

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die DAK und die Technikerkrankenkasse haben kürzlich ihre Gesundheitsberichte veröffentlicht. Die Ergebnisse sind besorgniserregend: Während der Krankenstand aufgrund körperlicher Erkrankungen deutlich sinkt, nimmt die Anzahl krankheitswertiger psychischer Störungen und die daraus resultierende Arbeitsunfähigkeit der Betroffenen dramatisch zu. Bei den DAK-Versicherten stieg zwischen 1997 und 2004 die Zahl der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit um 70%. Depressive Störungen haben an dieser hohen Rate einen prominenten Anteil. Sicherlich ist der Anstieg nicht allein mit den gesellschaftlichen Folgen der chronisch hohen Arbeitslosigkeit zu erklären. Ebenso von Bedeutung ist die verbesserte diagnostische Sensitivität der Ärzte und die den Medien zu verdankende Enttabuisierung psychischer Erkrankungen. Aufgrund der hohen Krankheitsfolgekosten ändert die multifaktorielle Bedingtheit der Prävalenz und Inzidenz psychischer Störungen allerdings nichts an deren gesellschaftlicher Relevanz. Dem DAK-Vorstandsvorsitzenden Herbert Rebscher, der fordert, dass diese besorgniserregende Entwicklung gesundheitspolitisch in den Fokus zu rücken ist und Prävention und Versorgungsqualität zu optimieren sind, können wir deshalb uneingeschränkt zustimmen. Kritisch anzumerken bleibt dennoch, dass sich der diesjährige DAK-Gesundheitsbericht am Schluss damit begnügt, eine Verbesserung der psychiatrischen Kompetenz (soll wohl heißen: Optimierung der Pharmakotherapie) der Ärzte zu fordern. Die Unwissenheit gegenüber dem Leistungs- und Innovationspotential der psychologischen Heilkunde für die Prävention, Akutversorgung und Rehabilitation, die in derartigen „Empfehlungen“ zum Ausdruck kommt, macht deutlich, wie weit entfernt wir noch davon sind, als gleichberechtigte Partner für eine wissenschaftlich fundierte Weiterentwicklung des Gesundheitssystems zur Kenntnis genommen zu werden.

Kammern, Verbände wie Wissenschaft sind deshalb gemeinsam gefordert, dieser Herausforderung zu begegnen. Aus den Kammermitteilungen können Sie entnehmen, an wie vielen Parallelbaustellen die gewähl-

ten Vertreter der Psychotherapeuten gegenwärtig damit beschäftigt sind, am Profil der Psychotherapeuten zu arbeiten und für die notwendige Übersetzungsarbeit in das Gesundheitssystem Sorge zu tragen.

Im redaktionellen Teil werden wichtige gesundheits- und forschungspolitische Fragestellungen der Profession abgehandelt. **Petra Baumann-Frankenberger** berichtet über „gesundheitsziele.de“, ein Forum, das sich „vordenkend“ mit einer zielorientierten Weiterentwicklung des Gesundheitssystems beschäftigt. Aktuelles Thema ist die Entwicklung von präventiv und kurativ ausgerichteten Versorgungszielen für depressive Störungen. Dies kann für die zukünftige Ausrichtung der psychotherapeutischen Versorgung von zentraler Bedeutung werden. Dem Aufruf zur Beteiligung an der Arbeit dieses Gremiums ist deshalb große Resonanz zu wünschen.

Volker Tschuschke und **Stephan Hau** setzen die Debatte über gegenstandsangemessene Forschungsparadigmen in der Psychotherapie fort. Beide argumentieren auf der Grundlage eines psychoanalytischen Psychotherapieverständnisses. Tschuschke greift in seinem Artikel Randomisierungs- und Maunualisierungsanforderungen vehement an und fordert alternativ kombinierte Prozess- und Erfolgsstudien unter Versorgungsbedingungen. Es ist mir persönlich wichtig, darauf hinzuweisen, dass diese Randomisierungs- und Maunualisierungsanforderungen aus Gründen der internen Validität bei experimentellen Therapiestudien unerlässlich sind. Hau entwickelt in seinem Artikel ein umfassendes empirisches Forschungsprogramm für die Psychoanalyse. Klinische Einzelfallbeobachtungen erhalten hier ebenso einen Platz wie grundlagenwissenschaftlich ausgerichtete Experimente und methodisch gut kontrollierte Therapiestudien. Mit der Betonung der Notwendigkeit empirischer Forschung in der Psychotherapie reihen sich beide Autoren in den internationalen Konsens der „scientific community“ der Psychotherapieforscher ein, wobei ihre explizit psychodynamische Orientierung eine wichtige Bereicherung des Forschungshorizontes erwarten lässt.



Frauke Werther setzt sich mit der Fragestellung auseinander, weshalb geistig Behinderte es schwer haben, in der ambulanten Versorgung einen Therapieplatz zu erhalten. Aus der erfahrungsgestützten Sicht der Autorin sind dafür fachlich unbegründete Voreingenommenheiten vieler niedergelassener PsychotherapeutInnen und Ausbildungsdefizite verantwortlich zu machen. Die beklagte Unterversorgung dieser Patientengruppen sollte jedenfalls zum Anlass für verstärkte Anstrengungen genommen werden, um dieses Versorgungsdefizit zu beheben.

Die redaktionelle Gesamtbetreuung, zu der auch die Rubriken „Recht aktuell“, „Aktuelles aus der Forschung“, Rezensionen und Leserbriefe gehören, lag zum letzten Mal in den bewährten Händen von **Barbara Ripper**. Zum großen Bedauern der Redaktion scheidet die wissenschaftliche Referentin auf eigenen Wunsch aus den Diensten der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg aus. Die redaktionelle Betreuung des Psychotherapeutenjournals wird in Zukunft von der bayerischen Landeskammer übernommen. Im Namen des Redaktionsbeirats möchte ich mich bei Barbara Ripper ganz herzlich für ihre ausgezeichnete Arbeit in den zurückliegenden Jahren bei der Betreuung des Psychotherapeutenjournals bedanken. Für ihren weiteren Lebensweg wünschen wir ihr alles Gute!

*Detlev Kommer (Baden-Württemberg)
für den Redaktionsbeirat des
Psychotherapeutenjournals*

Inhalt

Editorial	97	
Artikel	100	
<i>Baumann-Frankenberger, P.</i> Gesundheitsziele für Deutschland. Depression im Blickpunkt	100	
Seit 5 Jahren wird im Auftrag des BMGS an einem Katalog von Gesundheitszielen für die deutsche Bevölkerung gearbeitet, zu denen sich Kostenträger, Leistungserbringer und Politik im Konsens bekennen. Das Gremium und dessen bisherige Arbeit wird vorgestellt. Auf ein neues, für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten besonders relevantes Ziele-Thema wird hingewiesen: Depression. An alle Kolleginnen und Kollegen ergeht der Appell, etwaige Maßnahmen aus ihrem Tätigkeitsbereich in das Projekt einzubringen.		
<i>Tschuschke, V.</i> Die Psychiatrie in Zeiten evidenzbasierter Medizin. Fehlentwicklungen und Korrekturvorschläge	106	
EBM als Maßstab wissenschaftlich fundierter Medizin wird als für die Psychotherapie unangemessenes Paradigma zurückgewiesen, speziell das randomisiert-kontrollierte (RCT) Studiendesign. Stattdessen benötigt die Psychotherapie methodisch hoch aufwändige Prozess-Ergebnis-Studien in naturalistischen klinischen Settings, um ihre Theorie und Praxis wissenschaftlich zu begründen.		
<i>Werther, F.</i> Warum finden Menschen mit geistiger Behinderung so schwer einen ambulanten Psychotherapieplatz? Überlegungen zu den Ursachen und Gedanken zur Überwindung der Misere	116	
Das Risiko psychisch zu erkranken ist bei Menschen mit geistiger Behinderung erhöht. Die Psychotherapie hat schulenübergreifend theoretische und praktische Ressourcen, die jedoch für diese Klientel kaum genutzt werden. Die Folge ist eine extreme ambulante Unterversorgung. Der Artikel geht den möglichen Ursachen dieser Vernachlässigung aus historischer und psychodynamischer Perspektive nach.		
<i>Hau, S.</i> Empirische Forschung in der Psychoanalyse	123	
Auf der Basis langjähriger psychoanalytischer klinischer Forschung wird gezeigt, dass interdisziplinäre empirische Forschung auch in der Psychoanalyse eine lange Tradition hat. Die sich vor allem in der klinischen Erforschung von Behandlungsverläufen ergebenden methodischen und erkenntnistheoretischen Probleme werden diskutiert. Dabei zeigt sich, wie klinische und außerklinische Forschung sich gegenseitig ergänzen. Am Beispiel chronisch depressiver Patienten wird der Forschungsbedarf verdeutlicht und der Anwendungszusammenhang empirischer interdisziplinärer psychoanalytischer Forschung erläutert.		
Recht: Aktuell	128	
<i>Gerlach, H.</i>		
Aktuelles aus der Forschung	132	
<i>Thielen, M. & Lecher, T.</i>		
Buchrezensionen	137	
<i>Bunk, D.</i> Rössler, W. (2004). Basiswissen: Psychologen in der psychiatrischen Klinik		137
<i>Kümmeler, P.</i> Kernberg, O., Dulz, B. & Eckert, J. (Hrsg.) (2005). WIR: Psychotherapeuten – über sich und ihren „unmöglichen“ Beruf.		138
Zur Information	139	
<i>Niens, W. & Vogel, H.</i> Weiteres Vorgehen zum Tarifrecht des öffentlichen Dienstes		139

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern	140
Bundespsychotherapeutenkammer	140
Baden-Württemberg	144
Bayern	148
Berlin	153
Bremen	158
Hamburg	162
Hessen	166
Niedersachsen	170
Nordrhein-Westfalen	174
Rheinland-Pfalz	179
Schleswig-Holstein	184
Leserbriefe	188
<i>Jäger, Ch.</i>	
Zu: Rainer Richter: „Frankreich regelt Psychotherapie...“ (Psychotherapeutenjournal 1/2004)	188
<i>Deutschbein, Th.</i>	
Zu was brauchen wir Qualitätssicherung? Ein Beitrag zur von Vogel, H. und Richard, M. (Psychotherapeutenjournal 2/2004) ausgelösten Diskussion um dieses Thema	188
<i>Vogel, H. & Richard, M.</i>	
Erwiderung zum Kommentar von Deutschbein	189
<i>Gattig, E. & Wegner, P.</i>	
Abstinenz im Schwurgerichtsverfahren – der Psychotherapeut im Spannungsfeld zwischen Legalität und Legitimität. Psychoanalytischer Kommentar zu den Ausführungen von Fischer, H. über die Rolle des Psychotherapeuten als „sachverständiger Zeuge“ im Schwurgerichtsverfahren (Psychotherapeutenjournal 1/2004, 228-230)	191
<i>Fischer, H.</i>	
Erwiderung zum Kommentar von Gattig & Wegner	193
Kleinanzeigen	194
Artikelverzeichnis 2004	198
Kontaktdaten der Kammern	199
Inserentenverzeichnis	199
Impressum	200

Hinweis:

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

Den Exemplaren der folgenden Länder liegen in dieser Ausgabe Satzungen als Einhefter bei:

- Rheinland-Pfalz

Gesundheitsziele für Deutschland

Depression im Blickpunkt

Petra Baumann-Frankenberger

Zusammenfassung: Seit 5 Jahren wird im Auftrag des BMGS an einem Katalog von Gesundheitszielen für die deutsche Bevölkerung gearbeitet, zu denen sich Kostenträger, Leistungserbringer und Politik im Konsens bekennen. Das Gremium und dessen bisherige Arbeit wird vorgestellt. Auf ein neues, für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten besonders relevantes Ziele-Thema wird hingewiesen: Depression. An alle Kolleginnen und Kollegen ergeht der Appell, etwaige Maßnahmen aus ihrem Tätigkeitsbereich in das Projekt einzubringen.

Unter dem Namen „*gesundheitsziele.de* – Forum Gesundheitsziele Deutschland“ erarbeitet seit 5 Jahren und nach umfangreichen Vorarbeiten ein Arbeitsausschuss im Auftrag des BMGS konkrete, durch Maßnahmen operationalisierbare Gesundheitsziele für Deutschland als Vorschlag an die Politik. Entwickelt wurden bisher fünf Ziele-Kataloge zu den Themenbereichen „Diabetes“, „Brustkrebs“, „Tabakkonsum“, „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ und „Patientenkompetenz“. Als neues Ziele-Thema wird jetzt „Depression“ bearbeitet. Zu allen Zielen sind die Träger von bereits laufenden Maßnahmen aufgerufen, die Arbeitsgruppe über ihre Projekte zu informieren und durch Kooperation und Vernetzung zur Erreichung der nationalen Gesundheitsziele beizutragen. An unsere Berufsgruppen, die traditionell und laufend wichtige Beiträge zu diesen Zielen leistet, geht der Appell, das Engagement öffentlich zu machen und psychotherapeutische Beiträge einzubringen. Informationen unter www.gesundheitsziele.de, dort ist auch ein Formular zur Datenübermittlung erhältlich.

Warum Gesundheitsziele?

Gesundheitsziele sind ein Instrument zur direkten oder indirekten Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölke-

rung oder von Teilbevölkerungen. Sie sollen die politische Diskussion um eine zeitgemäße, demokratische und moderne Gesundheitsversorgung in Gang setzen.

International besteht seit mehr als 20 Jahren Erfahrung mit Gesundheitszielen. So hat die WHO bereits 1977 ein Programm ins Leben gerufen und 38 Ziele benannt. Sie wurden unter dem Namen „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region weiterentwickelt und ausgebaut. In Deutschland wurden ab Mitte der 80er Jahre Versuche unternommen, Ziele zu definieren. 1999 wies die 72. Gesundheitsministerkonferenz auf die Bedeutung von Gesundheitszielen im Hinblick auf eine Steigerung von Effizienz, Effektivität und Transparenz gesundheitspolitischen Handelns und die Konsensfindung der gesundheitspolitischen Akteure hin. Bund, Länder und Gemeinden wurden aufgefordert, tragfähige Gesundheitsziele zu verabschieden. Im Oktober 2001 forderte der Bundestag von der Regierung erstmals Qualitätssteigerungen in einem ausgewählten Bereich der Gesundheitsversorgung, nämlich der Diabetes-Versorgung. Verbesserungen für Diabetes-Patienten sollten zu einem vorrangigen Gesundheitsziel erklärt werden, konkrete Versorgungsziele sollten entwickelt und bis zum Jahr 2005 umgesetzt werden.

gesundheitsziele.de – eine Konsensplattform

gesundheitsziele.de wurde im Dezember 2000 als Kooperation des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziales (BMGS) und der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) ins Leben gerufen. *gesundheitsziele.de* wird vom Ministerium zu wesentlichen Anteilen finanziell gefördert.

Die 1947 gegründete GVG ist ein freiwilliger Zusammenschluss einer Vielzahl von Institutionen und Personen, die das System der sozialen Sicherung in Deutschland aktiv mitgestalten. Mitglieder der GVG sind die gesetzlichen Sozialversicherungen, die privaten Kranken-, Pflege- und Lebensversicherungen, Leistungserbringer im Gesundheitswesen (Heilberufe, Krankenhäuser, Reha-Einrichtungen, Pharmaindustrie u.a.), betriebliche Einrichtungen der sozialen Sicherung, Gewerkschaften, Arbeitgeber sowie weitere gesellschaftlich relevante Institutionen, außerdem Wissenschaftler. Die Bundespsychotherapeutenkammer berät zur Zeit über einen Aufnahmeantrag. Ziel der GVG-Arbeit ist es, ein freiheitliches, pluralistisches System sozialer Sicherung zu gewährleisten, das allen Bürgern einen guten qualitativen und quantitativen Schutz bei Eintreten zentraler Lebensrisiken bietet. Darüber hinaus führt die GVG für die Bundesregierung, die Europäische Union und andere Institutionen Projekte der internationalen Zusammenarbeit und Forschungsprojekte durch.

Seit 1997 befasst sich der GVG-Arbeitsausschuss „Medizinische Orientierung im Gesundheitswesen“ mit Gesundheitszielen. In diesem Ausschuss arbeiten Vertreter von Krankenversicherung, Leistungserbringern,

„Für die tägliche Praxis nahezu unverzichtbar“

Deutsches Ärzteblatt, Heft 24, 2000

Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis

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

Ca. 2.800 Seiten. Loseblattwerk in 2 Ordnern. € 118,- ISBN 3-7685-6592-0

Angesichts der zahlreichen Vorschriften und Anforderungen, die seit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes auf die Psychotherapeuten einströmen, ist dieses Handbuch für die tägliche Praxis eine unerlässliche Arbeitsgrundlage.

In lexikalischer Form werden Themen wie z. B. Antragstellung, Abrechnung, Auskunftspflicht, Behandlungsvertrag, Kooperationsformen, Patientenrechte, Versicherungen, Zulassungsfragen und vieles mehr behandelt.

Die Beiträge sind übersichtlich gestaltet, mit Randnummern versehen, die Stichworte sind optisch hervorgehoben und gewährleisten so eine einfache Handhabung. Im Anhang sind außerdem die aktuellen Rechtsvorschriften und Richtlinien sowie hilfreiche Adressen abgedruckt.

C.F. Müller, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Im Weiher 10, 69121 Heidelberg.
Kundenbetreuung München:
Bestell-Tel. 089/54852-8178, Fax 089/54852-8137
E-Mail: kundenbetreuung@hjr-verlag.de

GOP – jetzt aktuell kommentiert

Behandlungs-Vertrag

Gutachterverfahren

Antragstellung

Zulassung

Abrechnung

Praxisorganisation



R.v. Decker
www.rvdecker-verlag.de

60706414

Ministerien, Patienten und anderer sozial-politischer Akteure zusammen.

gesundheitsziele.de baut auf dieser Plattform auf und erweiterte den Kreis der Beteiligten um eine Vielzahl weiterer Akteure, wie z.B. Vertreter von Bund, Ländern, Kommunen, nachgeordneten Bundesbehörden, Patienten- und Selbsthilfeorganisationen. Mehr als 70 Organisationen im Gesundheitswesen wirken mit, annähernd 200 Personen sind an der Gestaltung dieser gemeinsamen gesundheitspolitischen Perspektive beteiligt. Alle Ergebnisse und Teilergebnisse werden in Beschlüsse des Ausschusses (s.o.) umgesetzt und als Empfehlungen an die Politik gerichtet.

Auswahlkriterien für Gesundheitsziele

Im Konsens wurden seit 2000 zunächst konzeptionelle Grundlagen entwickelt und Verfahren und Kriterien für die exemplarische Auswahl und Entwicklung konkreter Gesundheitsziele vereinbart. Dringliche Gesundheitsprobleme in Deutschland mussten zunächst identifiziert und bewertet werden. Für diesen Auswahlprozess konnte auf unterschiedliche Quellen zurückgegriffen werden: z.B. die Gesundheitsberichterstattung des Bundes, die WHO- und andere internationale Ziele, die Ansätze im

Bereich der Leitlinienentwicklung, die Analyse des Sachverständigenrats zur Über-, Unter- und Fehlversorgung. Ein pragmatisches Priorisierungskonzept im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft einerseits und Partizipation andererseits – wie in der internationalen Debatte bereits anerkannt – fand Anwendung.

Zur Einschätzung der Relevanz von gesundheitlichen Problemen bzw. Risiken und als Grundlage für eine transparente Diskussion und eine nachvollziehbare Konsensfindung für die Auswahl wurden folgende Kriterien herangezogen:

- **Schweregrad:** Das genannte Gesundheitsproblem verursacht hohe Mortalität und Krankheitslast.
- **Verbreitung:** Das Gesundheitsproblem ist weit verbreitet.
- **Volkswirtschaftliche Relevanz:** Das Gesundheitsproblem verursacht hohe direkte Kosten (stationäre Behandlung und Krankengeld).
- **Verbesserungspotential:** Es bestehen hohe Chancen zur Verbesserung des Gesundheitsproblems.
- **Priorität:** Das Problem ist wichtig für Bevölkerung und Politik.
- **Chancengleichheit:** Es bestehen gute Möglichkeiten zur Verbesserung gesundheitlicher Ungleichheit.
- **Messbarkeit:** Fortschritte können gemessen werden.

- **Machbarkeit:** Es gibt Instrumente und Verfahren zur Verbesserung des Problems. Es gibt außerdem Akteure, mit denen das Gesundheitsziel umgesetzt werden kann.
- **Beteiligung:** Bürger und Patienten können aktiv zur Umsetzung des Gesundheitsziels beitragen.
- **Ethische Aspekte:** Es liegen keine ethischen Bedenken gegen das Gesundheitsziel vor.

Gefordert wurde weiterhin, dass die zu bearbeitenden Ziele „multisektoral“ ausgerichtet sein müssen: Versorgungsangebote müssen ineinander greifen, hinsichtlich des Interventionsansatzes, des Settings, des Zeitpunkts der Versorgung (Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege) sowie hinsichtlich der zuständigen Leistungsträger. Unter Anwendung dieser Grundlagen und Verfahren wurden bestehende Programme gesichtet und die darin enthaltenen Ziele und Teilziele systematisiert. Schließlich wurden vier Bereiche von möglichen Zielen festgelegt, die die thematische Bandbreite des Projekts aufzeigen und ein ausgewogenes Gesundheitszielprogramm ausmachen sollen:

- Gesundheitsziele mit Krankheitsbezug,
- Gesundheitsziele zu Gesundheitsförderung und Prävention,
- Gesundheitsziele zu Bevölkerungs- und Altersgruppen,
- Gesundheitsziele mit Bürger- und Patientenorientierung.

Fünf Ziele-Themen bearbeitet

Aus diesen Bereichen wurden im Dezember 2001 im Konsens aller Beteiligten die folgenden fünf Gesundheitsziele-Themen zur vorrangigen Bearbeitung ausgewählt:

1. „Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln“
2. „Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen“
3. „Tabakkonsum reduzieren“
4. „Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung“
5. „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken“

Die Entwicklung der Ziele, Teilziele und Umsetzungsstrategien erfolgte in ca. 20köpfigen Arbeitsgruppen, die sich aus dem Kreis der am Projekt beteiligten Personen und Institutionen zusammensetzten. Dabei wurde darauf geachtet, dass in allen Arbeitsgruppen Fachwissen, Erfahrung von Praktikern, Umsetzungscompetenz sowie Beteiligte und Betroffene vertreten sind. Jede Arbeitsgruppe definierte Ziele, Teilziele und abzuleitende mögliche Maßnahmen zur Zielerreichung. Einige Maßnahmen wurden sehr konkret, andere bewusst offen formuliert. Ein im Dezember 2003 publizierter ausführlicher Bericht informierte die interessierte Fachöffentlichkeit und warb um Beteiligung.

Ein Evaluationsbeirat sichert die programm- begleitende wie auch die ergebnis- sichernde Evaluation. Er entwickelt ein Evaluationskonzept, definiert Kriterien zur Bestimmung der Evaluationsintensität und zu Zeitpunkten der Erhebungen, regelt die Dokumentations- und Berichtspflichten und benennt Experten als Evaluatoren.

Einige Themen und Ziele haben im Laufe der Arbeiten durch aktuelle politische Entwicklungen besondere Relevanz erhalten (z.B. Diabetesstrukturverträge, DMPs, Stärkung der Selbsthilfe, Integrierte Versorgung, Präventionsgesetz). Im Entwurf zu einem Präventionsgesetz vom 18.2.05 wird explizit auf das Gesundheitsziele-Projekt Bezug genommen. Altersgruppenbezogene Primärprävention bei Kindern und Jugendlichen soll sich an den Teilzielen zu „Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung“ orientieren.

Die kritische Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer zum Entwurf des Präventionsgesetzes wurde zeitnah vorgelegt. Sie richtet sich in einem wesent-

lichen Punkt auf die völlig inakzeptable Reduzierung primärpräventiver Ansätze zur Verbesserung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen auf Maßnahmen zur „Stressbewältigung“. Hier wird umfassende Nachbesserung erforderlich sein, sowohl im Gesundheitsziele-Projekt wie auch im Präventionsgesetz.

Ziele zur Depressions- behandlung

Ein neues sechstes Ziele-Thema wird seit Anfang 2004 bearbeitet: Es geht um Gesundheitsziele, die im Zusammenhang mit depressiven Erkrankungen in Deutschland erreicht werden sollen.

Eine neue Arbeitsgruppe hat sich konstituiert. Sie setzt sich zusammen aus 25 Vertretern folgender Berufsgruppen, Leistungsträger und Institutionen: Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aus Praxis und Forschung, ärztliche Psychotherapeuten und Fachärzte für Psychiatrie aus Praxis, Uni-, Landes- und Reha-Kliniken, Hausärzte, Selbsthilfegruppen, KVen, KBV, BMGS, Landesministerien, öffentlicher Gesundheitsdienst, gesetzliche Krankenkassen, private Krankenversicherungen, Pharma-Industrie. Unsere Berufsgruppe wird durch Herrn Dr. Lothar Wittmann für die Bundespsychotherapeutenkammer, Frau Prof. Ursula Luka-Krausgrill, Frau Prof. Marianne Leuzinger-Bohleber, Herrn Prof. Manfred Döpfner, Herrn Jürgen Matzat und die Autorin vertreten.

Unter Berücksichtigung der Erfahrungen der bisherigen Ziele-Erarbeitungen wurden bereits Ziel-Bereiche und Teilziele definiert. Bisher gemeldete und der Gruppe bekann-

te Maßnahmen wurden bewertet und zugeordnet. An Stichworten zu Bereichen, die der Verbesserung bedürfen und die im Konsens festgelegt wurden, seien hier bereits genannt: Aufklärung, Prävention, Epidemiologie, Datenlage, Diagnostik und Indikationsstellung, Therapie, Versorgung, Stärkung der Betroffenen, Rehabilitation, Forschung. Ein erster Bericht mit Ziele-Katalog wird im Laufe des Jahres 2005 vorgelegt werden können, eine Veranstaltung für die interessierte Fachöffentlichkeit ist für November 2005 geplant.

Einbindung der Akteure

Ob und wie die Ziele und Teilziele erreicht werden und die vorgeschlagenen exemplarischen Maßnahmen umgesetzt werden können, hängt in einem ersten Schritt vom Engagement und der Bereitschaft aller Akteure des Gesundheits- und Sozialsystems ab, sich bei der Umsetzung konkreter Maßnahmen einzubringen. Maßnahmeskizzen sollen den Akteuren Hilfestellung und Anregung bei der Konkretisierung von Projekten geben. Selbstverständlich steht es den Akteuren frei, auch andere Vorgehensweisen zu verfolgen, und, sofern diese der Erreichung der Ziele dienen, bei *gesundheitsziele.de* einzubringen.

Eine breit angelegte Information der Fachöffentlichkeit in 2003 und eine Anfrage bei möglichen Akteuren über bereits durchgeführte oder geplante Maßnahmen sowie über das Interesse an einer Kooperation mit *gesundheitsziele.de* und die Nutzung des Logos erbrachte im Laufe des Jahres 2004 eine Sammlung von mehr als 800 Maßnahmen, die von über 400 Institutionen gemeldet worden sind. Mittels eines per download erhältlichen Dokumentationsbogens können laufend weitere Initiativen rückgemeldet werden. An weiteren Ziele-Themen soll gearbeitet werden.

Langfristig wird die Politik über die reine Beratung und freiwillige Einbindung der Akteure hinausgehen müssen, wenn Gesundheit als eine Querschnittsaufgabe verstanden wird. Die verschiedenen zuständigen Ressorts und Ebenen müssen koordiniert werden, was ihre Regelungs-, Durchführungs- und Umsetzungskompe-

tenzen anbelangt. Im Ausland, aber auch in Deutschland lassen sich bereits Beispiele für adäquate derartige Instrumente und Strategien finden. Zur Planbarkeit und Transparenz der Zielinitiativen müssen finanzielle und personelle Ressourcen sowie Sachmittel benannt werden. Die Frage nach Ressourcen bzw. Ressourcenallokation stellt sich spätestens, wenn neue sektorale Akzente gesetzt werden (z. B. Stärkung der Primärprävention) oder Umschichtungen innerhalb eines Sektors stattfinden sollen.

Psychotherapie und Psychotherapeuten: Rolle im Gesundheitswesen dokumentieren

Bei allen bisher bearbeiteten Ziele-Themen spielen die psychosoziale Ebene sowie die Motivations- und Verhaltensaspekte eine herausragende Rolle. Zahlreiche entsprechende Teilziele und Maßnahmvorschläge wurden hierzu bereits formuliert, weitere müssen ergänzt werden. Der Themenbereich „Depression“ mit allen Teilzielen und möglichen Maßnahmen umfasst nun eines der wichtigsten Tätigkeitsfelder der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Es ist dringend an der Zeit, dass wir laufende Projekte aus unseren Tätigkeitsfeldern in die Maßnahmenkataloge zu den bereits bearbeiteten Zielen und zum neuen Ziel „Depression“ einbringen und damit unsere psychotherapeutische Kompetenz im Gesundheitswesen unterstreichen sowie die Mitwirkung bei dessen Gestaltung und Steuerung einfordern. Melden wir uns jetzt nicht auf breiter Front zu Wort, besteht die Gefahr, dass ein weiteres Mal psychologische und psychotherapeutische Ressourcen systematisch vernachlässigt werden.

Arbeiten Sie oder Ihre Institution an Maßnahmen zu einem dieser Ziele-Bereiche? Laden Sie sich den Erhebungsbogen zur Maßnahmenmeldung herunter unter www.gesundheitsziele.de. Beschreiben Sie das Projekt, an dem Sie arbeiten und melden Sie Ihr Interesse an einer Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsziele-Projekt an!

Literatur

Gesundheitsziele.de – Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland. Bericht vom 14. 2. 2003. Broschürenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Einsehbar im Internet: www.gesundheitsziele.de. Kostenfrei elektronisch anfordern un-

ter: team15@gvg-koeln.de oder postalisch unter GVG e.V., Postfach 130245, 50496 Köln
Gesundheitsziele.de – Forum Gesundheitsziele Deutschland: Gesundheitsziele für Deutschland. Entwicklung, Ausrichtung, Konzepte. Schriftenreihe der GVG, Band 37. Berlin: AKA, 2002

Petra Baumann-Frankenberger

PP und KJP, Mitglied im Ausschuss der GVG seit 1998, Arbeitsgruppe zum GZ „Depression“
Praxis: Hauptstraße 305, 51143 Köln
BaumannFrankenberger@t-online.de

Die Psychotherapie in Zeiten evidenzbasierter Medizin

Fehlentwicklungen und Korrekturvorschläge

Volker Tschuschke

Zusammenfassung: Der Beitrag befasst sich mit der Frage, inwieweit die psychotherapeutische Situation mit dem medizinischen Modell und seinen inhärenten Forschungs-Paradigmata vereinbar ist. Die evidenzbasierte Medizin (EBM) fußt in ihrem wesentlichen Bestandteil, der randomisiert-kontrollierten Studie, auf Versuchsbedingungen, die der psychotherapeutischen Situation vollständig unangemessen sind. Nichtsdestoweniger benötigt psychotherapeutische Praxis empirisch-nomothetisch ermittelte Forschungsergebnisse, auf denen sie klinisch-praktisch aufbauen kann. Es wird die Position vertreten, dass eine solche Forschung realistisch durchführbar ist, insbesondere wenn sie hohe methodische Standards verwendet, Prozess-Ergebnis-Forschung in naturalistischen klinischen Settings durchführt und damit reale therapeutische Veränderungsprozesse erfasst.

