ ausgelobt, der am 28.06.2007 durch Ministerpräsident Kurt Beck gemeinsam mit dem Repräsentanten der Ersatzkassen im Land, Armin Lang, verliehen wurde.

Der Preis würdigt das herausragende Engagement ehrenamtlicher Akteure, neue Formen der Selbsthilfearbeit, pfiffige Ideen zur Werbung für die Selbsthilfe und neue Partnerschaften zwischen Laien und Profis.

Eine achtköpfige Jury aus Vertretern des Gesundheitswesens und der Selbsthilfe, der auch der **Präsident der LPK, Alfred Kappauf**, angehörte, zeichnete zwei Projekte aus, die eng mit Tätigkeitsfeldern unserer Mitglieder verbunden sind: Der **Kreuzbund Daun e.V.** wurde für seine außergewöhnlichen und originellen Initiativen in der Suchtprävention, insbesondere für Jugendliche, mit dem ersten Preis ausgezeichnet (Preisgeld: 1.500 Euro).

Der zweite Preis (Preisgeld: 1.000 Euro) ging an den **Förderverein für ge-**

meindenahe Psychiatrie im Kreis Neuwied e.V. und würdigt dessen musterergültige Arbeit für und mit psychisch kranken Menschen.

Daneben wurden noch jeweils mit einer öffentlichen Anerkennung die Vorsitzende der Landauer Selbsthilfegruppe „Leere Wiege“, Frau Helga Beisel, und Frau Margot Pasedach als Vorstandsmitglied der Selbsthilfegruppe für Hypophysen- und Nebennierenerkrankungen Rhein-Main-Neckar e.V. bedacht.

Zielvereinbarung für barrierefreie Praxen auf den Weg gebracht

Am 18.07.2007 wurde im Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen die Zielvereinbarung für barrierefreie Praxen unterzeichnet. Diese soll Menschen mit Behinderungen den Zugang zu den Leistungen und den Angeboten des Gesundheitswesens erleichtern. Die Landespsychotherapeutenkammer, die Landeszentrale für Gesundheitsförderung sowie der Landesbeirat zur Teilhabe behinderter Menschen, der von seinem Vorsit-

zenden und Landesbeauftragten für die Belange von Menschen mit Behinderungen, Sozialstaatssekretär Richard Auernheimer, repräsentiert wurde, gehören zu den Erstunterzeichnern der Vereinbarung.

Die Barrierefreiheit ist eine wesentliche Voraussetzung, Menschen mit Behinderungen einen unumschränkten Zugang zu allen Gesundheitsleistungen zu ermöglichen. Gerade für eine Profession, der die aufsuchende Betreuung und Therapie von psychisch Kranken in der GKV nicht ermöglicht wird, steht die Unterstützung der Anliegen Behinderter gut an, erklärt der Kammerpräsident Alfred Kappauf. Unsere psychotherapeutische Tätigkeit beinhaltet oft, handlungseinschränkende mentale Barrieren überwinden zu helfen, daher ist es auch notwendig, immer wieder die eigene Sensibilität für äußere Barrieren zu schärfen, die Behinderten den Zugang zu Gesundheitsleistungen und gesellschaftlichen Bereichen im Allgemeinen erschweren. Die Zielvereinbarung beugt einer Betriebsblindheit vor und ist ein wichtiges Signal der Gesundheitsberufe, dass sie die besonderen Belange der Behinderten ernst nehmen und sich im partnerschaftlichen Dialog mit den Betroffenen am Prozess der Realisierung dieser Ziele beteiligen wollen.

Die Vereinbarung beinhaltet eine landesweite Erhebung zur Erreichbarkeit und Nutzbarkeit von Praxen auf der Grundlage eines Erhebungsbogens, der vom Landesbeirat zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen erarbeitet worden ist. Die Ergebnisse werden auf einer gemeinsamen Webseite im Internet zusammengestellt und als Broschüre herausgegeben, um behinderten Menschen geeignete Informationen zu barrierefrei zugänglichen und nutzbaren Praxen zur Verfügung zu stellen. Die Kammern und Vereinigungen im Gesundheitswesen und die Verbände behinderter Menschen wollen außerdem ein Beratungsangebot zur Barrierefreiheit von Praxen schaffen. Ebenso ist die Erstellung eines Merkblattes vorgesehen, mit dem die Mitglieder über die Möglichkeiten zur barrierefreien Gestaltung ihrer Angebote informiert werden. Damit soll das Ziel des Landesgesetzes zur Herstellung gleichwertiger Lebensbedingungen für Menschen mit Behinderungen auch für das Gesundheitswesen weiter vorangebracht werden. Die in der Vereinbarung festgelegten Maßnahmen sollen innerhalb von zwei Jahren umgesetzt werden.



Herr Kappauf und Herr Dr. Auernheimer bei der Unterzeichnung der Vereinbarung

Veränderungen in der Geschäftsstelle

Frau RAIN Julia Rendschmidt hat aus familiären Gründen ihre Tätigkeit in der Kammer zum 30.04.2007 beendet. Vorstand und Geschäftsführung bedauern dies sehr, war es Frau Rendschmidt doch innerhalb kürzester Zeit gelungen, einen guten Kontakt zu unseren Mitgliedern herzustellen und sich kompetent in die Kammerarbeit einzubringen. Wir wünschen ihr auch auf diesem Weg alles Gute!

Der Kammer ist es gelungen, die Stelle fast nahtlos neu zu besetzen, um ihren berufsrechtlichen Aufgaben gerecht zu werden. Mit Frau Oberkircher-Sperling konnten wir zum 01.07.2007 eine qualifizierte und tat-



kräftige Juristin als Mitarbeiterin gewinnen. Unserer neuen Assistentin der Geschäftsführung wollen wir im Folgenden kurz die Möglichkeit geben, sich Ihnen vorzustellen:

Mein Name ist **Friderike Oberkircher-Sperling**. Nach meinem Studium an der Universität Heidelberg habe ich vor kurzem die Ausbildung zur Volljuristin mit dem Zweiten Staatsexamen abgeschlossen.

In der Kammer bin ich für Berufsrecht, Wettbewerbsrecht und die Bearbeitung von Widersprüchen (Beitragsbescheide, Ablehnung der Fortbildungsanerkennung) zuständig. Ich arbeite der Geschäftsfüh-

zung und dem Vorstand bei der Beurteilung schwieriger juristischer Fragestellungen zu. Es freut mich besonders, als Berufseinsteigerin sofort eine so abwechslungsreiche und interessante Stelle gefunden zu haben!

Mitgliederanfragen im Bereich Berufsrecht richten sich überwiegend auf das Thema Schweigepflicht und beziehen sich ansonsten auf ganz unterschiedliche Aspekte psychotherapeutischer Tätigkeit. Auch bin ich für Fragen von Patienten und deren Beschwerden über einzelne Kammermitglieder zuständig. Gerade bei einer Beschwerde ist es wichtig, den Sachverhalt möglichst genau aufzuklären, damit der

Vorstand eine differenzierte Entscheidung treffen kann.

Im Bereich Wettbewerbsrecht gilt es vor allem, den Berufsstand vor Konkurrenten zu schützen, die den Titel „Psychotherapeut“ unberechtigt führen. Wettbewerbsrechtliche Abmahnungen dienen aber auch den Patienten. Wer sich gezielt in die Hände eines Psychotherapeuten begeben möchte, muss darauf vertrauen können, dass dieser die umfangreiche und fundierte Ausbildung zum PP/KJP auch tatsächlich absolviert hat.

Bei juristischen Fragen stehe ich gerne zu Ihrer Verfügung.

An diesen Seiten arbeiteten mit:

Birgit Heinrich, Sascha Gönner, Friderike Oberkircher-Sperling

Geschäftsstelle

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30
55130 Mainz

Tel 06131/5 70 38 13

Fax 06131/5 70 06 63

service@lpk-rlp.de

www.lpk-rlp.de

telefonische Sprechzeiten:

Mo. – Fr. 10.00 – 12.30 Uhr und

Di. – Do. 14.00 – 16.00 Uhr



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes – PKS

BPTK und angestellte Psychotherapeuten

FORUM 20 (Mai 2007)

Aufgabenportfolio der BPTK

Viele Kolleginnen werden sich angesichts der prioritären Beschäftigung der BPTK mit Themen der Psychotherapeuten in Niederlassung fragen, auf welche Weise die Bundespsychotherapeutenkammer die Interessen der angestellten Psychotherapeuten vertritt. Gerade im vergangenen Jahr waren Vorstand und Geschäftsstelle der BPTK weitgehend durch die Anstrengungen gebunden, welche im Rahmen der Gesundheitsreform – beispielhaft mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, dem Wettbewerbsstärkungsgesetz, den Auseinandersetzungen mit dem G-BA und der KBV – nötig waren, die Zukunft der ambulant tätigen Psychotherapeuten und der psychotherapeutischen Leistungen der GKV in der Sozialgesetzgebung zu sichern. So viel Verständnis dafür aufzubringen ist, dass es in unruhigen gesundheitspolitischen Tagen Präferenzen geben muss, so wenig ist auf Dauer zu akzeptieren, dass sich sämtliche Energie der BPTK in diesen Bemühungen erschöpft. Beim 9. DPT im November 2006 wurde von einigen Wenigen problematisiert, dass ein Großteil der Themen der angestellten Psychotherapeuten dem Teil II des Aufgabenportfolios 2006/2007 der BPTK zugeordnet worden war. BPTK Präsident Rainer Richter hatte einräumen müssen, dass der Vorstand und seine Mitarbeiter aufgrund der begrenzten Ressourcen eine Reihe wichtiger Themen der Angestellten nicht annähernd mit der gebotenen Intensität hätte bearbeiten können.

Der Ausschuss PTI

Der Ausschuss der Psychotherapeuten in Institutionen (PTI) hatte in seinem Arbeitspapier rückblickend auf drei Jahre Tätigkeit als besondere Schwierigkeit skizziert, dass es bei der Interessenvertretung der ange-

stellten Psychotherapeuten einerseits um die gemeinsame Bearbeitung von Themen bzw. Problemstellungen gehen muss, die für alle oder fast alle Tätigkeitsfelder wichtig sind. Andererseits müssen Themen, die sich spezifisch für die jeweiligen Themenfelder ergeben, aufgegriffen werden. Auch verfügt man nicht bei allen Tätigkeitsfeldern über eine genauere Kenntnis der jeweiligen Fragestellungen, wodurch ein rechtzeitiges Feststellen von Handlungsbedarf erschwert wird. Als Lösung wurde anvisiert, die Kompetenzen der Angestellten-Ausschüsse der Landeskammern sowie tätigkeitsfeldspezifischer Organisationen (z.B. Bundeskonferenz für Erziehungsberatung – bke, die Gewerkschaft Ver.di, der Arbeitskreis der Reha-Psychologen im BDP etc.) stärker zu nutzen und über den Bundesvorstand und seine Mitarbeiter zur Erarbeitung einer Gesamtsicht/Monitoring der Problem- und Handlungsfelder anzuregen.

Weitere Aktivitäten erforderlich

Aber reichen Vernetzung und die Nutzung von Synergien aus? Die BPTK sollte zusätzlich etwa zu ausgewählten Arbeitsfeldern Expertisen in Auftrag geben, um Problem- und Fragestellungen sowie notwendige Handlungsoptionen auszuloten. Diesbezüglich waren in den vergangenen Jahren Stellungnahmen, allerdings v.a. zu rechtlichen Fragen, erarbeitet worden (z.B. zur Schweigepflicht i.R. einer medizinischen Rehabilitation, zur Möglichkeit der Praktika in Beratungsstellen i.R. der Ausbildung, zur Berufsausübung im Beschäftigungsverhältnis etc.). Hier müssten weitere konkrete Aktivitäten folgen: Z.B. zu Fragen der Vergütung (Stichwort TVÖD), der Stellung der PP/KJP in den unterschiedlichen Arbeitsfeldern (Stichworte: Förderung des Bewusstseins der Öffentlichkeit für der Vielfalt und Bedeutung der Tätigkeiten angestellter PP/KJP, Leitungsfunktion, Krankenhausbehandlung und Psych-PV), der Situation um die Psychotherapeuten in Ausbildung – PIA (Stichworte: Vergütung, Folgen wie

Stellenabbau von PP/KJP). Der Ausschuss PTI sollte sich auf ausgewählte Themen konzentrieren und diese dem Bundesvorstand und den Delegierten nahe bringen. Deshalb wurde seitens unseres Delegierten Herrn Morsch beim 9. DPT vorgeschlagen, dass der PTI-Ausschuss zum nächsten DPT ein selbst bestimmtes Themenfeld ausführlich vorbereitet und die Gelegenheit bekommt, dies an hervorgehobener Stelle der Tagesordnung und mit ausreichend Zeit zu präsentieren. Bislang wurde lediglich am Ende der Tagesordnung kurz und überblicksartig über Aktivitäten aus dem Ausschuss berichtet. Das reicht nach Meinung der PKS nicht aus, um die Berufsinteressen der Angestellten in der BPTK angemessen zu vertreten.

Entscheidungen beim 10. DPT

Die Spannung wuchs, ob der 10. DPT, der am 12. Mai 2007 in Berlin stattfand, einerseits vom Ausschuss PTI zur Vorstellung eines Themas genutzt werden würde und andererseits, ob Prof. Richter seiner Ankündigung, nochmals über eine höhere Priorisierung der Angestelltenthemen zu beraten, Taten folgen lässt. Die vorläufige Tagesordnung, auf welcher als Hauptthema auch Vorstandswahlen standen, beinhaltete jedenfalls keinen Top mit Angestelltenthemen. Wesentliche Tagesordnungspunkte waren Beitragserhöhungen und Neuwahlen des Vorstands. Die Zustimmung der PKS zur Beitragserhöhung, die im Rahmen der gewachsenen Aufgaben sicher begründbar erscheint, sollte davon abhängig gemacht werden, dass bei der zukünftigen Verwendung die Interessenlage der größten Gruppe der Psychotherapeuten – die der Angestellten – stärker berücksichtigt wird. Deshalb lag ein Antrag unseres Vizepräsidenten mit folgenden Wortlaut vor: „Der Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer wird verpflichtet, die Verwendung der durch die Erhöhung der Beiträge zum 01.01.2008 zusätzlich zur Verfügung stehenden Mittel insbesondere für die Stärkung

der Belange der Psychotherapeuten in Beschäftigungsverhältnissen einzusetzen“. In der Begründung wurde vorgeschlagen, dass der neu zu wählende Bundesvorstand, falls er es mit seiner Unterstützung ernst meint, zukünftig einen der neuen Mitarbeiter verstärkt mit Fragen der angestellten Psychotherapeuten beschäftigen könnte. Die Delegiertenversammlung konnte sich diesem Antrag immerhin mit breiter Zustimmung jedoch lediglich mit der Formulierungsänderung, „dem Vorstand die Empfehlung zu geben, die zusätzlichen Mittel ebenfalls für die Belange von Psychotherapeuten in Beschäftigungsverhältnissen einzusetzen“ anschließen. Dies ist unter der Maßgabe, dass von den 105 anwesenden Bundesdelegierten, wie sich auf unsere Nachfrage herausstellte, lediglich 24 als Angestellte/Beamte beschäftigt sind, schon als Erfolg zu werten.

Dass sich das Bewusstsein, einen verstärkten Einsatz für Angestellte Psychotherapeuten zeigen zu müssen, auch auf Bundesebene mehr und mehr durchsetzt, wurde auch eindrücklich mit den Wahlen des neuen Vorstands betont: Alle Kandidaten sicherten den Delegierten in ihren Wahlreden den Willen für diesbezügliches Engagement zu. Damit nicht genug: An der Spitze des neugewählten Vorstands stehen mit der Wiederwahl Rainer Richters als Präsident und der Neuwahl von Dietrich Munz als Vizepräsident nun zwei angestellte bzw. verbeamtete Psychotherapeuten. Ebenfalls wiedergewählt als Vizepräsidentin wurden Monika Konitzer und als Vertreter der KJP Peter Lehndorfer. Neu in den Bundesvorstand, der nun mit dem Beitritt der OPK rund 30.000 Psychotherapeuten vertritt, wurde Andrea Mrazek, die Präsidentin der OPK.

Der neue Vorstand wird in seiner Alltagsarbeit nun beweisen müssen, ob den vielversprechenden Worten auch Taten folgen. Als Bundesdelegierte der PKS werden wir darauf achten, dass auch die Interessen der Angestellten Psychotherapeuten weiter angemessen vertreten werden. Der nächste DPT beinhaltet u.a. Neuwahlen der Ausschüsse und Kommissionen. Der Ausschuss PTI wird sich diesbezüglich ebenfalls einer kritischen Bewertung der Ergebnisse seiner Aktivitäten der letzten vier Jahre stellen müssen.

Die Grenzen des Anstands sind schon lang überschritten

FORUM 20 (Mai 2007)

Die Vertreterversammlung der KV hat es in ihrer Sitzung am 28.03.2007 erneut abgelehnt, für unsere nicht bewilligungspflichtigen Leistungen einen unteren Aufwandspunktwert zu bestimmen, der nicht unterschritten werden darf. Die Finanzierung dieser Punktwertstützung würde jeden niedergelassenen Facharzt etwa 100 EUR im Quartal kosten. Natürlich gibt nie jemand gern etwas von „seinem“ Honorar ab. Aber darin liegt der Denkfehler: Es ist nicht „sein“ Honorar. Es ist lediglich ein Teil der Gesamthonorarsumme, die von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt wird, damit sie (leistungs-)gerecht unter allen Leistungserbringern aufgeteilt wird.

Immerhin führten unsere Erläuterungen zur Honorarsituation nicht zu einer schroffen Ablehnung durch die VV der KV: weich verpackt in Enthaltungen wurde unser Antrag abgelehnt. Von 24 anwesenden Stimmberechtigten gab es 4 Ja-Stimmen, 6 Nein-Stimmen und 14 Enthaltungen.

In den letzten 3 ausbezahlten Quartalen mussten wir z.B. für unsere probatorischen Sitzungen folgende Schwankungen hinnehmen:

Honorar pro probatorische Sitzung = mindestens 50 Minuten

Basisleistungen	2/2006	3/2006	4/2006
Ersatzkassen	25,56 €	7,77 €	17,40 €
Primärkassen	40,66 €	42,68 €	30,46 €

Ist es da verwunderlich, dass es für die Versicherten schwierig ist, einen Termin für ein Erstgespräch zu bekommen?

Ob dies im Sinne der Krankenkassen ist, die für die Finanzierung der Psychotherapie ab 2005/2006 viel Geld an die KV bezahlen?

Widerrechtliche Kürzungen 2003 und 2004 – Gezielte Verschleppungstaktik der KV

FORUM 20 (Mai 2007)

Vor genau 1 Jahr, am 07.05.2006, hat das Saarländische Sozialgericht sein Urteil verkündet, wonach die Kürzungen der psychotherapeutischen Leistungen in den Quartalen 3/03, 4/03 und 1/04 von der KV widerrechtlich vorgenommen wurden. Wo aber bleibt die Nachzahlung für die KollegInnen, die gegen die Kürzungen geklagt haben? Die KV legte Berufung ein gegen das Urteil (damit ist das Urteil noch nicht rechtskräftig und die KollegInnen warten weiter, seit jetzt 3 Jahren, auf ihr längst verdientes Honorar) und hat bis zum heutigen Tag keine Berufungsbegründung geliefert. Die ist aber natürlich Voraussetzung, damit in 2. Instanz ein dann hoffentlich rechtskräftiges Urteil zustande kommen kann. Wie die Geschäftsstelle des Sozialgerichts mitteilt, wurde die KV mehrfach, zuletzt Ende April, an die Erledigung ihrer Pflicht erinnert. Der Justitiar – der übrigens auch von unseren KV-Beiträgen bezahlt wird – stellt sich taub. Es ist uns durchaus plausibel, dass ihm keine rechtstauglichen Argumente für die Berufungsbegründung einfallen – aber wäre es dann nicht an der Zeit, die Berufung zurückzuziehen und die widerrechtlichen Kürzungen durch eine korrekte Neubescheidung zu korrigieren?

Heimreform im Saarland: ambulant vor stationär oder billig vor teuer?

FORUM 20 (Mai 2007)

Zum 1. Januar 2008 plant die zuständige Fachabteilung des Ministeriums für Justiz, Gesundheit und Soziales eine umfangreiche und in Fachkreisen höchst umstrittene Reform der psychiatrischen Versorgung im so genannten komplementären Bereich. Dieser umfasst Wohnangebote mit unterschiedlich intensiver Betreuungsintensität, Angebote zur Tagesstrukturierung, psychosoziale Beratungs- und Anlaufstellen, Tagesstätten etc.. Nach Ministeriumsangaben gibt es saarlandweit derzeit 814

stationäre Wohnplätze für seelisch behinderte Menschen, die über die sog. Eingliederungshilfe vom Landesamt für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz als überörtlicher Sozialhilfeträger finanziert werden. Am Ende der Reform sollen von ihnen noch 512 übrig sein. Die aktuell 439 ambulanten Betreuungsplätze machen heute einen Anteil von 35 % aus. Der soll bis 2012 auf 60 % erhöht werden. Bei gleich bleibenden Fallzahlen würde das bedeuten, dass es dann statt derzeit 439 ambulanten Angeboten 753 geben würde. In beiden Bereichen sollen nach dem Willen des Ministeriums die Platzzahlen gedeckelt werden. Ein stationärer Platz kostet heute rund 2.600 € im Monat, ein ambulanter je nach Betreuungsintensität 510 € oder 980 €. Kostenträger ist zu meist der überörtliche Sozialhilfeträger, das Landesamt für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz. Derzeit laufen Verhandlungen zwischen Ministerium, Kostenträgern und Leistungsanbietern, die die konkrete Vorgehensweise bei der Umwandlung von stationären Wohnplätzen in ambulante betreute Wohnangebote zum Thema haben. Vor allem aber geht es um die Anzahl der Plätze, die am Ende bei jedem Anbieter für die verschiedenen Versorgungsformen zur Verfügung stehen sollen. Und hier liegen die Einschätzungen der Beteiligten weit auseinander: seitens des Ministeriums wird mit der rückläufigen Bevölkerungszahl im Saarland und mit dem in diesem Kontext etwas befremdlich klingenden „Angebot schafft Nachfrage“ argumentiert. Gemeint ist damit ein vermeintliches Überangebot an Wohnheimplätzen, welches sich quasi als Selbstläufer marktwirtschaftlichen Prinzipien folgend einen Bedarf schafft. Im Umkehrschluss hofft man auf eine rückläufige Nachfrage, sobald das Angebot reduziert ist.

Seitens der Leistungsanbieter wird hingegen die konstant hohe Nachfrage mit der sich ändernden Morbidität, die Wartelisten und teilweise langen Wartezeiten für Betroffene in ihren Einrichtungen thematisiert. Seit Jahren ist z.B. zu beobachten, dass der Bedarf an intensiv betreuten Wohnmöglichkeiten für Menschen mit Doppeldiagnosen (vor allem Psychose und Sucht) sowie für ältere seelisch behinderte Menschen ansteigt. Die Wohnheimträger leisten

zudem einen wichtigen Beitrag im Rahmen der forensischen Nachsorge, in einem Bereich, in dem im Saarland die Fallzahlen – im Unterschied zur Bevölkerungsentwicklung – durchaus nicht rückläufig sind.

Wie sieht es in anderen Bundesländern aus?

Jürgen Kiefer, der als Psychologischer Psychotherapeut beim Saarlouiser Verein für Sozialpsychiatrie tätig ist, hat in unseren Nachbarbundesländern recherchiert, in denen vergleichbare Reformprozesse im Gange sind. In Bayern, Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und in Nordrhein-Westfalen ist man ebenfalls dabei, die Eingliederungshilfe unter fachlichen wie auch unter ökonomischen Gesichtspunkten weiter zu entwickeln.

Hier seine Ergebnisse:

- Der Abbau von Wohnheimplätzen erfolgt kostenneutral bzw. mit einer Anreizfinanzierung (NRW), verbunden mit einer Ausweitung der Hilfen zum selbständigen Wohnen in eigener Häuslichkeit und anderer ambulanter Leistungen.
- Sofern Vorgaben über die Höhe des Abbaus von Wohnheimplätzen gemacht werden, sind diese entweder relativ gering (5 % in NRW), oder sie stellen einen Richtwert dar, der lediglich angestrebt wird (20 % Bayern).
- Voraussetzung zur Umsetzung der Reform ist die Schaffung eines einheitlichen Hilfesystems, um ein personenzentriertes, transparentes Vorgehen vor Ort einzuführen.
- Zur Handhabung dieses Instrumentes werden auf kreis- bzw. kommunaler Ebene gemeindepsychiatrische Verbände geschaffen.
- Die Leistungserbringer verpflichten sich zu ihrem regionalen Versorgungsauftrag, haben dafür aber die Zusicherung der Kostenübernahme durch den jeweiligen Kostenträger.

Weitgehend einig ist man sich im Saarland darin, dass die derzeit existierenden ambulanten Angebote nicht ausreichen. Einigkeit besteht auch darin, dass einer bedarfsgerechten komplementären sozial-

psychiatrischen Versorgung im Saarland eine große Bedeutung zukommt. Dass aber durch die geplante „Umschichtung“ der zur Verfügung stehenden Mittel dieses Defizit im ambulanten Bereich ausgeglichen werden kann, darf bezweifelt werden. So prognostiziert die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger (BaGüS) in einem Papier vom Februar dieses Jahres einen Anstieg der „Fallzahlen derjenigen behinderten Menschen, die auf eine Unterstützung und Betreuung im Wohnumfeld angewiesen sind“ um 37,8 % für den Zeitraum zwischen 2000 und 2010 – eine Prognose, die mit dem Umgestaltungsszenario des Ministeriums nur schwerlich in Einklang zu bringen ist.

Die Planung des Ministeriums im komplementären Bereich steht ebenfalls im Widerspruch zur Entwicklung der Krankenhausbetten in der psychiatrischen Akutversorgung: Hier hat das Ministerium im Krankenhausplan 2006 – 2010 dem bundesweiten Anstieg der Fallzahlen psychisch Kranker folgend eine Erhöhung der stationären und teilstationären Behandlungsplätze im Saarland um knapp 5 % vorgenommen. Der genehmigte Zuwachs lag damit allerdings weit unter dem durch ein unabhängiges Gutachten errechneten, welches in Anbetracht der gestiegenen Fallzahlen vom drei- bis vierfachen Betten-/Platzzuwachs ausging (wir berichteten im FORUM 15). Wie bei uns mehr psychische kranke Menschen mit weniger Plätzen versorgt werden sollen, ist weder rechnerisch noch fachlich nachvollziehbar.

Beitritt der PKS zu PSYCH-INFO beschlossen

FORUM 21 (Juli 2007)

Die Vertreterversammlung hat in ihrer Sitzung am 18. Juni den Beitritt der PKS zum Psychotherapeutensuchprogramm der Nordkammern beschlossen. Bereits im PTJ 1/2007 konnten Sie im Beitrag der Hamburger Kammer „Ein Jahr Psych-Info“ lesen, dass der Suchdienst von Patienten, Rat- und Hilfesuchenden rege genutzt wird und das System im Resümee als erfolgreich bewertet wird. Mit dem Beitritt Berlins zur AG Ende 2006 wurde der Online-

dienst auch inhaltlich erweitert, kontinuierliche Anpassungen finden statt.

Warum Psych-Info?

Für das Saarland bedeutet der Beitritt, dass allen unseren Kammermitgliedern der Eintrag in dieses Suchregister möglich ist, unabhängig davon, ob sie als Vertragspsychotherapeuten oder in Beschäftigungsverhältnissen tätig sind. Bislang steht Vertragspsychotherapeuten lediglich über den „Arztfinder“ im KV-Suchdienst ein Online-Eintrag offen. Abhängig beschäftigte Psychotherapeuten können nur begrenzt auf ihre Zugehörigkeit zu Berufsverbänden Zugang zum Eintrag in Online-Dienste außerhalb der Kammer finden, wo sie allerdings in der Regel gemeinsam mit Nicht-Approbieren KollegInnen oder Anbietern anderer therapeutischer Leistungen wie z.B. Heilpraktiker, Psychologische Berater u.a. erscheinen. Im Vorfeld des Beschlusses der VV hatte sich der Ausschuss Angestellte neben finanziellen, organisatorischen und anderen inhaltlichen Fragen genau mit dieser Problematik befasst und nach Abwägung aller Aspekte der VV den Beitritt zu Psych-Info vorgeschlagen. Patienten, Rat- und Hilfesuchende sollten über den Suchdienst ausschließlich Zugang zu den qualifizierten psychotherapeutischen Angeboten unserer Kammermitglieder erhalten. Wenn jemand eine ambulante psychotherapeutische Behandlung sucht, vielleicht auch ein bestimmtes Verfahren oder einen Schwerpunkt, wenn die Behandlung in einer Klinik oder Rehaklinik ansteht, wenn Rat und Hilfe in einer Beratungsstelle oder spezielle fachliche Hilfen in anderen Bereichen gesucht werden, müssen die Patienten, Rat- und Hilfesuchenden uns Psychotherapeuten finden können. Der Suchdienst könnte sich so zu einem Qualitätsmerkmal unserer Profession nach Innen und Außen entwickeln.

Nach der Entscheidung der Vertreterversammlung

Die Vertreterversammlung beschied mit knapper Mehrheit nach kontroverser Diskussion den Antrag des Ausschuss positiv. Jedes Kammermitglied kann über den freiwilligen Grundeintrag im Suchregister hinaus über Einträge nach Vorgaben des

Suchdienstes wie z.B. Therapieverfahren, besondere Zielgruppen, Tätigkeitsschwerpunkte oder andere Leistungen bei Nachweis der Voraussetzungen gegenüber der Kammer entscheiden. Wir wünschen uns, dass möglichst viele Kammermitglieder, so das Angebot zur Verfügung steht, Psych-Info durch ihren Eintrag mit Leben füllen.

Novellierung des Saarländischen Heilberufekammergesetzes (SHKG)

FORUM 21 (Juli 2007)

Änderungsentwurf

Der Saarländische Landtag hat in diesem Jahr die Novellierung des SHKG auf seiner Agenda. Die diesjährige Änderungsrunde betrifft die Psychotherapeuten in mehrfacher Hinsicht: Aus unserer Sicht sind wesentliche Änderungswünsche die Regelung der Mitgliedschaft der Psychotherapeuten in Ausbildung sowie die Berechtigung zum Erlass einer Weiterbildungsordnung. Nachdem 2006 auf Bundesebene eine Musterweiterbildungsordnung verabschiedet worden war, steht einer entsprechenden Regelungsbefugnis auch im SHKG prinzipiell nichts mehr im Wege.

Anhörungen der Psychotherapeutenkammer

Die PKS nutzte im Rahmen ihrer Anhörungsrechte zunächst die Anhörung mit unserer Aufsichtsbehörde im Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales (MiJuGS). Dort wurde wenig Bereitschaft signalisiert, Abweichungen von dem im SHKG für alle Heilberufe geforderten Punkt einer in Bezug auf Gebiete und Bereiche ganztägigen, hauptberuflichen Weiterbildung zu machen. Weiterbildung in Vollzeit über eine Dauer von 3 Jahren (nach der Approbation) ist jedoch angesichts der besonderen Aus- und Weiterbildungssituation der Psychotherapeuten – etwa im Vergleich zu der der Ärzte – kaum möglich: Ein Arzt kann eine Anstellung in einer weiterbildungsberechtigten Fachabteilung eines Krankenhauses in dem gewünschten Fach erhalten. Für Psychotherapeuten gibt es keine bezahlten Stellen

in Weiterbildungsabteilungen, um eine anerkannte Weiterbildung abzuleisten. 3 Jahre hauptberuflich und ganztags nach der Approbation würde bedeuten: Praxis oder Arbeitsverhältnis aufgeben, ohne Einkommen und Existenzsicherung.

Zur Anhörung der Kammer vor dem Gesundheitsausschuss des saarländischen Landtags hatten die PKS in ihrer schriftlichen Stellungnahme dargelegt, an welchen Stellen Ergänzungen und Änderungen erforderlich sind und dass die Psychotherapeuten von dem beabsichtigten Recht zur Regelung ihrer Weiterbildung unter den bisherigen Vorgaben kaum Gebrauch machen könnten. Weiteres Thema war die Änderung des SHKG hinsichtlich der zukünftigen Mitgliedschaft der Psychotherapeuten in Ausbildung (PIA). Soweit PIA im Rahmen ihrer Ausbildung eigenständig Psychotherapien durchführen, unterliegen sie in der Sache der Berufsaufsicht der Kammer. Ohne eine Mitgliedschaft in der PKS kann jedoch die Berufsordnung nicht umgesetzt werden. Bislang regelte das SHKG lediglich für Ärzte im Praktikum (AIP) die Gleichstellung mit Pflichtmitgliedern.

Sozialgericht des Saarlandes spricht deutliches Urteil zur Honorierung der PsychotherapeutInnen

FORUM 21 (Juli 2007)

Viele KollegInnen haben regelmäßig gegen die Honorarbescheide der KV Widerspruch eingelegt. Anders als in früheren Jahren hat die KV diese Widersprüche quartalsweise ablehnend beschieden, so dass wir gezwungen waren, gegen die ablehnenden Bescheide der KV beim Sozialgericht zu klagen. Viele sind diesen Weg gegangen, haben sich den Streitwert berechnet und die Gerichtskosten bezahlt. Was sich jetzt auszahlt, denn das Sozialgericht hat in seinem Gerichtsbescheid die KV verurteilt, über unsere Honoraransprüche neu zu entscheiden – und zwar „unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts“. In seinem 19-seitigen Bescheid rechnet das Sozialgericht der KV Saarland und vor allem dem Bewertungsausschuss in Berlin vor, welche Vorgaben aus dem

BSG-Urteil vom 28.01.2004 zu unserem Nachteil nicht beachtet wurden. Zitat: „Danach erweist sich auch der Beschluss des Bewertungsausschuss vom 29.10.2004 für den hier streitgegenständlichen Zeitraum als rechtswidrig. Der Bewertungsausschuss muss eine Neuregelung für diesen Zeitraum treffen. Auf dieser Grundlage hat die Beklagte (KVS) erneut über den Honoraranspruch des Klägers für das streitgegenständliche Quartal zu entscheiden.“ Dies bedeutet, dass unseren Klagen in vollem Umfang stattgegeben wurde. Aber es bedeutet noch nicht, dass wir in kürzester Zeit Honorar nachgezahlt bekommen, denn die KV hat natürlich die Möglichkeit, dieses Urteil in der nächsten Instanz überprüfen zu lassen. Wir halten die Wahrscheinlichkeit für groß, dass dies auch geschehen wird, denn es entbindet die KV Saarland von der Pflicht, die Honorare neu zu berechnen, bevor das BSG ein Grundsatzurteil gefällt hat. Ein analoges Klageverfahren aus Dresden ist zur Sprungrevision vor dem BSG zugelassen und wir gehen davon aus, dass der Ausgang dieses Verfahrens abgewartet wird, bevor neu gerechnet wird. Dieser Gerichtsbescheid zeigt ein weiteres Mal, wie wichtig es ist, Widerspruch einzulegen und gegen die ablehnenden Bescheide der KV zu klagen. Wer bisher keinen Widerspruch eingelegt hat / geklagt hat, kann das ab dem jetzt zur Auszahlung kommenden Quartal noch tun.

Übergang Studium-Ausbildung muss verbessert werden

FORUM 21 (Juli 2007)

In zwei Veranstaltungen am Psychologischen Institut der Universität des Saarlandes ging es um eine bessere Koordination an der Schnittstelle zwischen Studium und Psychotherapeutischer Ausbildung.

Expertenhearing

Der Fachbereich Psychologie, die Ausbildungsinstitute und die PKS hatten am 14.06.2007 die Gelegenheit, ihre Vorschläge zum Thema Verzahnung von Studium der Psychologie und Ausbildung zur Ap-

probation einzubringen. In angeregter Atmosphäre und mit deutlichem Konsens wurden folgende Themen diskutiert:

A. Zu lange Ausbildung

1. Masterabschluss mit Schwerpunkt in Klinischer Psychologie 5 Jahre. Wer danach promovieren will braucht weitere 2 – 3 Jahre. Die Ausbildung zum PP 3 / 5 Jahre.
2. Acht bis zehn Jahre Ausbildung ohne eigenes Einkommen, aber mit enormen finanziellen Belastungen
 - 5 Jahre Studium bedeutet im Saarland 6.000,00 € Studiengebühr.
 - Psychotherapeutische Ausbildung: 3 Jahre Vollzeit, Bezahlung keine oder kümmerlich. Kosten bis zu 40.000 €.
3. Die theoretischen Ausbildungsinhalte von Studium und Ausbildung sind in weiten Teilen gleich. Vor allem in der Verhaltenstherapie als vertiefter Ausbildung beträgt die Überschneidung bis zu 60 %.

Die Teilnehmer waren sich einig, welche Zumutung für KollegInnen im Alter der Familienphase diese Ausbildungssituation bedeutet. Die Chancen, das Psychotherapeutengesetz dahingehend zu verändern, dass die Ausbildung wie bei den Ärzten mit einem ausreichenden Einkommen verbunden wäre, wurden von allen als sehr gering eingestuft. Ebenso einig waren sich alle, dass das Ziel, PsychotherapeutIn zu werden, nach wie vor sehr erstrebenswert ist.

B. Wünsche an das Studium

- Die Vermittlung von Theoriekenntnissen in den Richtlinienverfahren sollte besser mit den Regelungen im Psychotherapeutengesetz bzw. der dazu gehörenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnung abgestimmt werden. Minimierung von Überschneidungen ohne Qualitätsverlust des Studiums.
- Das Interesse und die Herangehensweise an Ergebnisse der Therapieforschung sollte im Studium in ganz besonderer Weise gefördert werden.
- Die Eingliederung der Psychotherapie in das Gesundheitssystem sollte im Studium stärker vermittelt werden.

Approbation nach dem Studium – ein Weg der sich lohnt (?)

Am 27.06.2007 berichtete im Rahmen des Institutskolloquiums am Psychologischen Institut die PKS über die Grundlagen und Anwendungsgebiete psychotherapeutischer Berufsfelder. Eine große Anzahl Studierender sowie einige Dozenten und Professoren waren gekommen, um sich mit den Perspektiven von PsychotherapeutInnen jenseits der Universität auseinanderzusetzen. Der Vortrag von Ilse Rohr für den Bereich der Freiberufler und von Bernhard Morsch für den Bereich der abhängig Beschäftigten wurde mit großem Interesse und vielen Zwischenfragen verfolgt. Die Themen folgten im Wesentlichen folgenden Fragestellungen:

- Wie ist die ambulante und die stationäre psychotherapeutische Versorgung heute geregelt (Sozialrecht)?
- An welche Berufsordnung ist ein PP / KJP gebunden (Berufsrecht)?
- Welche Chancen gibt es auf dem Arbeitsmarkt: als Selbständiger / Niedergelassener PP/KJP und als abhängig beschäftigter PP/KJP?
- „Lohnt“ sich die mindestens 3-jährige und teure Ausbildung zum PP/KJP?
- Welches sind die Aufgaben der Psychotherapeutenkammer?

Sie finden alle vollständigen Ausgaben des FORUM auf unserer Website:

www.ptk-saar.de

Redaktion FORUM und saarländische Kammerseiten Vorstand PKS

(Präsidentin: Ilse Rohr, Vizepräsident: Bernhard Morsch, Beisitzerinnen: Irmgard Jochum, Liz Lorenz-Wallacher, Andrea Maas-Tannchen)

Geschäftsstelle

Talstraße 32
66119 Saarbrücken
Tel 0681. 95455 56
Fax 0681. 95455 58
kontakt@ptk-saar.de

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

die Wahl zur neuen Kammerversammlung der PKS H ist beendet. Der Vorstand der PKS H wurde neu gewählt und komplett erneuert. Er setzt sich jetzt zusammen aus: Dipl.-Psych. Juliane Dürkop, als Präsidentin, Dipl.-Psych. Bernhard Schäfer als Vizepräsident und als weitere Vorstandsmitglieder Dipl.-Psych. Detlef Deutschmann, Dipl.-Psych. Dorothee Katz und Dipl.-Psych. Dr. Dietmar Ohm. Auch in die Kammerversammlung wurden mehrere neue Mitglieder hineingewählt, andere sind ausgeschieden. Erfreulich groß war die Wahlbeteiligung von fast 65 %. Erschreckend hoch war demgegenüber die Anzahl ungültiger Wahlzettel (insgesamt 94).

In den (Stammtisch-) Wahlanalysen wurde viel über das Wahlergebnis diskutiert und noch mehr über die Gründe der Wahlentscheidungen spekuliert. War dies eine Protestwahl? Waren die Mitglieder der PKS H unzufrieden mit der bisherigen Kammerpolitik – mit dem, was erreicht werden konnte? Waren die Alternativen bei dieser Wahl die Bewahrung einer Kontinuität auf der einen Seite und die Aussicht auf eine Beitragssenkung bzw. der Wunsch nach einer (kostengünstigeren) Nordkammer auf der anderen Seite?