1. Evidenzbasierung in Medizin und Psychotherapie

Das Paradigma der *evidenzgestützten/-basierten Medizin (evidence based medicine = EBM; auch als empirically supported treatments = EST bezeichnet)* hat verstärkt seit den 90er Jahren begonnen, die Medizin zu verändern (Fonagy & Roth, 2004a). Davon betroffen ist auch die Psychotherapie. Vereinfacht und verkürzt ausgedrückt geht es um die Absicht einer ‚Verwissenschaftlichung‘ ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Handelns, wobei die klinische, individuelle Sicht des Arztes/ Psychotherapeuten durch zuverlässige, empirisch fundierte Studienergebnisse substantiell ergänzt werden soll (Sackett et al., 1997), die wesentlich auf *randomisiert-kontrollierten Studien (randomized controlled trials = RCT)* aufbauen (Zurhorst, 2003; Fonagy & Roth, 2004b; Leichsenring & Rüger, 2004), was die Debatte in der Psychotherapielandschaft ganz besonders anheizt, wie im Folgenden zu zeigen sein wird.

Niemand würde heute noch als vernünftig angesehen werden, der sich empirisch

fundierter psychotherapeutischer Praxis widersetze. Der Wandel von einer „Eminenz- zur Evidenz-Basierung in der Psychotherapie“ (Zurhorst, 2003) ist zweifellos begrüßenswert und überlebensnotwendig. Diese Erkenntnis war lange Zeit nicht weit verbreitet, im Gegenteil gab es in der Vergangenheit vehemente Kritiken und Widerstände weiter Bereiche klinisch tätiger Psychotherapeuten, speziell aus dem psychoanalytischen Lager. Erst das „Diktat der Qualitätssicherung“ (Grawe, 2005), aber auch befeuert durch die spezielle Schulenwettstreit-Debatte im Zuge der Implementierung des Psychotherapeutengesetzes in Deutschland, führte zu einem Umdenken. Strittig allerdings ist, was unter ‚Wissenschaftlichkeit‘ und EBM zu verstehen ist.

2. EBM – ein ‚szientistisches Selbstmissverständnis‘ für die Psychotherapie?

Dieser von Jürgen Habermas stammende und häufig kolportierte Ausdruck wird auch im Rahmen der Debatte zur aktuellen Bedeutung der EBM/EST ins Spiel gebracht

(Zurhorst, 2003). An der EBM hängt, zur EBM drängt derzeit anscheinend alles in der medizinischen Forschungsdebatte. Innerhalb der Psychotherapie wird die Debatte seit einigen Jahren verschärft geführt, ob oder ob nicht das Paradigma der EBM/EST auch für die psychotherapeutische Behandlung Gültigkeit haben solle bzw. sogar haben müsse, ja, die zunehmende Intensität der Diskussion – die ja auch in diesem Journal in letzter Zeit breiten Raum erhalten hat – zeigt, dass hier ein ‚Nerv‘ des psychotherapeutischen Selbstverständnisses getroffen zu sein scheint.

Am löblichen Ziel, ärztliches bzw. psychotherapeutisches Handeln auf eine wissenschaftlich verlässlichere Basis zu stellen, ist im Grunde nichts zu kritisieren, es ist im Gegenteil zu begrüßen. Klinisch relevantes Handeln in medizinischen Tätigkeitsfeldern kann sich nicht auf subjektive Eindrücke alleine verlassen, wer wollte das heute eigentlich noch in Frage stellen?! Der Grundgedanke der EBM/EST fußt auf der Überlegung, dass ärztlich-individuelles Handeln wissenschaftliches mit praktischem Wissen **integrieren** soll und ist für sich genommen von jederman leicht zu unterschreiben.

„Externe klinische Evidenz führt zur Neubewertung bisher akzeptierter medizinischer Verfahren. EBM ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. Die Praxis der EBM bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung.“ (Sackett, et al. 1997, S. 644).

Pro-Argumente (z.B. Chambless & Hollon 1998; Buchkremer & Klingberg 2001; Grawe 2005) führen die Notwendigkeit einer wissenschaftlichen Untermauerung praktisch-klinischen Handelns in der Psychotherapie – dem Wissenschaftsverständnis der EBM-Philosophie folgend – ins Feld. Die EBM-Philosophie lässt sich auf die Politik des mächtigen *NIMH* (*National Institute of Mental Health* in den USA, das die dortige Forschungspolitik bestimmt) zurückführen, die ihrerseits dem Paradigma der EBM folgt, das wesentlich durch die so genannte Managed Care-Revolution in den USA voran getrieben wurde (nur solche Verfahren im medizinischen Versorgungsbereich anzuerkennen, die effektive Behandlungen darstellen). Auch der mit dem Psychotherapeutengesetz hierzulande eingesetzte Beirat für Psychotherapie wacht in diesem Sinne über zuzulassende Psychotherapieverfahren und löst eine ständig lauter werdende Kritik aus (z.B. Kriz 2005).

Gegen wissenschaftlich fundierte Psychotherapie-Praxis ist im Prinzip nichts einzuwenden, im Gegenteil. Es wird allerdings kritisiert, unter dem Deckmantel der vermeintlichen Wissenschaftlichkeit verberge sich eine Art von Interessen-Klüngel, der keineswegs nur patientenorientiert sei, sondern zum Einen von Leistungsträgern missbräuchlich verwendet werde, um Kosten einzuschränken, zum Anderen würde die Debatte von berufspolitischen Interessenverbänden instrumentalisiert (Henningsen & Rudolf 2000; Berner et al. 2000).

Die Frage ist wieder einmal, was aus gut gemeinten Prinzipien so alles gemacht wird. Der Absurditäten tut sich eine ganze Reihe auf. EBM/EST sollen in so genannte *Leitlinien* münden, an denen sich der jeweilige Kliniker – rechtlich ungebunden – orientieren solle. Evidenzbasierte Studienergebnisse sollen durch hierfür von Fachgesellschaften eingesetzte Experten-Gremien geprüft werden auf Praxisrelevanz und –brauchbarkeit und in Behandlungsempfehlungen in Form von Leitlinien gegossen werden. Tatsache ist, dass leitlinienkonforme Umsetzungen, die auf RCT-Forschung basieren, in der Psychotherapie wie in der Körpermedizin ein theoretischer

Traum zu sein – und auch in Zukunft zu bleiben – scheinen. Gerade mal 4% der praktizierten Medizin in Deutschland (ambulant und stationär erbrachte medizinische Leistungen) genügten – einem Bericht des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) in 1999 zufolge – einem Anspruch auf belastbare Evidenz, während 45% lediglich einfacheren und der Rest (also 51%) überhaupt keinem Evidenzkriterium für Wissenschaftlichkeit (Zurhorst 2003) entsprachen.

3. Medizinisches Modell für die Psychotherapie?

Die Problematik für die Psychotherapie ist eine wesentlich andere als für die restliche Medizin. Und hier stellt sich ein ganz anderes Problem, dessen erschöpfende Diskussion – für sich genommen – ganze Buchbände füllen würde: **Ist die Psychotherapie bei der Körpermedizin – wissenschaftsparadigmatisch gesehen – überhaupt gut aufgehoben oder gelten nicht vielmehr ganz andere Maßstäbe und Paradigmen für sie?**

Das medizinische Modell geht von gut isolierbaren, voneinander abgrenzbaren Störungen aus (Henningsen & Rudolf 2000), angesichts einer beinahe regelmäßig anzutreffenden Komorbidität, individuellen Komplexität und Bedingtheit (und Aufrechterhaltung) psychischer Störungen (Henningsen & Rudolf 2000; Kriz 2005) geht eine solche Sichtweise für das psychotherapeutische Handlungsfeld fehl. Die am medizinischen Modell entwickelte nosologische Nosographie (wie sie dem DSM oder der ICD zu Grunde liegt) wird als völlig unangemessen eingeschätzt (z.B. Mundt & Backenstraß 2001), was ja auch zur Suche nach Auswegen wie der *OPD* (*Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik*, Schauenburg et al. 1998) geführt hat. Es sei schlicht falsch, von einer gleichen Diagnose auf eine gleichartige Behandlungsnotwendigkeit zu schließen (Sanderson 1998). „Falls wir nicht eine Alternative konstruieren, werden wir gezwungen sein, „nach den Spielregeln anderer zu spielen“ (Sanderson 1998, S. 386).

„Das heißt, dass hier entsprechend dem medizinischen Modell, das von isolierbaren Störungen statt von behandlungsbedürftigen Patienten ausgeht, für die störungsspezifische Wirksamkeit von Psychotherapien eine RCT-basierte Bewertungshierarchie empirischer Evidenzen entwickelt wurde, die z.B. der der Cochrane-Collaboration im Rahmen der EBM im engeren Sinne stark ähnelt.“ (Henningssen & Rudolf 2000, S. 371).

Zwar sind wesentliche Elemente des Paradigmas der EBM/EST für die Psychotherapie wichtig, sie sind indes nicht angemessen (speziell der RCT-Ansatz, s.u.) bzw nicht hinreichend. Psychotherapeutisches Handeln benötigt wissenschaftlich fundiertes Handlungswissen, allein die Situation der Psychotherapie ist so fundamental verschieden von jeglichem körpermedizinischem Handlungsfeld, dass evidenzbasiertes Forschungswissen stets lediglich einen Bruchteil psychotherapeutischen Handelns beeinflussen wird. Die Behandlungsmethode in der Psychotherapie deckt eine vergleichsweise geringe Varianz des Gesamtergebnisses ab, man schätzt 15% (Henningssen & Rudolf 2000; Hubble et al. 2001; Zurhorst 2003). Die Persönlichkeit des Therapeuten und des Patienten sowie kontextuelle Aspekte (speziell die therapeutische Beziehung, geschätzte 30%) seien wesentlich relevanter. Genau dies ist für den Großteil medizinischen Handelns eben nicht der Fall! Psychotherapie basiert essenziell auf der optimierten menschlichen, kommunikativen Beziehung zwischen Patient und Therapeut, exakt im Gegensatz zur Körpermedizin, die auf dem Einsatz von Apparaturen, OP-Techniken und Medikamenten basiert (was in ihrer Absolutheit zu beklagen ist, aber hier ein anderes Thema aufmachen würde).

Psychotherapie als Teil des medizinischen Versorgungssystems in unserem Lande gerät zwangsläufig „in den Sog der geforderten Evidenzbasierung“ (Zurhorst 2003), mit allen zu befürchtenden Nachteilen. Es darf aber doch wohl die Frage aufgeworfen werden, ob nicht die EBM-Hysterie der letzten Zeit – bei aller gemäßigten Zustimmung zum Prinzip einer wissenschaftlich fundierten Medizin und Psychotherapie – zu muntere Purzelbäume schlägt, die – das

ist das Verblüffende! – kaum tiefer reflektiert worden wären (Spitzer 2004).

Man weiß nicht, ob man lachen oder weinen soll, wenn Manfred Spitzer – als ausgewiesener Psychiater und naturwissenschaftlicher Hirnforscher – beim Leser ein schwer zu unterdrückendes Glucksen hervorruft, wenn er von der fehlenden Evidenzbasierung des Wertes von Trinkwasser spricht und die Hype um die EBM mit der Plausibilität vieler unserer banalen alltäglichen Selbstverständlichkeiten konfrontiert:

„Es scheint Sachverhalte zu geben, die jedem unmittelbar plausibel sind und die daher der empirischen Überprüfung nicht bedürfen: Sätze wie „Morgen geht die Sonne auf“, „Bei Regen wird die Erde nass“ oder „Hysterikerinnen machen Männern Probleme“ scheinen allgemein bekannte Wahrheiten auszudrücken, die niemand in Frage stellt und zu denen daher keiner eine Studie plant oder gar durchführt.“ (Spitzer 2004, S. 436).

Auch ist die Studie von Smith und Pell (2003) von aufschlussreichem Wert, die die EBM-Prinzipien auf die wesentliche wissenschaftliche Fragestellung anwandten, ob die Benutzung von Fallschirmen beim freien Fall aus großer Höhe hilfreich sei, die Verletzungsgefahr zu vermindern. Sie kommen zu einem deutlichen Urteil.

„Wie es mit vielen Maßnahmen zur Verhinderung von Krankheit ist, wurde auch die Effektivität von Fallschirmen keiner rigorosen Evaluation mit randomisiert-kontrollierten Versuchen zugeführt. Vertreter der evidenzbasierten Medizin haben die schlichte Praxis des Einsatzes von lediglich auf Beobachtung fußenden Erkenntnissen kritisiert. Wir sind der Auffassung, dass wahrscheinlich jeder davon profitieren würde, wenn die radikalsten Vertreter der evidenzbasierten Medizin eine Doppelblind-, randomisiert-, placebo-kontrollierte Crossover-Studie zum Nutzen des Fallschirms organisierten und selbst daran teilnahmen.“ (Smith & Pell 2003, S. 1459; Übers. v. Verf.).

Es gibt eben nichts, auch nicht EBMs, die nicht ins Gegenteil des Intendierten gewendet werden könnten. „Auch die evidenz-

basierte Medizin ist wie alles im Leben *mit Verstand* anzuwenden.“ (Spitzer 2004, S. 437). Aber dies scheint leider derzeit in Teilen der Medizin nicht der Fall zu sein, und dies droht für die Psychotherapie gleichermaßen. Psychotherapie ist – was nicht oft genug betont werden kann – nur dann gut, wenn sie mit Expertise, Erfahrung, Intuition, Einfühlung, Wissen (wozu selbstverständlich evidenzbasierte Fakten zählen müssen!) und Vielem mehr daher kommt, und das auch noch integriert und auf das jeweilige individuelle Gegenüber abgestellt.

„Es ist vielleicht ausreichend zu sagen, dass wir uns nicht vorstellen können, dass Leitlinien, wie ausgereift auch immer, klinische Kompetenz und Erfahrung je ersetzen können werden, genau so wenig wie die Straßenverkehrsordnung geschicktes Fahren ersetzen kann.“ (Fonagy & Roth 2004b, S. 312).

4. Die Crux randomisierter-kontrollierter Studien (RCT) in der Psychotherapieforschung

EBM und Leitlinien als Paradigmen zielen – offenbar prinzipiell und unabdingbar, wie sich in der Forschungsliteratur und beim Wissenschaftlichen Beirat unzweideutig zeigt – in der gesamten Medizin auf RCT-basiertes Forschungswissen ab. Und damit sind wir bei der größten Unverträglichkeit für die Profession.

Das Paradigma des RCT (Doppelblind-Studie, randomisiert-kontrollierte, experimentelle Studie) – als Basis-Element der EBM/EST – stammt originär aus der pharmakologischen Forschung, wo es angemessener erscheint. In der Psychotherapie ist das RCT-Paradigma, ganz im Gegenteil, nicht nur unfruchtbar, sondern sogar schädlich, weil vom Ansatz her grundsätzlich falsch für die Psychotherapieforschung, wie im Folgenden noch gezeigt werden soll. Selbst seriöse Forscher sprechen bereits von EST als „empirically violating psychotherapies rather than empirically validating them.“ (Lambert et al. 2004, S. 807).

Klaus Grawe (2005) irrt sich, wenn er von „Strohputzen“ spricht, die gegen wissen-

schaftliche Forschung in der Psychotherapie ins Feld geführt würden (gemeint ist die Konzentration der Kritik auf den RCT als so genannter ‚Goldstandard‘ der Forschung in der Psychotherapie). Man zieht sich zwar gerne auf die stets bemühte Zitierung entsprechender Äußerungen in der Literatur zur Notwendigkeit **beider** Vorgehensweisen (RCT wie auch klinische Studien mit hoher externer Validität) zurück (Chambless & Hollon 1998; Gerlach 2004; Grawe 2005), eine Ausschließlichkeit der Berücksichtigung von RCT-Studien bei der Bewertung der wissenschaftlichen Fundiertheit psychotherapeutischer Verfahren ist – entgegen den Beteuerungen Grawes – dennoch ausschließlich praktizierte Realität (sh. z.B. die Politik des Wissenschaftlichen Beirats für Psychotherapie 2003). Die Kritik hieran wird zunehmend lauter.

„Das Problem liegt in der Gleichsetzung von Kriterien der Wissenschaftlichkeit für die Psychotherapie mit denen der Pharmakologie. Psychotherapie ist kein Pharmakon.“ (Revenstorf 2003, S. 10).

Stets bezieht sich die Kritik – von verschiedener Seite – an den randomisiert-kontrollierten Psychotherapie-Studien auf dieselben Aspekte (Henningsen & Rudolf 2000; Mundt & Backenstraß 2001; Messer 2002; Revenstorf 2003; Kazdin 2004; Kriz 2005):

- die Bedingung der Doppelblind-Studie ist in der Psychotherapie nicht realisierbar
- die in RCTs einbezogenen Patienten sind in ihrer ‚Störungsspezifität‘ Patienten im realen klinischen Feld nicht vergleichbar
- eine Randomisierung von Patienten auf unterschiedliche Verfahren ist nicht nur unrealistisch (Patienten kommen häufig mit Vorerfahrungen, bestimmten Einstellungen und Neigungen zu bestimmten Behandlungskonzepten bzw. Eignungen dazu, vorhandene indikations- und prognosebezogene Forschungsergebnisse würden flagrant missachtet werden, was eklatant gegen ethische Prinzipien verstoßen würde)
- eine Standardisierung der Verfahren zwischen Pharmaka- und Psychotherapieforschung ist nicht vergleichbar
- die Experimentalvariable ist nicht trennbar von kontextuellen Störvariablen
- RCT-Studienergebnisse ziehen ergo im Vergleich zu nicht randomisierten Studien zwangsläufig falsche Schlussfolgerungen
- mithin produzieren RCTs Ergebnisse, die nicht dem realen klinischen Setting entsprechen und nicht valide sind (fehlende externe Validität) („chronische Irrepräsentativität“)

Die von Revenstorf (2003) im Überblick – hier verkürzt dargestellt – angeführten Vor- und Nachteile der RCT-Forschung belassen dem RCT-Ansatz praktisch keinerlei Daseinsberechtigung in der Psychotherapieforschung (eigene Kommentare kursiv in Klammern).

Nachteile der RCT-Forschung	Vorteile der RCT-Forschung
unvalide Messung	reliable Messung
irrepräsentative Stichproben	eliminierte Störvariablen (<i>was aber behandlungsrelevante Variablen ausschaltet</i>)
Scheitern der Randomisierung	statistische Signifikanz (<i>was nicht ausreichend ist</i>)
mangelnde klinische Relevanz	Störungsspezifität (<i>was nicht der klinischen Wirklichkeit entspricht</i>)
Vernachlässigung der Komorbidität	Standardisierung (Manual) (<i>was gleichfalls unrealistisch ist</i>)
Nicht-Umsetzbarkeit	

Was bleibt denn dann eigentlich noch von der RCT-Forschung? Revenstorf ist der Auffassung, dass mit der Durchführung von RCTs in der Forschung die Evaluation der psychotherapeutischen Praxis geradezu vermieden werde.

Dagegen wird immer wieder – speziell von akademisch-verhaltenstherapeutischer Seite – die grundsätzliche Umsetzbarkeit von RCT-Studien in die klinische Praxis postuliert. Seit mehreren Jahren erscheinen Arbeiten in namhaften Fachzeitschriften, die die Vergleichbarkeit der im Rahmen von RCTs gewonnenen Ergebnisse mit denen klinischer Praxis und ihrer Umsetzbarkeit in jene betonen. Dieses Vorgehen muss schon sehr verwundern. Der Laie staunt, und der Fachmann wundert sich: Zieht man doch offenbar in klinischen Settings ermittelte Studienergebnisse dazu heran, um die Ergebnisse randomisiert-kontrollierter Studien zu validieren?! Bezog sich nicht stets die Kritik einer EBM-gestützten Psychotherapieforschung – unisono auch von Seiten des Psychotherapie-Beirats – auf die ‚Unwissenschaftlichkeit‘ so genannter naturalistischer, klinischer Studien, deren Anlage – aus den oben genannten Gründen – gerade kein RCT-Design vorsah, und nun werden genau diese Studien herangezogen, um die Legitimität einer Umsetzbarkeit von RCT-Studien-Ergebnissen in reale, klinische Praxisfelder zu dokumentieren, mithin, um das RCT-Paradigma zu rechtfertigen. Was ist das für eine Logik?

Genau betrachtet handelt es sich um Augenwischerei, was in den „benchmarking studies“, den EBM-versus-klinische-Studien-Vergleichen tatsächlich resultierte. Es verwundert erheblich, wie Fachzeitschriften wie das *Journal of Consulting and Clinical Psychology* methodisch derartig defizitäre Studien akzeptieren konnten. Oder sollte dahinter System stecken? Von den dem Verfasser vorliegenden sechs Studien (z.B. Persons et al., 1999; Franklin et al., 2000; Stuart et al., 2000; Weersing & Weisz 2002; Merrill et al., 2003; Addis et al., 2004; davon fünf im *JCCP* erschienen zwischen 1997 und 2004; ohne Anspruch auf Vollständigkeit), die sämtlich für eine Umsetzbarkeit von EBM-Prinzipien in klinische Praxis(forschung) votieren, bleibt praktisch keine einzige übrig, der zu trau-

en wäre – wenn man sich der Mühe einer genauen Inspektion der Originalstudie unterzieht, die ihrem eigenen Anspruch auf angemessene Wissenschaftlichkeit genügen würde.

Drei der Studien (Persons et al., 1999; Franklin et al., 2000; Stuart et al., 2000) ergeben den Autoren zufolge vergleichbaren Outcome zwischen RCT-Stichprobe und klinischen Stichproben, die aus anderen Studien als vergleichbar herangezogen wurden. Tatsächlich zeigt sich bei genauerer Analyse, dass hier von Vergleichbarkeit keine Rede sein kann, da die Patienten der klinischen Stichproben gestörter waren in ihrer jeweiligen Psychopathologie. Wenn dann ein vergleichbarer Outcome diskutiert wird, spräche dies wohl eher für die überlegene Wirksamkeit der Behandlung in den klinischen Studien über die Patienten der RCT-Studien. In zwei der sechs Arbeiten wird ein überlegener Outcome der RCT-Stichproben berichtet (Weersing & Weisz, 2002; Addis et al., 2004). Aber während in einem Fall von keiner Vergleichbarkeit der Stichproben ausgegangen werden muss (die Patienten in der klinischen Stichprobe der Weersing und Weisz-Studie entstammen mit 52% sozial belasteteren Schichten aufgrund ihrer ethnischen Zugehörigkeit (Latinos und Afroamerikaner im LA County) und waren von daher bereits nicht vergleichbar mit den RCT-Stichproben), muss in der anderen Studie (Addis et al., 2004) von einer unzulässigen Beeinflussung ausgegangen werden. In dieser Studie wurde im Auftrag einer Managed Care-Organisation eine Vergleichsstudie in einem HMO-Center durchgeführt, wobei den Therapeuten der Kontrollgruppe (klinische Stichprobe, TAU = Treatment As Usual/Behandlung wie üblich) versichert wurde, sie würden die Spezialausbildung der Experimentalgruppe (PCT = Panic Control Therapy) später ebenfalls erhalten. Auf den Gedanken, dass dies eine Suggestion im Hinblick auf ein „besseres“ Verfahren darstellen würde und dass hier von Seiten des Settings Interessen im Spiel waren (Bias), kam wohl niemand.

Es dürfte sich doch eigentlich herum gesprochen haben, dass es eine mehr oder weniger subtile Beeinflussung (Bias) von

Forschung bedeutet, wenn das jeweilige Forschungszentrum eine schultheoretische bzw. gesundheitspolitische Präferenz (in diesem Falle Managed Care-Organisation) hat (vgl. auch Tschuschke et al., 1998). Messer (2002) fand, dass ca. 69% der Effekt-Stärken-Variabilität von Studien durch die Zentrums-Zugehörigkeit der Forscher erklärt werden können. So erklärten sich z.B. u.a. unzulässige Selektionen von Patienten in EST-Studien.

Die sechste Studie (Merrill et al., 2003) schließlich ist methodisch indiskutabel, als gleich mehrere Parameter inadäquat sind. Z.B. nahmen einige Patienten mit der Diagnose Major Depression lediglich an einer (!) Sitzung kognitiver Therapie teil (vorzeitige Abbruchrate in dieser Studie war 68% !), und es wird an keiner Stelle klar, wer in welcher Stichprobe wieviel Dosis Therapie erhielt; außerdem hatten die klinischen Stichproben, die aus anderen Studien herangezogen wurden, ein höheres Bildungsniveau und waren somit der RCT-Stichprobe nicht vergleichbar.

Das Unterfangen, RCT-Studienergebnisse mit denen aus klinischen Studien zu vergleichen, wirkt also nicht nur skurril, sondern führt offenbar regelmäßig zu der Erkenntnis, dass die Stichproben nicht vergleichbar sind, weil einfach zu viele patientenseitige Komplexitäten in der realen klinischen Welt zu berücksichtigen wären, die RCT-Studien niemals simulieren könnten. Diese Studien bewirken genau das Gegenteil des Beabsichtigten: sie belegen die Nicht-Vergleichbarkeit von RCT mit Studien im klinischen, naturalistischen Feld.

Das RCT-Paradigma ist darüber hinaus auch deshalb in der Psychotherapieforschung obsolet, weil praktisch alle weltweit verfügbaren vergleichenden Psychotherapieforschungen zeigen (Wampold 2003; Lambert & Ogles 2004), dass aus unterschiedlichen Behandlungskonzepten bei vergleichbarem Patienten-Klientel vergleichbare Wirkungen resultieren, dass lediglich Nicht-Behandlung jedem rationalen, seriösen Behandlungskonzept unterlegen ist.

„Forschung in der Erwachsenentherapie hat gezeigt, dass beinahe jede aktive Form von

Behandlung besser (statistisch) ist als keine Behandlung. Erwartungen, Aufmerksamkeit und die unspezifischen Faktoren, gemeinsam mit der Motivation zur Therapie alleine bewirken bereits solche Unterschiede. Aktive „getürkte“ Behandlungen, in denen sich Patienten bei Aktivitäten engagieren, die nicht von vornherein als therapeutisch wertvoll betrachtet werden können, können solche Unterschiede bewirken und die Effekte von keiner Behandlung übersteigen.“ (Kazdin 2004, S. 926; Übers. v. Verf.).

Statistische Signifikanz in RCTs ist von daher gesehen nicht ausreichend! Umgekehrt könne den Studien, die keinem RCT-Paradigma folgen, aber nicht vorgeworfen werden, sie wären nicht valide, folgert Messer (2002). Eine ganze Reihe von methodisch sehr aufwändigen neueren verhaltenstherapeutischen Studien folgte nicht dem RCT-Paradigma, sondern stellten Studien in naturalistischen Settings mit hohem methodischen Aufwand dar, die einem Level I-Niveau der EBM-Hierarchie durchaus entsprechen (Shadish et al. 1997; Espie et al. 2001; Hahlweg et al. 2001). Diese Studien stellen ein Plädoyer für empirisch-gestützte Psychotherapie dar, die realistische Behandlungen in natürlichen klinischen Kontexten auf ihre Wirksamkeit hin untersuchten.

Diese Forderung nach „realistischer Forschung“ in der Psychotherapie vereint Psychotherapeuten über alle Schulgrenzen hinweg (Henningsen & Rudolf 2000; Revenstorf 2003). Es sollte deutlich werden, dass es sich hier nicht wieder einmal um einen verkappten Schulstreit, etwa Verhaltenstherapie gegen Psychoanalyse oder tiefenpsychologische Psychotherapie, handelt, sondern eher um eine Auseinandersetzung akademische Psychologie versus klinische Praxis. Leichsenring et al. (2004) haben in einer sehr aktuellen Metaanalyse über 17 Originalstudien, die rigide den Kriterien der EBM folgten (und nur RCT-Studien einschloss), nachgewiesen, dass psychodynamische Kurzbehandlungen bei unterschiedlichen psychiatrischen Störungsbildern im Vergleich zu unbehandelten Kontrollen sehr hohe Effektstärken erzielten (zwischen 0.89 und 1.57). Dies bedeutet, dass tiefenpsychologische Be-

handlungen sehr wohl mittels eines RCT-Paradigmas und den strengen Kriterien der EBM folgend untersucht werden und ihre Wirksamkeit nachgewiesen werden kann. Dies unterstreicht allerdings lediglich, dass im Rahmen der artifiziellen RCT-Versuchsdurchführungen eindeutige Überlegenheiten verschiedener Therapiekonzepte gegenüber keinen Behandlungen nachgewiesen werden können; was allerdings da untersucht wurde und was das mit ‚wahrer‘ Psychotherapie noch zu tun hat, wird nicht diskutiert.

Auch naturalistische Studien mit sehr hohem methodischen Aufwand erbrachten für gruppenanalytische Langzeitbehandlungen Effektstärken, die deutlich über denen üblicherweise in der Literatur berichteten liegen (katamnestisch nachuntersucht bei Tschuschke, 1993; Strauß & Burgmeier-Lohse 1994; Pre-Post-Design bei Tschuschke et al. 2005). Es kann mithin nicht um einen Schulenstreit um vergleichbare oder unterschiedliche Wirkungen verschiedener Therapiekonzepte gehen, es geht vielmehr um einen Streit bezüglich eines Verständnisses der Wissenschaftlichkeit, das der Psychotherapie angemessen wäre.

Kriz (2005) beklagt, dass hierzulande „... in abgeschotteten Richtlinienverfahren gedacht (werde), die zudem in pharmazeutisch reiner Form an Patienten als monomorbide Störungsträger appliziert werden.“ (S. 12 f.). „Noch so überzeugende Befunde unter Labor-Bedingungen an nicht-komorbiden Patienten mit „reinen“ manualisierten Vorgehensweisen lassen nicht so einfach Rückschlüsse auf die Wirksamkeit bei der allergrößten Zahl der realen Patienten zu, bei denen die Krankheitsbilder komplex und „multimorbide“ sind und die von Psychotherapeuten behandelt werden, deren erworbene Kompetenz die Grenzen der methodisch-reinen Manuale längst gesprengt hat.“ (S. 15).