Wir wollen uns hier, an dieser Stelle, nicht an diesen Spekulationen beteiligen, denn Fakt ist: Es hat eine demokratische Wahl stattgefunden, die Wähler haben sich entschieden und, wie bei jeder Wahl, gab

es auch bei dieser Kammerwahl Gewinner und Verlierer. Verloren haben zunächst die, die sich um ein Amt beworben haben, aber nicht (wieder) gewählt wurden. Verloren hat aber auch der alte Vorstand, der durch das Wahlergebnis quasi abgewählt wurde.

War deswegen die geleistete Arbeit der letzten vier Jahre schlecht? Es musste vieles neu aufgebaut, viele gesetzlich vorgeschriebene Regelungen erst geschaffen werden. U.a. waren eine Fortbildungsordnung und eine Berufsordnung zu erstellen. Es wurde ein leistungsfähiges Versorgungswerk geschaffen, das kostengünstig und bereits im zweiten Jahr seines Bestehens renditestark arbeitet. Kontakte zu Ministerien wurden intensiviert und mit den anderen Heilberufekammern wurde eine Kooperation „auf Augenhöhe“ erreicht. Und, last but not least, wurde eine leistungsfähige und gut organisierte Geschäftsstelle mit kompetenten und erfahrenen MitarbeiterInnen aufgebaut.

Manches von dem, was im Wege der Kammergründung neu geschaffen werden musste, hat nicht das Wohlwollen aller Mitglieder gefunden. Manche gehen sogar so weit, dass sie die Existenz der Kammer per se in Frage stellen. Dabei wird allerdings nicht bedacht, dass die Kammer ein Selbstverwaltungsorgan ist, das staatliche Aufgaben wahrnimmt. Derartige Aufgaben zu übernehmen, bietet die Möglichkeit, aber auch die Chance, den eige-

nen beruflichen Sachverstand sowie die berufsständische und berufspolitische Kompetenz einzubringen. Die Alternative zur Selbstverwaltung wäre die Fremdverwaltung durch Juristen und Verwaltungsbeamte, die im Hinblick auf die psychotherapeutische Fachkompetenz eher Laien sind.

Der Aufbau der Kammer ist abgeschlossen. Der ausgeschiedene Vorstand konnte eine sehr gut funktionierende Organisation und einen soliden Haushalt übergeben. Die jetzt anstehenden Aufgaben beschränken sich nicht nur darauf, einen Status quo zu erhalten. Vielmehr wird es darum gehen, in dem immer turbulenter und unsicher werdenden Gesundheitswesen unseren Berufsstand auch für die Zukunft zu sichern und weiterzuentwickeln. Hierzu braucht es fachlichen Sachverstand und eigene Betroffenheit.

Wir sind davon überzeugt, dass der neue Vorstand diese Aufgaben zum Wohle des Berufsstandes sachorientiert und kompetent angehen wird. Hierfür wünschen wir ihm und der Kammer alles Gute und die moralische Unterstützung aller Mitglieder.

Mit freundlichen Grüßen
Dr. Oswald Rogner
Dr. Angelika Nierobisch
Heiko Borchers
Christiane Foerster
Lea Webert

Bericht vom 2. Norddeutschen Psychotherapeutentag

Am 2. Juni 2007 fand in Kiel der 2. Norddeutsche Psychotherapeutentag der PKSH statt. Unter dem etwas provokanten Motto „Haben Psychotherapeuten immer Recht?“ trafen sich über 100 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, um sich fachlich über die rechtlichen Aspekte der psychotherapeutischen Berufsausübung fortzubilden und auszutauschen. Das besondere dieser Veranstaltung war das konzeptionelle Herangehen an die Thematik durch eine Kooperation von Juristen und Psychotherapeuten in den einzelnen Workshops. Diese interprofessionelle Vorgehensweise kam bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern insgesamt sehr positiv an und hat wesentlich zum Gelingen der Tagung und deren höchst informativen Charakter beigetragen.



RA Kühnelt, GF Wohlfarth und Präsident Dr. Rogner im Gespräch (von links)

Zu Beginn der Veranstaltung verlas der Präsident der Psychotherapeutenkammer, Herr Dr. Oswald Rogner, eine Grußbotschaft der Gesundheitsministerin des Landes Schleswig-Holstein, Frau Dr. Gitta Trauernicht. Danach ging Dr. Rogner in seiner Begrüßungsansprache auf die Vielschichtigkeit des Spannungsfeldes „Psychotherapie und Recht“ ein, das sich einerseits im Verhältnis Psychotherapeut/in zu Patient/in und andererseits im Verhältnis von Psychotherapeuten untereinander und zu anderen Institutionen wie Behörden, Arbeitgebern, Krankenkassen, Kassenärztlicher Vereinigung usw. darstellt.

Rechtsanwalt Andreas Kühnelt, Justitiar der PKSH, betrachtete in seinem Eröffnungsvortrag das Spannungsfeld „Rechte und Pflichten des Psychotherapeuten“ anhand der Frage „Vertragen oder Streiten?“. Aus



Frau Lürken und Frau Bajorat aus der Geschäftsstelle mit dem GF Herrn Wohlfarth

juristischer Sicht spannte er dabei den Bogen vom Abschluss eines Dienstleistungsvertrages zu Beginn einer Psychotherapie über Fragen der Schweigepflicht bei Fremd- und Selbstgefährdung bis hin zu Regelungen eines Ausfallhonorars bei Therapieabsagen.

Die Vizepräsidentin der PKSH, Frau Dr. Angelika Nierobisch, brachte in ihrem Vortrag „Freiheit oder Zwang?“ einen historischen Abriss der Gesetzgebung zum Psychotherapeutengesetz und zur sozialrechtlichen Anerkennung der Berufsausübung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen. Sie ging dabei auch auf die Bedeutung der Kammern ein und machte deutlich, dass die fachliche Kompetenz für berufsrechtliche Regelungen idealerweise, wie auch im Kammergesetz verankert, bei den Angehörigen des Berufsstandes selbst liegt.

Welche Rechte und Möglichkeiten, sich gegenüber ihrem Arbeitgeber zu wehren, in einem Beschäftigungsverhältnis arbeitende PsychotherapeutInnen haben, referierte Rechtsanwalt Axel Riefling in seinem Vortrag zur Frage „Macht oder Ohnmacht?“.

Schließlich beleuchtete Rechtsanwalt Joachim Poetsch in einem weiteren Vortrag die „Chancen und Risiken“, die das neue zum 1.1.2007 in Kraft getretene Vertragsarztrechtsänderungsgesetz sowohl für angestellte als auch für niedergelassene PsychotherapeutInnen mit sich bringt.

In den am Nachmittag stattgefundenen Workshops gab es dann reichlich Gelegenheit, die angesprochenen Themen weiter zu vertiefen. Dabei wurde u.a. das Pro-



Dipl.-Psych. Seifert (li.) und Prof. Zielke (re.)

blem der Selbst- und Fremdgefährdung, d.h. die Frage „Wann darf, wann muss der Psychotherapeut eingreifen?“ näher betrachtet. In einem anderen Workshop ging es um die psychotherapeutische Schweigepflicht unter straf- und berufsrechtlichen Aspekten sowie um die Frage, unter welchen Voraussetzungen diese durchbrochen werden kann und welchen Auskunftspflichten PsychotherapeutInnen unterliegen. Weiterhin wurde die Berufsordnung der PKSH hinsichtlich der Rechte und Pflichten der PsychotherapeutInnen näher beleuchtet und anhand von Beispielen aus dem Beschwerdemanagement der Kammer verdeutlicht. Schließlich wurde auch in einem weiteren Workshop die Stellung des Psychotherapeuten vor Gericht in seiner Funktion als Partei, Zeuge oder Sachverständiger näher betrachtet. (Eine Zusammenfassung aller Workshops finden Sie auf unserer Homepage unter www.pksh.de und dann unter „Aktuelles“ zum Download)



Vorstandmitglied Dipl.-Psych. Foerster am Informationsstand

Gelegenheit zur Begegnung mit den Referenten sowie zum persönlichen Austausch untereinander gab es aber nicht nur im Rahmen der Vorträge und Workshops, sondern auch in den Pausen zwischendurch. Am Ende der ganztägigen Veranstaltung wurde diese Möglichkeit des Austausches und der Begegnung von den

Teilnehmerinnen und Teilnehmern ebenfalls im Rahmen des geselligen Ausklangs zahlreich genutzt. Die sehr konzentrierte und informative Arbeitsstimmung des Tages klang bei lockeren Gesprächen, Getränken und musikalischer Begleitung allmählich aus.

Eine rundum gelungene und sehr informative Veranstaltung.

*Dr. Angelika Nierobisch
Dr. Oswald Rogner*

Verschärfung bei der Kostenerstattung von psychotherapeutischer Behandlung

Die Kostenerstattung der Behandlung bei einem nicht zugelassenen Psychotherapeuten ist weiterhin in den Fällen möglich, in denen der Versicherte einer Behandlung bedarf und diese, sei es aufgrund der Dringlichkeit oder aus anderen Gründen, nicht von seiner Krankenkasse erhalten kann.

So ist die Erstattung von Kosten für selbst beschaffte Leistungen gem. § 13 Abs. 3 SGB V möglich, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte. Der Paragraph regelt damit einen Fall des Systemversagens, also einen Fall, in dem die Krankenkasse nicht in der Lage ist, mit den ihr zur Verfügung stehenden Mitteln (Vertragsbehandlern) eine adäquate Versorgung des Versicherten anzubieten. Dies kann zum Beispiel der Fall sein, wenn zugelassene Leistungserbringer nicht in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen. Weiter entfernte zugelassene Leistungserbringer sind nur insoweit zu berücksichtigen, als sie für den Versicherten nur mit

unzumutbar hohem Aufwand erreichbar sind. Diese Unzumutbarkeit ist stets anhand des konkreten Einzelfalles zu prüfen. Die Rechtsprechung hat es, gerade in ländlichen Gebieten, in denen ohnehin längere Wegezeiten in Kauf zu nehmen sind, für zulässig gehalten, dass ein Patient zum nächsten Vertragsarzt eine Wegstrecke von 40 km zurücklegt. Zwar kann, wenn z.B. der Patient nur bedingt in der Lage ist, den Weg zur Behandlung ohne Hilfe zu bewältigen, oder eine Behandlung sehr häufig erforderlich ist, auch eine kürzere Strecke unzumutbar sein. Die Hürden, die es für einen Kostenerstattungsanspruch zu überwinden gilt, sind in der Regel recht hoch. In jedem Fall muss die Behandlung des Patienten unaufschiebbar sein. Dies bedeutet zwar nicht, dass mit der Behandlung sofort begonnen werden muss, ein längeres Abwarten mit dem Beginn der Behandlung muss aber aus medizinischen oder psychischen Gründen vermieden werden.

Um der Krankenkasse die Möglichkeit zu geben, den Sachleistungsanspruch des Versicherten zu erfüllen, hält die Rechtsprechung es für erforderlich, dass ein entsprechender Antrag an die Krankenkasse gestellt wird. In jüngster Zeit wird von den Gerichten immer häufiger verlangt, dass im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung ein solcher Antrag bereits vor dem Erstgespräch – den so genannten probatorischen Sitzungen – bei einem Nicht-Vertragspsychotherapeuten zu erfolgen hat. Erst wenn die Krankenkasse die Leistung gleichwohl nicht erbringen kann, also ein Systemversagen vorliegt und gewissermaßen von der Krankenkasse bestätigt wurde, kann ein nicht zugelassener Psychotherapeut in Anspruch genommen werden.

In derzeit anhängigen Verfahren zu Fragen der Kostenerstattung wurden die Klagen abgewiesen, weil die Behandlung vor einem entsprechenden Antrag an die Krankenkassen begonnen wurde. Auch wenn diese erstinstanzlichen Entscheidungen noch nicht rechtskräftig sind, ist derzeit nicht abzusehen, ob im weiteren Verlauf das Erfordernis eines vorherigen Antrages an die Krankenkasse aufgegeben werden wird.

Zusammenfassend ist also festzustellen, dass der Patient, um die Erstattung der Kosten gerade bei der Inanspruchnahme eines Nicht-Vertragspsychotherapeuten nicht zu gefährden, unbedingt früh, bereits vor dem Erstgespräch, Kontakt zu seiner Krankenkasse aufnehmen sollte, um entweder die Zustimmung zur Durchführung der Behandlung zu erhalten oder aber der Krankenkasse die Möglichkeit zu geben, Vertragsbehandler zu benennen. Psychotherapeuten, die im Rahmen der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V tätig sind, sind gehalten, gesetzlich Versicherte auf diesen Umstand hinzuweisen.

*RA Stephan Gierthmühlen
Dipl.-Psych. Heiko Borchers*

Geschäftsstelle

Walkerdamm 17
24103 Kiel
Tel. 0431/66 11 990
Fax 0431/66 11 995
Mo bis Fr: 09 – 12 Uhr
zusätzlich Do: 13 – 16 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

Leserbriefe

Die Redaktion begrüßt es sehr, wenn sich Leser in Briefen zu den Themen der Zeitschrift äußern; sie macht aber zugleich darauf aufmerksam, dass sie sich vor allem angesichts der erfreulich zunehmenden Zahl von Zuschriften das Recht vorbehält, eine Auswahl zu treffen oder gegebenenfalls Briefe auch zu kürzen. Als Leser der Briefe beachten Sie bitte, dass diese die Meinung des Absenders und nicht die der Redaktion wiedergeben.

Zu Uta Cramer-Düncher und Karl-Otto Hentze: „Gemeinsamer Bundesausschuss lehnt Zulassung von Gesprächspsychotherapeuten und Anerkennung der Gesprächspsychotherapie ab“, *Psychotherapeutenjournal* 1/2007

Vernachlässigung des Prozesses und der Therapeut-Klient-Beziehung

Liebe Kollegen und Kolleginnen,

ich bin entsetzt darüber, wie unwissenschaftlich doch das Vorgehen des G-BA im Bezug auf den Antrag auf Anerkennung der Gesprächspsychotherapie verlaufen ist.

Es gibt inzwischen auch unter Psychotherapieforschern eine umstrittene Diskussion, ob die Konzentration auf den Outcome und dabei die Vernachlässigung des Prozesses der Psychotherapie und der Therapeut-Klient-Beziehung wirklich einen Fortschritt für die Qualität und Wirksamkeit der Psychotherapie darstellt (Prof. Tschuschke in einem Vortrag der Landespsychotherapeutenkammer des Saarlandes zum Thema allgemeine Psychotherapie versus Methodenvielfalt). Prof. Tschuschke machte in seinem Vortrag deutlich, dass eine einseitig an den höchsten Stufen der evidenzbasierten Forschung ausgerichtete Psychotherapieforschung in die Sackgasse führen wird und dem Gegenstand der Forschung nicht gerecht wird. Die therapeutische Beziehung würde von einer solchen Forschungsstrategie eher als Störfaktor wahrgenommen, deren Effekt es gälte auf ein Minimum zu reduzieren. Dieser Sichtweise stimme ich voll und ganz zu. Es geht nicht darum, die Evidenzbasierung pauschal abzulehnen, sondern ihr den Platz zuzuweisen, den sie als Nachweisinstrument haben kann. Sie ist eine mögliche Form des Erkenntnisgewinns, und sie bildet, gerade

weil sie strenge, labormäßige Bedingungen fordert, gerade nicht die Wirklichkeit in einer real existierenden Praxis ab (deren Effektivität der G-BA aber eigentlich bewerten sollte).

Ich halte damit das Vorgehen des G-BA für unwissenschaftlich bzw. einseitig an einem bestimmten Wissenschaftsverständnis ausgerichtet, das dem jetzigen Stand psychotherapeutischer Forschung nicht entspricht.

Ich bin Gesprächspsychotherapeut und fühle mich durch die Praxis des G-BA in der freien Wahl meines Berufes behindert. Sollte es bei dieser Praxis bleiben, steht zu befürchten, dass es eine neue Entwicklung von Psychotherapieverfahren in Deutschland nicht geben wird, allenfalls nur bestimmter Methoden, die mit dem Forschungsverständnis des G-BA in Einklang zu bringen sind. Es ist auch zu befürchten, dass dieser Weg zu einer Entwicklung führt, Behandlungserkennungen in Zukunft für spezifische Störungsbilder auszustellen, so dass ausgebildete Therapeuten dann wohlmöglich eine Zusatzqualifikation in Depressions- oder Angstbehandlung bräuchten, um in diesem Bereich tätig zu werden. Dies scheint mir eine groteske Vorstellung zu sein. Diese Entwicklung geht im übrigen alle Psychologen etwas an.

Von der Bundespsychotherapeutenkammer würde ich mir anlässlich der vielen Landeskammernversammlungs-Beschlüsse und anlässlich der vielen Resolutionen des Deutschen Psychotherapeutentages ein lauterer und offensiveres Eintreten für

die Anerkennung der Gesprächspsychotherapie wünschen.

Mit kollegialen Grüßen

*Dipl. Psych. Jörg Zeiger
Grumbachtalweg 103
66121 Saarbrücken
joerg.zeiger@online.de*

In Berufsausübung benachteiligt

Sehr geehrte Damen und Herren,

angeregt durch den Beitrag von Frau Cramer-Düncher und Herrn Hentze im *Psychotherapeutenjournal* 1/2007 möchten wir als Ausbildungsgruppen der staatlich anerkannten Ausbildungsstätte Institut für Psychotherapie in Hamburg auf unsere Situation aufmerksam machen:

Wir befinden uns in Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten mit Schwerpunkt Gesprächspsychotherapie. Wir haben die Ausbildung unter der Voraussetzung begonnen, dass wir an einem staatlich anerkannten Institut in einem wissenschaftlich anerkannten Verfahren ausgebildet werden und mit der Approbation abschließen. Wir befürchten nun, dass wir im Vergleich zu verhaltenstherapeutischen und tiefenpsychologischen Kollegen und Kolleginnen aufgrund der Ablehnung der sozialrechtlichen Anerkennung für die Gesprächstherapie erheblich in unserer Berufsausübung benachteiligt werden. Es ist für uns unbegreiflich, dass ein nachweislich wissenschaftlich anerkanntes Verfahren nicht im Rahmen der kas-

senärztlichen Versorgung angewandt werden können soll. Sollten sich die Entscheidungsträger in Bezug auf ihre berufrechtliche Verantwortung nicht besinnen, wird dies in Zukunft für uns erhebliche existentielle Schwierigkeiten mit sich bringen. Abgesehen davon ist es für uns unvorstellbar, dass all den Patientinnen und Patienten, die nachweislich von Gesprächspsychotherapie profitieren, dieses Verfahren vorenthalten werden soll. Alles was wir über die Art und Weise der Entscheidungsfindung gelesen und gehört haben, finden wir rechtlich fragwürdig und ausgesprochen empörend.

Für die Ausbildungsgruppen 2005 und 2006

Rolf Schröder
roschroe@gmx.de

Gesprächspsychotherapie attraktiv für Ausbildungs- interessenten

Der Artikel von Uta Cramer-Düncher und Karl-Otto Hentze macht die jüngsten Machenschaften des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gut durchschaubar.

Dies führt u.a. dazu, dass das seit 15 Jahren bestehende Ausbildungsinstitut für Gesprächspsychotherapie GmbH Essen (AiG), auch wenn es staatlich zur vertieften Ausbildung in Gesprächspsychotherapie anerkannt ist, seinen Ausbildungsbetrieb nicht aufnehmen kann, weil die Durchführung einer solchen Ausbildung nicht finanzierbar ist. Ohne die teilweise Refinanzierung der hohen Ausbildungskosten über die Vergütung der praktischen Ausbildung am Patienten im Wert von circa € 30.000 ist die Ausbildung nicht zu realisieren. Diese Refinanzierung ist aber nur möglich, wenn das Vertiefungsverfahren zur vertraglichen Versorgung zugelassen ist.

Unter diesen ökonomischen Umständen – bei zusätzlich drastisch eingeschränkten Berufsausübungsperspektiven nach Erlangung der Approbation – haben Ausbildungsinteressenten nicht wirklich die Wahl unter den Vertiefungsverfahren. Die für die psychotherapeutische Versorgung gesetzlich vorgesehene Ausbildung in Ge-

sprächspsychotherapie steht damit nur auf geduldigem Papier.

Ein Schelm, der denkt, das Gremium G-BA, das auf der Leistungserbringerbank ausschließlich mit Vertretern der Richtlinien-Verfahren besetzt ist, lege seiner Entscheidung zur Zulassung von Psychotherapieverfahren anderes als fachliche Aspekte und die Versicherteninteressen zugrunde. Und ein noch größerer, der annimmt, das Verfahren Gesprächspsychotherapie sei für angehende Psychotherapeuten so attraktiv, dass es bei Chancengleichheit mehr als ein Drittel der Nachfrage von Ausbildungskandidaten erhalten würde, wie das in den Zeiten vor Inkrafttreten des PsychThG, mit dem die Gesprächspsychotherapie erst einmal vom Markt gedrängt wurde, der Fall war. Aus vielen Anfragen wissen wir, dass die Gesprächspsychotherapie bei Ausbildungsinteressenten unvermindert hohe Attraktivität hat.

Dr. Christa Frielingsdorf-Appelt
Grüner Brunnenweg 92
50827 Köln
frielingsdorf@appelt.name

Ausbildung behindert

Die Hessische Akademie für Personzentrierte Psychotherapie ist als Ausbildungsstätte nach § 6 PsychThG für das Vertiefungsverfahren Gesprächspsychotherapie staatlich anerkannt. Die Ablehnung der sozialrechtlichen Zulassung der Gesprächspsychotherapie durch den gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) behindert die Mitglieder der Hessischen Akademie massiv in der Ausübung ihrer durch die Anerkennung erreichten beruflichen Möglichkeiten. Die Ausbildungsinteressenten, die sich bewusst für dieses Verfahren entschieden haben, sehen sich nach Erlangung der Approbation in ihrer Berufswahl und Berufsausübungsperspektive existenziell beeinträchtigt, denn sie wären darauf beschränkt, ausschließlich in institutionellem Rahmen tätig zu werden. Unter diesen Umständen ist es fraglich, ob überhaupt in Gesprächspsychotherapie ausgebildet werden kann.

Die Mitglieder der Hessischen Akademie setzen sich seit vielen Jahren für die Verbreitung und Weiterentwicklung des Per-

sonzentrierten Ansatzes ein. Sie vertreten ein modernes Verständnis der Personzentrierten Psychotherapie, in der non-direktive und klientenzentrierte Auffassungen als wichtige Durchgangsstadien gesehen werden, die sich aber weit über den als „klassische Gesprächspsychotherapie“ vom G-BA benannten Zustand entwickelt hat.

Das Ausbildungscurriculum der Hessischen Akademie basiert auf diesem modernen Verständnis der Gesprächspsychotherapie und kann sich national wie international auf breiten Konsens in den wissenschaftlichen Fachgesellschaften der Personzentrierten Psychotherapie stützen. Die staatliche Anerkennung wurde auf der Grundlage dieses Curriculums ausgesprochen. Die vom G-BA so genannte „klassische Gesprächspsychotherapie“ gibt es in der Form nicht (mehr), sondern wurde von ihm durch die Absolutsetzung von Einzelmeinungen konstruiert. Aus diesen Gründen ist für die Hessische Akademie die Ablehnung der sozialrechtlichen Zulassung der Gesprächspsychotherapie durch den G-BA inhaltlich nicht nachvollziehbar, vielmehr offenbart sie sich als Versuch, ein wirksames, bewährtes und entwicklungs-fähiges Verfahren vom Markt fern- und damit auch den Versicherten vorzuenthalten.

Stephan Jürgens-Jahnert
Hessische Akademie für Person-
zentrierte Psychotherapie, Beratung
und Supervision e.V.
Stadthof 1
63065 Offenbach/M
Juergens-JahnertPraxis@web.de

Therapeutische Wirklichkeit

Sehr geehrte Frau Cramer-Düncher, sehr geehrter Herr Hentze,

mit großer Aufmerksamkeit und wachsen-der Entrüstung habe ich Ihre Darstellung über die Sachlage rund um den G-BA Beschluss gegen die Gesprächspsychotherapie gelesen.

Wie wenig diese Diskussion um „Reine Verfahren“ der therapeutischen Wirklichkeit entspricht, konnte wir in einer repräsentativen Befragung bei Kassenzugelass-

senen Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und Jugendlichen-therapeutInnen feststellen (Schindler & v. Schlippe, 2006. Psychotherapeutische Ausbildung und psychotherapeutische Praxis kassenzugelassener Psychologischer PsychotherapeutInnen und Kinder- und Jugendlichen-therapeutInnen. Psychotherapie im Dialog, 3, 334-337).

Nur 20,6 % der KollegInnen und Kollegen geben an, dass sie nur das tun, wofür sie eine Zulassung haben. Demgegenüber sind es 23,8%, die eklektisch angeben „ich nutze jeweils was hilft“ und 53,8 % haben verschiedene Qualifikationen zu einem integrativen Konzept vereinigt. Dabei haben 15% der Befragten eine abgeschlossene Gesprächspsychotherapieausbildung, 14 % eine in Familientherapie/Systemische Therapie. Bei PsychoanalytikerInnen und TiefenpsychologInnen ist der Trend zu Weiterbildungen in Familientherapie/Systemische Therapie etwas stärker als zur Gesprächspsychotherapie, bei VerhaltenstherapeutInnen ist dies umgekehrt. Dementsprechend sind auch die Zukunftswünsche der KollegInnen: 39,9 % wollen, das andere Verfahren zugelassen werden (19 % der Gesamtstichprobe befürworten eine Zulassung von Familientherapie/Systemische Therapie, 17,1 % von Gesprächspsychotherapie), genauso viele wünschen sich zukünftig die Ausbildung in einem integrativen Konzept.

Ob im stationären Bereich, wo unterschiedliche Therapiekonzepte kombiniert werden oder in den kassenärztlichen Praxen, es geht den Praktikern um die Möglichkeit, therapeutische Angebote aus einer Vielfalt von Möglichkeiten maßzuschneidern und nicht um irgendwelche „reinen Lehren“. Die werden nur gebraucht, um andere Psychotherapieverfahren draußen zu halten. Die Studie konnte zeigen, dass die derzeit ablaufenden nur notdürftig wissenschaftlich verbrämten Machtdiskussionen an den Interessen der Praktiker und der Situation in der Praxis vorbei laufen.

Mit freundlichen Grüßen

Hans Schindler
schindle@uni-bremen.de

Einschränkung auf Richtlinienverfahren

Deutschland wird langsam, aber sehr sicher zu einem psychotherapeutischen Entwicklungsland. Während sich nahezu überall in der zivilisierten Welt die Psychotherapie auf vier Säulen stützt, nämlich die psychodynamischen, die behavioralen, die humanistischen und die systemischen Verfahren, leistet sich Deutschland eine wissenschaftlich durch nichts begründete Einschränkung auf die sogenannten Richtlinienverfahren, wodurch den Patienten der Zugang zu einem Großteil moderner, wissenschaftlich begründeter Behandlungsmöglichkeiten versperrt wird.

Hierzu leistet der Gemeinsame Bundesausschuss einen entscheidenden Beitrag, wie Cramer-Düncher und Hentze in ihrer Dokumentation zur Ablehnung der Anerkennung der Gesprächspsychotherapie anschaulich dokumentieren. Zunächst einmal entschließt sich der G-BA – wie das Sozialgericht Berlin festgestellt hat –, die Grenzen der ihm übertragenen Rechtssetzungsbefugnisse zu überschreiten und über die Zulassung von Gesprächspsychotherapeuten zu entscheiden, die nach staatlichen Vorgaben zur psychotherapeutischen Krankenbehandlung ausgebildet und approbiert wurden. Dazu hat er dann bei der Beurteilung der Gesprächspsychotherapie ein Vorgehen gewählt, dessen groteske Unverfrorenheit man geradezu schon bewundern muss.

Insbesondere der „Dreh“, ein Verfahren zunächst in willkürlich einschränkender Weise selbst zu definieren – eine so genannte „klassische Gesprächstherapie“ – und daraufhin den Großteil der wissenschaftlichen Studien aus der Bewertung auszuschließen, lässt den Betrachter fassungslos staunen. Nochmals verfeinert wird dieser Vorgang bei den danach verbleibenden Studien durch die Behauptung, man könne nicht erkennen, dass es sich dabei um Gesprächstherapie handle, „wie sie in Deutschland angewandt wird“ – ohne dass erkennbar würde, wie der G-BA überhaupt zu seinen Erkenntnissen über die Gesprächstherapie in Deutschland kommt. Dass dieses Spiel – denn anders kann man ein derartiges Verhal-

ten wirklich nicht mehr nennen – von Vertretern der Psychotherapeuten im G-BA mitgetragen wird, ist erschreckend, zumal jetzt und in Zukunft die Solidarität aller Psychotherapeuten zur Abwehr von Maßnahmen, die die Ausübung des Psychotherapeutenberufs einschränken, dringender denn je gefragt ist.

Dr. Wilhelm Rotthaus
Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
1. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie (DGSF)
Commerstr. 1
50126 Bergheim bei Köln
trapmann-rotthaus@t-online.de

Fundierte Therapieschulen ausgeschlossen

Sehr geehrte Frau Welsch, werte Kollegen des Redaktionsbeirats des Psychotherapeutenjournals,

vielen Dank an die Redaktion für den Abdruck des Aufsatzes von Uta Cramer-Düncher und Karl-Otto Hentze über die Nicht-Zulassung der GT durch das G-BA.

Generell ist es peinlich, dass in Deutschland so viele interessante, gewachsene und fundierte Therapieschulen von der Kassenbezahlung ausgeschlossen worden sind. Ich meine, dass es den Psychotherapeuten offen stehen soll, welche Richtung sie wählen. Die Kammern als Versammlung kompetenter, erfahrener Kollegen haben m.E. darüber zu befinden, welche der Therapieschulen in ihrer Zunft offiziell anerkannt werden.

Zudem gibt es seit den 50er Jahren Untersuchungen darüber, dass die Therapeutenvariable ca. 50% des Heilungsanteils ausmacht. Daran soll angesetzt werden. Dass die GT eine der Schulen ist – wenn nicht die Schule – welche die Therapiefor-schung entscheidend geprägt hat, macht es umso unverständlicher, dass sie abgelehnt wurde. Der Berufsstand der Therapeuten braucht den Diskurs der Freiheit, nicht den der Bürokratie, die sich oft genug hinter einer so genannten „Wissenschaft“ versteckt.

Ich bin dafür, dass die Psychotherapeutenkammer in Kooperation mit dem Ministerium und mit Abgeordneten offensiv dafür sorgt, dass die obsolete, unerträgliche Situation beendet wird, indem eine inkompetente Institution einen gewachsenen Berufszweig und seine freie Berufsausübung verhindert und damit diskriminiert.

Mit freundlichen und kollegialen Grüßen

**Dipl. Psych. Dr. Johannes
Oehlmann**
Psychologischer Psychotherapeut
Rosbergerstr. 20
35085 Ebsdorfergrund-Rosberg
praxis@johannes-oehlmann.de

Wert der GT missachtet

Die Anregung des Redaktionsbeirats aus der Vorbemerkung zu dem Beitrag von

Herrn Hentze und Frau Cramer-Düncher aufnehmend, möchte ich mit dem Abstand der in eigener (Kassen-)Praxis tätigen Psychotherapeutin die neueren Ereignisse um die Anerkennung bzw. Nichtanerkennung der Gesprächspsychotherapie kommentieren.

Für mich bleibt nach der Lektüre der Veröffentlichungen zum Thema Anerkennung der GT vor allem eines übrig: die Ignoranz, mit der der Wert der Gesprächspsychotherapie als Verfahren zur wirksamen Behandlung psychischer Störungen sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich von Seiten des G-BA missachtet und geleugnet wird. Wenn aus der Vermischung von Berufsrecht und Sozialrecht die Situation entsteht, dass faktisch kaum noch ausgebildet wird in einem heilkundlichen personenzentrierten Verfah-

ren, geht der psychotherapeutischen Landschaft ein Ansatz verloren, der nicht kompensiert werden kann. Generationen von PsychotherapeutInnen haben ihr Handwerk in GT-Ausbildungen gelernt und verstehen das dort Gelernte immer noch als wichtiges Fundament ihrer psychotherapeutischen Arbeit, so auch ich. Das haben auch die von uns erbrachten Anpassungsleistungen an die jetzigen Richtlinienverfahren und weitere Aus- und Fortbildungen in spezifischen und störungsbezogenen Verfahren nicht geändert!

Kerstin Engel
Psychologische Psychotherapeutin
Dinslaken
dpkerstin.engel@t-online.de

Kontakt Daten der Psychotherapeutenkammern

Bundespsychotherapeutenkammer

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

Baden-Württemberg

Jägerstraße 40
70174 Stuttgart
Tel. 0711/674470-0
Fax 0711/674470-15
Mo – Do 9.00 – 15.30 Uhr
info@lpk-bw.de
www.lpk-bw.de

Bayern

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

Berlin

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

Bremen

Hollerallee 22
28209 Bremen
Tel. 0421/27 72 000
Fax 0421/27 72 002
Mo, Di, Do, Fr 10.00 – 14.00 Uhr
Mi 13.00 – 17.00 Uhr
Sprechzeit des Präsidenten:
Di 12.30 – 13.30 Uhr
verwaltung@pk-hb.de
www.pk-hb.de

Hamburg

Curschmannstraße 9
20251 Hamburg
Tel. 040/4210 1234
Fax 040/4128 5124
Mo, Di, Do 9.00 – 15.00 Uhr
Mi 9.00 – 17.00 Uhr
Fr 9.00 – 14.00 Uhr
info@ptk-hh.de
www.ptk-hh.de

Hessen

Gutenbergplatz 1
65187 Wiesbaden
Tel. 0611/53168-0
Fax 0611/53168-29
Mo – Do 9.00 – 13.00 Uhr
post@psychotherapeutenkammer-hessen.de
www.psychotherapeutenkammer-hessen.de

Niedersachsen

Roscherstraße 12
30161 Hannover
Tel. 0511/850304-30
Fax 0511/850304-44
Mo, Mi, Do, Fr 9.00 – 11.30 Uhr
Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr
Beitragsangelegenheiten:
Mo, Mi – Fr 9.00 – 11.30 Uhr
Mo – Do 13.30 – 15.00 Uhr
info@pk-nds.de
www.pk-nds.de

Nordrhein-Westfalen

Willstätterstraße 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211/522847-0
Fax 0211/522847-15
Mo – Do 8.30 – 16.30 Uhr
Fr 8.30 – 14.30 Uhr
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Rheinland-Pfalz

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30
55130 Mainz
Tel. 06131/5703813
Fax 06131/5700663
Mo – Fr 10.00 – 12.30 Uhr
Di und Do 14.00 – 16.00 Uhr
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de

Saarland

Talstraße 32
66119 Saarbrücken
Tel. 0681/9545556
Fax 0681/9545558
Mo, Di 8.30 – 12.30, 13.30 – 17.30 Uhr
Mi 13.30 – 17.30 Uhr
kontakt@ptk-saar.de
www.ptk-saar.de

Schleswig-Holstein

Walkerdamm 17
24103 Kiel
Tel. 0431/661199-0
Fax 0431/661199-5
Mo bis Fr 9.00 – 12.00 Uhr
Do 13 – 16 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

kom. Geschäftsstelle
Promenade 25
06656 Weißenfels
Tel. 03443/305355
Fax 03443/231520
opk@gmx.info
www.ihre-opk.de

Stellen-/Praxismarkt

Jobsharing

Frankfurt/M. u. Umgebung: **KJP** in Ausbildg. (TP,46,weibl.) sucht Möglichkeit, über Praxis Fälle abzurechnen. Ideal für jemand, der vorübergehend reduzieren möchte (Elternzeit, -pflege...). Eigene Räume und Patienten, falls gewünscht, vorhanden.
Tel. 94944513,
kinder.praxis@gmx.de

Psych. Psychotherapeutin (VT, Erw.) sucht **Job-Sharing** oder **KV-Sitz** in oder um **Hamburg**
C. Schwebe Tel.:040/46777609
Schwebe@gmx.de

Psychologische Psychotherapeutin (VT-E, Arztregister) mit Berufserfahrung sucht Praxisübernahme, Job-Sharing oder Assistenz im Raum Mittelfranken/südl. Ober- und Unterfranken/ westl. Oberpfalz
Tel.: 09131/9327632

München/Umgebung
Erfahrene Psych. Psychotherapeutin (TP, Erw.) sucht Job-Sharing oder Entlastungsassistenz gerne mit späterer Übernahmemöglichkeit Tel.: 089/48998316

Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin sucht Jobsharing oder KV-Sitz in **Berlin** u. Umgebung
Tel.: 0170-8513415

Psych. Psychotherapeutin (VT, Erw., Approb., Arztregister), berufserfahren, sucht Jobsharing/Praxismitarbeit oder KV-Sitz im Raum Gütersloh/ Bielefeld.
Tel. 05241/4001799

Psychologische Psychotherapeutin (VT-Erw.) sucht Jobsharing/Mitarbeit im Kreis Starnberg
Tel: 08151-78724
mob.:0173-3921787

Raum F/FD/MKK bietet **Jobsharing** in KJP-Praxis (VT) für männlichen Kollegen ab Okt. 2007
Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 070312

Suche Jobsharing/Entlastungsassistenz.
Approbierte PP, VT, Arztregisterintrag KVNO, derzeit Fortbildung KJP, mit eigenen Therapieräumen im **Köln**er Süden, Nähe **Bonn**. Behandlung gerne in meinen Räumlichkeiten.
Angebote bitte per E-Mail an vt-k@gmx.de

Raum Bielefeld/HF/GT
Psychologischer Psychotherapeut 49 J. Arztreg. VT-Erw. sucht Jobsharing/Mitarbeit oder KV-Sitz.
Tel.: 0176-50315408

Wuppertal - Düsseldorf
Kassensitz (Jobsharing) sucht Psych. Psychotherapeutin (45 J.): Einzel-/Gruppen-/Körpertherapie/ Training/Coaching
Tel.: 0177/6175726 (AB)

Praxisabgabe

KV-Praxis Pforzheim an PP (VT, TP, AP) zum 01.01.08 zu verkaufen

Zuschriften erbeten an Chiffre PTPJ 070303

Abgabe meines KV-Sitzes Raum Salzgitter geplant ab Jan. 08

Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 070304

Gut eingeführte KV-Praxis seit 20 Jahren PA/TP für Erwachsene ab Ende 2007 abzugeben oder Jobsharing in Tauberbischofsheim

Tel. 09341-7333

Psych. Psychotherapeutin verkauft KV-Praxis (TP, KJP) in **Hannover**,
Chiffre PTPJ 070308

Biete sehr gut eingeführte KJP-Praxis in Duisburg zum Verkauf.
Chiffre PTPJ 070307

Suche Nachfolger(in) über Job-Sharing für Landpraxis (TP, Einzel- u. Gruppen) in Nordostniedersachsen.
Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 070311

Praxisverkauf/Praxisüberlassung psychologischer Psychotherapeut (TP, PA) Raum Dortmund. Bei Teilverkauf - halber Sitz - oder Überlassung der Niederlassung für ca. 2-3 Jahre wäre Kaufpreis nebensächlich, da diese Variante bevorzugt. Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 070216

KV-Sitz (TP, Erw.) in Schwäbisch Gmünd, Ostalbkreis zu verkaufen
Zuschriften erbeten unter PTPJ 070313

KV-Sitz Raum Freiburg/Breisgau
PP/KJP TP zum 31.12.2007 zu verkaufen.
KJ-PTH bevorzugt. Umsatzstark. Einführung, Hilfen incl..
T. 07681/22122 + hpflug@mac.com

Verkaufe Psychotherapeutische KV-Praxis in Ostbayern. Seit ca. 15 Jahren bestehende etablierte Praxis. Für jede Fachrichtung und Altersklasse geeignet. Chance für Bewerber bundesweit. Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 070305

KV-Sitz (VT) in München an Psych. Psychotherapeuten zu verkaufen.
Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 070314

Augsburg Stadt
KV-Praxis (Psychologische Psychotherapie) ab sofort abzugeben.
Kontakt:
Tel.: 089 / 23543340
E-Mail: Paul.Engelbrecht@t-online.de

Praxistausch

Psych. Psychotherapeutin (TP für Erw.) tauscht eigenen Sitz in Münster gegen Sitz in Osnabrück
Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 070310

Praxistausch
Psychologischer Psychotherapeut (TP, PA, Erwachsene) Suche **Potsdam** bietet **Magdeburg**
Tel.: 0391/5497865

Praxisräume

Wunderschöne Praxisräume (auch Gruppe) zur Untermiete in bester Lage (nahe Prinzregentenauer) in **Nürnberg**.
0151 - 11549864