Nach Kriz greift die akademische Forschungswelt unzulässig auf die Praxis über, indem ideologische Barrieren aufgerichtet würden, denen zufolge „ätiologisch-saubere Krankheiten mit abstrakten Methoden behandelt werden sollen, um dem Primat „wissenschaftlichen“ Ordnungswillens zu genügen“ (S. 19).

Manualisierung der Behandlungsdurchführung in RCT-Studien

Ein weiterer zentraler Kritikpunkt – neben der Nicht-Abbildung wahrer am Prozess einer Psychotherapie beteiligten Variablen durch das Paradigma des RCT – betrifft die Manualisierung. Der Logik der Pharmakaforschung folgend muss ja gerade gefordert werden, dass das Verum (also das Medikament, hier also die psychotherapeutische Behandlung) standardisiert erfolgt. Sonst wäre ja das Pharmakon (das psychotherapeutische Verfahren) nicht bewertbar. Dem widerspricht die Praxis. Zurhorst (2003) zitiert Dreyfus und Dreyfus (1987), wonach menschliches ‚Expertenwissen‘, mithin auch praktizierende Psychotherapeuten, mit anwachsender Praxiserfahrung ständig weniger analytisch (im Sinne von Regelfixierung) und mehr ‚intuitiv‘ und ‚gefühlsmäßig beteiligt‘ (unter Heranziehung von faktischem Wissen) werde, was jeder psychotherapeutisch erfahrene Praktiker spontan bestätigen würde.

Dies wirft ein bezeichnendes Licht auf die aktuelle Debatte der Bedeutung so genannter *manualisierter* psychotherapeutischer Behandlungen, wie sie von einzelnen Vertretern der akademischen Verhaltenstherapie ins Feld geführt wird. Jedem erfahrenen Kliniker sträuben sich die Haare, sich die Komplexität alltäglicher klinischer Arbeit mit kaum jemals monosymptomatischen Patienten (ohne Komorbidität) unter Zugrundelegung eines Kochrezepts vorzustellen. Manualisierte Psychotherapie ähnelt dem Versuch, aus jedem Musiker einen Konzertvirtuosen zu machen, wenn er sich nur exakt an die Noten hielte. In der Tat wird die manualisierte psychotherapeutische Behandlung zunehmend als sinnlos und wirklichkeitsfremd und eher einem „Anfängerstadium“ (Zurhorst 2003) gemäß und allenfalls für in Ausbildung und diesbezüglicher Supervision befindliche Psychotherapeuten als angemessen erachtet. Entsprechend erzielen erfahrene Therapeuten, die sich an Manuale halten, schlechtere Behandlungsergebnisse (Lambert & Ogles 2004). Henningsen und Rudolf (2000) beziffern die Einbuße an möglichen Behandlungseffekten auf bis zu 40% aufgrund von

manualisierter Behandlungsweise, die gerade die für die psychotherapeutische Praxis typische Flexibilität des Therapeuten beschneiden würde.

5. Resümee

Das Unbehagen an einer Anwendung rigider EBM-Prinzipien zur Evaluation der Wirksamkeit von Psychotherapie nimmt zu. Dies gilt in noch verschärftem Maße für die Argumentation einer ausschließlichen bzw. bevorzugten Anerkennung randomisiert-kontrollierter Studien in der Psychotherapieforschung (Lambert & Ogles 2004). RCTs sind nachweislich dem Gegenstandsbereich psychotherapeutischer Behandlung unangemessen. Erstens kommen Patienten häufig genug mit Vorannahmen und –einstellungen zu einem bestimmten Therapeuten mit einem spezifischen Behandlungsangebot, zweitens entspinnt sich vom ersten Händedruck an eine menschliche Beziehung, die zu missachten flagrante Unkenntnis jeglicher glückenden psychotherapeutischen Arbeitsbeziehung ausweisen würde (so dass eine nachfolgende Randomisierung obskur wäre), außerdem würden basale ethische Grundlagen der Psychotherapie verletzt, Patienten auf unterschiedliche psychotherapeutische Behandlungsverfahren aufzuteilen, weil sie das mittlerweile in weiten Bereichen empirisch bereits abgesicherte Indikations- und Prognosewissen beiseite ließe (contradictio in adiecto). Im Übrigen sind Level I-entsprechende Niveaus (Level I steht für RCT-Studien) durchaus für naturalistische Studien möglich (Henningsen & Rudolf 2000; Leichsenring 2004; Tschuschke 1993; Tschuschke et al. 2005). RCT-Studien seien im Gegenteil „untenkomplex“ (Henningsen & Rudolf 2000), weil sie den Wirklichkeiten psychotherapeutischer Praxis widersprächen, ihnen mithin jegliche externe Validität fehlen würde (Lambert et al. 2004). Probleme interner Validitätsverletzung bei naturalistischen Studien können inzwischen, mit entsprechendem methodischen Aufwand bewältigt werden.

Im Gegenteil sollte einmal deutlich ausgesprochen werden, dass ein sehr großer Teil der bislang verfügbaren internationalen

Psychotherapieforschung wohl weitgehend unbrauchbar ist, weil er auf RCT-Studien, durchgeführt in akademischen Elfenbeintürmen, mit nicht ausgebildeten „Therapeuten“ und nicht repräsentativen, untypischen „Patienten“, die in unangemessenen Zeiträumen und Sitzungs Dosen „behandelt“ wurden, noch dazu mit manualisiertem therapeutischen Vorgehen (also nicht mit **integriertem** empirischen **und** klinisch-praktischen Erfahrungswissen), basiert (Tschuschke et al. 1997; 1998). Es ist Zeit für eine methodisch aufwändige und dem Gegenstandsbereich angemessene empirische Forschung, die der klinischen Situation (vor allem dem Veränderungsprozess **während** der Behandlung und der Komplexität der therapeutischen Beziehung und des kontextuellen Umfeldes) gerecht wird und Prozess-Ergebnis-Forschung in repräsentativem Umfang berücksichtigen würde (Wampold 2001). Die Psychotherapie krankt an dem Unwissen, nichts – bzw. kaum etwas – über die entscheidenden psychotherapeutischen Veränderungspro-

zesse zu wissen, die die intendierten Veränderungen bewirken.

In Kürze zusammengefasst:

- Empirische Forschung ist und war – ein sehr alter Hut! – in der Psychotherapie unverzichtbar wichtig. Und zwar muss es sich um sehr aufwändige, methodisch hochwertige Prozess-Outcome-Forschung handeln (ebenfalls ein alter Hut, bereits seit Jahrzehnten eingefordert) (z.B. Tschuschke et al. 1995).
- **EBM/EST in der Psychotherapie** wird niemals umsetzbar sein, insofern randomisiert-kontrollierte Studien intendiert werden, ein Denken, das eine grandiose Verkennung psychotherapeutischer Realitäten offenbart. Aber: EBM müsste in ihrer Konzeptualisierung nicht zwangsläufig auf randomisierte, kontrollierte Studien und Metaanalysen begrenzt sein (Sackett et al. 1997), wird aber leider so praktiziert.

- **Manualisierte Psychotherapie** ist ein Absurdum (jedenfalls so lange, wie Psychotherapie von Menschen und nicht ausschließlich vom Computer durchgeführt wird) und kann nur von wirklichkeitsfremden Forschern postuliert werden.
- Psychotherapeutische Schulen „erster Ordnung“ (Grawe 1995; 1997) sind überhaupt noch nicht hinsichtlich ihrer Wirkfaktoren befohrt (eben mangels Prozessforschung) (Lambert & Ogles 2004), so dass der Rückzug auf allgemeine Wirkfaktoren (common factors) viel zu früh käme (Tschuschke 1999b; Mundt & Backenstraß 2001) und der Ruf nach einer Allgemeinen Psychotherapie wohl das Kind mit dem Bade ausschütten würde.
- Die Forschung in der Psychotherapie ist bislang völlig insuffizient! Ausschließlich objektive **Prozess-Ergebnis-Forschung** mit großen Stichproben und methodisch aufwändigen qualitativ-quantitativen Verfahren wird Aufschlüsse über wahre Wirkmechanismen, etwaige

Schulspezifika und damit über die Relation unspezifische/spezifische Wirkweisen professioneller Psychotherapie erbringen können (Kazdin 2004).

- **Naturalistische** (ökologische) (Zurhorst 2003) **Studien** müssen durchgeführt werden, keine randomisiert-kontrollierten Studien, die einem überholten und falschen Paradigma folgen. Nur dies kann dem Gebiet psychotherapeutischer Behandlung angemessen sein.
- Wissenschaftliche Forschung in der Psychotherapie ist unvergleichbar mit Forschung in der Körpermedizin und kann dennoch hoch wissenschaftlich sein! Wir sollten uns deshalb auch nicht die Paradigmen jener Welt zu eigen machen. Das **medizinische Modell** ist inadäquat, angemessener wäre ein „kontextuelles Modell“, das die Komplexität der menschlichen individuellen Begegnung und Interaktion berücksichtigen würde (Wampold 2001).
- Entsprechend müssen Anstrengungen unternommen werden, den wissenschaftlich hochwertigen **Publikationen** aufwändiger psychotherapeutischer Prozess-Ergebnis-Studien in naturalistischen Settings ein **Impact-Gewicht** im Rahmen medizinischer Fachzeitschriften einzuräumen, die mit biologistischen Publikationen vergleichbar sind. Es ist ein Skandal, dass sich auch hier die Psychotherapieszene dem biologisch-pharmazeutischen Paradigma unterwirft, was zu einem ‚szientistischen Selbstmissverständnis‘ führt, das einem für die Psychotherapie absurden RCT-Paradigma anhängt und für die Forschungsakzeptanz in der Medizinszene von Nachteil ist, wie leicht an den Impactfaktoren nachgelesen werden kann.

Literatur

- Addis, M.E., Hatgis, Ch., Krasnow, A.D., Jacob, K., Bourne, L., Mansfield, A. (2004). Effectiveness of cognitive-behavioral treatment for panic disorder versus treatment as usual in a Managed Care setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 72(4): 625-635.
- Berner, M.M., Ruther, A., Stieglitz, R.D., Berger, M. (2000). Das Konzept der „Evidence-based Medicine“ in der Psychiatrie. Ein Weg zu einer rationaleren Psychiatrie? *Der Nervenarzt* 71(3): 173-180.
- Buchkremer, G., Klingberg, S. (2001). Was ist wissenschaftlich fundierte Psychotherapie? Zur Diskussion um Leitlinien für die Psychotherapieforschung. *Der Nervenarzt* 72: 20-30.
- Chambless, D.L., Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66: 7-18.
- Espie, C.A., Inglis, S.J., Harvey, L. (2001). Predicting clinically significant response to Cognitive Behavior Therapy for chronic insomnia in general medical practice: Analysis of outcome data at 12 months posttreatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69(1): 58-66.
- Fonagy, P., Roth, A. (2004a). Ein Überblick über die Ergebnisforschung anhand nosologischer Indikationen. Teil I. *Psychotherapeutenjournal* 3(3): 204-218.
- Fonagy, P., Roth, A. (2004b). Ein Überblick über die Ergebnisforschung anhand nosologischer Indikationen. Teil II. *Psychotherapeutenjournal* 3(4): 300-314.
- Franklin, M.E., Abramowitz, J.S., Kozak, M.J., Levitt, J.T., Foa, E.B. (2000). Effectiveness of exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: Randomized compared with nonrandomized samples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68(4): 594-602.
- Gerlach, A.L. (2004). Die Stellungnahme zur Wissenschaftlichkeit der psychoanalytischen Therapie im Sinne von § 11 PsychThG. *Verhaltenstherapie u. Psychosoziale Praxis* 4.
- Grawe, K. (1995). Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut* 40: 130-145.
- Grawe, K. (1997). Research-informed psychotherapy. *Psychotherapy Research* 7: 1-20
- Grawe, K. (2005). (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *Psychotherapeutenjournal* 4: 4-11.
- Hahlweg, K., Fiegenbaum, W., Frank, M., Schroeder, B., von Witzleben, I. (2001). Short- and long-term effectiveness of an empirically supported treatment for agoraphobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69(3): 375-382.
- Henningsen, P., Rudolf, G. (2000). Zur Bedeutung der Evidence-Based Medicine für die Psychotherapeutische Medizin. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 50(9/10): 366-375.
- Hubble, M.A., Duncan, B.L., Miller, S.D. (2001). So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen. Dortmund, Verlag Modernes Leben.
- Kazdin, A.E. (2004). Evidence-based treatments: challenges and priorities for practice and research. *Child and Adolescent Psychiatric Clinic North America* 13(4): 923-940.
- Kriz, J. (2005). Von den GRENZEN zu den PASSUNGEN. *Psychotherapeutenjournal* 4: 12-20.
- Lambert, M.J., Garfield, S.L., Bergin, A.E. (2004). Overview, trends, and future issues. *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. In: M.J. Lambert (Ed.). New York, John Wiley & Sons: S. 805-821.
- Lambert, M.J., Ogles, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. In: M.J. Lambert (Ed.). New York, John Wiley & Sons: 139-193.
- Leichsenring, F. (2004). Randomized controlled versus naturalistic studies: A new research agenda. *Bulletin of the Menninger Clinic* 68(2): 137-151.
- Leichsenring, F., Rieger, U. (2004). Psychotherapeutische Behandlungsverfahren auf dem Prüfstand der Evidence Based Medicine (EBM). Randomisierte kontrollierte Studien vs. naturalistische Studien – Gibt es *nur einen* Goldstandard? *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 50: 203-217.
- Leichsenring, F., Rabung, S., Leibling, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry* 61(12): 1208-1216.
- Merrill, K.A., Tolbert, V.E., Wade, W.A. (2003). Effectiveness of cognitive therapy for depression in a community mental health center: A benchmarking study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71(2): 404-409.
- Messer, S.B. (2002). Empirically supported treatments: cautionary notes. *Medscape*

- General Medicine 4(4): viewarticle/445082.
- Mundt, Ch., Backenstraß, M. (2001). Perspektiven der Psychotherapieforschung. *Der Nervenarzt* 72: 11-19.
- Persons, J.B., Bostrom, A., Bertagnolli, A. (1999). Results of randomized controlled trials of cognitive therapy for depression generalize to private practices. *Cognitive Therapy and Research* 23(5): 535-548.
- Revenstorf, D. (2003). Das Kuckucksei – Zur Unangemessenheit der Kriterien der Wissenschaftlichkeit in der gegenwärtigen Therapieforchung. *Wissenschaftlichkeit von Psychotherapieverfahren* 12.12.2003, Kammer für Psychologische Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie im Land Berlin, S. 10-14.
- Sackett, D.L., Rosenberg, W.M.C., Gray, J.A.M., Haynes, R.B., Richardson, W.S. (1997). Was ist evidenz-basierte Medizin und was nicht? *Münchner Medizinische Wochenschrift* 139(44): 644-645.
- Sanderson, W.C. (1998). The case for evidence-based psychotherapy treatment guidelines. *American Journal of Psychotherapy* 52(3): 382-387.
- Schauenburg, H., Freyberger, H.J., Cierpka, M., Buchheim, P. (Hrsg.) (1998). *OPD in der Praxis. Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik*. Hans Huber, Bern.
- Shadish, W.R., Matt, G.E., Navarro, A.M., Siegle, G., Crits-Christoph, P., Hazelrigg, M.D., Jorm, A.F., Lyons, L.C., Nietzel, M.T., Prout, H.Th., Robinson, L., Smith, M.L., Svartberg, M., Weiss, B. (1997). Evidence that therapy works in clinically representative conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 65(3): 355-365.
- Smith, G.C.S., Pell, J.P. (2003). Parachute use to prevent death and major trauma related to gravitational challenge: systematic review of randomized-controlled trials. *British Medical Journal* 327: 1459-1461.
- Spitzer, M. (2004). Sollen wir Wasser trinken? *Evidenzbasierte Medizin: Risiken und Nebenwirkungen*. *Nervenheilkunde* 23(8): 435-437.
- Stuart, G.L., Treat, T.A., Wade, W.A. (2000). Effectiveness of an empirically based treatment for panic disorder delivered in a service clinic setting: 1-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68(3): 506-512.
- Tschuschke, V. (1993). *Wirkfaktoren stationärer Gruppenpsychotherapie. Prozess-Ergebnis-Relationen*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Tschuschke, V., Anbeh, T., Kiencke, P. (2005). Evaluation of long-term analytic outpatient group therapies. *Group Analysis* (im Druck)
- Tschuschke, V., Bänninger-Huber, E., Faller, H., Fikentscher, E., Fischer, G., Frohburg, I., Hager, W., Schiffler, A., Lamprecht, F., Leichsenring, F., Leuzinger-Bohleber, M., Rudolf, G., Kächele, H. (1998). *Psychotherapieforschung – Wie man es (nicht) machen sollte. Eine Experten/innen-Reanalyse von Vergleichsstudien bei Grawe et al.* (1994). *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 48: 430-444.
- Tschuschke, V., Heckrath, C., Tress, W. (1997). *Zwischen Konfusion und Makulatur. Zum Wert der Berner Psychotherapiestudie von Grawe, Donati und Bernauer*. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.
- Tschuschke, V., Hölzer, M., Kächele, H. (1995). Ach du liebe "Güte". Eine Einladung statt einer Erwiderung. *Psychotherapeut* 40: 304-308.
- Wampold, B. E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods, and Findings*. Mahwah, New Jersey, Lawrence Erlbaum Ass., Publishers.
- Weersing, R.V., Weisz, J.R. (2002). Community clinic treatment of depressed youth: Benchmarking usual care against CBT clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70(2): 299-310.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2003). *Mindestanforderungen für die Begutachtung von Wirksamkeitsstudien im Bereich der Psychotherapie (geänderte Fassung nach dem Beschluss des Beirats vom 15.09.2003)*.
- Zurhorst, G. (2003). *Eminenz-basierte, Evidenz-basierte oder Ökologisch-basierte Psychotherapie?* *Psychotherapeutenjournal* 2(2): 97-104.

*Univ.-Prof. Dr. rer. biol. hum. habil.
Dipl.-Psych. Volker Tschuschke*

Abteilung für Medizinische Psychologie
Universitätsklinikum Köln
Joseph-Stelzmann-Str. 9
50924 Köln
volker.tschuschke@medizin.uni-koeln.de

Warum finden Menschen mit geistiger Behinderung so schwer einen ambulanten Psychotherapieplatz?

Überlegungen zu den Ursachen und Gedanken zur Überwindung der Misere

Frauke Werther

Zusammenfassung: Das Risiko psychisch zu erkranken ist bei Menschen mit geistiger Behinderung erhöht. Die Psychotherapie hat schulenübergreifend bereits vieles entwickelt, was für die Arbeit mit dieser Klientel hilfreich ist. Es wird jedoch für diese Klientel kaum genutzt, und eine extreme ambulante Unterversorgung wird beklagt. In dem Artikel wird aus historischer und psychodynamischer Sicht den möglichen Ursachen der Vernachlässigung dieser Klientel nachgegangen. Sie werden nicht hauptsächlich in den fehlenden Konzeptionen gesehen, und deshalb wird hier auch auf eine möglichst vollständige Bearbeitung der Literatur verzichtet. Sie werden eher in differenziert zu betrachtenden Abwehrprozessen auf verschiedenen Ebenen gesehen. Schließlich wird der Versuch unternommen, thesehaft die spezifischen psychotherapeutischen Haltungen und Qualifikationen herauszuheben, die für die Arbeit mit psychisch kranken Menschen mit geistiger Behinderung als wichtig erachtet werden.

Vorbemerkung

Im November 2003 wandte sich die Bundesvereinigung Lebenshilfe in einem Brief an die Landespsychotherapeutenkammern mit der Bitte um Unterstützung bei der Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung für geistig Behinderte: „In erschreckend vielen Fällen gelingt es den Beteiligten vor Ort nicht, geeignete therapeutische Hilfsangebote in der Region zu erreichen. Es gibt nur wenige niedergelassene Therapeuten und Ärzte, die in der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung spezielle Kenntnisse erworben haben... Auch stationäre (Kurz-) Angebote ... sind in Deutschland kaum entwickelt. Wir bitten angesichts dieser Situation um Ihre Unterstützung“.

Dieser Brief gab für das Präsidium der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen den Anstoß, mich zu bitten, meine theo-

retische Auseinandersetzung und meine praktischen Erfahrungen in der psychotherapeutischen Arbeit mit Patienten mit geistiger Behinderung zusammenzufassen.

1. Der „Blick von außen“

Während meiner Kindheit im Dänemark der 50er Jahre wurde das sogenannte Normalisierungsprinzip entwickelt und 1959 zum Sozialgesetz mit entsprechenden Ansprüchen erhoben. N. E. Bank-Mikkelsen (1982), der Vater dieser Politik, betonte, dass mit Normalisierung nicht die Anpassung des geistig Behinderten an die Normen gemeint sei, sondern umgekehrt die Veränderung der gesellschaftlichen Bedingungen, und zwar so, dass in allen Lebensbereichen (bei Wohnverhältnissen, Unterrichts- und Arbeitsverhältnissen sowie in der Freizeit) den Behinderten der Zugang ermöglicht wird und sie auf entsprechen-

de Hilfen sozialrechtliche Ansprüche haben.

Für Dänen in den 60er Jahren war es selbstverständlich, dass z.B. Kinder mit geistiger Behinderung wie andere angezogen und frisiert waren, in den Kindergarten und zur Schule gingen, sprachtherapeutisch gezielt gefördert wurden, so dass viele Menschen z.B. mit Morbus Down sich auch verständlich ausdrücken sowie auch lesen und schreiben lernten. Als ich 1969 nach Westdeutschland kam, hatte ich das Gefühl einer Zeitreise in die Vergangenheit. Ich hörte in Gegenwart eines Jugendlichen mit Morbus Down eine Frau sagen „Wäre doch besser für das arme Wesen, es wäre gestorben“. Begriffe wie „nicht bildbar“ gehörten eher zu den harmloseren Ausdrücken. Es herrschte 1969 im Alltagsbewußtsein ein Klima der Ausgrenzung von Behinderten und eine geringe Neigung, gesellschaftliche Ressourcen für die Verbesserung der Lebensverhältnisse dieser Menschen bereitzustellen. Bis in die 80er Jahre sah ich Menschen mit Down-Syndrom noch als Langzeitpatienten in der Psychiatrie. Bis in die 1990er Jahre lernte ich Jugendliche mit Down-Syndrom kennen, die sich höchstens innerhalb ihrer Familie, oft nur mit ihrer Mutter, verständigen konnten, damit extrem isoliert und durch diese Umstände behindert waren. Dass diese Behinderung nicht in den biologischen Grundlagen bestand, sondern überwiegend darin, dass die gesellschaftlich möglichen wissenschaftlichen und materiellen Hilfsmittel nicht bereitgestellt wurden, war mir durch meine dänischen Kindheits- und Jugenderfahrungen

schmerzlich klar. Die Lage hat sich seither insbesondere durch das Engagement der Eltern- und Behindertenvereinigungen und der Sonderpädagogik (vgl. Jantzen, 1980) auch in Deutschland deutlich verbessert: Etliche Kindergärten und auch einige Grundschulen arbeiten integrativ. Menschen mit geistiger Behinderung wohnen heute auch in Deutschland „in der Gemeinde“ und nicht ausschliesslich in Großeinrichtungen. Sie gehen einkaufen, sie gehen zum Arzt, zum Zahnarzt, zur Krankengymnastik und zur Logopädie in ihrem Wohngebiet. Doch wenn sie psychotherapeutische Hilfe suchen, sieht die Lage sehr schlecht aus. Statt Psychotherapie erhalten psychisch kranke Menschen mit geistiger Behinderung oft ausschließlich Pharmakotherapie, was ihre geistigen Möglichkeiten nicht selten weiter einschränkt und ihrer Seele nicht hilft.

2. Das erhöhte psychische Erkrankungsrisiko

Bei Menschen mit geistiger Behinderung können alle Formen psychischer Störungen von Neurosen über Persönlichkeitsstörungen bis zu Psychosen auftreten. Das Risiko, psychisch zu erkranken, ist bei Menschen mit geistiger Behinderung wesentlich höher als bei Nichtbehinderten (vgl. Lotz et.al., 1994, S.11ff). Eine wesentliche Quelle psychischer Störungen sieht Görres (1994, S.115), selbst Mutter eines behinderten Kindes, darin, dass Eltern sich kein Kind mit Behinderung wünschen – auch wenn sie es akzeptieren. 90-95% der Mütter,

denen durch die pränatale Diagnostik der Befund einer möglichen Behinderung mitgeteilt wird, entscheiden sich für eine Abtreibung (vgl. ebenda), was in der Folge nicht selten auch zu reaktiven psychischen Erkrankungen der Eltern oder nachgeborener Geschwister (Stichwort: replaced child) führt. Entgegen der weitverbreiteten Ansicht, die geistige Behinderung sei genetisch angelegt, treten die meisten Hirnschädigungen während der Schwangerschaft, aber vor allem auch während oder nach der Geburt erkannt werden. Genetische Faktoren oder Chromosomenanomalien bilden nicht einmal die Hälfte der Ursachen (vgl. Sommer 1997, S.8). Man kann davon ausgehen, dass bei Säuglingen mit geistiger Behinderung die ersten Selbst- und Bindungserfahrungen unter emotional erschwerten Bedingungen stattfinden. Hinzu kommt, dass diese Kinder von Anfang an oft schmerzhaften oder invasiv erlebten Untersuchungen und Fremdkontakten ausgesetzt sind. Die Phase der ersten Annahme und Bindung an die Eltern ist deshalb belastet. Statt im „Glanze“ der Augen der Eltern spiegelt sich das von Geburt an behinderte Kind häufig in leeren, sorgenvollen oder gar ablehnenden Augen der Eltern, im Stahl der Untersuchungsräume und im Glas der Brutkästen. Fast immer ist eine schwere narzisstische Problematik bei dieser Klientel zu diagnostizieren. Der Beginn des Lebens eines von Geburt an geistig behinderten Menschen ist von einer fast regelhaft auftretenden unsicheren Bindung und frustrierter Bedürftigkeit nach bedingungsloser Annah-

me gekennzeichnet. Auf Seiten der Eltern sind oft ebenfalls schwere Kränkung und Verunsicherung zu erkennen, die nicht selten in Deutschland mit Minderwertigkeitsempfindungen, Scham- und Schuldgefühlen sowie Selbstvorwürfen gepaart sind. Das soziale Gefüge verändert sich, häufig ziehen sich Freunde und Familie zurück, und die Eltern selbst verlagern die sozialen Beziehungen auf die professionellen Helfer. Oft sind die Mütter in engerem Kontakt zu den Therapeuten der Kinder als zum Ehemann und werden auch in der Beziehung zum Kind zu Co-Therapeuten: „Die ersten Stunden der Krankengymnastik fanden statt, als Torsten knapp 6 Wochen alt war. Mein Mann hat das nicht ertragen, wie Torsten geschrien hat. Ich habe es nur ausgehalten, weil ich innerlich getrennt habe: Ich wurde ganz robust und hart zu Torsten. Ich durfte nicht zimperlich sein, dann hätte ich die Therapien nicht durchgehalten“, erzählte eine Mutter. Deutlich mehr Ehen als bei nichtbehinderten Kindern zerbrechen nach der Geburt eines behinderten Kindes. Auch dies kann wiederum eine neue Störungsquelle für das behinderte Kind sein. Eine weitere systematische Kränkungsquelle im Leben besteht darin, dass die sprachlichen Möglichkeiten des geistig Behinderten in der Regel eingeschränkt sind. Verbale Symbolisierungsfähigkeiten und auch die Artikulation sind oft behindert. Er wird deshalb häufig nicht verstanden, er fühlt sich isoliert, verzweifelt, und aus der Kränkung speist sich dann oft massive Wut, die nicht selten in heftigsten (Auto)-Aggressionen und Verhaltensauffäll-

igkeiten oder schweren Depressionen mündet. Der Mensch mit geistiger Behinderung trifft immer wieder schmerzhaft auf seine Grenzen, sich selbst zu spüren, sich wahrnehmbar zu machen, und erlebt wesentlich mehr Frustrationen als Menschen, die ihre Gefühle und Empfindungen benennen und sich mit Sprache bemerkbar machen können.

Eine weitere systematische Störungsquelle ist chronische Überforderung, die nicht selten aus der Abwehr der Eltern, die Behinderung zu akzeptieren, rühren kann. „Erst als Tabia in die Schule sollte, haben wir dann schweren Herzens akzeptieren müssen, dass sie geistig behindert ist und das Gerenne von Facharzt zu Facharzt, Therapiezentrum zu Therapiezentrum hörte auf“, berichtet ein Vater. Aber auch chronische Unterforderung kann eine Störungsquelle darstellen, wenn z.B. das Kind von allen Anforderungen fern gehalten wird oder die geistige Behinderung in ihrer Schwere überschätzt wird, wie es nach wie vor bei schwer körperbehinderten Menschen der Fall ist.

Menschen mit geistiger Behinderung und mit weiteren Körperbehinderungen oder Sinnesbeeinträchtigungen sind in einem besonderen Maße mit ihren primären Bezugspersonen verbunden, weshalb die notwendigen inneren Unterscheidungsmöglichkeiten zwischen Selbst und Gegenüber oft kaum entwickelt sind. Die Gefahr, dass Borderlinestörungen oder Psychosen sich entwickeln, ist deshalb besonders groß. Die häufig lebenslange Betreuungssituation – und sei sie auch noch so optimal – beschränkt den Menschen mit geistigen Behinderung in seiner Selbstbestimmung, was wiederum Quelle einer psychoneurotischen Entwicklung, aber auch traumatischer Belastungen sein kann. Überproportional häufig sind gewalttätige und sexuelle Übergriffe auf Menschen mit geistiger Behinderung zu finden (vgl. V.Sinason, 2001, S.224ff). Zusammenfassend ist Gaedt zuzustimmen, wenn er sagt, dass das Risiko psychisch zu erkranken auch unter den glücklichsten Bedingungen der Entwicklung bei Menschen mit geistiger Behinderung erhöht ist (vgl. 1994, S. 137).

3. Anmerkungen zur ICD 10 Definition: Intelligenzminderung als psychiatrische Diagnose

Immer noch befindet sich im ICD 10 GM im Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)“ die Kategorie „Intelligenzminderung (F70–F79)“ als psychopathologische Diagnose. So werden Vorurteile weiter transportiert, dass das psychische oder psychiatrische Störungsbild als Symptom einer geistigen Behinderung verstanden wird. Eine Frau mit geistiger Behinderung beklagt sich bei Betreuern über ihren Mitbewohner, der sie belügt und bestiehlt. Sie hört dann von den Betreuern, dies sei so, weil dieser Mann geistig behindert sei. Die Frau ist empört: „Man klaut doch nicht, bloß weil man geistig behindert ist.“ Sie hat recht, denn es handelt sich bei den Symptomen Lügen und Stehlen selbstverständlich nicht um eine Folge der geistigen Behinderung, sondern diese können Hinweise auf eine gestörte psychische Entwicklung sein, die wir auch bei Nichtbehinderten kennen.

Es gibt die Intelligenzminderung als psychopathologisches Erscheinungsbild, worauf aber im ICD 10 nicht hingewiesen wird. Es wird im Gegenteil hervorgehoben, dass eine Steigerung der geistigen Fähigkeiten nur in geringem Maße durch Übung und Rehabilitation verbessert werden könne. Dieser statischen Aussage kann aus psychotherapeutischer Sicht nicht zugestimmt werden:

Die Intelligenzminderung selbst kann der psychische Bewältigungsversuch eines dahinterliegenden Leidens sein, z.B. das Resultat aus sehr isolierenden Lebensbedingungen, traumatischen Erfahrungen o.ä., und kann sich im Laufe des Lebens durch Verbesserung der Lebensumstände und Aufhebung isolierender Bedingungen) z.B. durch eine psychotherapeutische Behandlung, völlig geben. Es gibt Lebensumstände, unter denen sich Kinder ständig

solchem Druck ausgesetzt fühlen und Angst haben, so dass sie „behindert werden“, ihre autonomen intellektuellen Möglichkeiten zu entfalten oder sich in die geistige Behinderung oder Lernbehinderung flüchten: „Ich stellte mich dumm. Dann hatte ich endlich meine Ruhe“, sagte ein mittlerweile 38jähriger Mann auf die Frage, wie er sich erklären könne, dass bei ihm als Kind wiederholt eine Intelligenzminderung diagnostiziert wurde und er danach in einer Sondereinrichtung keine intellektuelle Herausforderung mehr erlebte. Mehrfach konnte ich im Laufe meiner Arbeit miterleben, wie Menschen mit wiederholt diagnostizierter Intelligenzminderung sich während der Psychotherapie über die seelische Heilung auch kognitiv befreien. Einer Patientin war es möglich, trotz diagnostizierter Intelligenzminderung in der Kindheit als Erwachsene über die in Niedersachsen mögliche Zulassungs-Prüfung ein Studium zu beginnen. Anfang der 80er Jahre konnten in der Einrichtung für geistig Behinderte, in der ich damals arbeitete, schwerst körperlich behinderte Menschen, die auch als „schwer geistig behindert“ galten, mit Hilfe neuer kommunikativer Mittel ihre intellektuellen Möglichkeiten wahrnehmbar machen und dann gezielt in Einrichtungen für Körperbehinderte beschult werden.

Bei jedem psychisch erkrankten Menschen, bei dem eine hilfreiche psychotherapeutische Behandlung gelingt, wird auch eine intellektuelle Weiterentwicklung zu verzeichnen sein. Vom Standpunkt des äußeren Beobachters mag das Ausmaß dieser Veränderungen bei Menschen mit geistiger Behinderung eher „gering“ sein, vom Standpunkt des inneren Beobachters können das Schritte sein, die neue Qualitäten eröffnen und deshalb Riesenschritte darstellen.

4. Was bieten die „Richtlinienverfahren“ an Möglichkeiten und wie werden sie genutzt? Reichen sie aus für die Behandlung von psychisch Kranken mit geistiger Behinderung?

Die Frage nach der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung ist eine Frage nach den Möglichkeiten der sogenannten

Richtlinienverfahren, die allein im Rahmen der Kassenfinanzierung als Regelleistung zugelassen sind. Von den sozialrechtlich

anerkannten „Richtlinienverfahren“ hat sich ausgehend von den USA und Großbritannien auch in Deutschland zuerst und vor allem die Verhaltenstherapie für diese Patientengruppe geöffnet und auch hier hauptsächlich im teilstationären und stationären Rahmen. Obwohl sich die Verhaltenstherapie schon sehr früh dieser Klientel zugewandt hat (vgl. Gottwald, 1975), verzögerte sich hier die „kognitive Wende“ der 70er Jahre zunächst und ist erst in dem letzten Jahrzehnt vollzogen worden. In der Arbeit mit Patienten mit geistiger Behinderung hielt man operante Konditionierungsmethoden für die am besten geeigneten Verfahren. Mittlerweile liegt hier auch ein breites Spektrum an kognitiven Verfahren vor (vgl. Lauth, 1980; Schucker, 1994). Man kann feststellen, dass die Verhaltenstherapie auch für den Bereich der ambulanten Versorgung ausgearbeitete Konzepte bereitstellt. Ob diese auch in die Ausbildung der Verhaltenstherapeuten Eingang gefunden haben, müsste untersucht werden. In der ambulanten Versorgung sind es überwiegend Verhaltenstherapeuten, die gelegentlich Patienten mit geistiger Behinderung behandeln. Die psychodynamischen Ansätze bieten ein enormes, aus meiner Sicht unverzichtbares, aber praktisch von ihren Vertretern kaum wahrgenommenes Potential, um für diese Patientengruppe hilfreich zu sein. Die Zu-

wendung zur vorgeburtlichen, geburtlichen (Janus, 2001) und frühkindlichen Entwicklung, die Behandlungskonzepte für Säuglinge und Kleinkinder, die Erfahrungen der Kinder- und Jugendlichentherapie sowie Konzepte zum Verstehen nonverbaler szenischer Inszenierungen (Lorenzer, 1970; Argelander, 1970) bieten aus meiner Sicht unentbehrliches Handwerkzeug für die Arbeit mit Patienten mit geistiger Behinderung. In der ambulanten Behandlung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung sind tiefenpsychologisch und psychoanalytisch ausgebildete Psychotherapeuten jedoch exotische Außenseiter.

Es mag daher vielleicht überraschen, aber ich kam vor allem über meine Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung zur Auseinandersetzung mit der Psychoanalyse und den psychodynamischen Verfahren. Ich befand mich 1985 in der Ausbildung zur Verhaltenstherapeutin und war neben meiner ambulanten Tätigkeit in eigener Praxis in der Frühförderung und einem Sonderkindergarten angestellt. Ich erlebte in der Begegnung mit den geistig behinderten Kindern – oft Säuglingen und Kleinkindern – heftige somatische und affektive Reaktionen wie extreme Müdigkeit, bleierne Schwere und depressive Verstimmungen, die mir so zu schaffen machten, dass ich meinte, die Arbeit aufgeben

zu müssen. Ich erhielt Zugang zur Psychoanalyse und fand dort einen konzeptionellen Rahmen zur Analyse meiner Gegenübertragungsreaktionen, was mir ermöglichte, die Arbeit weiterzuführen. Die Lerntheorie bot keinen Rahmen, diese Prozesse begrifflich zu fassen und in die Diagnostik und Therapieplanung miteinzubeziehen. Dennoch waren für mich weiter die vielfältigen Methoden der Verhaltenstherapie mit ihrer Fokussierung und Hierarchisierung der Ziele und vor allem ihrer Ressourcenorientierung unentbehrlich. Für unverzichtbar halte ich weiterhin die Gesprächspsychotherapie, vor allem die Kinderspieltherapie der humanistischen Therapieansätze (Gesprächspsychotherapie und Gestalttherapie), die Körpertherapie und auch Familientherapie, um die Arbeit mit diesem Klientel leisten zu können. Wieder kann ich Gaedt als psychoanalytisch ausgebildetem Psychotherapeuten zustimmen, wenn er schreibt: „Die Vielfältigkeit psychischer Störungen erfordert vielfältige Methoden. Ein Konzept zur Therapie von psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung muß zwangsläufig integrativ sein“ (Gaedt, 1994, S.127, vgl. auch Müller-Hohagen, 1993). Wie bei Gaedt findet auch bei Müller-Hohagen die Integration vor dem Hintergrund eines psychodynamischen Verständnisses statt.

5. Ausgrenzung von erfahrenen Psychotherapeuten im Zulassungsverfahren zur kassenfinanzierten ambulanten Versorgung

Erfahrung in der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung haben vor allen Dingen Psychotherapeuten in stationären und teilstationären Einrichtungen und Beratungsstellen gesammelt. Der Transfer dieser Erfahrungen erfolgt bisher überwiegend dann, wenn frühere Angestellte ihre Kenntnisse aus den Einrichtungen in die ambulante Versorgung mitnehmen, sobald sie sich niederlassen. Doch hier gab und gibt es Widrigkeiten zu überwinden. Bei der sozialrechtlichen Zulassung im Übergangsverfahren wurde aus der von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) geschürten Angst heraus, zu viele könnten sich niederlassen, sehr rigide Verfahren. Mit teilweise unerträglich abwertenden Argumenten wurden auch und gerade in der psychotherapeutischen Arbeit mit geistig

behinderten qualifizierte Psychotherapeuten ausgegrenzt, indem z.B. bei den Praxisstunden der Beweis, dass „Richtlinienverfahren“ praktiziert wurden, erbracht werden musste. Dies konnte jedoch nur von KV-anerkannten „Richtlinien“-Supervisoren bescheinigt werden. In den anerkannten psychoanalytischen Instituten spielte die Arbeit mit geistig Behinderten jedoch keine Rolle, so dass eine solche Bescheinigung kaum zu erbringen war. Es könnte sein, dass ein nicht unbeträchtlicher Teil der Kammermitglieder, der Qualifikationen in der Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung erworben hat, wegen dieser Einschränkungen aufgrund „fehlender Praxisstunden und Fachkunde“ bei den bedarfsunabhängigen und bedarfsabhängigen Zulassungen in den Jahren 1999

und 2000 keine Berücksichtigung gefunden hat. Bei der Approbation stellte dies zum Glück kein Hindernis dar. Es wäre sinnvoll, diese Gruppe der Kammermitglieder zu erreichen. Eine Kollegin berichtet, dass sie jahrelang auf tiefenpsychologischer Grundlage in einer Einrichtung gearbeitet habe, sie jedoch erst nach langer Auseinandersetzung und durch den Zufall, dass ein Arzt mit Zusatztitel in der Einrichtung zeitgleich gearbeitet hatte, diese Arbeit als tiefenpsychologisch fundiert anerkannt bekam. Im Zulassungsausschuss hatten leider insbesondere Psychotherapeuten mit folgender Begründung die Mehrheit der Ausschussmitglieder zur Ablehnung bewegt: Da die Kollegin mit geistig Behinderten gearbeitet habe, könne sie definitiv nicht tiefenpsychologisch fundiert gearbei-

tet haben, das ginge überhaupt nicht. Es herrscht also Abwehr und Unkenntnis bei vielen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten über die wissenschaftlich entwickelten Möglichkeiten insbesondere der psychodynamischen Psychotherapieansätze (vgl. die Arbeiten von Niedecken, 1989; Müller-Hohagen, 1993; Gaedt, 1994; Sinason, 2001).

Im Bewilligungsverfahren zur Kostenanerkennung für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie berichtet eine Kollegin über so manche zeit- und kräfteaubende Auseinandersetzung, während dies in der Verhaltenstherapie kein Problem darstellt. Weitere strukturelle Behinderungen bilden unflexible Regelungen bezogen auf die Altersgrenze bei Kinder- und Jugendlichen-

therapien, die gerade bei der Behandlung von geistig Behinderten unangemessen sind. Überregulierungen wie z.B. das Verbot, mehr als 13 Stunden im Angestelltenverhältnis tätig zu sein, verhindern den Transfer aus dem teilstationären und stationären in den ambulanten Bereich, weil das finanzielle Risiko der Selbständigkeit für viele Kollegen zu hoch ist.

6. Tiefsitzende kollektive Abwehrprozesse als Folge der nicht bewältigten und betrauten Vergangenheit betreffen auch uns Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Die Nachwirkungen des Nationalsozialismus betreffen auf verschiedenen Ebenen auch unseren Berufsstand. Man schätzt, dass während des Nationalsozialismus aus ideologischen und ökonomischen Gründen systematisch etwa 100.000 Anstaltsinsassen der Heil- und Pflegeanstalten getötet wurden. Die „wilde“ Euthanasie, das allmähliche Verhungernlassen, ging sogar deutlich über das Jahr 1945 hinaus (vgl. Harms, 1996, S.114ff.). Auch in anderen Ländern lagen die biologistischen, von Medizinern entwickelten rassehygienischen Pläne in den Schubladen und wurden z.T. auch gesetzlich umgesetzt (vgl. Koch, 2000), doch nur in Deutschland wurden die Sterilisations- und Tötungsprogramme „erbbiologisch unwerten Lebens“ von Ärzten, Pflegern und Beamten willig durchgeführt. Die Folgen des deutschen Traumas erleben wir in mehrfacher Weise bis heute in den Therapien unserer Patienten, aber auch in uns selbst. Die Tatsache, dass für Menschen mit geistiger Behinderung kaum Psychotherapieplätze zu finden sind, steht aus meiner Sicht auch im Zusammenhang mit einer verleugnenden und entwertenden kollektiven Abwehr, die auch unseren

Berufsstand erfasst. In Deutschland klappte nach 1945 nicht nur eine reale Lücke durch die vielen wegen ihrer geistigen Behinderung getöteten Menschen. Auch die Träger humanistischer Ideen in der Wissenschaft und Politik waren verfolgt, mit Berufsverboten belegt, in Konzentrationslager eingesperrt und getötet worden. Es klappte auch hier eine große Lücke besonders für die Psychotherapie, da auch ihr Begründer, Sigmund Freud, sich ins Ausland retten musste, um sein Leben zu bewahren. Ich finde es bemerkenswert, dass viele psychotherapeutische Arbeiten, die ich als hilfreich bei der Entwicklung von eigenen Wegen in der Behandlung von psychisch Kranken mit geistiger Behinderung erlebte, von Östreichern und Deutschen stammen, die aus der „Wiege der Psychotherapie“ vor dem Naziregime oder auch nach dem Überleben der Konzentrationslager ins Ausland emigrierten, in den USA und Großbritannien weiter arbeiteten und deren Erkenntnisse heute sozusagen reimportiert werden (u.a. M. Mahler, A. Bergmann, O. Kernberg, S. Bernfeld, B. Bettelheim, P. und E. Federn). Auch unter den Psychotherapeuten gab es nicht nur Opfer, sondern

auch passive und „willige Helfer“. Deutschland hinkte nach 1945 auch wegen dieses Exodus anderen hochentwickelten Ländern bezogen auf die gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Behinderung um Jahrzehnte hinterher. Das Feld bestellten nach wie vor die biologistischen Wissenschaftler – insbesondere in der Medizin –, und sie erleben derzeit mit der Gentechnik-Diskussion eine Renaissance. Die psychologische Prävention psychischer Erkrankungen, die Beratung der Angehörigen und Betreuer sowie die Rehabilitation von psychisch Kranken mit geistiger Behinderung sind auch heute wenig verbreitet, obwohl Konzepte vorliegen. Unter Prävention wird heute oft die medizinische und genetische Beratung sowie die pränatale Diagnostik mit möglicher Abtreibung bis weit über die 20. Woche hinaus verstanden. Mütter von Kindern mit Down-Syndrom berichteten mir, dass sie auf der Straße, aber auch im Bekanntenkreis ähnliche Kommentare wie den folgenden gehört hätten: „So ein Kind auf die Welt zu bringen ist doch heutzutage nicht mehr nötig. Es gibt doch Fruchtwasseruntersuchungen.“

7. Weitere Gründe, welche Menschen mit geistiger Behinderung den Zugang zur gemeindenahen psychotherapeutischen Versorgung erschweren, und mögliche Auswege

1. Bekanntlich haben die sozial am stärksten Benachteiligten und am wenigsten dem YAVIS-Typ entsprechenden Menschen – dazu zählen ohne Frage Menschen mit geistiger Behinderung – die größten Probleme, einen Therapieplatz zu erhalten. Aus meiner psychodyna-

mischen Sicht handelt es sich dabei oft um ein Ausagieren von Gegenübertragungsimpulsen von Seiten des Psychotherapeuten: Die oben beschriebene belastete erste Annahme eines behinderten Kindes durch seine Eltern und die Gesellschaft („Niemand

wünscht sich ein behindertes Kind“) reinszeniert sich oft in der therapeutischen Beziehung. Bei fehlender Analyse von Gegenübertragungsimpulsen im therapeutischen Setting kann sich diese belastete Annahme zerstörerisch wiederholen und zur Ablehnung des Pati-

enten führen.

2. Die Überbetonung des Autonomiegedankens und die Verleugnung der Abhängigkeitsbedürfnisse in der Psychotherapie führen zur Ablehnung der „Schwachen“. Sie kann als unbewusste, narzisstische Angst davor, selbst einmal so schwach, so hilflos ausgeliefert und abhängig werden zu können, verstanden werden. Die reale Wahrscheinlichkeit, dass wir uns spätestens im Alter von unseren geistigen und körperlichen Fähigkeiten verabschieden müssen, ist sehr hoch. Hier wirken ähnliche Abwehrmechanismen beim Therapeuten wie sie auch bei der Begegnung mit schwerst Traumatisierten bekannt sind. „Ich will es nicht wahrhaben, weil es mich zu sehr kränkt, dass ich selbst so schwach und verletzlich bin wie dieser Mensch.“
3. Menschen mit geistiger Behinderung melden sich nicht selbst beim Therapeuten, sie sind darauf angewiesen, dass Verwandte oder Betreuer ihre psychische Not erkennen und sich bei der Suche nach einem Therapieplatz engagieren. Häufig werden sie erst dann vorgestellt, wenn der Leidensdruck in der Umgebung durch Verhaltensauffälligkeiten zu groß wird. Die Betreuer/Eltern sind zur Psychotherapie im Sinne der Symptombeseitigung motiviert. Die Symptome haben jedoch für den Behinderten einen unbewussten Sinn und

stellen eine kreative Überlebensleistung dar. Dies führt zu möglichen Zielkonflikten, wie sie aus der Kindertherapie bekannt sind.

4. Geistig behinderte Patienten werden von Betreuern und Eltern meistens in heftig aggressiv getönten Krisensituationen vorgestellt, wenn (auto-)aggressive oder auch sexuelle Handlungen überhand nehmen und die Impulskontrolle fehlt. Auch das macht Angst. Hier bieten insbesondere die Ansätze, die von O. Kernberg und M.M. Linehan zur Behandlung der Borderline-Störung entwickelt wurden, hilfreiches Material.
5. Der Patient mit geistiger Behinderung wird zur Psychotherapie gebracht, nicht selten erlebt er die Psychotherapie auch als Alternative zur Bestrafung: „Wenn Du nicht zum Psychotherapeuten gehst, fliegst du aus der Wohngemeinschaft und musst ins Heim“. Seine eigene Motivation besteht oft darin, negative Konsequenzen zu vermeiden oder den Bezugspersonen einen Gefallen zu tun. Eine so genannte primäre Therapiemotivation ist also am Anfang nur selten vorhanden. Auch für die Arbeit mit Patienten mit geistiger Behinderung gilt, dass nur dann erfolgreich gearbeitet werden kann, wenn die subjektive Bereitschaft sich entwickeln lässt. Das bedeutet für den Psychotherapeuten, dass er 1. die Fähigkeit entwickeln sollte, versteckte, unbewusste Therapiebe-

reitschaft oder auch -ablehnung, den Sinn des Symptoms im Geflecht des Systems und mögliche Risiken und unerwünschte Nebenwirkungen der Psychotherapie bei Veränderung der Symptomatik erkennen zu können. Auch hier bieten die Forschungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eine reiche Quelle, die für die Behandlung von geistig Behinderten nutzbar gemacht werden kann. Und dass er 2. aktiv an der Motivierung arbeiten sollte. Hier bietet auch die Kinder- und Jugendlichentherapie, Psychotherapie mit straffällig gewordenen Borderline-Erkrankten sowie Drogenabhängigen einen reichen Erfahrungsschatz.

6. Für die ambulante psychotherapeutische Praxis ist eine besondere Aufmerksamkeit auf die Fähigkeiten und den Willen des Patienten zu richten, regelmäßig zur Behandlung zu kommen. Es stellt ein unwägbares finanzielles Risiko für den ambulant Niedergelassenen dar, wenn er sich auf die Einhaltung von Terminen und Orte nicht verlassen kann. Dies kann ein wichtiger Grund sein, warum diese Patientengruppe auch von Niedergelassenen nicht so gerne in die Behandlung genommen wird. Auch hier hat die Kinder- und Jugendlichentherapie Möglichkeiten und Wege entwickelt, wie dieses Problem zu lösen ist, die auf die Arbeit mit erwachsenen geistig Behinderten übertragen werden können.

8. Thesen: Haltungen und Qualifikationen, die auf der Seite des Psychotherapeuten (nicht nur) bei der Arbeit mit geistig Behinderten hilfreich sind

1. Betonung des Beziehungsaspekts und Entwicklung von Achtung, Empathie, Echtheit und Kongruenz in der Begegnung mit dem Patienten mit geistiger Behinderung – das bedeutet auch ge-

nügend hohe Anforderungen an ihn stellen zu können.

2. Fähigkeit zur Analyse der Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehens und zum „Szenischen Verstehen“. Verstehen

heißt Antworten und die (Be-) Deutung erkennen – das geschieht (nicht nur) für nicht dynamisch Ausgebildete am besten in der kollegialen, schulenübergreifenden Supervision bzw. Balint-Gruppe.

3. Fähigkeit, ressourcenorientiert zu arbeiten.
4. Aktives Therapeutenverhalten und Bereitschaft nicht nur den Therapeutenstuhl, sondern auch das Therapiezimmer zu verlassen. Hier können die Erfahrungen der Kindertherapeuten und Verhaltenstherapeuten herangezogen werden.
5. Beherrschung vielfältiger, auch non-verbaler, insbesondere auch körpertherapeutischer und spieltherapeutischer Interventionsmethoden.
6. Fähigkeit, sich in dem Beziehungsgeflecht des betreuten Patienten so zu positionieren, dass der Therapeut mit den häufigen Zielkonflikten der Beteiligten ethisch angemessen und therapeutisch sinnvoll umgehen kann. Dies schließt u.a. die Bereitschaft und Fähigkeit zur Kooperation mit Familienangehörigen und dem Helfersystem mit ein. Auch hier sind vor allen Dingen die Erfahrungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten heranzuziehen.

9. Ausblick

Was können die Psychotherapeutenkammern tun, um das Normalisierungsprinzip auch in der ambulanten Psychotherapie umzusetzen?

Es geht zunächst darum, auf das Problem aufmerksam zu machen und vielleicht niedergelassene Kammermitglieder zu ermutigen, einen Patienten mit geistiger Behinderung zu behandeln. Auf Kammerebene könnten in einem weiteren Schritt die vorhandenen Ressourcen der freiberuflichen und angestellten Kammermitglieder vernetzt werden, z.B. indem ein Erfahrungsaustausch organisiert wird. Bisher waren in der Regel die angestellten Psychotherapeuten unter sich. Weiter wären Überlegungen anzustellen, wie die Arbeit mit dieser Klientel zum integralen Bestandteil in der

Aus- und Fortbildung gemacht werden kann. Darüber hinaus sind Überlegungen zur besseren Vernetzung stationärer und ambulanten psychotherapeutischer Behandlung anzustellen.

Literatur

- Argelander, H. (1970). Das Erstinterview in der Psychotherapie, Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Badelt, I. (1994). Die klientenzentrierte Psychotherapie mit geistig behinderten Menschen. In: Lotz, W., Koch, U., Stahl, B. (Hrsg.), Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen. Bedarf, Rahmenbedingungen, Konzepte (S. 141-152). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Bank-Mikkelsen, N.E., Berg, E. (1982). Das dänische Verständnis von Normalisierung und seine Umsetzung in ein System von Hilfs- und Pflegediensten zur Integration, in: Behindernde Hilfe oder Selbstbestimmung der Behinderten – neue Wege gemeindenaher Hilfen zum selbständigen Leben. Kongreßbericht der internationalen Tagung „Leben, Lernen, Arbeiten in der Gemeinschaft“, München 24.-26. März 1982: Vereinigung Integrationsförderung.
- Gaedt, Chr. (1994). Aspekte eines psychoanalytisch orientierten Konzeptes zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung, In: Lotz, W., et.al. 1994, S. 124-140.
- Görres, S., Psychotherapie bei geistig Behinderten aus der Elternperspektive, in: Ebenda, 1994, S. 111-123.
- Gottwald, P., Redlin, W. (1975). Verhaltenstherapie bei geistig behinderten Kindern. Göttingen: Hogrefe – Verlag für Psychologie.
- Harms, I. (1996). „Wat mööt wi hier smachten....“, Hungertod und „Euthanasie“ in der Heil- und Pflegeanstalt Wehnen im „Dritten Reich“. Oldenburg: Druck- & Verlagscooperative GmbH.

Jantzen, W. (1980). Geistig behinderte Menschen und gesellschaftliche Integration, Bern: Huber Verlag.

Janus, L. (2001). Die Psychoanalyse der vorgeburtlichen Lebenszeit und der Geburt, Gießen: Psychosozial-Verlag.

Koch, L. (2000). Racehygiene i Danmark 1920-56, Kopenhagen.

Lauth, G., Dornauf, G. (1980). Zur Anwendung des Selbstinstruktionstrainings bei geistig Behinderten. Mitteilungen der DGVT 12/1980, S. 509-522.

Lorenzer, A. (1970). Sprachzerstörung und Rekonstruktion, Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Lotz, W.; Koch, U. Stahl, B. (Hrsg.) (1994). Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen. Bedarf, Rahmenbedingungen, Konzepte. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.

Müller-Hohagen, J. (1993). Psychotherapie mit behinderten Kindern. Heidelberg: Asanger.

Niedecken, D. (1998). Namenlos. Geistig Behinderte verstehen. Berlin: Luchterhand.

Reuther-Dommer, Chr., (Hrsg.), psychosozial 22. Jahrgang, Nr.77, Heft III: Liebe und Sexualität bei geistiger Behinderung, Gießen 1999.

Schucker, W., Verhaltenstherapeutische Ansätze in der stationären Behandlung geistig behinderter Menschen, in: Lotz, W., et.al., 1994, S. 153-172.

Sinason, V. (2000). Geistige Behinderung und die Grundlagen menschlichen Seins, Neuwied, Berlin: Luchterhand.

Sommer, D. (1997). Das Phänomen ‚Geistige Behinderung‘ in der wissenschaftlichen Reflexion – unter besonderer Berücksichtigung der klinischen Psychologie (unveröffentlichte Diplomarbeit), Oldenburg.

Dipl.-Psych. Frauke Werther

PP und KJP, Zulassung in TP und VT
Weskampstraße 25
26121 Oldenburg
frauke.werther@t-online.de

Empirische Forschung in der Psychoanalyse

Stephan Hau

Zusammenfassung: Auf der Basis langjähriger psychoanalytischer klinischer Forschung wird gezeigt, dass interdisziplinäre empirische Forschung auch in der Psychoanalyse eine lange Tradition hat. Die sich vor allem in der klinischen Erforschung von Behandlungsverläufen ergebenden methodischen und erkenntnistheoretischen Probleme werden diskutiert. Dabei zeigt sich, wie klinische und ausserklinische Forschung sich gegenseitig ergänzen. Am Beispiel chronisch depressiver Patienten wird der Forschungsbedarf verdeutlicht und der Anwendungszusammenhang empirischer interdisziplinärer psychoanalytischer Forschung erläutert.

Empirische Forschung in der Psychoanalyse

Unter psychoanalytischer Forschung kann heute nicht mehr einzig die klinische Forschung hinter der Couch verstanden werden, denn es existiert eine methodisch breit gefächerte, interdisziplinäre psychoanalytische Forschungstradition, die experimentelle und neurophysiologische Forschungen im Labor ebenso umfasst wie interdisziplinäre Projekte aus den Forschungsbereichen Cognitive Science oder Robotics – um nur einige zu nennen (vgl. Mertens, 1997).

Trotz dieser Forschungsbemühungen wird die Psychoanalyse oft als unwissenschaftlich kritisiert; sie gelte in ihren Grundannahmen als wissenschaftlich nicht bewiesen bzw. sei als klinisches Verfahren ineffektiv. Diese Kritiken basieren zum Teil auf einem veralteten, positivistischen Wissenschaftsparadigma, das wissenschaftliche Erkenntnis letztlich nur durch kontrolliert-experimentelle Studien gesichert sieht.

Psychoanalytische Theorien müssen sich natürlich in einem empirischen Kontext, das heißt erfahrungsbezogen bewähren. Dafür gibt es zahlreiche Bemühungen, auch außerhalb der klinischen Behandlungssituation. Auf Moser (1991) geht die Unterscheidung zwischen „On-line-For-

schung“ („Junktim-Forschung“, das heißt, der Therapeut ist zugleich Behandler und Forscher) und „Off-line-Forschung“ zurück. Mit letzterer ist gemeint, dass sich der Analytiker „außerhalb der Therapiestunde mit einer Therapie beschäftigt“ (a.a.O., S. 322), also nachträglich Materialien „aus Psychoanalysen oder psychoanalytisch orientierten Psychotherapien (z.B. Tonbänder, Videoaufzeichnungen, Tagebücher, etc.) mit Hilfe eines breitgestreuten methodischen Arsenal“ untersucht (Leuzinger-Bohleber, 1995, S. 448).¹

Im Unterschied zur „Off-line-Forschung“ entwickelt der Psychoanalytiker im Rahmen der klinischen „On-line-Forschung“ zunächst individuelle Theorien über die Entstehungszusammenhänge der Erkrankung des Patienten. Aus diesen vorläufigen Annahmen werden Metaphern verdichtet oder kondensiert, welche die psychischen Konstruktionen der Patienten möglichst adäquat beschreiben. In einem weiteren Schritt werden Konzepte und schließlich theoretische Modelle entwickelt, welche die Entstehungs-, Erkrankungs- und Behandlungszusammenhänge zu erklären versuchen. Diese theoretischen Modelle werden in verschiedenen Diskursen (z.B. Konferenzen, Fachzeitschriften, etc.) kritisch diskutiert und modifiziert, wodurch eine integrativ-konzeptuelle Forschung entsteht. Die theoretischen Modelle haben

wiederum Einfluss auf die Wahrnehmung und Ausgestaltung der psychoanalytischen Behandlungssituation und auch auf die klinischen Falldiskussionen. Auf diese Weise entsteht ein sich fortwährend entwickelnder Kreisprozess, wobei sich die Weiterentwicklungen der klinischen Arbeit und der theoretischen Modelle gegenseitig unterstützen und beeinflussen.

Allerdings handelt es sich dabei um ein geschlossenes System, das unabhängig von anderweitigen wissenschaftlichen Erkenntnissen und Entwicklungen existiert. Deshalb kommt der außerklinischen und interdisziplinären Forschung besondere Bedeutung zu. Hier werden psychoanalytische Theorien und Modellannahmen durch die Hinzuziehung anderer Forschungsmethodologien hinreichend wissenschaftlich abgesichert, auch im Sinne einer externen Validierung (vgl. Strenger, 1991). Die außerklinisch erarbeiteten neuen Erkenntnisse erfahren schließlich auf der Konzept- und Theorieebene Eingang in den klinischen Diskurs und haben so indirekt Einfluss auf die konkrete klinische Situation.