Suche Praxisraum für PP & KJP im Bereich Hamburg Nord zu mieten
Telefon 0172/2972261

Praxisbeteiligung in Hannover-List Wir bieten einen Therapieraum (18 qm) in einer 220 qm großen Praxis mit der Möglichkeit der Nutzung eines Gruppenraumes (60 qm) Sie erreichen uns: Tel.: 0511-66 41 78 oder 0511-899 33 33

Praxisübernahme

Suche KV-Sitz im Großraum **Köln** oder **Berlin** (TP, Erw.)
01772664514

Psych. Psychotherapeutin (TP, Erw.) sucht KV-Sitz im Raum **Dortmund** oder **Münster**.
Tel.: 0451-480 95 11

Psych. Psychotherapeutin sucht KV - Sitz oder Jobsharing im Raum **Berlin / Potsdam**
Tel: 030/51655735

Raum Berlin
Psych. Psychotherapeutin (TP) sucht KV-Sitz.
Telefon: 030/88552887

Münster und Umgebung
Erf. Psych. Psychotherapeutin, VT, 42 J., sucht Jobsharing/langfr. KV-Sitz.
Übernahme auch Praxisvertretung, diskret und loyal. 0251-7609329, cb@lieberheute-alsmorgen.de

Hannover, Paderborn, Bielefeld, OWL Psychologische Psychotherapeutin (VT, Erw.) sucht KV-Praxis oder Job-Sharing.
Tel.:0173/3928354
mail:hmpy@gmx.net

Psychotherapeut (PP-VT) sucht **KV-Sitz** in NRW,RP, HS, bevorzugt Großraum K/BN
Tel: 0173/8378276 oder 0291/9022016

Psychologische Psychotherapeutin VT Erw., berufserfahren, Arztreg. sucht **Praxissitz zur Übernahme** oder Job-Sharing in der **Südpfalz** oder **Nordbaden** (LD, SüW, GER, KA, LU, DüW)
Tel.: 01520-2659470

Psychologische Psychotherapeutin (TP f. Erw.) sucht KV-Sitz oder Job-Sharing mit späterer Übernahmemöglichkeit "in und um Gießen".
Tel.: 0172-6142339 oder 06404-950606

Kreis **Unna**: Psychologische Psychotherapeutin (VT/Erw.) bietet **KV-Sitz** zwecks **Tausch** nach **Bochum**
Chiffre: PTPJ 070306

Praxisübernahme

Psych. Psychotherapeutin (TP), 47 Jahre, Appr. 2002, langjährige psychiatrische u. ambulante psychotherapeutische Erfahrung, gesicherte Finanzierung, sucht KV Sitz in Berlin ab 2007/2008.
Tel.: 030/787 18 389

Wiesbaden Psychologischer Psychotherapeut
sucht KV-Sitz oder Job-Sharing mit Übernahmemöglichkeit
Tel: 0173-6740461

Psychologische Psychotherapeutin (VT, Erw., Approb., Arztregister), 35 J., berufserfahren, sucht KV-Praxiseinstieg/Job-Sharing/Sicherst.Assistenz (ca. 20 Std.) im Raum Mittel-Oberfranken oder Berlin Mobil: 0175-936 54 71

Psychologische Psychotherapeutin Analyse/TP/Erw. sucht Praxissitz in Münster ab Sommer 2009
Zuschriften erbeten unter
Chiffre PTPJ 070309

Suche **KV-Sitz, TP** in **München-Stadt**, kurz- o. längerfristig, und evtl. Raum/
Praxismarktsinteresses.
(auch nicht-psychotherapeutisch)
Tel. 0173/3640003

Psychologische Psychotherapeutin,
VT, 43J, sucht **KV-Sitz im Münsterland**/
nördl. Ruhrgebiet. Tel. 0251-36201

Psychologische Psychotherapeutin (VT, Erw., Approb., Arztregister), 35 J., berufserfahren, sucht KV-Praxiseinstieg/Job-Sharing/Sicherst. Assistenz (ca. 20 Std.) im Raum Mittel-Oberfranken oder Berlin Mobil: 0175/9365471

Psychologische Psychotherapeutin (VT) sucht **KV-Sitz** (ganz/halb), Jobsharing oder Mitarbeit im **Großraum Göttingen-Leipzig**
Tel. 0176/22346256

Überlegen Sie aufzuhören?
Erfahrener Psychotherapeut (TP, EW, KJP) sucht KV-Sitz im süddeutschen Raum.
Tel. 0177-9093235

KJP (TP, Approb., Arztreg., z.Zt. ermächtigt) sucht dringend KV-Sitz im Raum Lüneburg – Hamburg zum Kauf. Auch Job-Sharing zwecks Übernahme möglich.
Tel. 04131-390544

Mit 20 Millimeter Höhe sind Sie dabei!
Diese Anzeige kostet gerade mal € 53,- zzgl. MwSt.

Praxisvermietung

Stilvoller Therapieraum (32qm)
in etablierter Praxis n. U-Bahn Osterstr. an TP/VT Kollegin oder Kollegen zu vermieten.
Tel. 040-565550

Stellenangebote

Stellenangebot in Halle/Saale
Psychol. Psychotherapeut/in (TP; Appr.; Eintrag ins Arztregister) zur Festanstellung in PT - Praxis gesucht
Zuschriften erbeten unter
Chiffre 070301

Kassel: Approbierte Psychologin oder Kinder- und Jugendlichen-therapeutin für Therapie auf psychoanalytischer Grundlage mit autistischen Kindern und Jugendlichen als Honorarkraft (ca. 10. Std. wöchentlich) gesucht (kleines Team). Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 070302

Verschiedenes

Es funktioniert!
Vertrete Sie in Ihrer Praxis
im Krankheitsfall oder weil Sie eine längere Pause benötigen.
PP, VT, 43 J. absolut loyal.
Tel. 0251-7609329

Kleinanzeigen

Supervision Ihrer VT-Anträge für Erwachsene und Kinder
schnell-kompetent-erfahren-zuverlässig
steuerlich voll absetzbar
Dipl.-Psych. G. Müller
0234/3848349
gregor.c.mueller@freenet.de

Erfahrenes Team von Psychotherapeuten bietet Supervision nach Aktenlage bei VT Antragstellung. Wir liefern alle Berichtstypen - schnell, kompetent und kostengünstig.
Infos: www.ixcodi.com
Fon: 0341-14991060
Email: webinfo@ixcodi.com

Individuell – qualifiziert – erfahren
Supervision bei der **Antragstellung** für
• **tiefenpsychologisch fundierte**
• **analytische PT**
von Diplom-Psychologin
Tel: 02232-29679
Neue E-mail: kaheep@web.de

Zuverlässige, kompetente und qualifizierte
Supervision bei VT-Antragstellung
von Dipl.-Psychologin
Tel.: 02234/949170;
E-Mail: jubender@freenet.de

Burnout bei Psychotherapeuten und Ärzten
5-tägige Weiterbildung
zertifiziert mit 40 Punkten der Psychotherapeutenkammer Berlin
22.-26.10.2007 „Evangelischen Bildungsstätte Schwanenwerder“, Berlin
Infomappe: Tel.: 030/71301571,
mo. 10.00-12.00h, ansonsten AB
info@koerper-tanz-therapie.de,
www.koerper-tanz-therapie.de

Tiefenpsychologisch fundierte, analytische Psychotherapie sowie Verhaltenstherapie
Supervision bei Kassenberichten für Erwachsene, Kinder und Jugendliche, schnelle und kompetente Hilfe durch Dipl.-Psych. mit 14 Jahren Erfahrung, Express-Service.
Tel.: 0221 / 468 09 73,
Fax: 0221 / 279 04 56, Mo.-Do. 9:00-15:00 Uhr, Fr. 9:00-10:00 Uhr

Supervision bei VT-Antragstellung auf individ. Basis von erfahrener PP.
Tel.: 0170/7299304
E-mail: antragshilfe@web.de

Qualifizierte, schnelle und **kostengünstige Supervision bei Berichterstellung (TP)** von erfahrener psychol. Psychotherapeutin (APP)
Tel.: 06731/996247, E-Mail: a.etgen@gmx.de

Mit wenig Aufwand viel Aufsehen erregen
www.ptv-anzeigen.de

Supervision bei der Antragsstellung
www.psychdienst.de
Dienstleistungen für Psychotherapeuten und Ärzte
E-Mail:
dunja.hergenroether@koeln.de
Telefon: 02 21 / 5 70 88 31

DEUTSCHES GOLF INSTITUT
- Institut sleitung -
Reiterweg 26 - 28
D - 58636 Iserlohn
Tel. 0049 (0) 2371 776 189
Mobil 0049 (0) 172 2820526
institut sleitung@deutsches-golf-institut.de

Ihre Chiffre-Zuschriften senden Sie bitte in einem zweiten geschlossenen Umschlag an den Verlag:
Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH,
Herrn Günther Pfeffer
Chiffre Nr. _____,
Im Weiher 10,
69121 Heidelberg

Anzeigenschluss für die nächste Ausgabe ist der 8. November 2007.
Ausgabe 4/07 erscheint am 13. Dezember 2007.

Branchenverzeichnis

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Für die Anzeigen sind die Inserenten verantwortlich. Eine Überprüfung der Angaben durch die Psychotherapeutenkammern findet nicht statt.

Akademie bei König & Müller
Semmelstraße 36/38
D-97070 Würzburg
Tel. 0931-46 07 90 33
www.koenigundmueller.de
E-Mail: akademie@koenigundmueller.de

Akademie für Fortbildung in Psychotherapie (afp)
Bundesakademie
Postfach 13 43
72003 Tübingen
Tel.: 0700 23723700
Fax.: 0700 23723711
bundesakademie@afp-info.de
www.afp-info.de

Arbeitsgemeinschaft für Wissenschaftliche Psychotherapie Berlin (AWP-Berlin)
Fortbildungen in Dialektisch-Behavioraler Therapie (DBT) und weiteren achtsamkeitsbasierten Verfahren
Bundesring 58 12101 Berlin
Tel.: 030/8974 5599
www.awp-berlin.de

Aus-, Fort-Weiterbildung fortbildung1.de
D-70197 Stuttgart
Telefon 0711/ 6781 421
Telefax 0711/ 6781 444
info@fortbildung1.de
www.fortbildung1.de

AVT Köln GmbH
Akademie für Verhaltenstherapie
Marzellenstraße 2-8
50667 Köln
Tel.: 0221 - 42 48 570
E-Mail: info@avt-koeln.org
www.avt-koeln.org

ÄON Institut für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie & Supervision (ITFPS)
Stockumer Str. 28, 58453 Witten
Tel.: 02302/423400
supervision@aeon-institut.info
www.aeon-institut.info

Berliner Fortbildungsakademie
staatlich anerkanntes Ausbildungsinstitut für VT
Rothenburgstr. 38
12163 Berlin-Steglitz
Internet: www.b-f-a.de
email: b-f-a@t-online.de
Tel.: 030 79703982
Fax.: 030 79703984
Sprechzeiten: Mo: 9-11 Uhr; Do: 9-11 Uhr

Deutsche Akademie für Psychoanalyse
Goethestr. 54, 80336 München
Tel.: 08131/66 78 84
Wadpcongress2007@dynpsych.de
www.wadp-congress.de

Deutsches Institut für Psychotraumatologie e.V.
Telefon: 02245-9194-0
www.psychotraumatologie.de
Zert. WB f. app. PPT,
Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie

EMDR-Institut Deutschland
51427 Bergisch Gladbach
02204-25866
www.emdr.de
info@emdr-institut.de

FoBiS-Systemisches Institut für Bildung, Forschung und Beratung
Altdorfer Str. 5
71088 Holzgerlingen
07031/ 60 59 88
07031/ 60 49 75
info@fobis-online.de
http://www.fobis-online.de

Fort- und Weiterbildungsinstitut MFK Münchner FamilienKolleg
Pfarrstr. 4, 80538 München
Tel.: 089 - 22 29 92
mfk.familienkolleg@t-online.de
www.mfk-fortbildung.de

INNTAL INSTITUT
NLP und systemische Ausbildung in München, Rosenheim, Ulm, Bremen
anerkannt von Ärztekammer und PTK
Tel.: 08031 50601 Fax 50409
mail@inntal-institut.de
www.inntal-institut.de

www.psycho-vision.de
Virtuelle Realität in der Angstbehandlung
www.cme-pt.de
Zertifizierte Online-Fortbildung

Helm-Stierlin-Institut
Schloß-Wolfsbrunnengweg 29
69118 Heidelberg
Tel.: 06221-71409-0
Fax: 06221-71409-30
mail: infohsi-heidelberg.com
Internet: www.hsi-heidelberg.com

IGW Institut für integrative Gestalttherapie
Theaterstr. 4, 97070 Würzburg
Fon: 0931/354450
Fax: 0931/3544544
info@igw-gestalttherapie.de
www.igw-gestalttherapie.de

Institut für Traumatherapie Oliver Schubbe
EMDR-Kurse, Curricula
Psychotraumathepie und EMDR-Vertiefungsseminare,
kammerzertifiziert
Tel.: 030-4642185
www.traumatherapie.de
info@traumatherapie.de

Institut für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin u. Sexuologie (IVS)
Tel.-Nr. 0911 / 78 72 72 7
90762 Fürth
Tel.-Nr. 0911 / 78 72 72 7
FAX: 0911 / 78 72 72 9
Email: ambulanz@ivs-nuernberg.de
Homepage: www.ivs-nuernberg.de

Märkisches Institut für Psychotherapie
Dr. Thomas Kornbichler
Dämmchen 17
15837 Baruth/ Mark Schobendorf
Tel.: 033704-66134/-66133 (FAX)
info@maerkisches-institut.de

milton erickson institut berlin
wartburgstr. 17
10825 berlin
fon & fax: 030 . 781 77 95
büro: do 9 - 12 uhr
www.erickson-institut-berlin.de
mail@erickson-institut-berlin.de

Schule für Initiatische Gestalttherapie
Tel. 09721/34627
winfried-wagner@aiki-institut.de
Nußbergstr. 35, 97422 Schweinfurt
www.initiatische-gestalttherapie.de

SGAZ - Seminar für Gruppenanalyse Zürich
Quellenstraße 27
CH-8005 Zürich
Tel.: +41-442718173
Email: sgaz@bluewin.ch
Internet: www.sgaz.ch

Thies Stahl Seminare
Dipl.-Psych. Thies Stahl
Aus- und Fortbildung in NLP, Coaching, Mediation u. Systemischer Aufstellungsarbeit
Tel.: 04106 645763
TS@ThiesStahl.de
www.ThiesStahl.de

Buchhandel/Verlage

CIP-Medien Verlagsbuchhandlung
Nymphenburger Str. 185,
80634 München
Tel. 089-130793-21, E-Mail
cipmedien@aol.com
www.cip-medien.com

Psychotherapeutenverlag Verlagsgruppe Hühig Jehle Rehm GmbH
Im Weiher 10
D-69121 Heidelberg
Tel.: (0 62 21) 4 89-0
Fax: (0 62 21) 4 89-52 9
redaktion@psychotherapeutenjournal.de
anzeigen@psychotherapeutenjournal.de
www.psychotherapeutenjournal.de
www.ptv-anzeigen.de
www.huethig-jehle-rehm.de

Schattauer GmbH Verlag für Medizin und Naturwissenschaften
Hölderlinstr. 3
70174 Stuttgart
Tel. ++49 0711 22987-0
Fax ++49 0711 22987-50
info@schattauer.de
www.schattauer.de

Springer Medizin Verlag GmbH
Kontakt: Kundenservice
Haberstraße 7
Nürnberg Str. 22,
69126 Heidelberg
Tel.: 06221-345-0
Fax: 06221-345-229
Email: SDC-bookorder@springer.com
Internet: www.springer.de

Verlag Hans Huber
Hogrefe AG
Länggassstr. 76
CH 3000 Bern 9
www.verlag-hanshuber.com

Kliniken/Rehazentren

Christoph-Dornier-Klinik für Psychotherapie
Tibusstr. 7-11
48143 Münster
Tel. 0251/4810-100
Fax. 0251/4810-105
info@c-d-k.de
www.c-d-k.de

Fachklinik Waren (Müritz)
Auf dem Nesselberg 5, 17192 Waren (Müritz)
Tel.: 01803/244142-0
Fax: 01803/244142-404
info@fachklinik-waren.de
www.fachklinik-waren.de

Medizinisch-Psychosomatische Klinik Bad Bramstedt
Schön Kliniken
Birkenweg 10, 24576 Bad Bramstedt
Tel.: 04192/5040
Fax: 04192/504550
KlinikBadBramstedt@schoen-kliniken.de
www.schoen-kliniken.de

Medizinisches Versorgungszentrum

Timmermann und Partner MVZ für körperliche und Psychiatrische Gesundheit
Marienstraße 37, 27472 Cuxhaven
Tel. 04721-393650 + 04721/396351
mail@timmermann-und-partner.de

Rechtsanwälte/Notare

Meisterernst, Düsing, Manstetten
Rechtsanwälte und Notare
Spezialgebiete: Verwaltungsrecht, Studienplatzklagen, Versicherungsrecht, Sozialrecht, Gesellschaftsrecht
Geiststraße 2, 48151 Münster
Tel.: 0251-20910
www.meisterernst.de
info@meisterernst.de

Softwareanbieter

ergosoft GmbH
Postfach 12 26
67446 Haßloch
Hotline: 06234/5995-11/-12/-13
Tel.: 06324/5995-0
Fax: 06324/5995-16
ergosoft@t-online.de
www.psychodat.de

Antrag pro Adler & Röhn GbR
Isenbergstraße 66
45130 Essen
Tel.: 0228-211406

Kleine Anzeigen – mit großer Wirkung!

Der neue Kleinanzeigenmarkt im Psychotherapeutenjournal

Eintrag ins Branchenverzeichnis pro Zeile und Rubrik

€ 11,-

Für den ersten Grundeintrag mind. 4 Zeilen (1-spaltig, 41 mm breit), der Eintrag läuft bis auf Widerruf, mind. aber in 4 hintereinanderfolgenden Ausgaben.

- Aus-, Fort-, Weiterbildung
- Dienstleistungen
- Fachliteratur
- Rechtsanwälte
- Softwareunternehmen
- Versicherungen

Kliniken/Rehazentren:

- Alkohol-/Medikamentenabhängigkeit
 - Drogenentzug/-entwöhnung
 - Kinder-/Jugendtherapie, -psychiatrie
 - Psychosomatische Erkrankungen
- Fordern Sie hierzu unsere ausführlichen Mediadaten an.

- Suchterkrankungen
- Psychiatrie
- Rehaeinrichtungen
- Mutter-Kind-Kurheime

- Grundeintrag 4 Zeilen (1-spaltig, 41 mm breit)

- Anderes Format: _____ Zeilen (1-spaltig, 41 mm breit)

Private Anzeigen im Stellen-Praxismarkt pro mm

€ 2,65

(1-spaltig, 41 mm breit), Mindesthöhe 20 mm.

- Intervention
- Praxisabgabe
- Verschiedenes
- Jobsharing
- Praxisvermietung
- andere*: _____ (*in Absprache mit dem Verlag)
- Praxisübernahme
- Stellenangebote

- Praxistausch
- Stellengesuch

- (Format: 41 mm breit x _____ mm hoch (mind. 20 mm))

- (Chiffre (zzgl. 15,- Gebühr))

Gelegenheits-/Kleinanzeigen pro mm

€ 3,50

(1-spaltig, 41 mm breit), Mindesthöhe 20 mm

- (Format: 41 mm breit x _____ mm hoch (mind. 20 mm))

- (Chiffre (zzgl. 15,- Gebühr))

Ab sofort heißt es beim Psychotherapeutenjournal – **Online buchen und Geld sparen!** Denn unter <http://www.ptv-anzeigen.de> können Sie Ihren Anzeigenauftrag ausfüllen und an uns senden. Hier sehen Sie auch gleich, wie Ihre Anzeige erscheint. Natürlich können Sie uns auch weiterhin Ihren Anzeigenauftrag per Fax übermitteln und wir erstellen Ihre Anzeige. Allerdings müssen wir Ihnen die anfallenden Bearbeitungskosten von € 10,- in Rechnung stellen.