¹ Empirische Forschungen zu psychoanalytischen Konzepten aus mehreren Jahrzehnten belegen, dass sich wesentliche Persönlichkeitsmerkmale in der Kindheit zu formieren beginnen, mentale Repräsentanzen von sich und anderen das zwischenmenschliche Beziehungsgeschehen beeinflussen, mentale Prozesse (kognitive, emotionale und affektive) simultan ablaufen, dass es eine Persönlichkeitsentwicklung vom unreifen, abhängigen Zustand der Kindheit hin zu einer erwachsenen, reifen Persönlichkeit gibt und dass ein Großteil des menschlichen mentalen Lebens unbewusst abläuft (vgl. Westen, 1999).

Gleichzeitig geben die Forschungen aber auch weitere Fragen auf, etwa nach erneuerten Konzepten für unbewusste Prozesse (vgl. Dixon, 1971, 1981; Erdelyi, 1985; Schacter, 1992, 1995; Barron et al., 1992; Shevrin, 1992, Leuschner, 1999).

Ergebnisse experimenteller Laborforschungen etwa, die oft allgemeines Grundlagenwissen betreffen, lassen sich jedoch nicht unmittelbar auf die analytische Therapiesituation rückbeziehen („Instantiierung“). Die experimentelle Traumforschung ist hierfür ein anschauliches Beispiel. Seit über 50 Jahren haben Psychoanalytiker an der Erarbeitung neuer Erkenntnisse über den Traum maßgeblichen Anteil. Aufgrund von Experimenten im Labor ließen sich Annahmen der psychoanalytischen Traumtheorie überprüfen. Neuerdings gibt es Versuche, psychoanalytische Konzepte auch mit neurophysiologischen Methoden zu erforschen, wodurch ein intensiver Dialog zwischen Hirnforschern und Psychoanalytikern entstanden ist (vgl. z.B. Beutel, 2004; Solms, 1998; Hau et al., 2004; Röckerath, 2004). Heute sind in vielen Forschungsfeldern Psychoanalytiker aktiv involviert und ein reger wissenschaftlicher Dialog mit den verschiedensten Nachbardisziplinen ist dabei, in Gang zu kommen (vgl. Leuzinger-Bohleber et al., 2004).

Probleme klinischer Forschung

Bei der Beforschung psychotherapeutischer Prozesse sind aus psychoanalytischer Sicht verschiedene, zum Teil komplexe Aspekte zu berücksichtigen. Dies betrifft sowohl die Nicht-Replizierbarkeit einzelner Ereignisse im Rahmen eines Behandlungsverlaufes (z.B. bestimmte Traum inhalte oder das Erscheinen bestimmter Symptome im Verlauf von regressiven Prozessen), die Lebenssituation des Patienten als auch die Erfahrungen im Therapieverlauf oder die Nicht-Linearität der Zusammenhänge einzelner Ereignisabfolgen und deren Auswirkungen (z.B. Interventionen). Weitere Probleme entstehen durch die Nachträglichkeit, die dynamische Umarbeitung und Veränderung von Erinnerungen, in Abhängigkeit vom Abwehrgeschehen und der individuellen Bedeutung für das einzelne Individuum, aber auch durch vielfache Bedeutungen von Begriffen, Wörtern und der Sprache. Es würde eine unzulässige Reduktion und somit eine mögliche Verfälschung bedeuten, diese klinischen Phänomene mit unterkomplexen Ansätzen zu untersuchen.

Gerade randomisiert-kontrollierte Studien werden oft unter Bedingungen durchgeführt, die von der klinischen Realität entfernt erscheinen. So wird das Komorbiditätsproblem häufig durch die Auswahl monosymptomatischer Patienten übergangen. Auch die Therapielänge der in den meisten Studien durchgeführten Therapien stimmt mit der klinischen Alltagspraxis oft nicht überein. Randomisiert-kontrollierten Studien liegt ein einheitswissenschaftliches Modell zu Grunde, das wissenschaftstheoretisch, angesichts der Vielfalt der Methoden, Theorien, Erfahrungen und der Diversität der verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen, seit langem als überholt gilt. Die jeweiligen Wissenschaftsdisziplinen haben ihre eigenen, spezifischen Methoden, Erkenntniswerte beziehungsweise Qualitätskriterien entwickelt, die ihren jeweiligen Forschungsgegenständen angemessen sind, so dass man heute von einem Methodenpluralismus der Wissenschaften ausgeht (vgl. u.a. Hampe und Lotter, 2000; Hau, 2003; Leuzinger-Bohleber, 2002; Leuzinger-Bohleber, Dreher und Canestri, 2003).

Insbesondere für Langzeitbehandlungen erscheint ein RCT-Untersuchungsschema unangemessen. Vielmehr bieten naturalistische Studien einen adäquaten Forschungszugang. Auch die kontrollierte Einzelfallstudie erweist sich dann als besonders wertvoll, wenn es um das Verständnis idiosynkratischer Patienten geht und wie diese individuell zum Beispiel auf Interventionen reagieren.

Die Komplexität der Heilwirkung einer Psychotherapie, eingebettet in ein Beziehungsgeschehen und beeinflusst durch zahlreiche Kontexteffekte, kann nicht als linear gedacht werden. Die Ergebnisse der Therapieforschung legen denn auch nahe, dass vor allem die Qualität der therapeutischen Beziehung als besonders bedeutsam für den Behandlungserfolg anzusehen ist, mithin ein Faktor, der schwer quantifizierbar erscheint.

Die psychotherapeutische Praxis erweist sich somit als „hyperkomplexes“ Forschungsfeld. Entsprechend paradox erscheint deshalb der Versuch der Anwendung von Forschungsprinzipien, wie sie

etwa im Rahmen einer EBM formuliert wurden. Leuzinger-Bohleber und Bruns (2004) schreiben dazu, „dass nicht situationsbezogen eine komplexe Situation aufgelöst wird, sondern eine Berufung auf situationsfern erstellte Vorgaben erfolgt. Ferner wird das bisher in der Medizin geltende ideelle Postulat der kausalen Begründung einer Maßnahme zugunsten eines epidemiologischen Wirksamkeitsnachweises aufgegeben. Dabei tritt das statistische Paradox ein: Gültigkeit bei großen Zahlen, Ungewissheit im Einzelfall. (...) Bei genauer Betrachtung zeigt sich auch, dass in Qualitätssicherungsentscheidungen, wie auch die für EBM eine ist, behandlungsfremde politische und ökonomische Interessen einfließen (Hafferty und Light, 1995; Haycox und Walley, 1999; Vogd, 2002, 303ff.). Schließlich führen die enorm hohen Kosten für randomisierte Studien dazu, dass sie nur noch durchgeführt werden können, wenn potente Geldgeber sie finanzieren. Das führt zu einer Selektion der von der Pharmaindustrie geförderten Forschungsvorhaben; andere Therapien haben deutlich geringere Chancen, den RCT-Standard zu erfüllen, da sie aus äußeren, finanziellen Gründen ein entsprechendes Studiendesign kaum mehr erstellen können (Kienle et al. 2003, A 2143). Mit der Verlegung auf statistische Designs wird ein klassisches Prinzip der medizinischen Forschung wie das singuläre Kausalerkennen außer Kraft gesetzt (ebd., A 2144 f).“ (a.a.O., S. 18)

Und weiter heißt es: „Daher sollten im Bereich der (psychoanalytischen) Psychotherapieforschung theoretisch elaborierte und empirisch abgestützte Prozess- und Einzelfallstudien, die sowohl bezüglich des methodischen Vorgehens als auch der Qualitätskriterien dem spezifischen Forschungsgegenstand der Psychoanalyse – unbewusste Prozesse und deren Beeinflussung durch therapeutische Interventionen – adäquat sind, vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie vermehrt berücksichtigt werden“ (a.a.O., S. 14).

Aus diesen Überlegungen ist leicht ersichtlich, dass sich für empirische psychoanalytische Forschung spezifische erkenntnistheoretische Bedingungen ergeben. Eine klinische Falldarstellung bedarf

einer anderen Vorgehensweise bei der Datenerhebung und -auswertung als eine Untersuchung von Erinnerungs- und Wahrnehmungsvorgängen im Labor. In

dem sich dadurch ergebenden Spannungsfeld bewegt sich auch die klinisch-psychoanalytische Psychotherapieforschung.

tig sind. Schließlich sollten zukünftige Forschungen auch Patienten-fokussierte Studien berücksichtigen.

Die wissenschaftlichen Untersuchungsmethoden müssen dem Erkenntnisgegenstand angemessen sein

Doch welche spezifischen Merkmale kennzeichnen psychoanalytische Forschung? Psychoanalytische Behandlungen zeichnen sich, im Vergleich zu sonst in der Psychotherapieforschung untersuchten Behandlungsformen, durch eine Reihe von besonderen Merkmalen aus, die unter anderem zentrale psychoanalytische Konzepte betreffen. Dabei stehen Phänomene wie zum Beispiel unbewusste Prozesse, Übertragung und Gegenübertragung, freie Assoziationen, Träume oder die Reaktionen des Patienten auf Deutungen und andere Interventionen im Mittelpunkt des Interesses.

Im Rahmen des erlebten Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehens in der Therapie geht es um die Untersuchung von Phantasien und um die subjektive Rekonstruktion einer vom Individuum erinnerten Geschichte. Es geht um Phänomene der dynamischen Veränderung und Umarbeitung von Erinnerungen, der Nachträglichkeit oder der Vieldeutigkeit von Sprache.

Wie lassen sich diese beforschen? Welche Untersuchungsinstrumente können verwendet werden, um zum Beispiel Phänomene wie Übertragung, Gegenübertragung, Abwehrmechanismen oder die Untersuchung der inneren Repräsentanzen von beziehungsweise Interaktionen mit Objekten oder von reflexivem Denken zu „operationalisieren“ und mit extraklinischen Methoden untersuchbar zu machen?

In diesem komplexen Feld klinischer Forschung sind unterschiedlichste Forschungsmethoden entwickelt worden, von klinischen Falldarstellungen über systematische Einzelfallstudien angefangen bis hin zu randomisiert-kontrollierten oder naturalistischen Studien, je nach Fragestellung oder Untersuchungszweck.

Schwierigkeiten in der Beantwortung der Frage nach dem adäquaten Forschungsan-

satz kommen auch durch Forschungsmythen, Fiktionen und Legenden zustande. Die Frage nach der „Objektivität“ des Beobachters zählt hier ebenso dazu, wie die Frage nach der Objektivität der Messungen. Auch die im Rahmen der Psychotherapieforschung existierenden Uniformitätsmythen, welche die Vorstellungen vom (psychoanalytischen) Behandlungsprozess, die Vergleichbarkeit der Qualifikation der Therapeuten, die Schwere der Störungen der unterschiedlichen Patienten, die Reliabilität der Diagnostik oder die äußeren Rahmenbedingungen betreffen, um nur einige zu nennen, erschweren die Forschungsbemühungen. Ein ähnliches Problem stellt sich hinsichtlich der Schwierigkeiten, (psychoanalytische) Interventionen methodisch adäquat zu untersuchen. Wann „wirkt“ eine Deutung? Unmittelbar? Verzögert? Was machen die Patienten zwischen den Stunden? Oft wird die Frage übergangen, welche Bedeutung Ereignissen und Erlebnissen zwischen den Stunden zukommt und welchen Einfluss diese tatsächlich auf den psychotherapeutischen Prozess nehmen. Wie aussagekräftig sind dann Studien, die nur das unmittelbare Geschehen in den Stunden berücksichtigen?

Gibt man den Uniformitätsmythos einer Einheitswissenschaft auf und geht statt dessen von der Pluralität der Wissenschaften aus, so lassen sich die von Kächele (2004) beschriebenen verschiedenen Stadien der Psychotherapieforschung als gleichberechtigt nebeneinander verstehen, in denen jeweils unterschiedliche Forschungsmethoden zur Anwendung kommen. Dann können sowohl klinische Fallstudien, deskriptive Studien oder klinisch kontrollierte Studien zur Anwendung gelangen. Naturalistische Studien haben ebenso ihre Bedeutung, gerade wenn es um die Untersuchung längerer Behandlungen geht, wie auch experimentelle Analogstudien für die Theorieentwicklung wich-

Es existieren zahlreiche empirische Untersuchungen, welche die Wirksamkeit psychoanalytischer Behandlungen belegen. Zwar wird immer wieder Gegenteiliges behauptet, wie etwa dass „die tiefenpsychologisch orientierte Kurzzeittherapie (...) häufig angewandt [werde], obschon der wissenschaftliche Nachweis ihrer Effektivität noch nicht gesichert“ sei (Härter et al., 2003, S. 30). Doch Metaanalysen (Leichsenring, 2001) haben gezeigt, dass es keinen Unterschied in der Erfolgsrate von psychodynamischen Kurztherapien und kognitiven Verhaltenstherapien gibt. Psychoanalytische Therapien weisen große Effekte (Prä-Post) im Sinne von Cohen (1988) bei der Reduzierung der depressiven Symptomatik (0.90 – 2.80) aber auch bei der allgemeinen psychiatrischen Symptomatik (0.79-2.65) auf. In

zwei kontrollierten Studien (RCT) erwies sich die Kombination psychoanalytische Therapie und Psychopharmakotherapie als wirksamer als Psychopharmakotherapie alleine (de Jonghe et al., 1999; Burnand et al., 2002). Außerdem veranschaulichen kontrollierte Studien (RCT) von depressiven Patienten die Wirksamkeit psychoanalytischer Therapien (Hersen et al., 1984; Thomson et al., 1987; Gallagher-Thompson et al., 1990; Gallagher-Thompson und Steffen, 1994; Shapiro et al., 1994, 1995; Barkham et al. 1996; Leichsenring, 2004).

Therapieresistente, chronische, refraktäre Depression oder „Difficult to treat Depression“ – ein aktuelles Forschungsbeispiel

Zunächst die Datenlage: Laut WHO leiden 300 Millionen Menschen an depressiven Erkrankungen; in Deutschland erkranken 18% (ca. 10 Millionen Menschen) bis zum 65. Lebensjahr (Frauen: 24,5%, Männer: 12%). 11 000 Suizide pro Jahr stehen mit depressiven Erkrankungen in Zusammenhang. Majore Depressionen werden im Jahre 2020 die zweithäufigste Erkrankung nach der ischämischen Herzerkrankung darstellen (im Sinne von "disability adjusted life years"), dabei werden 50% der Patienten mit *Major Depression* chronisch erkranken (vgl. *Biological Psychiatry*, Vol. 53, 8, 2003).

50% der Patienten erleiden Rückfälle auf alle Formen der Kurztherapie (z.B. Kognitive Verhaltenstherapie, psychoanalytische Kurztherapie). 1/3 jener Patienten, die zunächst auf Antidepressiva reagieren, haben Rückfälle innerhalb eines Jahres, 75% innerhalb von 5 Jahren. 20-30% der Patienten reagieren nicht auf Antidepressiva und 20% der hospitalisierten depressiven Patienten sind auch nach zwei Jahren noch depressiv, trotz medikamentöser Behandlung. Weiterhin sind 60% der von Hausärzten behandelten depressiven Patienten auch noch nach 12 Monaten depressiv.

Hieraus leitet sich ein dringender Forschungsbedarf ab. Depressionen können demnach als rezidivierende Langzeiterkrankungen beschrieben werden (vgl. Linden, 2001). Von den 50% der Patienten,

Der wissenschaftliche Beirat Psychotherapie hat denn auch die psychoanalytischen Verfahren als wissenschaftlich begründet anerkannt, einschließlich der Behandlungen von depressiven Patienten. Eine Übersicht der auch von Psychoanalytikern durchgeführten empirischen Untersuchungen zu verschiedensten Krankheitsbildern findet sich im kürzlich veröffentlichten Bericht an den wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (vgl. Brandl et al. 2004). Dennoch besteht weiterer Forschungsbedarf, wie das folgende Beispiel verdeutlichen soll.

ten, bei denen es zu Rezidiven kommt, zeigen 1/3 nur unvollständige Remission (mit weiterem Rehabilitationsbedarf), bei 2/3 kommt es zu relevanten Funktionsbeeinträchtigungen, zum Beispiel vermehrter Arbeitsunfähigkeit.

Was die Nachhaltigkeit von Interventionen betrifft, gibt es bisher keine Evaluation der mittel- und langfristigen Behandlungserfolge (z.B. der langfristigen Wirkung von Patientenaufklärung, der Reduktion von Suizidraten durch Informationskampagnen, der besseren Erkennung durch Hausärzte, der empfohlenen Behandlungen). Eine Rückfallvorsorge wird zwar gefordert, doch ist deren Erfolg ebenfalls noch nicht hinreichend empirisch untersucht.

Angesichts dieser Zahlen wird deutlich, wie dringend der Bedarf an wirksamer Versorgung für diese große Gruppe von Patienten ist beziehungsweise sein wird, die über einen langen Zeitraum unter chronifizierten oder stark rezidivierenden Depressionen leiden und für die es keine adäquate Behandlung zu geben scheint. Es ist klar, dass diese Erkrankungen einen destruktiven Einfluss auf die Lebensqualität, die Arbeitsfähigkeit, auf die somatische Befindlichkeit der Patienten und auf die Beziehungen zu Partnern und Familienmitgliedern, insbesondere zu Kindern haben (vgl. u.a. Thase and Rush 1995; Souery et al. 1999; Kupfer & Frank, 2001; Mulder, 2002; Verheul, 2003). Diese Patienten werden als

therapieresistent, als chronische oder refraktäre Depression bzw. als "Treatment Non-Responder" bezeichnet.

Besonders bedenklich ist, dass bisher keine prospektiven Vergleichsstudien zwischen Langzeittherapien mit Psychopharmaka-Behandlungen, Psychoanalyse beziehungsweise Verhaltenstherapie bei dieser Patientengruppe existieren. Genau dies soll nun in einem Forschungsprojekt untersucht werden, in dem Psychoanalytiker, Verhaltenstherapeuten, Psychiater und andere Wissenschaftler zusammenarbeiten, um in einer prospektiven Studie die Auswirkungen unterschiedlicher Langzeitbehandlungen zu klären. Neben psychoanalytischen Untersuchungsinstrumenten kommen hier zahlreiche andere Instrumente wie Fragebögen zu Eingangs- und Verlaufsmessung zum Einsatz. Eine katamnestic Untersuchung ist ebenfalls geplant.²

Weitere Studien

Zur Langzeitbehandlung von (chronisch) Depressiven sind mehrere naturalistische Studien abgeschlossen worden oder befinden sich noch in der Durchführung wie zum Beispiel die Stockholmer Psychotherapiestudie (Sandell et al., 2001; Huber et al., 2001; Leuzinger-Bohleber et al., 2001; Rudolf et al., 2002; laufende Studien in London an der Tavistock Clinic, in Zürich und in Frankfurt/Main).

Zwei Untersuchungen seien hier kurz herausgegriffen, die als Beispiele für naturalistische Studien zur Nachhaltigkeit von Psychotherapien gelten können. Dies ist zum einen die *Stockholmer Psychotherapiestudie* (Sandell et al., 2001), in der 700 Patienten prospektiv untersucht wurden. Dabei zeigte sich als bedeutender Befund, dass erst nach Abschluss der Behandlung die psychoanalytischen Therapien bessere und stabilere Resultate aufwiesen als die Psychotherapien (was die

² Der psychoanalytische Teil der Studie wird von M. Leuzinger-Bohleber und H. Deserno im Sigmund-Freud-Institut, Frankfurt/Main, koordiniert und durchgeführt. Design und Instrumente der Studie sind auf ähnliche Forschungsvorhaben in Zürich und London abgestimmt.

Symptombelastung betrifft). Dieses Ergebnis war sowohl von Länge und Frequenz der Behandlung abhängig.

Die Nachhaltigkeit von psychotherapeutischen Behandlungen multimorbider Patienten in ambulanten Praxen (u.a. vieler depressiver Patienten) wurde in einer repräsentativen, multiperspektivischen Evaluationsstudie von psychoanalytischen Langzeitbehandlungen untersucht (Leuzinger-Bohleber et al., 2001, 2003). 401 ehemalige Patienten, die behandelnden Analytiker, zusätzlich psychoanalytische sowie externe Experten beurteilten die Behandlungsergebnisse. Dafür wurden auch Krankenkassendaten berücksichtigt.

Es zeigte sich, dass sich 65 – 84 % der Patienten mehrere Jahre nach Abschluss der Analysen in ihrem Befinden, ihren Beziehungen, ihrer Stimmung, ihren Bewältigungsmöglichkeiten, in der Lebenszufriedenheit oder in der Leistungsfähigkeit als verbessert einstufen. Vor allem das Wohlbefinden war bei über 80% der ehemaligen Patienten gestiegen. Deren aktuelle Symptombelastung lag nur leicht oberhalb der Normalbevölkerung, aber weit entfernt vom klinischen Bereich. Mit 7 Tagen Arbeitsunfähigkeit im siebten Jahr nach Abschluss der Behandlung lagen diese ehemaligen Patienten weit unter der Zahl für die Normalbevölkerung (19 Tage). Gleichzeitig wird deutlich, dass es sich bei den Patienten oft um multimorbide Störungsbilder gehandelt hatte. Viele depressive Patienten in dieser Studie wiesen ebenfalls eine Traumatisierung auf. Die Suizidalität war zu Beginn der Behandlung bei depressiven Patienten ausgeprägter, zum Katamnesezeitpunkt allerdings nicht häufiger als bei anderen Patienten. Eine Kombination mit Psychopharmaka war in akuten Krisen häufig.

Depressive Patienten aus erfolgreichen Therapien zeigten unter anderem bessere

adaptive Fähigkeiten, mehr Hoffnung, Lebensfreude, Verantwortlichkeit, Flexibilität, Vertrauen oder Selbstkohärenz.

Aus den Befunden dieser Katamnese studie lässt sich erkennen, dass in psychoanalytischen Langzeittherapien schwer gestörte depressive Patienten mit mehreren Diagnosen, langer Symptombelastung, häufigen frühinfantilen Traumatisierungen und meist nach mehreren anderen Therapieversuchen erfolgreich behandelt wurden. Es waren somit vor allem chronifizierende, multimorbide depressive Patienten, die, nach mehreren erfolglosen Kurztherapien, von Langzeitbehandlungen profitierten.

70 – 80 % der Resultate aus den Langzeitbehandlungen erweisen sich auch circa sieben Jahre nach Beendigung der Behandlung als stabil (übereinstimmende gesundheitsökonomische Daten, Urteile der ehemaligen Patienten, der Therapeuten, sowie der psychoanalytischen und nicht-psychoanalytischen Experten). Hochfrequente psychoanalytische Behandlungen haben demnach nachhaltige Verbesserungen der subjektiven und objektiven Befindlichkeit der Patienten zur Folge, was kurz-, mittel- und langfristige Kostenersparnis bei chronifizierenden Depressionen bedeutet. Die Aussage scheint berechtigt, dass durch Langzeitbehandlungen Wiedererkrankungen bei dieser Patientengruppe in 80 % vermieden werden konnten.

Ausblick

Für zukünftige „naturalistische Qualitätsverbesserungsstudien“ sind neben kontrollierten auch naturalistische und Patienten-fokussierte Studien von großer Bedeutung. Nur durch methodenübergreifende Untersuchungsansätze lässt sich eine unterkomplexe Psychotherapieforschung vermeiden. Nicht die „Laborbedingungen“ sind hier ausschlaggebend,

sondern die Erfassung naturalistischer Situationen. Dies bedeutet, dass Erkenntnisse aus allen fünf Stadien der Therapiefor schung bei der Erforschung von an Depression erkrankten Patienten berücksichtigt werden müssten.

Dabei sind nicht nur kurzfristige Evaluationen zu berücksichtigen. Nimmt man die Befunde aus den beiden kurz skizzierten (psychoanalytischen) Studien ernst, besonders was die Chronifizierung und die Rückfallquote bei Depressiven betrifft, dann sind mittel- und langfristige Evaluationen unverzichtbar. Genau dies ist in den oben erwähnten, von Psychoanalytikern durchgeführten prospektiven Psychotherapiestudien geplant (vgl. Leuzinger-Bohleber et al., 2005). Dies schließt auch Kostenanalysen mit ein – zur Klärung der Nachhaltigkeit.

Schließlich sollte in zukünftigen Forschungsprojekten auch die Patientenperspektive bei der Wahl und Bewertung therapeutischer Verfahren stärker berücksichtigt werden.

Viele Aspekte zur Frage empirischer Forschung in der Psychoanalyse ließen sich leider nur kurz skizzieren. Vieles blieb unvollständig oder auch ungesagt. Dennoch sollte deutlich geworden sein, wie komplex, aber auch wie reichhaltig empirische psychoanalytische Forschung im interdisziplinären Kontext sein kann.

Literatur

Leuzinger-Bohleber, M., Hau, S. und Deserno, H. (2005). Depression – Pluralismus in Praxis und Forschung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

PD Dr. phil. Stephan Hau, Dipl.-Psych.

Institutionen för beteendevetenskap, IBV
University of Linköping
S-581 83 LINKÖPING, SWEDEN
steha@ibv.liu.se

Recht: Aktuell

Praxistipps – Hinweise – Informationen

Hartmut Gerlach

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Aus dem Gerichtssaal: Sexuelle Kontakte nach Therapieende bleiben straffrei Recht lückenhaft: Was lässt das Strafrecht vom Abstinenzgebot übrig?

Wenig – wenn der Beschluss des Landgerichts Offenburg (Az.: 3 Qs 121/04 v. 30.11.2004) Schule macht. Denn folgender Fall stimmt nachdenklich:

Beschwerde des beschuldigten Psychotherapeuten erfolgreich

In einem Beschluss der Großen Strafkammer des Landgerichts (LG) heißt es u. a.: Der beschuldigte Psychotherapeut hatte fast genau einen Monat nach der letzten Therapiesitzung mit Abschlussgespräch sexuelle Beziehungen zu einer Patientin aufgenommen. Die Staatsanwaltschaft erwirkte beim zuständigen Amtsgericht einen Durchsuchungsbefehl für die Wohn- und Geschäftsräume des Beschuldigten sowie die Beschlagnahme sämtlicher Behandlungsunterlagen über die Therapie der Patientin. Der vom Verteidiger des Beschuldigten eingelegte Beschwerde gegen die Beschlagnahmeanordnung wurde seitens des LG stattgegeben, weil die Beschlagnahme von Behandlungsunterlagen zumindest einen Anfangsverdacht für eine strafbare Handlung voraussetze. Hieran – so das LG – fehle es angesichts des Ermittlungsstands. Zwar habe die Patientin beim Behandler 45 therapeutische Einzelgespräche wahrgenommen, diese seien aber einen Monat vor Aufnahme der sexuellen Beziehung mit einem Abschlussgespräch beendet worden.

Nach § 174 c Abs. 2 Strafgesetzbuch (StGB) müsse das Opfer aber zum Zeitpunkt der Tathandlung dem Täter zur Behandlung anvertraut gewesen sein. Maßgebend für ein „anvertraut sein“ sei,

ob das betroffene Behandlungsverhältnis (noch) bestehe. Hiervon könne aber im entschiedenen Fall nicht mehr ausgegangen werden. Es lägen nämlich keinerlei Anhaltspunkte dafür vor, dass eine Fortsetzung der Therapie seitens des Opfers gewünscht oder vom Beschuldigten empfohlen bzw. für notwendig erachtet worden sei. Demnach sei die Patientin dem beschuldigten Therapeuten nicht mehr im Sinne von § 174 c Abs. 2 StGB anvertraut gewesen, auch dann nicht, (wörtlich) „wenn zu diesem Zeitpunkt zwischen ihr und dem Beschuldigten möglicherweise noch ein „therapeutisches Abhängigkeitsverhältnis“ bestanden“ hätte.

Im Beschluss heißt es dann weiter: „§ 174 c Abs. 2 StGB bezweckt zwar den Schutz von Personen, die aufgrund eines Behandlungsverhältnisses in psychische Abhängigkeit zum Therapeuten gelangen können und der Gefahr sexueller Übergriffe mit erheblichen schädigenden Folgen in erhöhtem Maße ausgesetzt sind. Gleichwohl setzt die Tatbestandserfüllung dieser Vorschrift nicht voraus, dass im konkreten Tatzeitpunkt tatsächlich ein Abhängigkeitsverhältnis bestand. Würde man ein „anvertraut sein“ im Sinne von § 174 c StGB immer dann annehmen, wenn die besondere psychische Abhängigkeit zum Therapeuten fortbesteht, unabhängig davon, ob das Behandlungsverhältnis formal beendet würde, würde dies den Anwendungsbereich dieser Vorschrift zu weit ausdehnen. Gegen eine solche Auslegung spricht aber das gesetzliche Bestimmtheitsgebot. Anders wäre möglicherweise der

Fall zu beurteilen, wenn der Täter ein Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnis pro forma beendet, bevor es zu sexuellen Handlungen kommt ...“.

In dem Fall stellte damit das LG entscheidend darauf ab, dass die seitens des Gutachters bewilligten Stunden verbraucht waren, die Therapie also nicht vorzeitig beendet wurde, so dass ein „anvertraut sein“ im engeren Sinne nicht mehr bestanden habe.

Der § 174 c Abs. 2 StGB („Sexueller Missbrauch unter Ausnutzung eines Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses“) lautet:

„Ebenso wird bestraft, wer sexuelle Handlungen an einer Person, die ihm zur psychotherapeutischen Behandlung anvertraut ist, unter Missbrauch des Behandlungsverhältnisses vornimmt oder an sich von ihr vornehmen lässt.“.

Der führende Strafrechtskommentar (Tröndle/Fischer „StGB“, 51. Aufl. 2003, § 174 c, Rdnr. 7) formuliert: „... Anvertraut ist die Person, wenn das tatbestandliche Verhältnis tatsächlich besteht“. Und weiter heißt es: (Rdnr. 8): „Der Tatbestand ist auch dann erfüllt, wenn das Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnis pro forma beendet wird, bevor es zu sexuellen Handlungen kommt ...; nach dem Wortlaut („anvertraut ist“) kommt es nicht auf die formale Gestaltung des Verhältnisses oder die rechtliche Lage, sondern allein darauf an, ob das betreffende (Behandlungs-)Verhältnis tatsächlich besteht ...“.

Auch den Versuchstatbestand sieht der zitierte Strafrechtskommentar nicht als erfüllt an (§ 174 c Abs. 3 StGB), obgleich die sexuellen Handlungen im *unmittelbaren* Anschluss an die Beendigung der Therapie aufgenommen wurden. Auch wenn davon auszugehen ist, dass sich schon während des vorerwähnten *Behandlungsverhältnisses* die sexuelle Beziehung zumindest angebahnt haben wird.

Berufsordnungen der Kammern schließen Strafbarkeitslücke

Der restriktive Beschluss des LG macht mehr als deutlich, wie notwendig es war, dass sich die Berufsordnungen der Psychotherapeutenkammern dem Abstinenzgebot – auch und gerade *nach* Beendigung der Therapie – widmen mussten. Denn das vom LG zitierte im Strafrecht verfassungsrechtlich verbürgte „Bestimmtheitsgebot“ (Art. 103 Abs. 2 GG: „*Eine Tat kann nur bestraft werden, wenn die Strafbarkeit gesetzlich bestimmt war, bevor die Tat begangen wurde.*“) eröffnete insoweit eine Strafbarkeitslücke, die im Interesse der Patienten seitens der Kammern nicht hingenommen werden durfte.

Nochmals: Der Gesetzgeber hat sich beim § 174c Abs. 2 StGB also nicht von der Feststellung einer etwaigen psychischen Abhängigkeit des Pat. leiten lassen, sondern – formal – von dem „anvertraut sein“ innerhalb eines bestehenden Behandlungsverhältnisses. Dieses „anvertraut sein“ endet aber zugleich mit dem Ende des Behandlungsverhältnisses.

Die Berufsordnungen mancher Kammer hingegen setzen ein solches Abhängigkeitsverhältnis – als unwiderleglich – auch nach Beendigung der Therapie gerade voraus und haben deshalb insoweit Abstinenzfristen vorgegeben (vgl. bspw. § 8 Abs. 4 Satz 2 Berufsordnung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg: 3 Jahre).

§ 174c Abs. 2 StGB setzt aber noch auf ein anderes Kriterium, das, um eine Strafbarkeit zu begründen, erfüllt sein muss. Die sexuellen Handlungen müssen nämlich „**unter Missbrauch** des Behandlungsverhältnisses“ vorgenommen worden sein. Ein solcher liegt

„regelmäßig vor bei einem bewussten Ausnutzen spezifischer Abhängigkeits- und Vertrauenssituationen, wobei ein konkretes Abhängigkeitsverhältnis nicht vorausgesetzt wird“ (Tröndle/Fischer aaO Rdnr. 10). Der Kommentar fährt dann aber fort: „Innerhalb therapeutischer Verhältnisse stellen sich sexuelle Handlungen wohl ausnahmslos als missbräuchlich dar ...“. Das Wort „wohl“ verriet die Unsicherheit des Kommentators, schränkt es doch die apodiktische Verwendung des Wortes „ausnahmslos“ wieder ein. Anders die Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke) in ihrem Internetauftritt „Stellungnahmen und Hinweise“, Stand: 15.4.2005 (www.bke.de/sexueller-missbrauch). „Nach breitem fachlichen Konsens sind innerhalb psychotherapeutischer Verhältnisse sexuelle Handlungen ausnahmslos als missbräuchlich anzusehen“.

Nimmt man sich unter diesen Überlegungen nun einmal den § 6 Abs. 5 der Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer (MBO: Stand: 6.4.2005) vor, der da lautet: „*Jeglicher sexueller Kontakt von Psychotherapeuten zu ihren Patienten ist unzulässig.*“, dann kann dieser Satz nur im Sinne des Beschlusses des LG Offenburg verstanden werden: Ein Patient, dessen Psychotherapie beendet wurde, ist keiner mehr; mithin fehlt es an einem Behandlungsverhältnis. Abs. 5 findet damit keine Anwendung auf sexuelle Kontakte *nach* Beendigung der Therapie, soweit diese – so muss man hinzufügen – *lege artis* beendet wurde. Jetzt bleibt zu prüfen, ob denn wenigstens der Abs. 7 des MBO-Entwurfs („*Die Verpflichtung, eine therapeutische Vertrauensbeziehung nicht zu missbrauchen, gilt auch nach Beendigung der Psychotherapie.*“) diesen Tatbestand erfasst? Nun ja: Der Schwerpunkt liegt hier auf dem „Missbrauch der Vertrauensbeziehung“, also dem „bewussten Ausnutzen spezifischer Abhängigkeits- und Vertrauenssituationen“ (s. o.). Fehlt es also an einem Missbrauch, so sind bspw. sexuelle Kontakte schon nach unmittelbarem Abschluss der Therapie erlaubt. Das könnte der Fall sein, wenn sich Patient/in und Therapeut/in lieben, ein Missbrauch im eigentlichen Sinne dieser Bestimmung ausgeschlossen scheint. Vertritt man aber die These, es handele sich in diesem Fall nur um das Phänomen einer „Übertra-

gungsliebe“, so kann der Missbrauchsvorwurf damit begründet werden, dass der/die Therapeut/in überhaupt eine solche Beziehung aufgenommen hat. Wie lange nach Beendigung einer Therapie kann dann aber noch ein „Missbrauch“ in Betracht kommen? Nach dem Wortlaut: solange die „psychotherapeutische Vertrauensbeziehung“ fortbesteht. Nur: Das Vertrauen kann durchaus lebenslang fortbestehen, die Beziehung hingegen sehr schnell einschlafen. Beziehung setzt i. Ü. persönliche Kontakte voraus, die ja gerade durch die Abstinenzregel beschränkt werden sollen.

Das oben zitierte Bestimmtheitsgebot des Art. 103 Abs. 2 GG gilt übrigens nicht nur für Kriminalstrafen i. S. des StGB, sondern auch für ehrengerichtliche Disziplinar- und berufsgerichtliche Strafen (BVerfGE 26, 186 „203 f.“; 60, 215 „233f.“). Ob also dieser Abs. 7 mehr sein kann als nur ein „Programmsatz“ und damit ggf. einer verfassungsrechtlichen Prüfung standzuhalten hat, soll hier unerörtert bleiben.

Die MBO wird im Oktober 2005 zur endgültigen Abstimmung gestellt. Es wird sich gewiss auch in diesem Punkt noch viel Diskussionsbedarf zeigen.

Ganz Recht:

Wissen Sie eigentlich, dass

- auch psychotherapeutische Praxen als „nicht-öffentliche Stellen“ i. S. des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) verpflichtet sind, einen **Datenschutzbeauftragten** schriftlich zu bestellen, wenn mindestens **fünf Arbeitnehmer** (Vollzeit- bzw. Teilzeitkräfte) automatisiert personenbezogene Daten (siehe *Psychotherapeutenjournal* 3/2004, S. 235 f.) erheben, verarbeiten oder nutzen? Verstöße gegen diese Pflicht können mit einem Bußgeld geahndet werden. Der oder die Datenschutzbeauftragte muss Rechtskenntnisse des Datenschutzrechts besitzen, zudem technischen Sachverstand. Die Bestellung eines externen Beauftragten (bspw. eines Anwalts) ist zulässig.
- die **private Krankenversicherung** auch solche Gutachten (einschl. der **Identi-**

tät des Sachverständigen) bekannt zu geben hat, denen keine körperliche Untersuchung zugrunde liegt? Dies entschied der Bundesgerichtshof (BGH) kürzlich (MDR 2003, S. 1111), wobei er sich auf § 178 m VVG berief. Denn erst die umfassende Kenntnis des Gutachtens einschließlich seines Urhebers erlaube dem Versicherten eine sachgerechte Beurteilung der Frage, ob der Anspruch auf Kostenerstattung Aussicht auf Erfolg habe. Ob diese Rechtsprechung des BGH auch auf psychotherapeutische Gutachten privater Krankenversicherungen zutrifft, die die Indikation für eine Psychotherapie nicht bestätigen, muss hier offen bleiben.

- krankhafte Störungen (z. B. **Tinnitus**), die eine organische Ursache haben, nicht o. w. vom Versicherungsschutz einer privaten Krankenversicherung ausgeschlossen sind? Dies gilt auch dann, wenn im Einzelfall das Ausmaß, in dem sich die organische Ursache auswirkt, von der **psychischen Verarbeitung durch den Versicherungsnehmer** abhängt (BGH MDR 2005, S. 144). Beim Kläger (Versicherungsnehmer) trat aufgrund psychischer Fehlverarbeitung eines Unfalls Tinnitus auf. Durch diesen Tinnitus waren wiederum seine körperliche und geistige Leistungsfähigkeit beeinträchtigt. Die Versicherung lehnte es im Hinblick auf § 2 Abs. 4 AUB 88 ab, Versicherungsschutz zu erteilen. Der BGH sah das anders und sprach dem Kläger Unfallversicherungsschutz zu. Der BGH begründete seine Entscheidung u. a. damit, dass die Klausel des § 2 AUB zwar eine umfassende Leistungsbeschränkung für alle krankhaften Störungen infolge psychischer Reaktionen beinhalte, nicht aber für organische Schädigungen, die ihrerseits zu einem psychischen Leiden führe.
- ein **Diplom-Sozialpädagoge (FH)**, der seit 1988 freiberuflich in einer eigenen Praxis für Verhaltenstherapie Erwachsene, Kinder und Jugendliche behandelt, gleichwohl **keinen Anspruch** darauf hat, **als Psychologischer Psychotherapeut (PP) approbiert** zu werden (Bundesverwaltungsgericht – BVerwG v. 09.12.2004 – Az. 3 C 11.04)? Der Kläger hatte geltend gemacht, dass das Erfordernis eines **abgeschlossenen Psycholo-**

giestudiums als Voraussetzung für die Approbation als PP bei denjenigen Personen, die bei In-Kraft-Treten des PsychThG bereits aufgrund einer Heilpraktikererlaubnis psychotherapeutisch tätig gewesen seien, nicht verlangt werden könne, sie aber dennoch als PP approbiert werden müssten. Das BVerwG vertritt eine andere Meinung, wenn es u. a. ausführt, dass die streitige Übergangsregelung (§ 12 PsychThG) schon deshalb nicht zu beanstanden sei, weil den in ihr nicht berücksichtigten psychotherapeutischen Heilpraktikern ohne Abschluss im Studiengang Psychologie die bisherige Tätigkeit unverändert weiter offen stehe. Der Kläger könne sich aber auch nicht auf den verfassungsrechtlich gebotenen Vertrauensschutz berufen, weil er im Wege der **Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V** gearbeitet habe. Diese Bestimmung und deren Auswirkungen betreffen aber nicht das Berufsrecht, sondern allein das Sozialversicherungsrecht (SGB V). Es ginge mithin nicht um die Schaffung eines neuen Berufsbildes, sondern um eine Änderung des Vertragsarztrechts. Dieses falle indes unter die Zuständigkeit der Sozialgerichte. Ein in diesem Bereich etwa durch die Beteiligung am Kostenerstattungsverfahren aufgebautes schutzwürdiges Vertrauen müsste dort entsprechend berücksichtigt werden. Das Bundessozialgericht (BSG) habe aber inzwischen entschieden, dass sich ein schutzwürdiges Vertrauen auf den Fortbestand der Berechtigung zur Behandlung von Kassenpatienten im Erstattungsverfahren nicht bilden können (Urteil v. 05.02.2003 – B 6 KA 42/02 R). Immerhin schrieb das BVerwG dem Gesetzgeber wörtlich ins Stammbuch: „Der Senat lässt offen, ob diese Erwägungen des BSG einer über Jahrzehnte gewachsenen Versorgungspraxis, auf die die Menschen zulässigerweise ihre Lebensplanung aufgebaut haben, vollauf gerecht werden. Es erscheint als Gerechtigkeitsdefizit, dass diese Menschen für die Zukunft von ihrer hauptsächlichen Einnahmequelle abgeschnitten und dadurch – wie der Kläger – faktisch an der weiteren Ausübung des Berufs gehindert werden, ohne dass die bisherige Berufsausübung Anlass für

konkrete Beanstandungen gegeben hätte.“

- Sie im Falle des **Verzichts** auf Ihre **Approbation**, die Sie nach § 12 PsychThG (Übergangsregelung) erlangt haben, diese nur dann wiederbekommen, wenn Sie **erneut eine Prüfung** ablegen? So jedenfalls das Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit, Rheinland-Pfalz, in einem Schreiben vom 01.04.2005 (Az. 624-1-80 311), unter Bezugnahme auf ein früheres Schreiben mit der gleichen Meinung (vgl. schon *Psychotherapeutenjournal* 3/2003, S. 198). Die gestellte Frage wird von Juristen durchaus kontrovers beantwortet. Die Meinung des Ministeriums bindet übrigens kein Gericht. Aus Gründen des sichersten Weges sollten Sie sich also im Falle eines geplanten Verzichts *zuvor* schriftlich zusichern lassen, dass Sie sie jederzeit ohne Prüfung wiedererteilt bekommen.
- derzeit für *freiwillig versicherte* Psychotherapeuten keine Chance besteht, eine **Herabsetzung ihrer Gefahrklasse** gegenüber der **Berufsgenossenschaft (BGW)** vor Gericht durchzusetzen? Bereits das BSG hatte in einem Urteil vom 06.05.2003 (NZZ 2004, 161) bestimmt, dass die Herabsetzung der Gefahrklasse unter Geltung des SGB VII nur für Einzelfälle in Betracht komme und nicht dazu führen dürfe, für eine bestimmte Art von Unternehmen eine niedrigere Gefahrklasse festzusetzen. Ähnlich argumentierte das Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg in der mündlichen Verhandlung Mitte März diesen Jahres. Es wies den Kläger (Psychologischer Psychotherapeut) darauf hin, dass seine Berufung keine Aussicht auf Erfolg habe, eine Herabsetzung der Gefahrklasse zu erreichen. Allerdings machte die Vertreterin der BGW deutlich, dass im Jahre 2007 eine Überprüfung der Gefahrklasse stattfinden werde und dass im Aufsichtsrat der BGW schließlich auch ein Vertreter der Psychotherapeuten säße, der deren Belange vertrete.
- bei einer **Gemeinschaftspraxis** der neue Gesellschafter, bei dem es sich erweist, dass er nicht mit dem oder den Gesellschaftern der Praxis harmoniert, auch wieder leicht herausgekündigt

werden kann („**Gesellschafter auf Probe**“)? Diese Entscheidung traf kürzlich der BGH (GesR 2004, 283). An sich darf ein Mitgesellschafter einer Gemeinschaftspraxis nicht ohne wichtigen sachlichen Grund aus der Gesellschaft ausgeschlossen werden. Tritt aber ein neuer Gesellschafter in eine seit langer Zeit bestehende Gemeinschaftspraxis ein, so muss den Altgesellschaftern eine angemessene Frist zugestanden werden zu prüfen, ob der neue Gesellschafter mit diesen harmoniert. Eine 10jährige Prüfungsfrist erkennt das Gericht indes nicht mehr an.

- jeder **Arbeitnehmer** einen Rechtsanspruch auf geeignete Maßnahmen zum **Nichtraucherschutz** aufgrund des § 5 Arbeitsstättenverordnung („Nichtraucherschutz“) hat? Danach hat der Arbeitgeber die erforderlichen Maßnahmen zu treffen, damit die nicht rauchenden Beschäftigten in Arbeitsstätten wirksam vor den Gesundheitsgefahren durch Tabak geschützt sind.
- das **Disziplinarrecht** für Vertragspsychotherapeuten/-ärzte, zumeist geregelt in den Satzungen der KVen, keine Regelungen über eine **Verfolgungsverjährung** enthalten müssen (BSG MedR 2003, S. 422)? Soweit also gegen einen Vertragspsychotherapeuten/-arzt erst nach Jahren disziplinarische Ermittlungen eingeleitet werden, kann sich dieser nicht o. w. auf Verjährung berufen. Es sei denn, Art. 6 Abs. 1 Satz 1 der Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (MRK) käme zum Zuge (Anspruch des Beschuldigten auf Anhörung in angemessener Frist).
- das OLG München (Beschl. v. 29.04.2004 – 16 UF 1764/03) im Rahmen der Berechnung des **Zugewinns** anlässlich eines Scheidungsverfahrens geurteilt hat, für eine **psychotherapeutische Praxis** sei **allein** deren **Sachwert** maßgeblich, **nicht aber** deren **Ertrags-**

wert? Denn eine psychotherapeutische Praxis verfüge über keinen Ertragswert. Dieser sei nur dann anzusetzen, wenn eine Praxis nicht mit dem derzeitigen Inhaber „stehe und falle“, sondern wenn sie, unabhängig davon, wer sie führe, Aussichten auf Ertrag in die Zukunft biete. Davon könne bei einer psychotherapeutischen Praxis nicht die Rede sein. Dass sich möglicherweise ein „grauer Markt“ entwickelt habe, bei dem es letztlich um den Handel der Zulassung gehe, ändere nichts daran. Ob diese Rechtsprechung des OLG München auf **Nachbesetzungsverfahren**, also auf den Verkaufspreis einer Praxis durchschlagend wird, erscheint zweifelhaft. So heißt es bspw. im *Psychotherapeuten-FORUM (RA Schildt in: 3/2004, S. 33)* unter Verweis auf eine Studie der APO-Bank/ Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI): „Im Rahmen der ... Studie gibt es leider keine gesonderte Sparte für ärztliche bzw. psychologische Psychotherapeuten; immerhin aber eine gemeinsame Arztgruppe „Psychotherapeuten/Psychiater“. Und die verzeichnet in den Jahren 2001/2002 für derartige Praxen einen durchschnittlichen Substanzwert von 5.561 Euro sowie einen durchschnittlichen ideellen Wert von 42.381 Euro ... (Praxen in Westdeutschland) ... Demnach ist die **durchschnittliche psychotherapeutische Kassenpraxis** West also rund **48.000 Euro** wert“. Im Rahmen eines Scheidungsverfahrens allerdings dürfte die Entscheidung des OLG München eher richtungweisend sein.

- der „**Integrationsvertrag**“ zwischen der Barmer Ersatzkasse, den Hausärzten und dem Deutschen Apothekerverband (Stichwort: **Hausarztmodell**) vom 3.12.2004 im § 4 Absatz 5 bestimmt, eingeschriebene Patienten könnten nur dann den direkten Zugang beim Psychotherapeuten in Anspruch nehmen, wenn ihnen die Psychotherapie „bereits

seitens der Krankenkasse bewilligt“ worden sei? Mit anderen Worten: Dieser Hausarztvertrag setzt voraus, dass die **probatorischen Sitzungen** einer **Überweisung seitens des Hausarztes bedürfen**. Faktisch ist damit das Erstzugangsrecht versperrt, es sei denn der Pat. zahlt die prob. Sitzungen privat. Dazu muss er sich aber freiwillig bereit finden, und der Psychotherapeut den § 18 BMV-Ä beachten.

- in Baden-Württemberg ein Urteil zum Kammerbeitrag bei halbtags beschäftigten Mitgliedern ergangen ist? Näheres dazu: siehe Seite 147 (in den Mitteilungen der Kammer Baden-Württemberg).
- das Verwaltungsgericht Karlsruhe in einem weiteren Urteil vom 14.02.2005 (Az. 8 K 1989/03) die **Klage eines Psychologischen Psychotherapeuten** abgewiesen hat, **zusätzlich** auch noch **als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut approbiert** zu werden? Der Kläger hatte seine Klage darauf gestützt, dass er schon vor dem 31.12.2003 seine Zusatzausbildung als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut beendet und er auch eine Abrechnungsgenehmigung für KJP erhalten habe. Das VG wies darauf hin, dass er die weitere Voraussetzung, bereits vor dem 01.01.1999 (= In-Kraft-Treten des PsychThG), mit der Zusatzausbildung begonnen zu haben, indes nicht erfülle. Das VG wies schließlich darauf hin, dass die Übergangsvorschrift des § 12 Abs. 1 Satz 2 PsychThG eng auszulegen sei.

RA Hartmut Gerlach

Justiziar der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg
Hauptstätter Str. 89,
70178 Stuttgart
Tel.0711/674470-50
gerlach@lpk-bw.de

Aktuelles aus der Forschung

Thomas Lecher

Psychotherapeutenkammer Berlin

Zur Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen mit Hilfe der Narrativen Expositionstherapie

Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, Ch., Karunakara, U. & Elbert, Th. (2004). A Comparison of Narrative Exposure Therapy, Supportive Counseling and Psychoeducation for Treating Posttraumatic Stress Disorder in an African Refugee Settlement. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 72, No. 4, pp. 579 – 587.

In Folge des Tsunamis am zweiten Weihnachtstag des vergangenen Jahres in Süd-asien ist die narrative Expositionstherapie (Narrative Exposure Therapy, NET) zur Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen (Posttraumatic Stress Disorder, PTSD) verstärkt in den Blickpunkt geraten. Diese ‚short-term‘ Behandlungsmethode wird seit 1999 von einer Gruppe von Psychologen und Neurowissenschaftlern von der Universität Konstanz entwickelt und basiert auf einer Kombination von Verhaltenstherapie und der ‚Testimony Therapy‘. Dabei soll ein feldtaugliches Verfahren entwickelt werden, das von geschulten Laien anwendbar und zugleich wissenschaftlich überprüfbar sein soll.

Die Wirksamkeit der Narrativen Expositionstherapie hat die Forschergruppe um den Psychologen Frank Neuner aus Konstanz in einem Camp in Uganda überprüft, in dem Bürgerkriegsflüchtlinge aus dem Sudan leben. Eine Besonderheit der Studie ist, dass NET in einer Situation angewendet worden ist, in der die Menschen weiterhin unter bedrohlichen Bedingungen leben. Das Wissen darüber, ob und wie in einer solchen Situation der Nutzen einer Kurzzeit-Psychotherapie für PTSD-Patienten einzuschätzen ist, ist bisher eher gering.

Die als PTSD bezeichneten Symptome sind gut bekannt und dokumentiert. Bildgebende Verfahren können zeigen, was im menschlichen Gehirn in der Folge von extrem traumatischen Ereignissen vor sich geht. Der Mensch speichert seine Erlebnisse in zwei verschiedenen Gedächtnissystemen. Das assoziative Gedächtnis registriert die Sinneswahrnehmungen, Gedanken und Gefühle und verknüpft sie zu einer Netzwerkstruktur. Zeit und Ort der Erlebnisse aber werden an anderer Stelle, im autobiografischen Gedächtnis, festgehalten. Dort wird die Chronologie des Geschehens abgespeichert. Erst durch die enge Koordination beider Gedächtnissysteme können vergangene Erlebnisse in ihrem Zusammenhang und ihrer Abfolge rekonstruiert werden. Die Historie und die damit verbundenen ehemaligen Gefühle sind normalerweise eng miteinander verknüpft. Sie tauchen beim Erinnern gemeinsam auf.

Bei traumatischen Erlebnissen, die völlig unvermittelt in das Leben einbrechen, gerät dieses Zusammenspiel durcheinander. Je stärker die Erregung, desto intensiver arbeitet die Amygdala, ein mandelförmiges Gebiet oberhalb des Hirnstammes. In Situationen höchster Erregung ist das assoziative Gedächtnis sehr viel aufnahmefähiger als normalerweise, alle Gefühle und sinnlichen Wahrnehmungen werden sehr intensiv miteinander verknüpft. Auf der anderen Seite wird der für die Raum-, und Zeitverarbeitung verantwortliche Hippocampus in Extremsituationen und der anschließenden Zeitspanne in seiner Aktivität blockiert. Verantwortlich für die Blockade sind Stresshormone wie Cortisol.

Gerade in nichtbeherrschbaren und völlig überraschend eintretenden Situationen (wie etwa bei Vergewaltigungen oder Folter, wenn man die Ermordung von nahen Angehörigen miterleben muss oder einem Tsunami) kann das Gehirn die autobiografische Gedächtnisstruktur kaum entwickeln. Deshalb kann ein im Furchtnetzwerk weiterwirkendes extremes Trauma örtlich und zeitlich nicht als Teil der individuellen Vergangenheit abgelegt und eingeordnet werden. Nach solchen traumatischen Geschehnissen genügt ein minimaler Hinweisreiz wie ein lauter an Schüsse erinnernder Knall oder – im Falle des Tsunami – der Geruch von Seewasser, um die gesamte Angststruktur zu aktivieren. Menschen erleben in solchen Situationen die gleichen Gefühle und körperlichen Reaktionen wie in der ursprünglichen, oft lebensbedrohenden Situation: Angstschweiß tritt auf die Stirn, der Puls ist deutlich erhöht und der ganze Körper zittert. Besonders dramatisch ist, dass eine solche Struktur, die unter extremer Belastung angelegt worden ist, für den Rest des Lebens virulent bleibt.

Im Rahmen ihrer Studie untersuchten Frank Neuner und Mitarbeiter/innen die Wirksamkeit von NET an 43 Probanden, die nach Zufallskriterien unter den unter PTSD leidenden Bewohnern des Lagers ausgesucht wurden. Ihre traumatisierenden Erlebnisse bestanden zum größten Teil in dem direkten Erleben der Verletzung und des Tötens von Menschen (52%). Weitere traumatische Erlebnisse waren die direkte Bedrohung mit Waffen oder Entführungen (17%), körperliche Angriffe (12%), Folter (7%) oder sexuelle Gewalt (5%). Die 43 Probanden wurden in drei Gruppen

aufgeteilt. Die erste Gruppe (N=17) wurde während vier Sitzungen mit NET behandelt, die zweite Gruppe (N=14) erhielt viermal eine unterstützende Beratung (supportive counseling, SC) und der dritten Gruppe (N=12) wurde im Rahmen einer Sitzung die Wirkung der PTSD lediglich erläutert (psychoeducation, PE), ein Treatment, das die anderen beiden Gruppe zu Beginn ebenfalls erhielten. Die Behandlung wurde von geschulten Therapeuten durchgeführt.

Bei der Behandlung mit NET werden die Klienten mit ihrer ursprünglichen Angst konfrontiert. Diese zunächst als Quälerei erscheinende Vorgehensweise ist gewollt. Die Therapeuten lassen sich die traumatisierende Situation bis ins kleinste Detail schildern und alles, was dabei erlebt und gefühlt, getan und gedacht wurde, wird in zeitlichen und örtlichen Zusammenhang mit den Geschehnissen gebracht. So sol-

len die Gefühle mit Ort und Zeit der Geschichte verbunden werden. Der traumatisierende Vorgang soll nachgespielt und noch einmal durchlebt werden, um so das assoziative und das autobiographische Gedächtnis zu verknüpfen.

Es zeigte sich, dass ein Jahr nach der Behandlung nur 29% der NET-Teilnehmer, aber 79% der SC-Gruppe und 80% der PE – Gruppe noch immer eindeutige PTSD-Symptome aufwiesen. Diese Resultate weisen darauf hin, dass NET ein Erfolg versprechender Ansatz für Flüchtlinge ist, die unter PTSD leiden und sich weiterhin in einer nicht ungefährlichen Lebenssituation befinden.

Kommentar: Die narrative Expositionstherapie beruht auf Erkenntnissen der neueren Hirnforschung und auf den Expositionsverfahren der Verhaltenstherapie. Sie steht damit theoretisch und empirisch auf einem recht stabilen Fundament. Die Untersu-

chung von Frank Neuner und Mitarbeitern/innen kann angesichts der außergewöhnlichen Bedingungen, unter denen sie durchgeführt worden ist, durchaus als Beleg für die Wirksamkeit von NET dienen. Dafür sprechen übrigens auch Erfahrungen, die das Konstanzer Team nach dem Tsunami auf Sri Lanka gemacht hat. Der Wert von NET liegt insbesondere darin, dass es sich dabei um eine Methode handelt, die durch ihre geringe Aufwendigkeit bei gleichzeitiger Wirksamkeit überzeugt. Ein solcher psychotherapeutischer Ansatz scheint vor allem dann angezeigt zu sein, wenn es darum geht, möglichst unauffällig für eine große Anzahl von traumatisierten Menschen psychotherapeutische Hilfe zur Verfügung zu stellen wie es bei kriegerischen Auseinandersetzungen oder bei Naturkatastrophen der Fall ist. Ob sich für NET weitere Anwendungsgebiete eröffnen, ist eine offene aber durchaus spannende Frage.

Zur Wirksamkeit der Funktionellen Entspannung

Sokoliuk, M., Loew, T.H. (2003). Veränderungen der Befindlichkeit durch Funktionelle Entspannung. Psychodynamische Psychotherapie, 2, 192-197.

In Anlehnung an die Studie, die M. Seligmann Anfang der 90er Jahre in den USA zur Wirksamkeit von Psychotherapie durchgeführt hat, haben Matthias Sokoliuk und Thomas H. Loew von der Universität Regensburg eine Untersuchung zur Wirkung der der Körperpsychotherapie zuzurechnenden Funktionellen Entspannung (FE) durchgeführt. Die Studie ist als retrospektive Befragung angelegt und zielt auf die Veränderung der Befindlichkeit, der psychischen Symptomatik, der sozialen Einbettung, der Berufstätigkeit, des Medikamentenverbrauchs, von Arztbesuchen und Hospitalisierung. Für die Erhebung wurde ein Fragebogen mit etwa 20 Items verwendet, der über psychotherapeutisch arbeitende Inhaber von FE-Zertifikaten an ehemalige Patienten versandt, deren Therapie mindestens seit 1 Jahr beendet war. 250 ehemalige Patienten (78 männlich, 172 weiblich) schickten ausgefüllte Fragebögen an eine anonyme Sammelstelle zurück. Das Ende der Therapie lag im Mittel 3,5 Jahre zurück (Standardabweichung: 2,99). Der Umfang

der Therapie betrug bei männlichen Patienten durchschnittlich 18 Stunden, bei den weiblichen 23 Stunden.

Die Ergebnisse zeigen insgesamt im subjektiven Vorher-Nachher- und auch im Vorher-Katamnese-Vergleich deutliche Verbesserungen. Das ‚Gesamtbefinden‘ (psychische Beschwerden, körperliche Gesundheit, Qualität der sozialen Kontakte) wurde jeweils auf einer Skala von 1 (sehr gut) bis 5 (sehr schlecht) vor Therapiebeginn mit 4,36 und nach Abschluss der Behandlung mit 2,24 (jeweils Mittelwert, MW) eingestuft (Katamnese: 2,02 MW) und weist somit einen hochsignifikanten Zusammenhang auf (Friedman-Test, $p < 0,01$). Eine auffälligste Verbesserung zeigt sich im Bereich des subjektiven Empfindens der ‚körperlichen Gesundheit‘. Hier geht der Mittelwert von 4,32 auf 2,24 zurück (Katamnese: 2,09 MW). Die Anzahl der therapeutischen Sitzungen hat allerdings keinen signifikanten Effekt auf die Gesundheit, die aufgewendete Zeit und der Therapieeffekt korrelieren nicht.

Auch das Gesundheitsverhalten (Arbeitsunfähigkeitstage, Anzahl der Arzt- und Facharztbesuche und der Krankenhaustage)

weist klare Fortschritte auf. So sank die durchschnittliche Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage von 14,5 vor Beginn der Therapie auf 6,84 nach Abschluss der Therapie und betrug zum Zeitpunkt der Katamnese 5,05 (jeweils MW).