Fax-Nr.: 0 62 21 / 43 71 09

Text: (**fett** zu druckenden Text bitte so markieren)

Name/Vorname/Firma _____

Straße _____

Ort _____

Telefon/Fax _____

E-Mail _____

Datum/Unterschrift _____

Anzeigenschluß der nächsten Ausgabe ist der 8.11.2007

Sie haben Fragen? Ihre Mediaberatung hilft Ihnen gerne weiter:

Claudia Kampmann-Schröder

Tel.: 06221/43 70 42, Fax: 06221/43 71 09, Mail: anzeigen@psychotherapeutenjournal.de

Psychotherapeutenverlag, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Im Weiher 10, 69121 Heidelberg
Tel.: 06221/489-0, Fax: 06221/489-529, www.psychotherapeutenjournal.de

Mit dem
Psychotherapeutenverlag-Wandkalender (Poster) 2008

erreichen Sie rund **32.000 Psychotherapeuten** an **365 Tagen!!!**

Folgende Werbemöglichkeiten stehen Ihnen zur Verfügung:

Format	Farbe	Breite x Höhe	Preis zzgl. MwSt.
1/3 Seite	4-farbig	178 x 83 mm	2.050,- EUR
1/4 Seite	4-farbig	86 x 126 mm	1.730,- EUR
1/8 Seite	4-farbig	86 x 62 mm	925,- EUR

Brancheneintrag „Fortbildungsunternehmen“	Preis zzgl. MwSt.
2-zeiliger Eintrag à 40 Zeichen pro Zeile	200,- EUR

Verbreitete Auflage: 32.000 Exemplare

Anzeigenschluss: 08.11.2007

Erscheinungstermin: 13.12.2007

Reservieren Sie am besten noch heute einen der begehrten Anzeigenplätze!

Noch Fragen? Unsere **Mediaberatung** hilft gerne weiter:

Claudia Kampmann-Schröder
 Tel. 06221 / 43 70 42
 Fax: 06221 / 43 71 09
 E-Mail: anzeigen@psychotherapeutenjournal.de

Inserentenverzeichnis PTJ 3/2007

Antrag pro, Adler & Röhn, Essen	253	IVS, Fürth	257
Akademie bei König & Müller, Würzburg	237	Kanzlei Düsing, Münster	259
Akademie für Fortbildung in Psychotherapie, Tübingen	235	Klingenberger Institut, Konstanz	233
Akademie für Verhaltenstherapie, Köln	235	Kreisausschuss des Main-Kinzig-Kreises, Gelnhausen	245
ÄON – ITFPS, Witten	247	Münchner Familien Kolleg, München	303
Arbeitskreis Psychoanalytische Familientherapie, Göttingen	237	Psychoholic, Remscheid	273
Berliner Fortbildungsakademie, Berlin	255	Sana-Klinikum, Remscheid	243
Betreuungszentrum, Steinhöring	239	Schattauer, Stuttgart	265
CIP-Medien, München	4. US	Springer, Heidelberg	231
CPO Hanser Service, Berlin	229	Therapiezentrum Alpenland, Bad Aibling	261
DGVT, Tübingen	247	Tagungsbüro Pult, Neuss	261
Diakoniewerk Martha-Maria, Nürnberg	239	Verlag Hans Huber, CH-Bern	249
Elbrecht Wirtschaftsdienst, Essen	306		
EMDR-Institut Deutschland, Bergisch-Gladbach	233	Einem Teil dieser Ausgabe liegen Prospekte folgender Institute bei:	
Ergosoft, Hassloch	2. US	– BBPP, Berlin	
Institut für Familientherapie, Weinheim	255	– Helm Stierlin Institut, Heidelberg	
Institut für Integrative Gestalttherapie, Würzburg	259	– Institut für Verhaltenstherapie, Berlin	
		<i>Wir bitten unsere Leser um Beachtung !</i>	

Impressum

Das „Psychotherapeutenjournal“ publiziert Beiträge, die sich – direkt oder indirekt – auf die Prävention, Therapie und Rehabilitation psychischer Störungen und auf psychische Aspekte somatischer Erkrankungen sowie auf wissenschaftliche, gesundheitspolitische, berufs- und sozialrechtliche Aspekte der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Berufspraxis von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beziehen. Das „Psychotherapeutenjournal“ ist der Methodenvielfalt in der Psychotherapie und ihren wissenschaftlichen Grundlagendisziplinen sowie der Heterogenität der Tätigkeitsfelder der Psychotherapeuten verpflichtet. Leserbriefe und andere Beiträge zu kammer-spezifischen Themen werden nicht im redaktionellen Teil der Zeitschrift abgedruckt. Sie werden von den jeweiligen Länderkammern selbst bearbeitet und können ggf. auf ihren Mitteilungsseiten veröffentlicht werden.

Herausgeber

Bundespsychotherapeutenkammer, Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, Bayerische Landeskommission der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin, Psychotherapeutenkammer Bremen, Psychotherapeutenkammer Hamburg, Landeskommission für Psychologische Psychotherapeuten und -therapeuten und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen, Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer, Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, Psychotherapeutenkammer des Saarlands, Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein.

Redaktionsbeirat

Prof. Dr. Rainer Richter (BPTK), Dr. Dietrich Munz (Baden-Württemberg), Mareke de Brito Santos-Dodt (Baden-Württemberg), Dr. Nikolaus Melcop (Bayern), Dr. Heiner Vogel (Bayern), Anne Springer (Berlin), Dr. Manfred Thielen (Berlin), Karl Heinz Schrömgens (Bremen), Ulrich Wirth (Hamburg), Jürgen Hardt (Hessen), Uta Cramer-Düncher (Hessen), Dr. Lothar Wittmann (Niedersachsen), Prof. Dr. Hans-Jochen Schwartz (Niedersachsen), Karl Wilhelm Hofmann (NRW), Prof. Dr. Jürgen Hoyer (OPK), Sascha Gönner (Rheinland-Pfalz), Ilse Rohr (Saarland), Dr. Uwe Speckenbach (Schleswig-Holstein).

Anschrift Redaktion

Karin Welsch
Bayerische Landeskommission der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
St.-Paul-Str. 9
80336 München
Tel.: 089/515555-19
Fax: 089/515555-25
welsch@ptk-bayern.de

Anzeigen

Claudia Kampmann-Schröder, Tel.: 06221/437-042, Fax: 06221/437-109, cks-marketing@t-online.de

Verlag

Psychotherapeutenverlag, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Im Weiher 10, 69121 Heidelberg, Annette Kerstein, Tel.: 06221/489-318; Fax: 06221/489-529, annette.kerstein@hjr-verlag.de

Satz

Strassner ComputerSatz
69181 Leimen

Druck

Kessler Druck + Medien
86399 Bobingen

Bezug und -bedingungen

Inland € 72,- (inkl. Versandkosten)
Ausland € 75,- (inkl. Versandkosten)
Studenten und Ausbildungsteilnehmer € 43,- (inkl. Versandkosten)
Alle Preise verstehen sich inkl. Mehrwertsteuer. Der Abonnementpreis wird im Voraus in Rechnung gestellt und umfasst 4 Ausgaben jährlich. Das Abonnement verlängert sich zu den jeweils gültigen Bedingungen um ein Jahr, wenn es nicht mit einer Frist von 8 Wochen zum Ende des Bezugszeitraumes gekündigt wird.

Abonnementsservice

Justus-von-Liebig-Straße 1, 86899 Landsberg, Tel. 08191/97000-641 (Frau Müller) oder -879 (Frau Hackenberg), Fax: 08191/97000-103, aboservice@hjr-verlag.de

Erscheinungsweise

Das „Psychotherapeutenjournal“ erscheint viermal jährlich. Für Mitglieder der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Schleswig-Holstein ist der Bezugspreis durch den Kammerbeitrag abgegolten.

Urheber- und Verlagsrechte

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten.

Manuskripte

Redaktionsschluss der Ausgabe 4/2007 ist der 13. September 2007, für Ausgabe 1/2008 der 31. Dezember 2007. Manuskripte sind elektronisch (Diskette, Email) im Word- oder rtf-Format an die Redaktion (s.o.) zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (jpg-Format, mind. 300 dpi), Tabellen in getrennten Dateien einzureichen. Der Umfang des Manuskripts sollte im Regelfall 10 Seiten (zweizeiliger Abstand incl. Abbildungen und Tabellen) nicht überschreiten, während der Titel des Beitrages nicht länger als 70 Zeichen sein sollte.

Die verwendete Literatur ist nach den „Richtlinien zur Manuskriptgestaltung“, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Göttingen: Hogrefe Verlag, 1997), im Text zu zitieren und am Schluss des Manuskripts zu einem Literaturverzeichnis zusammenzustellen. Jedem Manuskript ist eine Zusammenfassung von maximal 120 Worten und eine Kurzbeschreibung mit bis zu 50 Worten (für das Inhaltsverzeichnis) beizulegen. Die Redaktion behält sich das Recht auf Kürzungen vor.

Autoren erhalten jeweils zwei Belegexemplare der Ausgabe des „Psychotherapeutenjournal“, in der ihr Beitrag erschienen ist.

Rechtseinräumung

Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt (dies gilt auch für die Wahrung der Anonymität des Patienten bei der Veröffentlichung von Fallberichten).

Der Autor räumt – und zwar auch zur Verwertung seines Beitrags außerhalb der ihn enthaltenden Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung – dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:

- 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. Verantwortlich für den allgemeinen Teil ist der Redaktionsbeirat. Für Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern sind deren Vorstände verantwortlich.

Inhalt

Beitragsordnung der PTK NRW

Änderung der Gebührenordnung der PTK NRW

Auszug aus der Fortbildungsordnung der PTK NRW

Zweite Änderung der Satzung des Versorgungswerkes der PTV NRW

Beitragsordnung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen vom 27. April 2007

Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW hat in ihrer Sitzung vom 27. April 2007, aufgrund des § 23 Abs. 1 des Heilberufsgesetzes (HeilBerG) vom 9. Mai 2000 (GV. NRW. S. 403), zuletzt geändert durch Gesetz vom 1. März 2005 (GV. NRW. S. 148), folgende Beitragsordnung erlassen:

Inhaltsübersicht

§ 1 Beitragszweck und Beitragspflicht

§ 2 Beitragshöhe

§ 3 Erhebung auf Fälligkeit

§ 4 Schlussbestimmungen

§ 1 Beitragszweck, Beitragspflicht, Beitragsfälligkeit

(1) Die Psychotherapeutenkammer NRW erhebt zur Erfüllung ihrer Aufgaben und zur Deckung ihres sachlichen und personellen Aufwandes Beiträge von ihren Kammermitgliedern.

(2) Die Kammerbeiträge sind öffentlich-rechtliche Pflichtabgaben.

(3) Beitragspflichtig sind alle Mitglieder der Kammer.

(4) Die Beitragspflicht entsteht mit dem 1. des Monats, der dem Beginn der Mitgliedschaft folgt. In den Folgejahren ist der Beitrag zum 1. Februar eines jeden Jahres fällig.

(5) Die Beitragspflicht endet mit Ablauf des Monats, vor dem das Mitglied aus der Kammer ausscheidet.

(6) Beim Wechsel in eine andere Landespsychotherapeutenkammer wird nur einmal ein Jahresbeitrag durch die Kammer erhoben, bei der am 1. Februar des Jahres Beitragspflicht bestand.

(7) Bei Tod eines Mitgliedes erlischt die Beitragspflicht mit Ablauf des Monats vor dem Todesfall.

§ 2 Beitragshöhe

(1) Die Beiträge werden als Jahresbeiträge erhoben. Beginnt die Mitgliedschaft im laufen-

den Jahr, wird der anteilige Beitrag gemäß § 1 Abs. 4 erhoben.

(2) Die Höhe der Beiträge wird von der Kammerversammlung festgesetzt und in einer Beitragstabelle aufgeführt, die Bestandteil dieser Beitragsordnung ist (Anlage).

(3) Zur Deckung außerplanmäßiger Ausgaben der Kammer kann auf Beschluss der Kammerversammlung zusätzlich ein außerordentlicher Beitrag erhoben werden, welcher der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde bedarf.

§ 3 Beitragserhebung

(1) Der Beitrag wird jährlich zum Fälligkeitstermin für das Kalenderjahr erhoben. Die Mitglieder werden über Änderungen informiert.

(2) Frühestens vier Wochen nach Fälligkeit wird der Beitrag kostenpflichtig angemahnt. Die Höhe der Mahnungskosten ist in der Gebührenordnung der Psychotherapeutenkammer NRW geregelt.

(3) Beiträge, die nach zweimaliger Mahnung nicht entrichtet sind, werden zusammen mit einer Gebühr nach den Vorschriften des Verwaltungsvollstreckungsgesetzes für das Land Nordrhein-Westfalen vom 13. Mai 1980 (GV. NRW. S. 510) in der jeweils geltenden Fassung beigetrieben.

(4) Für die Verjährung der Beitragsforderung gelten die Vorschriften der Abgabenordnung

über die Verjährung der Steuern von Einkommen und Vermögen (§§ 143 bis 148 AO). Die Verjährungsfrist beträgt 5 Jahre; sie beginnt mit Ablauf des Jahres, in dem die Beitragsforderung entstanden ist.

(5) Gegen die Entscheidungen nach § 2 und § 3 ist innerhalb eines Monats nach Zustellung Widerspruch zulässig. Er ist schriftlich oder durch Niederschrift bei der Geschäftsstelle der Kammer zu erheben. Der Widerspruch sollte begründet und die Widerspruchsgründe sollten belegt werden. Über den Widerspruch entscheidet der Vorstand der Kammer. Der Widerspruchsbescheid ist zu begründen, wenn dem Widerspruch nicht oder nicht in vollem Umfang abgeholfen wird. Er ist mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen und dem Beitragspflichtigen zuzustellen.

(6) Gegen einen ablehnenden Widerspruchsbescheid kann innerhalb eines Monats nach Zustellung bei dem für den Sitz des Widerspruchsführers zuständigen Verwaltungsgericht Klage erhoben werden.

(7) Der Rechtsbehelf gegen die Beitragsfestsetzung hat keine aufschiebende Wirkung.

§ 4 Schlussbestimmungen

Diese Beitragsordnung tritt am Tage nach ihrer Veröffentlichung im Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen in Kraft. Gleichzeitig tritt die Beitragsordnung vom 28.09.2003 (MBL. NRW. S. 1674) außer Kraft.

Anlage

Beitragstabelle

A.

Zur Erfüllung der Aufgaben der Psychotherapeutenkammer NRW wird ein jährlicher Regelbeitrag von Euro 350,- erhoben.

Das Beitragsjahr ist das Kalenderjahr.

B.

Ermäßigung, Stundung, Befreiung aus wirtschaftlichen Gründen, Niederschlagung:

(1) Angestellte oder beamtete Mitglieder, die ihr Einkommen ausschließlich aus einer Teilzeittätigkeit im Umfang von bis zu 20 Wochenstunden beziehen, entrichten auf schriftlichen Antrag Euro 250,-.

(2) Der Beitrag nach Buchst. A kann auf schriftlichen Antrag unter Vorlage entsprechender Nachweise auf Euro 190,- ermäßigt werden bei völliger Unterbrechung der Berufstätigkeit von insgesamt mehr als 6 Monaten innerhalb des Beitragsjahres z. B. wegen

- Arbeitslosigkeit,
- Elternzeit,
- gesundheitlicher Gründe.

(3) Der Beitrag nach Buchst. A kann auf schriftlichen Antrag unter Vorlage entsprechender Nachweise in dem Jahr, in dem die Berufstätigkeit dauerhaft aufgegeben wurde, auf Euro 80,- reduziert werden. Gleiches gilt für den Fall, dass einer Berufstätigkeit von Anfang an nicht nachgegangen wurde. Die dauerhafte Aufgabe bzw. Nichtausübung der Berufstätigkeit ist glaubhaft zu machen.

(4) Berufstätig im Sinne der Beitragsordnung ist jedes Kammermitglied, das mit einer psychotherapeutischen Berufsausübung Einkünfte erzielt. Eine psychotherapeutische Berufsausübung liegt vor, wenn das betreffende Kammermitglied eine Tätigkeit ausübt, bei der Kenntnisse, die Voraussetzung für die Approbation waren, eingesetzt oder mitverwendet werden oder werden können. Dazu zählen insbesondere:

- selbständige und/oder unselbständige psychotherapeutische Tätigkeiten
- mit der psychotherapeutischen Tätigkeit in Zusammenhang stehende Tätigkeiten (z. B. Diagnostik, Testverfahren)
- Tätigkeiten in psychotherapeutischer Ausbildung, Lehre und Forschung, als Supervisorin/Supervisor.
- Tätigkeiten in der Ausbildung zu Heil- und Hilfsberufen, in Lehre und Forschung angrenzender Fachgebiete, in der Erziehungsberatung,
- Prüfungstätigkeiten, Leitung von Kursen, die Entspannungstechniken wie z. B. autogenes Training zum Inhalt haben, Fachpublikationen.

(5) Anträge auf Beitragsermäßigung gemäß B 1, B 2 und B 3 sind bis zum 31.12. des Vorbeitragsjahres zu stellen. Sofern sich die zur Ermäßigung führenden Umstände erst im laufenden Beitragsjahr ergeben, sind die Anträge bis zum 31.03. des auf das Beitragsjahr folgenden Jahres zu stellen. Der Beitragssatz nach B 1 ermäßigt sich in diesen Fällen erst ab dem Zeitpunkt, in dem die Teilzeittätigkeit aufgenommen wird. Die Anträge auf Beitragsermäßigung müssen an den Vorstand gerichtet werden und

sind durch Vorlage geeigneter Unterlagen (z. B. Bescheinigung des Arbeitgebers, Vorlage des Steuerbescheides, des Arbeitsvertrages, der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung etc.) glaubhaft zu machen. Werden die angegebenen Fristen versäumt oder die Angaben nicht glaubhaft gemacht, ist der Regelbeitrag nach Buchst. A zu entrichten.

(6) Jedes Kammermitglied kann bei Vorliegen nachgewiesener materieller Notlage jederzeit die Stundung, Befreiung bzw. Ermäßigung von den Beitragsforderungen beantragen.

(7) Über die Stundung, Befreiung und Ermäßigung von Beitragsforderungen entscheidet der Vorstand im Einzelfall. Die Entscheidung ergeht schriftlich und ist zu begründen.

(8) Überzahlte Beiträge werden nach Verrechnung mit offenen Beitragsforderungen ohne Abzug von Gebühren erstattet.

(9) Beitragsforderungen können niedergeschlagen werden, wenn ihre Beitreibung keinen Erfolg verspricht oder wenn Aufwand und Kosten der Beitreibung in einem Missverhältnis zur Höhe des Beitrages stehen.

*Genehmigt
Düsseldorf, den 21. Juni 2007
Ministerium
Für Arbeit, Gesundheit und Soziales
Des Landes Nordrhein-Westfalen
Im Auftrag
(Godry)
Ausgefertigt
Düsseldorf, 06. Juli 2007
Monika Konitzer
Präsidentin*

Änderung der Gebührenordnung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

vom 27. April 2007

Auf Grund § 23 Heilberufsgesetz vom 9. Mai 2000 (GV. NRW. S. 403), zuletzt geändert durch Gesetz vom 1. März 2005 (GV. NRW. S. 148), hat die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen in ihrer Sitzung am 27. April 2007 folgende Änderung der Gebührenordnung beschlossen:

Artikel I

Das Gebührenverzeichnis zur Gebührenordnung (Anlage) wird wie folgt gefasst:

Anlage:

Gebührenverzeichnis zur Gebührenordnung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

1. Ausstellung von Zeugnissen, Bescheinigungen und Ausweisen: € 5 bis € 25
2. Beglaubigung von Zeugnissen und Urkunden: € 2 pro Seite
3. Anerkennung von EU-Diplomen im Rahmen von Fort- und Weiterbildung sowie Stellungnahmen zu im Ausland erworbenen Qualifikationen: € 25 bis € 200
4. Bearbeitung von Anträgen einschließlich der Durchführung von Prüfungen oder Wiederholungsprüfungen zur Erteilung einer Bereichsbezeichnung: € 500
5. Bearbeitung von Anträgen auf Erteilung einer Bereichsbezeichnung soweit keine Prüfung stattfindet: € 280,00
6. Verfahren zur Erteilung der Weiterbildungsbefugnis: € 150
7. Begutachtungen: je nach Aufwand zwischen € 100 und € 1.000
8. Abnahme von Prüfungen, die der Kammer durch Gesetz zugewiesen sind oder aufgrund eines gerichtlichen Vergleichs durchgeführt werden: € 250
9. Aufnahme in die Sachverständigenliste nach § 16 Abs. 4 Maßregelvollzugsgesetz (MRVG) mit vorangegangener Überprüfung der Voraussetzungen: € 200
10. Antrag auf Verlängerung der Eintragung in die Sachverständigenliste nach § 16 Abs. 4 Maßregelvollzugsgesetz (MRVG): € 150
11. Aufnahme in die Sachverständigenliste zur Begutachtung psychischer Störungen in asylrechtlichen Fragen mit vorangegangener Überprüfung der Voraussetzungen: € 100
12. Aufnahme in die Sachverständigenliste für die Begutachtung in Strafrechtsfragen mit vorangegangener Überprüfung der Voraussetzungen: € 200
13. Bescheidung von Widersprüchen, soweit sich die Widersprüche erfolglos gegen die festgesetzte Beitrags- oder Gebührenforderung richten: € 100
14. Mahnverfahren über rückständige Beitrags- und Kostenforderungen:
Die Mahngebühr beträgt pauschal € 5
15. Bearbeitung nicht eingelöster rücklaufender Lastschriften: € 20
16. Verwaltungsmehraufwand im Zusammenhang mit der Nichteinhaltung von Meldepflichtungen: € 25
17. Akkreditierungsgebühren für Fortbildungsveranstaltungen:
Kategorie A, B und C:
 - Bei Ausstellung von Teilnahmebescheinigungen in Papierform durch den Veranstalter und notwendiger manueller Erfassung der Teilnehmerpunkte durch die PTK NRW: € 120
 - Bei Vorlage maschinell einlesbarer Teilnehmerlisten (Barcodes) durch den Veranstalter: € 100
- Bei direkter elektronischer Übermittlung der Teilnehmerpunkte an den Elektronischen Informationsverteiler durch den Veranstalter: € 80
- Reflexive Veranstaltungen: € 20
- Supervisoren (für 5 Jahre): € 100
- Akkreditierung von Fortbildungsveranstaltungen: € 100 bis € 800
19. Fortbildungszertifikat: € 20
20. Verwaltungstätigkeiten, die nach Art und Umfang im Gebührenverzeichnis nicht näher bestimmt und die mit besonderem Aufwand verbunden sind: € 10 bis € 1.000
21. Die Gebührenhöhe für die Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen der Psychotherapeutenkammer NRW oder ihrer Einrichtungen richtet sich nach dem Aufwand und den Kosten, die mit der Veranstaltung im Zusammenhang stehen. Die jeweilige Gebührenhöhe wird im Einzelfall mit der Ausschreibung der Veranstaltung bekannt gemacht.