Die Erhebungen zeigen zudem, dass die Funktionelle Entspannung überwiegend als eine Kurzzeitpsychotherapie und zumeist gemeinsam mit tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie eingesetzt worden ist. Da es keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem Zeitraum zwischen Ende der Therapie und den Befindlichkeiten zum Zeitpunkt der Befragung gibt, schließen die Autoren darauf, dass die durch FE erzielten Veränderungen über die Zeit recht stabil bleiben.

Kommentar: Mit ihrer empirischen Studie über die Wirksamkeit der Funktionellen Entspannung, einer Variante der körperpsychotherapeutischen Methoden, haben M. Sokoliuk und Th. Loew ein bisher doch eher vernachlässigtes Feld der Psychotherapieforschung betreten. Die überwiegende Zahl der bisherigen Evaluationsstudien bezieht sich auf die sog. Richtlinienverfahren, deren Effektivität vergleichsweise gut erforscht ist. Allerdings zeigt die vorliegende Studie

vereinzelt methodische Mängel. So weisen die Autoren selber darauf hin, dass ihre Studie „möglicherweise eine hohe Selektivität aufweist, und eher die zufriedenen Kli-

enten geantwortet haben“. Die Studie war ohne Kontrollgruppe konzipiert. Die Erhebung ist ein recht gutes Indiz dafür, dass die körperorientierte Psychotherapie wirk-

sam ist und ihr mit einer begründbaren Berechtigung ein Platz im Spektrum der psychotherapeutischen Behandlungsmethoden zusteht.

Hypnotherapie als Option bei Reizkolon

Gonsalkorale, W.M., Miller, V., Afzal, A. & Whorwell, P.J. (2003). Long term benefits of hypnotherapy for irritable bowel syndrome. GUT, 52, 1623-1629.

Zwar war bereits bekannt, dass Hypnotherapie für Patienten, die unter einem Reizkolon (irritable bowel syndrome) leiden, eine deutliche Erleichterung bringen kann, allerdings war unklar, wie lange die lindernde Wirkung anhält. Dieser Frage widmete sich ein Forscherteam unter der Leitung von Wendy Gonsalkorale vom Withington Hospital in Manchester. An der Studie nahmen 204 Patienten teil. Bekannt ist auch, dass psychische Einflüsse wie Stress diese Krankheit mit auslösen oder bei der Stärke der Symptome eine Rolle spielen können.

Unklar ist jedoch, ob und inwieweit psychische Faktoren die eigentlichen Auslöser dieser Erkrankung sind.

Die Behandlung mit Hypnotherapie erstreckte sich über 12 Wochen. Vor und nach der Behandlung sowie zu weiteren Erhebungszeitpunkten bis zu sechs Jahre nach Abschluss der Behandlung gaben die Patienten Auskunft über ihre Symptome, ihre Lebensqualität, ihr individuelles Ausmaß an Angst und Depression. Es zeigte sich, dass die Behandlung bei 71% der Patienten wirksam war; bei 81% dieser Gruppe blieb der Behandlungserfolg über die Zeit stabil, während die übrigen 19% angaben, dass sich ihre Symptome nur etwas verschlechtert hätten. Ausweislich der

erhobenen Befindlichkeiten zeigten sich bei allen Items in den Follow-up Erhebungen signifikante Verbesserungen ($p < 0,001$) im Vergleich zu den Daten, die vor der Behandlung mit Hypnotherapie erhoben worden waren.

Kommentar: Die Studie weist nach, dass zumindest für die genannten Zeiträume bis zu fünf Jahren nach Abschluss der Hypnotherapie die Symptome des Reizkolons deutlich reduziert werden können. Ob auf diesem Wege eine ursächliche Heilung oder nur eine Linderung der Symptome erreicht werden kann, wird wohl solange unklar bleiben, bis über die genauen Ursachen der Entstehung eines Reizkolons Klarheit herrscht.

Zur Behandlung von Depressionen im Alter

Callahan, C. (2005). Depressions can be treated in seniors. Journal of the American Geriatrics Society. Vol. 53, pp 367 – 373.

Eine erfolgreiche Behandlung von Depressionen trägt auch mit dazu bei, den körperlichen Abbauprozess von gebrechlichen alten Menschen zu verlangsamen. Zudem kann eine Therapie von Depressionen bewirken, dass ältere Menschen so lange wie möglich unabhängig von fremder Hilfe und weitgehend selbstständig ihren Alltag bewältigen können. Zu diesem Ergebnis gelangt das Team um den Geriater Christopher Callahan von der Indiana School of Medicine in Indianapolis.

Die Ergebnisse ihrer Studie legen die Schlussfolgerung nahe, dass Ärzte, Psychotherapeuten und andere Mitglieder von Heilberufen stärker auf depressive Symptome bei dieser Patientengruppe achten und deren Therapie vorantreiben sollten.

Bekannt ist, dass insbesondere bei älteren Menschen Depressionen das Risiko der Selbsttötung erhöhen. Vor allem unter Ärzten und teilweise bei Psychotherapeuten ist die irrtümliche Meinung verbreitet, dass eine Therapie bei depressiven älteren Menschen keine Erfolgsaussichten hätte. Zwar ist, so Callahan, die Behandlung bei dieser Klientengruppe anspruchsvoller als bei jüngeren depressiv Erkrankten, aber die Ergebnisse seiner und die von anderen Studien zeigen, dass ein Behandlungserfolg bei den meisten der älteren Kranken möglich ist. Nach dem Abklingen der depressiven Symptome sind sie wieder in der Lage, Alltagsroutinen, aber auch individuell bedeutsame Angelegenheiten wie Bankgeschäfte zu erledigen.

Callahan und seine Mitarbeiter haben für ihre Studie mehr als 1.800 Personen über 60 Jahre mit den Symptomen einer Major Depression wie etwa den Verlust des Interesses an jeglichen Aktivitäten untersucht.

Alle Teilnehmer der Studie zeigten über ein Jahr depressive Symptome und hatten zudem meistens weitere gesundheitliche Probleme. Die Hälfte von ihnen erhielt eine Standardbehandlung für Depressionen durch ihren Hausarzt. Die andere Hälfte wurde durch ein multidisziplinäres Team einschließlich des Hausarztes, einer Krankenschwester und einem psychologisch geschulten Experten behandelt.

Diejenigen, die die intensive Betreuung erhielten, zeigten die deutlichsten Verbesserungen. Das zeigte sich etwa beim Umgang mit Geld und bei der regelmäßigen Einnahme ihrer Medikamente.

Die Behandlung von Depressionen unterbricht eine Abwärtsspirale persönlicher Kompetenzen. Die Depression kann dazu führen, dass ältere Menschen zu Hause betreut werden müssen, dass sie ihre Alltagsroutinen nicht mehr ausführen und darüber hinaus körperlich erkranken oder

sich etwa bei einem Unfall verletzen. Bei einer unbehandelten und fortbestehenden Depression wird auch die erfolgreiche Behandlung eines körperlichen Leidens meist nicht dazu beitragen, dass ältere Menschen ihre normalen Verhaltensweisen wieder aufnehmen. Vielmehr, so die Studie, ist damit zu rechnen, dass sie etwa ihre Rechnungen nicht mehr bezahlen, sich keine Mahlzeiten mehr zubereiten und auf eine tägliche Betreuung angewiesen sind.

Die ersten, denen eine schwermütige Stimmung bei Älteren auffällt, sind Familienangehörige. Bei Senioren, die unvermittelt

Schlafstörungen haben, traurig erscheinen oder sich übermäßig sorgen, besteht ein begründeter Verdacht einer depressiven Erkrankung. Familienangehörige, denen so etwas auffällt sollten ihre Beobachtungen etwa dem behandelnden Arzt mitteilen, denn ältere Menschen fällt es meist schwer, zuzugeben, dass sie sich depressiv fühlen.

Kommentar: Eine Depression im Alter ist eine häufige Erkrankung, die zudem oft nicht als solche erkannt wird. Die Studie weist eindringlich darauf hin, dass Depressionen bei dieser Gruppe zwar mit mehr Aufwand behandelt werden müssen als bei

jüngeren Menschen, dennoch durchaus therapeutische Erfolge möglich sind. Die therapeutischen Erfolge in der ‚intensiv‘ betreuten Gruppe zeigen die Bedeutung eines interdisziplinären Ansatzes. Für einen therapeutischen Erfolg reicht eine medikamentöse Behandlung nicht aus, sie muss von einer psychotherapeutischen begleitet werden. Darüber hinaus betont die Studie die Bedeutung des sozialen Umfelds, insbesondere für die rechtzeitige Wahrnehmung der Krankheit, und die Notwendigkeit, vor allem Hausärzte für dieses Krankheitsbild zu sensibilisieren.

Meta-Studie zur Wirksamkeit von Psychoanalyse

Leichsenring, F., Rabung, S. Leibing, E. (2004). The Efficacy of Short-term Psychodynamic Psychotherapy in Specific Psychiatric Disorders. A Meta-analysis. Archives of General Psychiatry. 61: 1208-1216.

Die Wirksamkeit psychoanalytischer Therapien ist, wie einige Meta-Studien zeigen, umstritten. Um die Leistungsfähigkeit von psychoanalytischen Kurzzeittherapien (short-term psychodynamic psychotherapy STPP) zu überprüfen, haben die Leiter der Arbeitsgruppe Psychotherapie-Forschung der Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie des Bereichs Humanmedizin der Universität Göttingen, Falk Leichsenring und Eric Leibing, eine umfassende Meta-Analyse durchgeführt. Dazu haben die Autoren STTP-Studien, die zwischen 1970 und September 2004 publiziert worden sind, herangezogen. Da die Ergebnisse von Meta-Analysen sehr stark von der Qualität der zugrunde liegenden Primär-Studien abhängen, haben F. Leichsenring und seine Kollegen nur Studien in ihre Untersuchung aufgenommen, die hohen methodischen Anforderungen genügen. Als wichtiges Kriterium galt, dass die Zuweisung der Patienten zu den unterschiedlichen Therapieformen und den Kontrollgruppen zufällig erfolgt ist (Randomisierung). Weitere Kriterien für die Aufnahme in die Meta-Analyse waren, dass immer nur ein einziges Krankheitsbild behandelt und die Behandlung von einem erfahrenen bzw. besonders ausgebildeten Therapeuten durchgeführt worden ist. Insgesamt 17 Studien erfüllten

die Anforderungen und fanden Eingang in die Meta-Analyse.

Die psychoanalytisch ausgerichtete Therapie wirkt, so die Meta-Analyse, bei folgenden Krankheitsbildern: Angststörungen, depressive Störungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Essstörungen (Anorexie und Bulimie), Suchterkrankungen (u.a. Opiatabhängigkeit), Persönlichkeitsstörungen (wie etwa der Borderline-Persönlichkeitsstörung) und somatoformen Störungen. Aufgrund der Therapie wurden die primären Krankheitssymptome (1.39) und mögliche Begleitsymptome (0.90) deutlich reduziert. Deutliche Effekte wurden auch für die mit den psychischen Erkrankungen verbundenen sozialen Beeinträchtigungen festgestellt (0.80). Die Effektgrößen bleiben nach dem Ende der Therapie stabil und in Follow-up Untersuchungen zeigen sich sogar noch weitere Verbesserungen (1.57, 0.95, 1.19).

Ein deutlich geringerer Therapieerfolg zeigt sich bei Patienten, die eine psychiatrische Standardbehandlung erhalten haben oder die noch auf Wartelisten standen und bislang nicht behandelt worden sind. Keine Unterschiede zeigen sich allerdings bei Patienten, die verhaltenstherapeutisch behandelt worden sind.

Kommentar: Die Publikation in den „Archives of General Psychiatry“, die den wohl höchsten Impact-Faktor in den Fachgebieten Psychiatrie, Psychotherapie, Psycho-

somatik und Psychologie hat, spricht für die Qualität der Meta-Analyse. Und in der Tat zeichnen sich das Design und die Durchführung der Studie durch einen hohen methodischen Standard aus. Betrachtet man die Ergebnisse, so lässt sich festhalten, dass STTP bei den genannten Störungen deutlich wirksamer ist als andere nicht-psychotherapeutische Behandlungsformen bzw. Spontanremissionen. Allerdings, und auch das ist ein wesentliches Ergebnis der Meta-Analyse, ist unabhängig von den zwei untersuchten psychotherapeutischen Behandlungsformen – psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch – ein entscheidender Aspekt des Behandlungserfolgs das *psychotherapeutische* Bemühen eines erfahrenen Behandlers. Und hier zeigt sich zugleich eine relative Schwäche der Studie, nämlich die Beschränkung auf die zwei genannten psychotherapeutischen Ausrichtungen, deren Wirksamkeit sich als gleichwertig erwiesen hat. Mindestens genauso spannend wäre eine auf vergleichbarem methodischem Niveau durchgeführte Meta-Analyse, bei der es um den Vergleich der Wirksamkeit unterschiedlicher psychotherapeutischer Ansätze ginge.

Dr. Thomas Lecher

Freier Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Psychotherapeutenkammer Berlin
Brümmmerstr. 46a
14195 Berlin
thomas-lecher@versanet.de

Buchrezension

Rössler, W. (2004). Basiswissen: Psychologen in der psychiatrischen Klinik. Bonn: Psychiatrie Verlag. 141 Seiten.

Detlef Bunk

„Ihre klinischen Fähigkeiten bauen auf soliden theoretischen Grundkenntnissen auf, sei es Persönlichkeits-, Entwicklungs- oder Allgemeine Psychologie. Sie kennen verschiedene Testverfahren, die Ihnen standardisierte Beurteilungen der jeweiligen Krankheitsbilder ermöglichen. Kurzum: perfekt ...“, so urteilt der Buchautor, Psychiatrie-Professor und Diplom-Psychologe, Klinischer Direktor der bekannten psychiatrischen Universitätsklinik „Burghölzli“ in Zürich, über die psychologischen Mitarbeiter in der Psychiatrie. Wirklich perfekt? Das wesentliche Qualitätsmerkmal dieser Berufsgruppe wurde vergessen, nämlich die profunde psychotherapeutische Tätigkeit einer/s approbierten Psychologin/en. Und in der Tat, Psychotherapie kommt in dem Buch zu kurz. Kaum mehr als zwei Druckseiten widmet der Autor dem Abschnitt mit der Überschrift „Das psychotherapeutische Gespräch“ im Kapitel, das da endet: „Psychotherapie ist ein unerlässlicher Bestandteil der Gesamtbehandlungskonzeption einer psychiatrischen Klinik (S. 65)“. Die Beschreibung psychotherapeutischer Tätigkeiten, der Indikationen und Verfahren bleibt vage: Welche Behandlung von wem und mit welchem Ziel durchgeführt wird, erfährt der Leser nicht. Aber es ist ja auch kein Buch über die Psychotherapie im psychiatrischen Krankenhaus, sondern nur eine kurze Skizze über die klinischen Tätigkeiten, Versorgungsabläufe und Arbeitsbedingungen, mit denen der psychologisch – und auch psychotherapeutisch? – Tätige dort heute konfrontiert ist. Deshalb genug der einleitenden Kritik, der Autor sei entschuldigt. Denn inwieweit die Verände-

rungen des deutschen Gesundheitswesens mit dem Hinzukommen der beiden Heilberufe PP und KJP als Konsequenz des Psychotherapeutengesetzes auch in der Schweiz bekannt sind, ist hier nicht Gegenstand der Beurteilung. Das kurze, handliche Büchlein hat sich zum Ziel gesetzt, dem Berufsanfänger mit psychologischem Studienabschluss den Arbeitsalltag in einer psychiatrischen Klinik nahe zu bringen – sollte es Nicht-Approbierete außerhalb des praktischen Jahres in der Psychotherapie psychiatrischer Patienten noch geben.

Mit leicht verständlicher Sprache in kurze, übersichtliche Abschnitte gegliedert, wird der Leser gleich am Anfang in das Spannungsfeld der Berufsgruppenhierarchie einer solchen Einrichtung eingeführt. Es folgt ein Abriss der Psychiatriegeschichte, ihrer Behandlungsmethoden und ihres Missbrauchs in Zeiten totalitärer Ideologien.

Wie auf die Patienten mit akuten Psychosen, chronischen Depressionen, schwerem Substanzmissbrauch, aggressiven Erregungszuständen und Suizidalität auch unter zwangsweisen Aufnahmebedingungen therapeutisch einzugehen ist, wird gut nachvollziehbar und anschaulich von dem erfahrenen Psychiater geschildert. Der Leser wird mit diagnostischem Handwerkszeug, der Kunst psychopathologischer Befunderhebung und der Therapieplanung bekannt gemacht. Er bekommt Einsicht in die multiprofessionellen Behandlungsabläufe, die unter Wahrung der Patienten- und Angehörigenrechte bei gleichzeitiger Verpflichtung des Therapeuten zu einer nach

bestimmten Regeln ablaufenden Dokumentation umgesetzt werden. Das dabei zwischen verschiedenen Berufsgruppen entstehende Konfliktpotenzial wird nicht verschwiegen, insbesondere dann, wenn es um die Sexualität seelisch schwer Kranker geht oder das Team mit dem poststationären Suizid eines Patienten konfrontiert wird.

Das Taschenbuch soll sich an Psychologen richten, denen das Arbeitsfeld „Psychiatrie“ unbekannt ist. Es ist allerdings nicht mehr als ein Streiflicht, das gänzlich auf Zitate komplexer wissenschaftlicher Ergebnisse verzichtet. Dafür fasst der Autor ihm wichtige Aspekte in einfache, zum Teil recht triviale Merksätze: „Erst die Beobachtungen aus den verschiedenen therapeutischen Kontexten ergeben das Gesamtbild des Patienten (S. 70)“. Das Bändchen kann dem psychotherapeutischen Berufseinsteiger allenfalls einen beschränkten und manchmal etwas geschönten Einblick in die psychiatrische Behandlung gewähren. Die Wirklichkeit gestaltet sich oft härter als es die leicht lesbaren Kapitel nahe legen. Wer sich profund über das Behandlungssystem „Psychiatrie“ informieren möchte, sollte lieber auf andere bekannte Standardwerke zurückgreifen.

Dr. Detlef Bunk

Wissenschaftlicher Referent der
Psychotherapeutenkammer NRW
Willstätterstr. 10
40549 Düsseldorf
d.bunk@ptk-nrw.de

**Kernberg, O., Dulz, B. & Eckert, J. (Hrsg.) (2005).
WIR: Psychotherapeuten – über sich und ihren
„unmöglichen“ Beruf.
Stuttgart: Schattauer. 632 Seiten.**

Petra Kümmler

60 Autoren mit unterschiedlichem theoretisch-psychotherapeutischen Hintergrund beleuchten ein breites Spektrum von Aspekten, die mit dem Psychotherapeut-Sein assoziiert sind bzw. sein können. Da das Buch deutlich psychodynamischen Überhang hat, kommen hauptsächlich tiefenpsychologisch fundiert arbeitende Psychotherapeuten und Psychoanalytiker zu Wort, daneben aber auch Gesprächspsychotherapeuten, Körpertherapeuten, kognitive Verhaltenstherapeuten und Transaktionsanalytiker, ebenso systemisch und provokativ arbeitende Kollegen.

Prägendes und Widersprüchliches der Ausbildung wird offen benannt und auf den Punkt gebracht: fehlende Auswahlkriterien, subjektive Indikatoren über „gute psychotherapeutische Praxis“ und die zähen institutionellen Bedingungen. Das kreative Nutzbarmachen der eigenen Bedürfnisse wird diskutiert, das Spannungsfeld zwischen der praktischen Berufsausübung und der wissenschaftlichen Fundierung angesprochen, daneben viele Themen, die nicht im Curriculum der Ausbildung vorgesehen sind, und über die „auch sonst“ eher nicht gesprochen wird: Tabuisierte Gefühle wie Ekel und Verachtung den Patienten gegenüber, eigene Bindungsfähigkeit, eigene Bedürftigkeit, Lebensqualität, Suizidalität, Sexualität. Psychotherapeuten in ihren unterschiedlichen Rollen werden aus subjektiver Perspektive, eigener Erfahrung oder mit Hilfe statistischer Kennwerte oder einer

Mischung daraus vorgestellt: PT als Eltern, Ehepartner, Liebende, Freunde, Kollegen, professionelle Helfer. „Institutionelle“ Bedingungen und damit assoziierte Aspekte werden diskutiert, dabei persönliche Lebenswege reflektiert, das breite Spektrum psychotherapeutischer Berufe in unterschiedlichen Institutionen und ihren unterschiedlichen Bedingungen sichtbar gemacht, beispielsweise der Umgang mit Narzissmus, Macht, Geld, Autorität, aber auch mit Humor in der Therapie und Maßnahmen gegen „Burn-out“ beleuchtet. Eine Frau schreibt über Psychotherapeuten, ein Mann über Psychotherapeutinnen – das Buch spielt mit dem Spannungsverhältnis, mit Gegensätzen, wird daher nicht langweilig oder trocken. Reflektiert werden auch die Auswirkungen langjähriger Therapiearbeit auf die Persönlichkeit: Werden Psychotherapeuten letzten Endes rezeptiv zurückgenommen, öffnen sie sich im privaten Rahmen immer weniger? Haben Sie tatsächlich Probleme im Umgang mit Macht und Aggressionen?

Je nach Persönlichkeit, individuellen Erfahrungen und Lebensgeschichte bedienen sich die Autoren einer Vielzahl von Textformen: sie schreiben kritische Anmerkungen, verfassen theoretische Essays, humorvolle Anekdoten, liefern praxisnahe Tipps, oder bestärkende, positive Berichte über die eigene Arbeit. Gemeinsam ist dabei allen 59 Kapiteln des Buches, dass sie sehr persönlich geschrieben sind, dass eigene Er-

fahrungen, Lebenswege, persönliche Erfolge, aber auch Misserfolge offen dargestellt werden und der Leser daran großzügig teilhaben kann. Darin liegt auch die Stärke und Faszination dieses ungewöhnlichen und anspruchsvollen Buches: immer da, wo es persönlich und intim wird, wo es von Fakten und Zahlen weg geht und Einblicke gewährt. Mit den Worten von E. Wilke „ein eigenartiger, zugleich sehr spannender Beruf“ ist der des Psychotherapeuten und auch dieses Buch über die Menschen, die diesen Beruf wählen. Wer es lesen möchte, um Antworten zu finden, wird die Erfahrung machen, dass „die anderen“ auch Fragen und Sorgen bewegen, sie Freude und Lust an ihrem Beruf empfinden. Antworten und Lösungen dagegen können immer nur sehr persönliche sein. Nicht nur für jüngere Kollegen dürfte es daher bereichernd, großzügig, manchmal vielleicht „kathartisch“ erlebt werden: Zweifel und Ängste ausgesprochen sehen und feststellen, dass eben auch Psychotherapeuten immer ganz und gar individuell sind – wie ihre Patienten.

Petra Kümmler, Dipl.-Psych.

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

Zur Information

Weiteres Vorgehen zum Tarifrecht des öffentlichen Dienstes

Niens, W. & Vogel, H.

Nach der Einigung zur Reform des Manteltarifvertrages für die Beschäftigten im öffentlichen Dienst (TVöD) am 9.2.2005 gilt es nun, nach den bereits festgelegten Tabelleninhalten zu verhandeln, welche Berufsgruppe denn nun in welche Entgeltgruppe eingeordnet wird.

Zur Erinnerung: Es gibt eine einheitliche Tabelle für Angestellte und ArbeiterInnen. Es ist vereinbart, dass alle zur Zeit Beschäftigten am 1.10.2005 in die neue Tabelle übergeführt werden. Niemand wird dabei auf sein jetziges Einkommen verzichten müssen. Dafür gibt es – z.T. recht komplexe – Regeln, nach denen die neue Tabelle auf die "alten" Beschäftigten angewendet wird. Ganz wichtig ist dabei, daß die sog. Besitzstände dynamisch sind, d.h., die Entgelte nehmen auch weiterhin an der jeweils für den ÖD verhandelten Einkommensentwicklung teil. Der den regulären Betrag eines gleichwertig beschäftigten Kollegen übersteigende Betrag schmilzt dabei nicht einfach ab, sondern entwickelt sich nach festgelegten Regeln ebenfalls weiter.

Bis klar ist, wo etwa Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten einzugruppieren sind, wird allerdings noch etwas Zeit vergehen. Man muss die beängstigende Anzahl von ca. 17.000 Einreihungsmerkmalen (!!) verhandeln, die erstens auf eine übersichtliche Anzahl reduziert und zweitens nach neuen Kriterien aufgestellt werden sollen. Man sah sich nicht in der Lage, diese Aufgabe zeitgleich zu den Verhandlungen über die Mantelbestimmungen zu erfüllen und hat sich deshalb Zeit bis spätestens zum 31.12.2006 für die Festlegung dieser Kriterien genommen. Die Merkmale, anhand derer die PP und KJP eingruppiert werden sollen, müssen also noch festgelegt werden, da es sie bisher im BAT nicht gab. Hier kommt es jetzt ganz entscheidend darauf an, welche Argumentationshilfen die betrof-

fenen Berufsgruppen in die Verhandlungen für den TVöD eingeben können.

Die ver.di-Fachkommission PP/KJP arbeitet zur Zeit daran, eine sachgerechte und umfassende Darstellung der Aufgaben- und Tätigkeitsfelder der PP/KJP zu Papier zu bringen. So ist sie etwa aufgefordert, besondere Tätigkeitsmerkmale zu beschreiben, die die Tätigkeitsbeschreibung "übt Psychotherapie aus" näher differenzieren. Besondere Kompetenzen, mit denen sich die Tätigkeiten aus der Masse der akademischen Tätigkeiten hervorheben, helfen, das Berufsbild von PP/KJP zu beschreiben und damit zu begründen, warum gerade eine ganz bestimmte Entgeltgruppe zur Einordnung zu wählen ist.

Es wird in den künftigen Eingruppierungsvorschriften einen Katalog von Beispielen für Berufe geben, in denen unbedingt PP und KJP dezidiert erwähnt werden müssen, sonst haben wir dasselbe Dilemma wie in den vergangenen Jahren: es könnte dann passieren, dass PP und KJP mit einer im oben erwähnten Katalog genannten Berufsgruppe verglichen und gleichgesetzt werden, die dann möglicherweise erheblich niedriger einzustufen ist als PP und KJP eigentlich einzustufen sind. Letzteres müsste aus Gründen, die sich aus der Hochschulausbildung und dem besonderen Aufwand für die Ausbildung einerseits und der besonders hohen Verantwortung in einem Heilberuf andererseits für die ECKEINGRUPPIERUNG (die unterste anzunehmende Gruppe) die Entgeltgruppe 13 oder 14 sein.

Zu erwähnen ist nochmals, dass die Tarifgemeinschaft der Länder (TdL) an diesem Tarifabschluss bisher nicht beteiligt sind (sie wollte einst die Arbeitszeitregelungen für den Bund nicht akzeptieren). Landesbedienstete sind also unverändert ohne neuen Tarifvertrag und nur in der Nachwirkung des alten BAT. Die aktuelle Entwick-

lung ist trotz der bekannten Streikmaßnahmen im ÖD noch nicht so recht in Bewegung gekommen: ganz aktuell sind die ersten Gespräche nach den Streiks mit der TdL ohne Ergebnis auf Ende April 2005 verhandelt worden. Hier wird sich der Konflikt noch vor den Landtagswahlen in NRW weiter zuspitzen mit der Folge, dass es für die Beschäftigten in den Betrieben der Länder zunächst unbestimmt ist, ob der TVöD und wenn ja, in welchem Umfang, übernommen wird. Es wird ganz entscheidend darauf ankommen, wie stark die Beschäftigten organisiert sind.

Die ver.di-Fachkommission PP/KJP wird im Laufe dieses Sommers die Argumentationslinien für die Tarifkommission für den TVöD vorbereiten, während gleichzeitig die Vorbereitungen der Arbeitgeber und ver.di für die Umsetzung der "ersten Stufe" des umfangreichen Tarifwerkes zum 1.10.2005 laufen. Danach dann wird es sehr schnell weitergehen mit den Verhandlungen und Redaktionsgesprächen für die Eingruppierungsmerkmale im TVöD. Die Fachkommission wird weiter aktuell berichten.

Weitere Infos siehe www.verdi.de oder www.bptk.de.

Dipl.-Psych. Wolfgang Niens

Sprecher der ver.di-Fachkommission PP/KJP

Kontakt: ver.di-Bundesverwaltung
FB 3, Fachkommission PP/KJP
Paula-Thiede-Ufer 10, 10112 Berlin

Dipl.-Psych. Dr. phil. Heiner Vogel

Sprecher im Bundesausschuss Psychotherapie in Institutionen der BPTK
Institut für Psychotherapie und
Medizinische Psychologie
der Universität Würzburg
Klinikstr. 3, 97070 Würzburg
h.vogel@mail.uni-wuerzburg.de



Mitteilungen der Bundespsychotherapeutenkammer

Keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit - Ergebnisse des 5. Deutschen Psychotherapeutentages -

Am 23. April 2005 trafen sich in München die Delegierten der Psychotherapeutenkammern der Länder zum 5. Deutschen Psychotherapeutentag. Neben einer intensiven Diskussion sozial- und gesundheitspolitischer Themen ging es auch um die Gremienstruktur der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK).

Prävention und Gesundheitsförderung stärken

Die EU-Gesundheitsminister stellten im Januar 2005 in Helsinki gemeinsam fest: „keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit“. Auf europäischer Ebene wächst also das Bewusstsein für den Stellenwert der psychischen Gesundheit.

Auf nationaler Ebene findet diese Erkenntnis allerdings noch nicht ausreichend Anwendung. Gutes Beispiel für die Delegierten war das am 22. April 2005 vom Deutschen Bundestag verabschiedete Präventionsgesetz. Die Bundes- und Landeskammern der Psychotherapeuten haben gemeinsam versucht, inhaltliche Akzente zu setzen. Die zentralen Forderungen auch des 5. DPTs sind:

- Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen muss ein vorrangiges Präventionsziel werden.
- Für Prävention und vor allem Gesundheitsförderung sollte auf psychologisch-psychotherapeutischen Sachverstand nicht verzichtet werden.
- Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und sollte im Schwerpunkt über Steuern und nicht über Beitragsmittel der Sozialversicherungen finanziert werden.