Artikel II

Diese Änderung der Gebührenordnung tritt am Tage nach der Veröffentlichung im Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen in Kraft.

*Genehmigt
Düsseldorf, den 25. Juni 2007
Ministerium
Für Arbeit, Gesundheit und Soziales
Des Landes Nordrhein-Westfalen
Im Auftrag
(Godry)
Ausgefertigt
Düsseldorf, 06. Juli 2007
Monika Konitzer
Präsidentin*

Auszug aus der Fortbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

vom 16.7.2004

in der mit Beschluss vom 12.11.2004, 16.12.2006 und 27.04.2007 geänderten Fassung

In § 4 Abs. 6 werden folgende Worte „die Ausstellung von Fortbildungsbescheinigungen“ gestrichen.

Der § 4 Abs. 6 lautet wie folgt:

§ 4

Fortbildungszertifikat, Fortbildungskonto und Fortbildungsbescheinigungen

(6) Für die Erteilung des Fortbildungszertifikats und das Widerspruchsverfahren werden Ge-

bühren gemäß der Gebührenordnung erhoben.

Diese Fortbildungsordnung tritt am Tage nach der Veröffentlichung im Mitteilungsblatt der Kammer (Psychotherapeutenjournal Ausgabe 03/2007) in Kraft.

Die vorstehende Fortbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer NRW wird hiermit ausgefertigt.

Düsseldorf, den 27.04.2007

Die Präsidentin
Monika Konitzer



Versorgungswerk der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

PTV

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Zweite Änderung der Satzung des Versorgungswerkes der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

vom 16. Dezember 2006

Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen hat am 16. Dezember 2006 in Dortmund beschlossen:

1. § 3 a Vertreterversammlung

- a. In Absatz 4 Satz 3 wird der Verweis auf „Abs. 5 Nr. 1 und 4“ ersetzt durch „Abs. 5 Nr. 5“.
- b. In Absatz 5 Nr. 3 werden nach den Worten „insbesondere über die Verwendung des Überschusses“ die Worte „und die Festsetzung des Freibetrages nach § 22 Abs. 5“ gestrichen.

2. § 9 Befreiung von der Beitragspflicht

- a. In Absatz 1 Nr. 4 werden nach den Worten „Mitglied einer berufständischen öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versor-

gungseinrichtung“ die Worte „eines anderen Berufsstandes“ eingefügt.

- b. In Absatz 1 Nr. 5 werden die Worte „infolge einer der Approbation entsprechenden Zulassung zu einem Beruf, der dem Beruf des Psychotherapeuten entspricht, Versorgungsbeiträge“ gestrichen und durch die Worte: „aufgrund seiner angestellten oder selbstständigen Tätigkeit Pflichtbeiträge“ ersetzt.

3. § 11 Beendigung und Weiterführung der Mitgliedschaft

- a. In Absatz 2 Satz 3 werden nach den Worten „wenn eine Erstattung nach § 32 Abs. 1“ die Worte „oder 2“ gestrichen.
- b. In Absatz 2 Satz 3 werden nach den Worten „rechtskräftig erfolgt ist“ die Worte „oder solange eine Mitgliedschaft in ei-

nem anderen Psychotherapeutenversorgungswerk im Bundesgebiet besteht.“ angefügt.

4. § 15 Altersrente

- a. Absatz 2 Satz 2 und 3 werden gestrichen und durch folgende Sätze 2 und 3 ersetzt:
„In diesem Fall erfolgt der Ausgleich für die frühere Inanspruchnahme der Altersrente, in dem die nach § 17 Abs. 1 erreichte beitragsgerechte Anwartschaft auf Altersrente um pauschalierte versicherungsmathematische Abschläge zur Berücksichtigung der durch die Vorverlegung verlängerten Rentenzahlungsdauer vermindert wird. Diese betragen für jeden Monat, um den der Rentenbeginn vorgezogen wird

für das 65. Lebensjahr	0,49 %
für das 64. Lebensjahr	0,45 %
für das 63. Lebensjahr	0,41 %
für das 62. Lebensjahr	0,38 %
für das 61. Lebensjahr	0,35 %.

b. In Absatz 3 Satz 4 wird die Tabelle wie folgt geändert:

Alter, in dem die Zahlung entrichtet und die Rente nicht in Anspruch genommen wurde	Für je 1.000,- € geleisteten Beitrag bzw. nicht in Anspruch genommene Rente entsteht ein Anspruch auf zusätzliche Rente in Höhe von
65	„4,71 €
66	4,82 €
67	4,94 €
68	5,07 €.

c. Absatz 4 wird gestrichen und aus Absatz 5 wird neu Absatz 4.

d. Aus Absatz 6 wird neu Absatz 5 und Satz 2 wird wie folgt neu gefasst: **„Die Zahlung beginnt mit dem Ersten des Monats, der auf das Entstehen des Anspruchs folgt und endet mit Ablauf des Monats, in dem der Anspruch entfällt.“**

5. § 17 Höhe der Alters- und Berufsunfähigkeitsrente

a. Absatz 1 wird wie folgt neu gefasst: **„Der Jahresbetrag der durch Beitragszahlungen in einem Kalenderjahr erworbenen Rentenanwartschaft ergibt sich, indem die Summe der in diesem Kalenderjahr erworbenen monatlichen Beitragsquotienten nach Abs. 6 mit dem altersabhängigen Faktor nach Abs. 4 verrentet und mit dem Rentensteigerungsbetrag nach Abs. 5 multipliziert wird. Als jeweiliges Alter gilt die Differenz zwischen dem jeweiligen Kalenderjahr der Zahlung und dem Geburtsjahr. Die Summe der Jahresbeträge bis zum Berechnungszeitpunkt ergibt die beitragsgerechte Anwartschaft auf Altersrente.“**

b. Absatz 2 wird wie folgt neu gefasst: **Der Jahresbetrag der Anwartschaft auf Altersrente errechnet sich aus der Summe**

1. der bis zum Berechnungsstichtag nach Abs. 1 erworbenen beitragsgerechten Anwartschaften,
2. der zuzurechnenden Anwartschaften, die bei Weitererwerb des persönlichen monatlichen Zurechnungsquotienten gem. Abs. 7 vom Berechnungsstichtag bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres nach Abs. 1 erworben wurden (Zurechnungszeit),
3. der zugeteilten Anwartschaften für die Monate, für die eine Berufsunfähigkeitsrente festgestellt wurde, sofern nach der Berufsunfähigkeit erneut eine Beitragspflicht entstanden ist, wenn für diese Monate der persönliche monatliche Zurechnungsquotient erworben worden wäre, sowie
4. der beitragsgerechten Rentenanwartschaft aus einer Nachversicherung gem. § 33 Abs. 4.

Die Berufsunfähigkeitsrente beträgt bei Eintritt der Berufsunfähigkeit bis zum vollendeten 60. Lebensjahr 85% der Anwartschaft auf Altersrente. Bei Eintritt der Berufsunfähigkeit nach dem vollendeten 60. Lebensjahr erhöht sich dieser Prozentsatz um 0,25% für jeden Monat zwischen dem Monat der Vollendung des 60. Lebensjahres und dem Monat des Eintritts der Berufsunfähigkeit.“

c. Absatz 3 wird wie folgt neu gefasst: **„Der Jahresbetrag einer nach § 15 Abs. 2 vorgezogenen Altersrente ergibt sich aus der Summe der nach Abs. 2 Nr. 1, 3 und 4 bis zum Vorziehungszeitpunkt erworbenen Rentenanwartschaften, vermindert um den Abschlag nach § 15 Abs. 2. Der Jahresbetrag der Anwartschaft auf Altersrente zum nach § 15 Abs. 3 späteren Zeitpunkt ergibt sich aus der Summe der nach Abs. 2 Nr. 1, 3 und 4 erworbenen Rentenanwartschaften, erhöht um die Erhöhungsbeträge nach § 15 Abs. 3.“**

d. Absatz 4 wird wie folgt neu gefasst: **„Die altersabhängigen Faktoren ergeben sich aus nachfolgender Tabelle:**

Alter*	Rx	Rx Zurechnung
25	1,899	41,490
26	1,835	39,591
27	1,772	37,756
28	1,713	35,984
29	1,651	34,271
30	1,594	32,620
31	1,538	31,026
32	1,484	29,488
33	1,434	28,004
34	1,385	26,570
35	1,339	25,185
36	1,293	23,846
37	1,248	22,553
38	1,205	21,305
39	1,163	20,100
40	1,122	18,937
41	1,084	17,815
42	1,047	16,731
43	1,011	15,684
44	0,978	14,673
45	0,945	13,695
46	0,913	12,750
47	0,883	11,837
48	0,852	10,954
49	0,822	10,102
50	0,792	9,280
51	0,762	8,488
52	0,733	7,726
53	0,705	6,993
54	0,677	6,288
55	0,651	5,611
56	0,626	4,960
57	0,602	4,334
58	0,580	3,732
59	0,561	3,152
60	0,545	2,591
61	0,529	2,046
62	0,516	1,517
63	0,505	1,001
64	0,496	0,496
65	0,490	

* Kalenderjahr der Zahlung ./ Geburtsjahr

e. Absatz 5 wird wie folgt neu gefasst: **„Der Rentensteigerungsbetrag für Ren-**

tenfälle in den Geschäftsjahren 2004 und 2005 beträgt jeweils • 100. Der Rentensteigerungsbetrag für Rentenfälle nach dem 31.12. 2005 wird jährlich aufgrund des Jahresabschlusses und des versicherungsmathematischen Gutachtens des vorletzten Geschäftsjahres von der Vertreterversammlung auf Vorschlag des Verwaltungsrates festgesetzt. Der Beschluss ist nach Genehmigung durch die Versicherungsaufsichtsbehörde bekannt zu geben.“

f. Absatz 6 wird mit folgendem Wortlaut neu angefügt:

„Die Summe der durch Beitragszahlungen erworbenen monatlichen Beitragsquotienten gem. Absatz 1 ergibt sich, indem für jeden Monat, in dem eine Mitgliedschaft bestand, der Quotient gebildet wird zwischen dem in diesem Monat gezahlten Beitrag und dem Höchstbeitrag in der Deutschen Rentenversicherung im entsprechenden Monat, wobei die Berechnung bis auf vier Stellen nach dem Komma mit kaufmännischer Rundung erfolgt. Bestand nur für einen Teil des Monats Beitragspflicht, gilt dieser Monat als Beitragsmonat. Die Summe dieser durch Beitragszahlungen erworbenen monatlichen Beitragsquotienten geteilt durch die Anzahl der Monate der Mitgliedschaft ergibt den persönlichen monatlichen Beitragsquotienten.“

g. Absatz 7 wird mit folgendem Wortlaut neu angefügt:

„Der persönliche monatliche Zurechnungsquotient gem. Absatz 2 Nr. 2 und 3 wird wie folgt ermittelt: Die Summe der durch Beitragszahlungen erworbenen monatlichen Beitragsquotienten wird um die Beitragsquotienten vermindert, die nach § 18 Abs. 2 auf die für Zeiten der Kinderbetreuung außer Betracht bleibenden Kalendermonate entfallen; die Summe der Monate, in der eine Mitgliedschaft bestand, wird ebenfalls um die nach § 18 Abs. 2 außer Betracht bleibenden Kalendermonate vermindert. Ferner werden die Monate, für die eine Berufsunfähigkeitsrente nach § 16 festgestellt wurde, wenn nach der Berufsunfähigkeit erneut eine Beitragspflicht entstanden ist, abgezogen. Die verminderte Summe der durch Beitragszahlungen erworbenen monatlichen Beitragsquotienten wird durch die verbliebene Anzahl der Monate, in denen eine Mitgliedschaft bestand, geteilt. Das Ergebnis dieser Division ist der persönliche monatliche Zurechnungsquotient; er wird bis auf vier Stellen nach dem Komma mit kaufmännischer Rundung ermittelt.“

h. Absatz 8 wird mit folgendem Wortlaut neu angefügt:

„Scheidet ein Mitglied aus dem Versorgungswerk aus und erfolgt keine Übertragung der Beiträge gemäß § 32, so behält das ehemalige Mitglied vorbehaltlich der nachfolgenden Absätze einen Anspruch lediglich auf die beitragsgerechte Rente nach § 17 Abs. 2 Nr. 1, 3 und 4. Eine Zurechnung entfällt.“

i. Absatz 9 wird mit folgendem Wortlaut neu angefügt:

„Ist ein ausgeschiedenes Mitglied mit An-

wirtschaft, das noch nicht in die Rente eingewiesen ist, bei Eintritt des Leistungsfalls (Berufsunfähigkeit oder Tod) beitragspflichtiges Mitglied eines anderen auf Gesetz beruhenden Versorgungsträgers im Geltungsbereich der VO (EWG) Nr. 1408/71 bzw. VO (EWG) 883/2004 (außer Deutsche Rentenversicherung), wird statt der beitragsberechtigten Rente eine höhere Rente gewährt, die sich anteilig aus einer theoretischen Rente ergibt. Voraussetzung ist, dass auch die anderen beteiligten Versorgungsträger im Zeitpunkt des Versorgungsfalles ihre Versorgungsleistungen im Sinne dieses Absatzes berechnen.

Der Anteil ergibt sich entsprechend dem Verhältnis der bisherigen Mitgliedschaft im Versorgungswerk zur gesamten, bis zum Leistungsfall zurückgelegten Versicherungszeit bei allen auf Gesetz beruhenden Versorgungsträgern im Geltungsbereich der Verordnungen (EWG) 1408/71 bzw. 883/2004 (außer Deutsche Rentenversicherung).

Die Berechnung der theoretischen Rente erfolgt in der Weise, dass sowohl Versicherungszeiten vor Beginn der Mitgliedschaft als auch Zeiten vom Ausscheiden aus dem Versorgungswerk bis zum Berechnungszeitpunkt mit der im Durchschnitt monatlich erworbenen Anwartschaft belegt werden. Die im Durchschnitt erworbene Anwartschaft ergibt sich, indem die erworbene beitragsgerechte Rente durch die Anzahl der Monate, in denen sie erworben wurde, geteilt wird. Für Zeiten ab dem Berechnungszeitpunkt kommt der persönliche monatliche Beitragsquotient nach Abs. 6 für die satzungsgemäße Zurechnungszeit zum Ansatz.“

j. Absatz 10 mit folgendem Wortlaut neu angefügt:

„Hat ein Mitglied nach der Pflichtmitgliedschaft im Versorgungswerk seine Mitgliedschaft gem. § 11 Abs. 2 weitergeführt, so werden seine während dieser fortgesetzten Mitgliedschaft geleisteten Beiträge separat verrentet, sofern auch die anderen beteiligten Versorgungsträger Rentenanwartschaften im Sinne der Abs. 9 und 11 berechnen. Die Berechnung der theoretischen Rente erfolgt ohne Einbeziehung dieser fortgesetzt geleisteten Beiträge.

Für die Zeiten der fortgesetzten Mitgliedschaft wird aufgrund der in dieser Zeit geleisteten Beiträge eine zusätzliche Anwartschaft auf Altersrente nach den Bestimmungen der Absätze 1 – 3 ermittelt. Diese zusätzliche Anwartschaft wird im Versorgungsfall neben der anteiligen theoretischen Rente geleistet.“

k. Absatz 11 wird mit folgendem Wortlaut neu angefügt:

„Besitzt ein Mitglied des Versorgungswerkes auch bei anderen auf Gesetz beruhenden Versorgungsträgern im Geltungsbereich der VO (EWG) Nr. 1408/71 bzw. VO 883/2004 (außer Deutsche Rentenversicherung) Anwartschaften für den Fall der Berufsunfähigkeit oder des Todes, wird statt der satzungsgemäßen Rente eine theoretische Rente anteilig geleistet, wenn auch die anderen beteiligten Versorgungsträger im Zeitpunkt des Versor-

gungsfalles ihre Versorgungsleistungen im Sinne dieses Absatzes berechnen.

Für die Berechnung der theoretischen Rente wird die satzungsgemäße Rente ergänzt, indem Zeiten vor Beginn der Mitgliedschaft mit der im Durchschnitt monatlich erworbenen Anwartschaft belegt werden. Der Anteil der theoretischen Rente ergibt sich entsprechend dem Verhältnis der Mitgliedschaftszeit im Versorgungswerk zur gesamten zurückgelegten Versicherungszeit.“

6. § 18 Kinderbetreuungszeiten

a. In Absatz 1 werden die Worte „schriftlich anzeigt, dass es die Betreuung des Kindes übernimmt“ durch die Worte „die Geburt seines Kindes anzeigt, diese durch Vorlage der Geburtsurkunde nachweist und es die Betreuung des Kindes übernimmt“ ersetzt.

b. Absatz 2 wird wie folgt neu gefasst:

„Als Kinderbetreuungszeiten gelten:

a. Zeiten, in denen ein gesetzliches Beschäftigungsverbot nach den § 3 Abs. 2 und § 6 Abs. 1 des Gesetzes zum Schutz der erwerbstätigen Mutter (MuSchuG) besteht, bestanden hat oder bestanden hätte, wenn die Betreffende unselbstständig tätig gewesen wäre;

b. Zeiten, in denen das Mitglied bis längstens zum Ablauf des dritten Jahres nach dem Tage der Geburt seines Kindes die Übernahme der Betreuung dieses Kindes geltend macht.“

c. In Absatz 3 werden die Worte „nur bei einem Mitglied berücksichtigt werden“ durch die Worte „von beiden Elternteilen in Anspruch genommen werden“ ersetzt.

7. § 22 Waisenrente

Absatz 5 wird gestrichen.

8. § 28 Beiträge

a. In Absatz 1 werden die Wörter „gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten“ durch die Wörter „Deutschen Rentenversicherung“ ersetzt.

b. In Absatz 4 werden nach Satz 1 folgende Sätze 2, 3 und 4 neu angefügt:

„Hiervon abweichend können Mitglieder, die während der Kinderbetreuungszeit i. S. v. § 18 Abs. 2 nicht erwerbstätig sind und keine Einkünfte erzielen, auf Antrag für diesen Zeitraum von der Verpflichtung zur Beitragszahlung vollständig oder teilweise befreit werden. Der Antrag ist innerhalb der Kinderbetreuungszeit zu stellen. Beiträge für Kinderbetreuungszeiten müssen während der Kinderbetreuungszeit geleistet werden.“

9. § 29 Besondere Beiträge

In Abs. 1 wird das Wort „Bundesanstalt“ durch das Wort „Bundesagentur“ ersetzt.

10. § 30 Zusätzliche freiwillige Beiträge

a. In Absatz 1 werden die Wörter „in Zehnstufen des Höchstbeitrages zur gesetzlichen Rentenversicherung“ gestrichen.

b. Absatz 2 wird gestrichen und aus Absatz 3 wird Absatz 2.

c. Im neuen Abs. 2 Satz 1 wird das Wort „entrichtet“ durch das Wort „berücksichtigt“ ersetzt.

11. § 31 Beitragsverfahren

In Absatz 5 Satz 2 werden die Wörter „nach Befreiung gem. § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI erstattet oder“ gestrichen.

12. § 32 Erstattung und Überleitung der Beiträge

a. In der Überschrift wird das Wort „Übertragung“ durch das Wort „Überleitung“ ersetzt.

b. In Absatz 1 Satz 3 werden nach den Wörtern „für die Fälle des § 11 Abs. 2“ die Wörter „und solange ein Ehescheidungsverfahren anhängig oder ein Versorgungsausgleich bereits durchgeführt worden ist.“ angefügt.

13. § 33 Nachversicherung

a. In Absatz 2 werden die Wörter „sofern sie das 40. Lebensjahr zu Beginn der für die Nachversicherung maßgebenden Beschäftigung noch nicht vollendet hatten“ gestrichen.

b. Absatz 4 wird wie folgt neu gefasst:

„Das Versorgungswerk nimmt die Nachversicherungsbeiträge inklusive der Dynamikbeiträge nach § 181 Abs. 4 SGB VI als eine Summe entgegen. Sie werden dem Kalenderjahr zugeordnet, in dem der Eingang der Nachversicherungsbeiträge erfolgt. Der Jahresbetrag der beitragsberechtigten Rentenanwartschaft aus der Nachversicherung ergibt sich, indem der Quotient aus den Nachversicherungsbeiträgen inklusive der Dynamikbeiträge zu dem Höchstbeitrag der Deutschen Rentenversicherung des Monats, in dem die Zahlung erfolgte, gebildet wird, multipliziert mit dem Rentensteigerungsbetrag nach § 17 Abs. 5 und dem Faktor der Tabelle in § 17 Abs. 4, der dem erreichten Alter im Kalenderjahr des Eingangs des Nachversicherungsbeitrages entspricht.“

b. Absatz 5 wird gestrichen.

Begründung:

1. Zu § 3a:

Die Änderung zu Abs. 4 ist redaktioneller Natur. Eine 2/3 Mehrheit ist erforderlich für die Wahl und Abberufung von Verwaltungsratsmitgliedern. Dies war in der 1. Satzungsänderung gemeint und hat sich nur dadurch verschoben, dass sich während des Beschlussverfahrens die Nummernreihenfolge verändert hat.

Verwaltungsrat und Vertreterversammlung empfehlen, die Anrechnungsvorschrift bei den Waisenrenten zu streichen. Vgl. auch Begründung zu § 22 Abs.5.

2. Zu § 9:

Die Einschränkung in Nr. 4 auf die Mitgliedschaft in „einer anderen Berufsgruppe“ ergibt sich aus der Einbeziehung der berufsständischen Versorgungswerke in den sachlichen Geltungsbereich der VO (EWG) Nr. 1408/71 und dem darin enthaltenen Lokalitätsprinzip. Art. 13 Abs. 2 VO (EWG) Nr. 1408/71 sieht vor, dass grundsätzlich die Rechtsvorschriften über

die soziale Sicherheit des Mitgliedstaates gelten, in dem eine Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit ausgeübt wird. Zukünftig wird es daher keine Befreiungen mehr innerhalb der Versorgungswerke einer Berufsgruppe geben. Etwas anderes soll aber gelten für Mitglieder, die auch beitragspflichtig sind in einem Versorgungswerk eines anderen Berufstandes.

Nr. 5 betrifft die Pflichtmitgliedschaft in einem Pflichtversorgungssystem des EU-Mitgliedstaates, das nach der VO (EWG) Nr. 1408/71 als Sozialversicherungsträger ausschließlich zuständig wird und dient zum einen der Vermeidung einer doppelten Zahlungsverpflichtung, zum anderen aber auch der optionalen Aufrechterhaltung der Mitgliedschaft. Zwar wird durch die Einbeziehung der berufsständischen Versorgungswerke in den sachlichen Geltungsbereich der VO 1408/71 die Koordinierung verschiedener Sozialsysteme in Europa sichergestellt. Dennoch kann es für Mitglieder aufgrund des unterschiedlichen Sicherungsniveaus der Alterssicherungssysteme in der EU ein vitales Interesse daran geben, die Mitgliedschaft im Versorgungswerk aufrechtzuerhalten. Diese Möglichkeit betrifft umso mehr Fälle, in denen die Berufstätigkeit in Drittstaaten verlegt wird, in denen die VO 1408/71 nicht greift. Dem Mitglied wird daher die Option eingeräumt, seine Beitragsverpflichtung ganz oder teilweise aufrechtzuerhalten. Denn im Regelfall verbleibt es bei einer Tätigkeit im Ausland bei der Kammerzugehörigkeit der zuletzt zuständigen Psychotherapeutenkammer, so dass die Voraussetzungen des nachfolgenden § 11 zur freiwilligen Fortsetzung nicht gegeben sind

3. Zu § 11:

Nicht zuletzt aufgrund der Rechtsprechung des EuGH in der Rechtssache „Danner“ vom 03.10.2002 ist es geboten, freiwillige Elemente im Bereich der berufsständischen Versorgung, die Teil der ersten Säule der Alterssicherung in Deutschland ist, zurückzuführen. Das Urteil des EuGH unterstellt auch solche freiwilligen Formen der Altersvorsorge dem europäischen Wirtschafts- und Wettbewerbsrecht, die von dem gesetzlichen System der ersten Säule bereitgestellt werden. Im Gegensatz zu den Grundfreiheiten des EG-Vertrags und den Vorschriften der VO (EWG) Nr. 1408/71 ist für die Anwendung des europäischen Wettbewerbsrechts keine Anknüpfung an einen zwischenstaatlichen Sachverhalt erforderlich.

Demzufolge sieht die Neufassung die freiwillige Fortsetzung der Pflichtmitgliedschaft nur in eingeschränktem Umfang vor. Die Neufassung beschränkt die Möglichkeit der fortgesetzten Mitgliedschaft auf solche Fälle, in denen ein Mitglied nicht bei einem anderen berufsständischen Psychotherapeutenversorgungswerk im Bundesgebiet beitragspflichtiges Mitglied ist. Besteht hingegen eine beitragspflichtige Mitgliedschaft in einem anderen Psychotherapeutenversorgungswerk im Bundesgebiet, ist sichergestellt, dass ein ausreichendes Versorgungsniveau in einem Regelpflichtsystem der ersten Säule erworben wird. Für eine weitergehende Absicherung in der ersten Säule durch eine freiwillige Fortsetzung der Mitgliedschaft beim Versorgungswerk derselben Berufsgruppe besteht dann kein Erfordernis.

Die Streichung der Erstattungsmöglichkeit nach § 32 Abs. 2 ist eine redaktionelle Folgeänderung, nachdem in der 1. Satzungsände-

rung beschlossen worden ist, die Erstattungsmöglichkeit in Höhe von 60% abzuschaffen.

4. Zu § 15:

Bisher wurde mit dem Abschlag bei Vorziehung der Altersrente ausgeglichen

- der frühere Bezug der Altersrente sowie
- das Fehlen der bis zum 65. Lebensjahr eingerechneten Beiträge.

Nach den Erfahrungen bei anderen Versorgungswerken ist es genauer, die Abschläge statt auf die auf das 65. Lebensjahr hochgerechnete Anwartschaft auf Altersrente anzuwenden sondern besser auf die bis dahin erreichte beitragsgerechte Rente.

Für den Aufschub der Altersrente hat der Mathematiker empfohlen, die Verrentungssätze zur Berücksichtigung der erwarteten Langlebigkeit schon jetzt etwas niedriger festzusetzen.

Nach Rücksprache mit dem Versicherungsmathematiker wird zudem empfohlen, die Wartezeit für die Altersrente von 60 Monaten in Abs. 4 ersatzlos abzuschaffen. Sie hat keine versicherungsmathematische Bewandnis.

In Abs. 5 neu wird klarstellend geregelt, dass die Zahlung der Altersrente erst beginnt, wenn das Mitglied das jeweilig erforderliche Alter (z. B. 60. oder 65. Lebensjahr) vollendet hat. In diesem Monat entsteht zwar der Anspruch, Rentenbeginn sollte aber der 1. des Monats sein, der auf die Vollendung des Lebensjahres folgt. Dies ist vertretbar, da das Mitglied für den Monat der Vollendung des z. B. 65. Lebensjahres in aller Regel noch ein Gehalt bezieht und daher daraus auch noch ein Beitrag zum Versorgungswerk entrichtet werden muss, der ansonsten mit einem Rentenbezug in diesem Monat kollidieren würde.

5. Zu § 17:

Die Neufassung des § 17 hat 2 Gründe. Erstens passt sie die Rentenberechnung an die Besonderheiten des PTV an. Es hat sich gezeigt, dass nicht selten unterbrochene Versicherungsverläufe vorliegen mit beitragslosen Zeiten, z. B. weil eine temporäre Pflichtversicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung besteht. In diesen Fällen ist es problematisch, wenn zur Bewertung der Beitragszahlungen, die nach dem gegenwärtigen System auf regelmäßig wiederkehrende ununterbrochene Zahlungen ausgelegt ist, nur einmalig zu Beginn der Mitgliedschaft der eintrittsalterabhängige Multiplikator vergeben wird, ohne dass anschließend zwingend Beitragspflicht z. B. wegen einer anderen vorrangigen Pflichtmitgliedschaft in der gesetzlichen Rentenversicherung besteht und eine Beitragszahlung erst zu einem sehr viel späteren Zeitpunkt aufgenommen werden muss. Denn der Multiplikator soll die Verweildauer der Beiträge im Versorgungswerk berücksichtigen, weshalb ein junges Mitglied einen höheren Multiplikator erhält als ein bei Beginn der Mitgliedschaft älteres Mitglied. Zum Teil erst Jahre später gezahlte Beiträge dürfen daher nicht mit dem ursprünglichen Multiplikator bewertet werden. Insoweit bietet es sich auf Empfehlung des Versicherungsmathematikers an, sog. altersabhängige Faktoren einzuführen, die die Beitragszahlung immer in dem Jahr der Zahlung mit dem dann gültigen Faktor verrenten.

Zweitens überträgt die Rentenberechnung die Grundprinzipien der VO (EWG) Nr. 1408/71 bzw. der nachfolgenden Koordinierungsverordnung (EWG) 883/2004 auch auf die innerstaatliche Migration. Nach der VO (EWG) 1408/71 wird die Zurechnung, die für den Fall der Berufsunfähigkeit und des Todes von Bedeutung ist, nicht mehr allein vom letztzuständigen Versorgungsträger gewährt, sondern anteilig von allen Versorgungsträgern, bei denen das Mitglied Anwartschaften erworben hat, getragen (sog. „Proratierung“). Hierdurch soll es zu einer gerechteren und gleichmäßigeren Belastung der Versorgungsträger im Falle des vorzeitigen Versorgungsfalles kommen.

In den Absätzen 1, 2 und 3 ist zu diesem Zweck zunächst die Satzungsrente definiert. Abs. 4 enthält die neue Tabelle mit den altersabhängigen Verrentungsfaktoren, Abs. 5 neu entspricht dem alten Abs. 3 und regelt die Höhe des Rentensteigerungsbetrages. Die Definitionen des persönlichen monatlichen Beitragsquotienten enthält Abs. 6 und Abs. 7 die des persönlichen monatlichen Zurechnungsquotienten. In Abs. 7 wird zudem klargestellt, dass Kinderbetreuungszeiten (siehe hierzu § 18) im Rahmen der Zurechnungszeiten keine rentenmindernde Berücksichtigung finden. Dies gilt auch für Monate einer festgestellten Berufsunfähigkeitsrente, wenn nach der Berufsunfähigkeit erneut eine Beitragspflicht entstanden ist.

Absatz 8 regelt wie bisher, dass ausgeschiedene Mitglieder grundsätzlich nur einen Anspruch auf eine beitragsgerechte Rente haben, Zurechnungszeiten folglich unberücksichtigt bleiben. Etwas anderes ergibt sich jedoch nach Abs. 9, wenn das ausgeschiedene Mitglied bei Eintritt des Leistungsfalls bei einem anderen auf Gesetz beruhenden Versorgungsträger im Geltungsbereich der VO 1408/71 bzw. der Nachfolgeverordnung 883/2004 (ohne DRV) Mitglied ist. Hier stellt Abs. 9 in Übereinstimmung mit den Vorgaben der EU-Koordinierungsverordnung klar, dass sich das frühere Versorgungswerk an den insgesamt zurückgelegten Zeiten rätterlich beteiligt, wenn beide Versorgungswerke die Proratierung nach der Satzung anwenden. Dies erfolgt mit Hilfe einer theoretischen Rente dergestalt, dass die Versicherungszeiten im Versorgungswerk ins Verhältnis gesetzt werden zur Gesamtversicherungszeit und anteilig die fremden Versicherungszeiten rentenerhöhend mit der durchschnittlich erworbenen Anwartschaft belegt werden.

Wenn Mitglieder neben ihrer Pflichtmitgliedschaft in einem anderen Versorgungssystem freiwillige Beiträge während einer fortgesetzten parallelen Mitgliedschaft im Versorgungswerk leisten, wird die aus diesen Beiträgen erworbene Anwartschaft der proratisierten Anwartschaft hinzugerechnet. Dies ist in Abs. 10 berücksichtigt.

Abs. 11 regelt schließlich, dass im Falle des Eintritts des Leistungsfalls die im Versorgungswerk zurückgelegten Zeiten ebenfalls nur noch zeitanteilig berücksichtigt werden, wenn das Mitglied zuvor Anwartschaften auch bei anderen Versorgungsträgern erworben hat und diese Anwartschaften zum Zeitpunkt des Eintritts des Versorgungsfalles noch bestehen.

Hervorzuheben ist abschließend noch einmal, dass die anteilige Berechnung der Leistungen

nur dann durchgeführt wird, wenn auch die anderen beteiligten Versorgungsträger entsprechende Regelungen in ihre Satzungen aufgenommen haben, also Gegenseitigkeit gewährleistet ist.

6. Zu § 18:

Die vormals in § 18 statuierte „Günstigerprüfung“ kann entfallen. Durch die neuen Regelungen des § 17 werden alle während der Kinderbetreuungszeit entrichteten Versorgungsbeiträge bei der Berechnung der beitragsgerechten Anwartschaft einbezogen. Für die Zurechnung werden für die Ermittlung des persönlichen monatliche Zurechnungsquotienten zukünftig die Kinderbetreuungszeiten ebenso wie die Berufsunfähigkeitszeiten, wenn nach dem Rentenbezug erneut eine Beitragspflicht entsteht, herausgerechnet, wodurch sich der persönliche monatliche Zurechnungsquotient in der Regel erhöht.

Ferner bewirkt die Neuregelung, dass es versicherungsmathematisch keine Auswirkungen hat, wenn zukünftig beide Elternteile die Kinderbetreuungszeiten gleichzeitig geltend machen.

7. Zu § 22:

Auf Empfehlung des Versicherungsmathematikers haben sich die zuständigen Gremien dafür ausgesprochen, die Anrechnungsvorschrift zu streichen. Sie ist versicherungsmathematisch nicht erforderlich und kann daher zugunsten des Waisenrentenanspruchs entfallen.

8. Zu § 28:

Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung zum 01.01.2005 hat die historische Unterteilung der gesetzlichen Rentenversicherung in eine Rentenversicherung der Angestellten und Arbeiter ihr Ende gefunden. Der Begriff „Rentenversicherung der Angestellten und Arbeiter“ wurde dabei durch den allgemeinen Begriff „Deutsche Rentenversicherung“ ersetzt. Diese Anpassung ist in Abs. 1 vollzogen worden.

In Abs. 4 wird dem Beschluss des BVerfG vom 05.04.2005 Rechnung getragen, mit dem die bestehende Beitragsverpflichtung während einkommensloser Kinderbetreuungszeiten für verfassungswidrig erklärt worden ist. Der neue Satz 2 in Absatz 4 stellt, abweichend von dem

ansonsten geltenden Grundsatz nach Satz 1 klar, dass auf Antrag von einer Beitragshebung während der Mutterschutzfrist und des Zeitraums, in dem Erziehungsgeld nach dem BEerzGG beansprucht werden kann, teilweise oder vollständig abgesehen werden kann.

9. Zu § 29:

Die Änderung in Abs. 1 erfolgt aufgrund der Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung.

10. Zu § 30:

Die Begrenzung von Zusatzbeitragszahlungen auf Zehntelstufen ist nicht zwingend notwendig. Vielmehr ist die Handhabung für das Mitglied flexibler, wenn es Zusatzbeiträge in jeder beliebigen Höhe (bis maximal 15/10) zahlen oder z.B. Guthaben als Zusatzbeitrag verbucht werden kann, auch wenn es keine ganzen Zehntel sind.

Versicherungsmathematisch ist es wegen der jetzt altersabhängigen Verrentungssätze möglich, die Begrenzung auf das 55. Lebensjahr im bisherigen Abs. 2 fallen zu lassen.

Die Einschränkung in Abs. 3 (= Abs. 2 n. F.) dient der Vermeidung von Zinsnachteilen. Bisher konnten zusätzliche Beiträge stets rückwirkend noch für das gesamte laufende Geschäftsjahr gezahlt werden. Da es nicht selten vorkommt, dass Mitglieder am Jahresende einen Einmalbetrag leisten und diesen auf das gesamte zurückliegende Geschäftsjahr verteilen, somit den 3,5%igen Rechnungszins „mitnehmen“ zzgl. ggf. einer Dynamisierung, ohne dass das Versorgungswerk mit dem eingezahlten Betrag tatsächlich einen Zinsertrag erwirtschaften konnte, soll die Zahlung von Zusatzbeiträgen nur noch für die Zukunft zugelassen werden.

11. Zu § 31:

Hierbei handelt es sich um eine redaktionelle Anpassung. Das Befreiungsrecht gem. § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI gilt für das Versorgungswerk der Psychotherapeutenkammer NRW nicht, so dass ein Verweis hierauf überflüssig ist.

12. Zu § 32:

Die bisherige Regelungslücke wird geschlossen und es wird klargestellt, dass eine Beitrag-

erstattung trotz Nichterfüllung der Wartezeit ausgeschlossen ist, wenn das Versorgungswerk im Rahmen eines Scheidungsverfahrens auskunftsverpflichtet oder der Versorgungsausgleich bereits durchgeführt ist und ggf. Anrechte an den Ausgleichsberechtigten übertragen werden müssen.

13. Zu § 33:

Die Ausgestaltung der Nachversicherung (§ 186 SGB VI) war bisher so, dass die Nachversicherungsbeiträge als rechtzeitig in der Zeit entrichtet bewertet werden, für die die Nachversicherung durchgeführt wird. Der nachzuversichernde Berufsangehörige erhält danach auf seine Nachversicherung rückwirkend den Rechnungszins einschließlich der jährlichen Dynamisierungen, was im Regelfall deutlich über der „mitgebrachten“ Dynamisierung liegt, sowie einen entsprechend hohen eintrittsalterabhängigen Multiplikator. Der Nachzuversichernde wird dadurch zu Lasten der Versicherungsgemeinschaft begünstigt. Mit Rücksicht auf die Änderungen der Rechnungsgrundlagen in §§ 15 und 17 ergibt sich auch bei der Bewertung der Nachversicherung Änderungsbedarf.

Zukünftig werden die Nachversicherungsbeiträge daher auf den Zeitpunkt der Zahlung an das Versorgungswerk mit dem dann jeweils einschlägigen Verrentungsfaktor bewertet werden. Dies ist sachgerecht, da dem Versorgungswerk diese Beiträge auch erst zu diesem Zeitpunkt zur verzinslichen Investition zur Verfügung stehen. Anders als bisher werden jedoch auch die Dynamikanteile in die Verrentung einbezogen.

Die Satzungsänderungen treten mit Wirkung ab 01.01.2008 in Kraft.

*Genehmigt
Düsseldorf, den 13.02.2007
Finanzministerium des Landes Nordrhein-
Westfalen
im Auftrag*

Friedhelm Stucke

*Ausgefertigt
Düsseldorf, den 22.02.2007
Versorgungswerk der Psychotherapeuten-
kammer Nordrhein-Westfalen*

*Monika Konitzer
Präsidentin der Psychotherapeutenkammer
Nordrhein-Westfalen*