Diese Forderungen hat die BPTK in vielen Gesprächen mit Abgeordneten aller Fraktionen, in Stellungnahmen zum Referenten-

und Kabinettsentwurf und in der Anhörung des Gesundheitsausschusses am 9. März 2005 dargelegt. Die Landespsychotherapeutenkammern haben die BPTK durch eigene Initiativen auf Landes- und Bundesebene unterstützt. Im Ergebnis beschränkt sich das nun verabschiedete Präventionsgesetz jedoch auf problematische Abstimmungs- und Finanzierungsregelungen. Zum Zeitpunkt des 5. DPT war das Schicksal des Präventionsgesetzes trotz des Beschlusses des Bundestages noch offen. Das Gesetz ist zustimmungspflichtig und es ist durchaus möglich, dass der Bundesrat am 27. Mai 2005 den Vermittlungsausschuss anrufen wird. Um gegenüber den Bundesländern noch einmal die Position der Psychotherapeuten zu verdeutlichen, verabschiedete der 5. DPT eine Resolution zum Präventionsgesetz (www.bptk.de).

Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Rund 20 % der Kinder und Jugendlichen leiden unter einer psychischen Störung. Schuleingangsuntersuchungen, sofern sie diesen Punkt erfassen, zeigen zunehmend psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Dem steht ein unzureichendes Versorgungsangebot in der Jugendhilfe und dem Gesundheitssystem gegenüber. Vor diesem Hintergrund wollen Länder und Kommunen sich aus der finanziellen Verantwortung für Kinder und Jugendliche mit psychosozialen Problemen verabschieden. Für die Delegierten des 5. DPT ist das Kommunalentlastungsgesetz, das zurzeit im Deutschen Bundestag beraten wird, daher ein sozialpolitischer Offenbarungseid der Länder und Kommunen.

Mit dem Kommunalentlastungsgesetz wird u. a. angestrebt, Erziehungsberatung und ambulante therapeutische Hilfen für Kin-

der und Jugendliche in der Jugendhilfe zuzahlungspflichtig zu machen. Wird jedoch der Zugang zu therapeutischen Hilfen und Beratungen erschwert, werden Familien auf eine Inanspruchnahme der Hilfen verzichten, entweder weil sie es sich nicht leisten können oder weil sie ihre Einkommensverhältnisse nicht offen legen wollen. Die Konflikte werden sich in der Regel zu einem späteren Zeitpunkt zuspitzen, ihre Lösung erfordert einen höheren Aufwand als in der Phase des Entstehens. Durch Leistungseinschränkungen werden die Kommunen nicht entlastet. Für Kinder kann dies jedoch zur Chronifizierung psychischer Störungen führen, die ihre schulischen und sozialen Chancen erheblich einschränken. Kinder- und Jugendhilfe muss präventiv ausgerichtet sein, das heißt, von Leistungseinschränkungen sollte sie politisch absehen. Niedrigschwellige, qualifizierte, breit gefächerte Angebote für Kinder und Jugendliche mit psychosozialen Problemen müssen erhalten bleiben.

Zum Zeitpunkt des 5. DPT gab es begründete Hoffnungen, dass das Kommunalentlastungsgesetz im Deutschen Bundestag keine Mehrheit finden wird. Die Delegierten verabschiedeten eine Resolution mit der Forderung, nicht zu Lasten von Kindern und Jugendlichen zu sparen (www.bptk.de).

Psychosoziale Kompetenz für die Behandlung chronischer Erkrankungen

70 % der Gesundheitskosten entfallen auf die Behandlung chronischer Erkrankungen. Die Suche nach einer effizienten Behandlung für chronisch kranke Menschen führte zur Entwicklung von Disease-Management-Programmen (DMP). Langsam setzt sich im Gesundheitssystem die Erkenntnis durch, dass hierfür – nicht nur mit Blick

auf psychische Komorbidität – auch psychotherapeutische Kompetenz erforderlich ist. Der Vorstand berichtete den Delegierten von Gesprächen der BPTK mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss. Der BPTK gehe es darum,

- dass künftig DMPs ein systematisches Screening auf psychische Komorbiditäten vorsehen,
- dass Patientenschulungen mit Blick auf Krankheitsbewältigung, Lebensstiländerung und Selbstmanagement verbessert werden
- und dass eine bedarfsbezogene Differenzierung der psychosozialen Angebote auch in Hinblick auf die Strukturierung und Operationalisierung der Behandlungspfade in Angriff genommen wird.

Diese Punkte hat die BPTK außerdem in einer Anhörung des Gesundheitssausschusses zu Wirkungen und Nebenwirkungen des GMGs am 16. März 2005 deutlich gemacht. Die Delegierten des 5. DPT unterstützten dieses Vorgehen und hoffen, dass der Grundstein für einen konstruktiven wissenschaftlichen Diskurs mit dem G-BA gelegt ist.

Evidenzbasierte Praxis – praxisbasierte Evidenz

Evidenzbasierte Medizin (EBM), bzw. in diesem Fall Psychotherapie ist aus Sicht des 5. DPT eines der Zukunftsthemen der Profession. Bei immer enger werdenden finanziellen Ressourcen ist der Nachweis der Wirksamkeit die politisch gesetzte Zugangsvoraussetzung zum solidarisch finanzierten Gesundheitssystem. Eine Schlüsselrolle spielen hier der Gemeinsame Bundesausschuss und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Die Psychotherapeuten haben, darin war sich der 5. DPT einig, mit dem Symposium zur evidenzbasierten Psychotherapie am 5. April 2005 deutlich gemacht, dass sie sich in die Debatte um Evidenzbasierung einmischen werden. Evidenzbasierung, so unterstrichen die Delegierten, darf nicht technokratisch verkürzt werden. Wirksamkeitsnachweise aus der klinischen Praxis (effectiveness) sind zu berücksichtigen. Die Debatte um das Leistungsangebot der GKV dürfe im Übrigen nicht bei Evidenzbasierung stehen bleiben. Sozial-

epidemiologische Befunde zur Bedarfsgerechtigkeit des Gesundheitssystems, z. B. die soziale Ungleichheit von Krankheit und Tod, dürften nicht ausgeblendet werden und die Schlechtersversorgung von sozial Benachteiligten müsse in den Blickpunkt der Öffentlichkeit gerückt werden.

Hausärzte als Lotsen

Ein weiteres Schwerpunktthema der Arbeit der BPTK im zurückliegenden Halbjahr war die Hausarztzentrierte Versorgung. Krankenkassen, so die Ausgangslage, müssen ihren Patienten seit 2004 als Wahloption eine Hausarztzentrierte Versorgung anbieten. Der Vorstand der BPTK hat für die Delegierten die bisher vorliegenden Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung analysiert. Er kommt zu dem vorläufigen Fazit, dass die Verträge wenig Innovatives beinhalten. Die meisten Verträge betonen die gesetzlich und vertraglich bereits bestehenden Verpflichtungen der Hausärzte zu Fortbildung und Qualitätsmanagement. Viele versuchen die Disease-Management-Programme für Hausärzte und Patienten durch Honorarzusage und Boni attraktiver zu gestalten. Fast alle zielen darauf ab, die klassischen Anreizinstrumente für eine rationale Pharmakotherapie endlich wirksam zu machen. Und einige nutzen die Chance mit Hausarztverträgen, Angebote an gesunde bzw. gesundheitsbewusste Versicherte zu machen.

Auch wenn die Hausarztzentrierte Versorgung – Stand April 2005 – nichts anderes ist als alter Wein in neuen Schläuchen, bitten die Delegierten des 5. DPT den Vorstand, die Entwicklung intensiv weiter zu beobachten. Auf der Anhörung am 16. März 2005 zum Thema „Wirkungen und Nebenwirkungen des GMG“ hat die BPTK bereits deutlich gemacht, dass die Qualität der Hausärzte der erfolgskritische Faktor der Hausarztzentrierten Versorgung ist. Eine Verbesserung der Betreuung psychisch Kranker kann in Hausarztmodellen erreicht werden, wenn Hausärzte ausreichend qualifiziert sind und durch Screeninginstrumente in die Lage versetzt werden, psychische Erkrankungen bei Betroffenen frühzeitig zu erkennen. Die *Conditio sine qua non* ist die Gestaltung der Kooperation zwischen Hausärzten und Psychotherapeuten. Bei Hausarztverträgen ist insbesondere zu beachten, dass die Integrität

einer psychotherapeutischen Behandlung gewahrt bleibt. Eine quartalsbezogene Überweisungsabhängigkeit oder gar Berichtspflicht an den Hausarzt ist damit nicht zu vereinbaren. Zu überprüfen sind auch die Einschränkungen des Erstzugangsrechts zum Psychotherapeuten in Hausarztverträgen. Schließlich ist die Kooperation zwischen Psychotherapeut und Hausarzt aufgrund der Konsiliarpflicht bereits gesetzlich implementiert und bedarf keiner zusätzlichen vertraglichen Regelung.

Fazit von Vorstand und Delegierten: Hausarztmodelle sind eine Versorgungsoption für psychisch kranke Menschen – soweit und sofern es gelingt, Qualitätsanforderungen an Hausärzte, Kooperationsvereinbarungen und Screeninginstrumente zu vereinbaren, die einen qualitativen Unterschied für die Patienten ermöglichen.

Elektronischer Heilberufsausweis

Hier konnten die Psychotherapeuten seit dem letzten DPT einen Erfolg verbuchen. Es ist gelungen, mit dem Verwaltungsvereinfachungsgesetz die Psychotherapeuten neben anderen verkammerten Heilberufen in die gesetzlichen Regelungen aufzunehmen. Dies ist ein wichtiger Schritt zur Anerkennung der Psychotherapeuten als gleichberechtigter Heilberuf. Leider ist es nicht gelungen, den Gesetzgeber davon zu überzeugen, dass nun ein zweiter Schritt notwendig ist. Wenn Psychotherapeuten elektronische Heilberufsausweise haben und für ihre Arbeit Zugriff auf die elektronische Gesundheitskarte der Patienten brauchen, dann ist es logisch, sie auch gleichberechtigt an der Gestaltung einer bundesweiten Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur im Gesundheitswesen zu beteiligen. Dafür müssten die Psychotherapeuten Mitglieder der Gematik sein. Sie sind mit Unterstützung der Selbstverwaltung in den Beirat berufen worden, aber noch kein gleichberechtigter Gesellschafter. Hier liegt also, so machte der Vorstand deutlich, ein wichtiges Feld für Lobbyarbeit der Kammern auf Bundes- und Landesebene. Dabei geht es nicht nur um technische Lösungen, sondern auch um die gesundheitspolitische Einordnung der neuen Technologie.

Die Delegierten verabschiedeten auch dazu eine Resolution. Sie sehen in neuen Formen der elektronischen Kommunikation durchaus eine Chance für eine verbesserte interdisziplinäre und sektorenübergreifende Kooperation, die eine verbesserte Versorgung der Patienten ermöglicht. Allerdings nur, wenn das Recht zur informationellen Selbstbestimmung und der Schutz der Patientendaten gesichert bleibt. Ein Psychotherapeut muss seinen Patienten zusichern können, dass auch elektronisch gespeicherte Informationen über seinen Gesundheitszustand absolut vertraulich bleiben (www.bptk.de).

Strukturreform der BPTK

Neben den sozial- und gesundheitspolitischen Themen war der zweite wichtige Themenkomplex ein Vorschlag zur Strukturreform der BPTK. Der Vorschlag zielt darauf, dass künftig die Delegiertenversammlung einen fünfköpfigen geschäftsführenden Vorstand wählt. Dieser Vorstand führt die laufenden Geschäfte der BPTK auf der Basis der Beschlüsse der Deutschen Psychotherapeutentage und der Beschlüsse eines Bundesvorstandes, dessen „geborene“ Mitglieder die PräsidentInnen der Landeskammern werden. Der so um 13 Mitglieder erweiterte Bundesvorstand soll insbesondere die Kooperation zwischen Bundes- und Landesebene stärken. Die Antragsteller gehen davon aus, dass der künftig weisungsgebundene geschäftsführende Vorstand durch den erweiterten Bundesvorstand in seiner Handlungsfähigkeit gestärkt wird. Der zum jetzigen Zeitpunkt aus 11 PräsidentInnen zu bildende Bundesvorstand soll verstärkt werden durch zwei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die eine beratende Stimme haben sollen. Die Antragsteller gehen von einer für den Bundeshaushalt kostenneutralen Umsetzung ihres Antrages aus, da die mit der Erweiterung des Bundesvorstandes entstehenden Kosten durch die Landeskammern getragen werden sollen.

Der wichtigste Anlass für den Antrag ist Kritik am Bundesvorstand, der – so die Antragsteller – eine unzureichende Informationspolitik betreibt. Hieraus resultiert ein Demokratiedefizit und eine geringe Machtkontrolle des Bundesvorstandes.

Außerdem, so die Antragsteller, sei der Länderrat (Gremium der PräsidentInnen der Landeskammern) nur bedingt aktionsfähig, da er zwar ein Ort des Informations- und Meinungsaustausches der PräsidentInnen sei, jedoch seine Beschlüsse für den Bundesvorstand derzeit nur Empfehlungscharakter hätten. Erst mit der Bildung eines erweiterten Vorstandes wäre es möglich, wirklich alle Landesinteressen auf Bundesebene gebündelt zur Geltung zu bringen. Als Vorbild für den Strukturvorschlag gilt den Antragstellern die Bundesärztekammer.

In der anschließenden intensiven Diskussion sahen einige Delegierte ihrerseits in den neuen Strukturen die Gefahr eines Demokratiedefizits aufgrund geschmälerter Einflussmöglichkeiten der Delegierten. Ein Bundesvorstand aus LandespräsidentInnen werde nicht mehr direkt durch die Delegierten gewählt und könne damit auch nicht mehr direkt für seine Arbeit zur Verantwortung gezogen werden. Auch die Beteiligungsrechte der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten galten vielen als nicht adäquat berücksichtigt. Einzelne Delegierte kritisierten, dass die Stimmengewichtung im neuen Bundesvorstand (eine Stimme pro Kammer) nicht der länderspezifischen Stimmengewichtung in der Delegiertenversammlung entspreche. Problematisiert wurde auch die künftige Größe des Vorstandes, die wahrscheinlich zu einer eingeschränkten Handlungsfähigkeit und damit einhergehend einer Verlangsamung der Reaktionszeit im politischen Geschäft führen dürfte.

Letztlich verständigte sich der 5. Deutsche Psychotherapeutentag darauf, zu Strukturfragen keinen Beschluss zu fassen. Man verlängerte die in der Satzung vorgesehene Erprobungsklausel von zwei auf vier Jahre. Damit besteht die Möglichkeit, sich noch zwei Jahre intensiv mit der Struktur der BPTK auseinanderzusetzen und sie ggf. mit einfacher Mehrheit zu ändern. Ob und in welchem Umfang ein Änderungsbedarf besteht, soll ein Ausschuss klären. Die Delegierten einigten sich auf einen siebenköpfigen Ausschuss, in dem u. a. Vertreter der Antragsteller der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und des Bundesvorstandes vertreten sind. Arbeitsergeb-

nisse sollen auf dem 7. DPT vorgestellt werden.

Haushalt 2004 und Rücklagenbildung

Trotz der intensiven gesundheits- und berufspolitischen Diskussion erledigte der 5. DPT seine Hausaufgaben. Auf der Basis des vorliegenden Haushaltsberichtes für das Jahr 2004 und dem einstimmigen Votum des Finanzausschusses (2 Enthaltungen) wurde der Bundesvorstand einstimmig entlastet. Der 5. DPT griff die um die Rücklagenbildung der BPTK geführte Diskussion des 4. DPT auf. Auftragsgemäß hat der Finanzausschuss dem 5. DPT einen Vorschlag unterbreitet. Nach intensiver Diskussion und Unterstützung durch einen externen Experten kam der Finanzausschuss zu dem Ergebnis, dass zur Sicherung der Liquidität die BPTK eine Rücklage in Höhe von mindestens 25 % der Aufwendungen des Haushaltes ausreichen dürfte. Der 5. DPT forderte den Vorstand auf, durch Einsparungen im Haushalt 2005 sicherzustellen, dass bereits Ende dieses Jahres die Rücklage in Höhe von 25 % des Haushaltsvolumens erreicht wird. Auch dieser Beschluss wurde einstimmig gefasst.

Aktualisierung der Musterfortbildungsordnung

Der 5. DPT hat auf Vorschlag der Fortbildungskommission die Kategorien von Fortbildungsveranstaltungen und ihre Bewertung weiterentwickelt. Die Aktualisierung dient insbesondere dem Ziel, die gegenseitige Anerkennung von Fortbildungspunkten zwischen Psychotherapeuten- und Ärztekammern zu erleichtern und eine Gleichbehandlung von Psychotherapeuten und Ärzten zu garantieren. Der Vorschlag der Kommission wurde mit großer Mehrheit angenommen (Abdruck in dieser Ausgabe). Außerdem beauftragte der 5. DPT die Fortbildungskommission, sich in ihrer weiteren Arbeit den Schwerpunktthemen

- Pflege und Aktualisierung der Musterfortbildungsordnung,
- Curriculare Fortbildung,
- Abgrenzung von Fort- und Weiterbildung

zu widmen. Auch dieser Antrag wurde mit großer Mehrheit angenommen.

Novellierung GOÄ/GOP

Die notwendige Debatte um politische Themen, die aktuell in die entscheidende parlamentarische Beratungsphase laufen, und die intensive Diskussion um die Struktur der BPTK nahmen so viel Raum ein, dass für andere, auf der Tagesordnung stehen-

de Themen keine Zeit mehr blieb. Die Musterberufsordnung und Musterweiterbildungsordnung werden auf dem nächsten DPT in Hamburg am 15.10.2005 zu diskutieren sein. In eigener Sache verabschiedete der Deutsche Psychotherapeutentag noch eine Stellungnahme zur dringend

erforderlichen Novellierung der GOÄ/GOP. In einer gemeinsamen Aktion mit der Bundesärztekammer hoffen die Delegierten, das Bundesgesundheitsministerium davon zu überzeugen, dass es sich endlich dem dringend bestehenden Handlungsbedarf widmet (www.bptk.de).

Aktualisierung der Musterfortbildungsordnung

Die Delegierten des 5. DPT haben auf Empfehlung der Fortbildungskommission der BPTK folgende Änderungen der Musterfortbildungsordnung beschlossen:

■ Anhang 1, Kategorie C und D

Die bisherigen Kategorien C und D werden zusammengefasst zur neuen Kategorie C.

Der elektronische Datenaustausch zwischen Landespsychotherapeutenkammern und Landesärztekammern im Rahmen der Veranstaltungszertifizierung soll durch eine

Angleichung der Veranstaltungskategorien erleichtert werden.

■ Anhang 1, Kategorie C und D

Die Vergabe von Zusatzpunkten in den Kategorien C und D (Kategorie C neu) wurden entsprechend der Bepunktung der Ärztekammern geändert („Ein Zusatzpunkt für bis zu vierstündige Veranstaltungen“).

Mit der bisherigen Formulierung („Ein Zusatzpunkt für mindestens vierstündige Veranstaltungen“) wurden die von de Ärzte-

kammer zertifizierten Veranstaltungen höher bepunktet als die von den Psychotherapeutenkammern zertifizierten. Dies führte zu einer Benachteiligung der Psychotherapeuten.

Geschäftsstelle

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

Anlage 1 MFbO: Kategorien von Fortbildungsveranstaltungen und deren Bewertung

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



Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

im vierten Jahr der Kammerarbeit können wir Ihnen in diesem Heft erste Ergebnisse der beiden großen Mitgliederbefragungen vorstellen, die von den Ausschüssen ‚Psychotherapie in Institutionen‘ und ‚Qualitätssicherung‘ durchgeführt worden sind. Bereits jetzt liegen aufschlussreiche Zahlen vor, über deren Analyse und Bewertung wir in den nächsten Ausgaben weiter berichten werden.

2005 ist zugleich auch in Baden-Württemberg das Jahr, in dem die Amtsperiode aller Gremien der Landespsychotherapeutenkammer zu Ende geht. In der Zeit vom 17. Oktober bis 11. November 2005 finden die Kammerwahlen statt. Die Auslegung des Wählerverzeichnisses erfolgt ab 1. September in der Geschäftsstelle. Wahlvorschläge müssen bis zum 14. September vorliegen. Alle Kammermitglieder wurden darüber ausführlich schriftlich informiert.

Aus der laufenden Kammerarbeit ist folgendes zu berichten: Im Gemeinsamen Beirat der Landesärztekammer und der Landespsychotherapeutenkammer, der 2002 mit einer Amtsperiode von 4 Jahren konstituiert wurde, ging der Vorsitz 2005 turnusgemäß von Frau Dr. med. Birgit Clever an Frau Dipl.-Psych. Mareke de Brito Santos-Dodt über. Der Gemeinsame Beirat hat die Aufgabe, die Zusammenarbeit der Berufsgruppen zu fördern und die Organe beider Kammern bei deren Aufgabenerfüllung in den psychotherapielevanten Fragestellungen zu

unterstützen. Dementsprechend beschäftigte sich der Ausschuss zuletzt mit der Umsetzung der Fortbildungsordnung und Sicherstellung der gegenseitigen Anrechenbarkeit von Fortbildungsveranstaltungen. Aktuelles Thema ist die Begutachtungspraxis bei psychoreaktiven Traumafolgen; auch hier wurde beiden Kammern eine einheitliche Festlegung der Kriterien empfohlen. Wir werden im nächsten Journal ausführlich darüber berichten.

Zur Mitarbeit in der Arbeitsgruppe Prävention des Gesundheitsforums Baden-Württemberg wurde kürzlich Prof. Dr. Reiner Bastine vom Psychologischen Institut der Universität Heidelberg als Vorstandsbeauftragter benannt. Wir wünschen ihm für seine Arbeit viel Erfolg.

Für die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen brachte die Umstellung auf den EBM 2000 plus auch gleich Ärger mit sich: die Kassenärztliche Vereinigung hatte nämlich nicht dafür gesorgt, auch ihnen die ab 1. April gültigen neuen Abrechnungsscheine automatisch zuschicken zu lassen. Der Kammervorstand sah sich aufgrund der zahlreich und zu Recht eingegangenen Beschwerden veranlasst, in dieser Angelegenheit den Beratenden Fachausschuss Psychotherapie bei der KV einzuschalten.

Die Einladungen zu den Einführungsveranstaltungen zur Berufsordnung, die bis Ende Juli an insgesamt acht Orten im Land angeboten werden, finden eine erfreulich starke Resonanz und belegen das

Interesse der Kolleginnen und Kollegen, sich mit den nunmehr festgeschriebenen Rechten und Pflichten der Berufsausübung vertraut zu machen. Die Rückmeldungen bestätigen uns darüber hinaus, wie wichtig es ist, vor Ort mit den Kolleginnen und Kollegen in den Dialog zu treten und als Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen.

Auf Initiative der Landespsychotherapeutenkammer wurden die so genannten Indikatoren der Gesundheitsberichtserstattung unserer Berufsgruppen nun entsprechend korrigiert. In der bisherigen Fassung waren z.B. die beiden Berufsgruppen der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zusammen in der Rubrik „nichtärztliche Psychotherapeuten“ geführt. Dieser Missstand konnte behoben werden. Zugleich wurde in guter Kooperation mit dem Landesgesundheitsamt die gesamte Darstellung der Psychotherapie, die sich primär an zum Teil überholten Systematiken der Psychiatrie und Psychosomatik orientierte, entsprechend überarbeitet und ergänzt.

Mit freundlichem Gruß aus Stuttgart,

Ihr Kammervorstand:

*Detlev Kommer,
Dietrich Munz,
Thomas Fydrich,
Trudi Raymann,
Mareke de Brito Santos-Dodt*

Erste Ergebnisse der Befragung der in Institutionen tätigen Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen in Baden Württemberg

Um die Belange der in Baden-Württemberg in Institutionen arbeitenden PP und KJP effizienter vertreten zu können, wurde vom

Ausschuss PTI im Jahr 2004 eine Befragung durchgeführt. Der Rücklauf war erfreulich hoch: 1.014 Fragebögen wurden

zurückgeschickt, das entspricht einer Quote von ca. 55% (bei ca. 1.850 PP/KJP, die in BW in Institutionen arbeiten).

Im Folgenden werden einige wichtige Ergebnisse der Befragung vorgestellt.

52% der PP/KJP sind weiblich, 48% sind männlich. Das mittlere Lebensalter beträgt ca. 48 Jahre, wobei die weiblichen PP/KJP im Mittel ca. 2 Jahre jünger sind als die männlichen. Eine detaillierte Altersverteilung ist Abb. 1 zu entnehmen.

87% der KollegInnen verfügen über eine Approbation als PP, 23% als KJP; ca. 9% sind doppelapprobirt.

94% befinden sich in einem Angestelltenverhältnis, 5% in einem Beamtenverhältnis und 1% ist gegenwärtig ohne Beschäftigung. 12% der angestellten PP/KJP sind zusätzlich in einer niedergelassenen Praxis tätig. 92 % der KollegInnen befinden sich in einem unbefristeten Arbeitsverhältnis.

Bei der Nennung der Gehaltsstufen geben 79% der KollegInnen an, in BAT IIb, IIa, II, Ib, KR XIII, A13, oder A14 eingruppiert zu sein. Eine höhere Gehaltsstufe geben 8%, eine niedrigere 13% an.

51% der PP/KJP üben in ihrer Institution keine Leitungsfunktion aus, 22% haben die therapeutische Leitung, 17% eine institutionelle Leitungsfunktion, 9% üben die Leitungsfunktion institutionell und therapeutisch aus.

Die häufigste Fachaufsicht der PP/KJP wird mit 35% von Ärzten ausgeübt, dann folgt mit 26% die Fachaufsicht durch PP/KJP. Bei ca. 14% übt die Verwaltung die Fachaufsicht aus, bei ca. 7% sind dies Diplom-Psychologen ohne Approbation.

Bei den Angaben zur Wochenarbeitszeit gaben lediglich 48% an, in Vollzeit zu arbeiten, 52% der KollegInnen befinden sich in einer Teilzeitbeschäftigung mit sehr unterschiedlichen Wochenarbeitszeiten. Daher wurde noch eine Kategorisierung in halbe und dreiviertel-Stellen vorgenommen (vgl. Abb. 2).

Die Arten der Institutionen wurde zunächst durch Vorgabe der „Hauptinstitutionen“ Rehaklinik, Krankenhaus und Uniklinik erfasst. In Kliniken und Krankenhäusern ar-

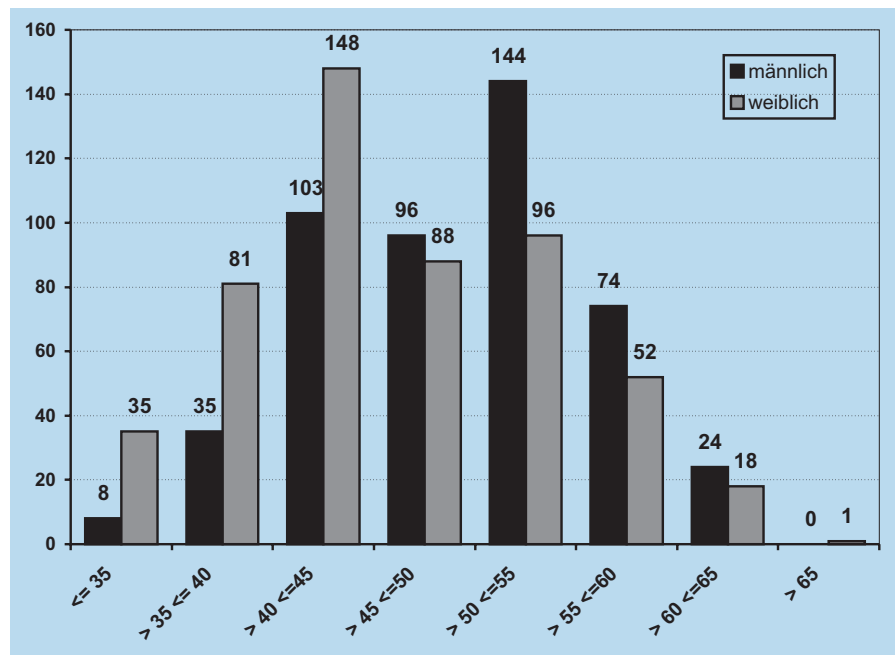


Abbildung 1: Altersverteilung der PP/KJP in Institutionen (Absolute Häufigkeiten)

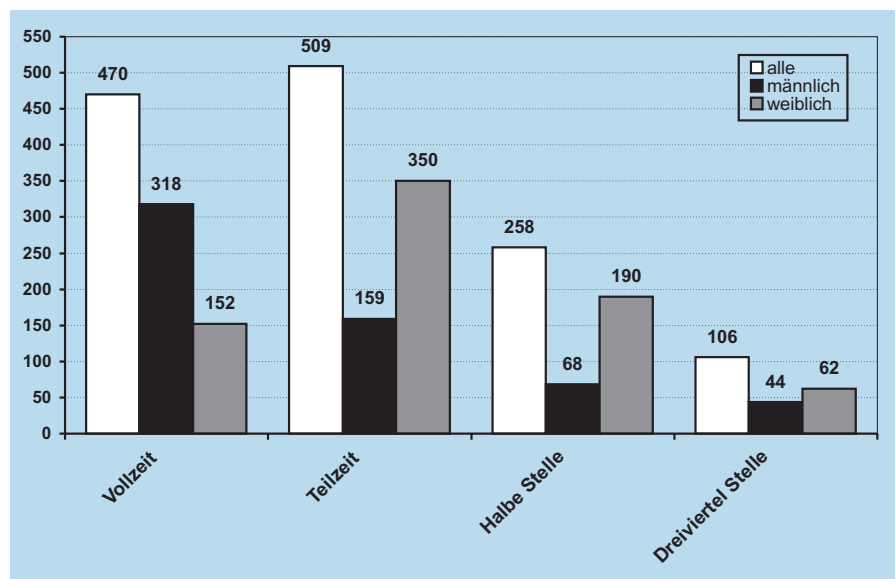


Abbildung 2: Voll- und Teilzeit der PP/KJP in Institutionen (Absolute Häufigkeiten)

Hauptinstitution	Häufigkeit	Prozent
Rehaklinik	261	25,7
Krankenhaus	200	19,7
Uniklinik	76	7,5
arbeitet dort im Bereich		
Psychotherapie/Psychosomatik	151	14,9
Psychiatrie Erwachsene	130	12,8
Sucht	128	12,6
Neurologie	64	6,3
Orthopädie	59	5,8
Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie	37	3,6
Herz-Kreislaufkrankungen	32	3,2
Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie	29	2,9

Tabelle 1: Anzahl der PP/KJP in „Hauptinstitutionen“ (im zweiten Teil „Bereich“ waren Mehrfachnennungen möglich)

andere Institutionen	Häufigkeit	Prozent
Psychologische Beratungsstelle	258	25,4
Suchtberatung	39	3,8
Sonstige Beratungsstelle	46	4,6
Heim	90	8,9
Sonstige Institution	54	5,3
Schule	37	3,6
Universität	33	3,3
Jugendamt	17	1,7
Strafvollzug	15	1,5
Verkehrspsychologie	1	0,1

Tabelle 2: Anzahl der PP/KJP in „anderen Institutionen“

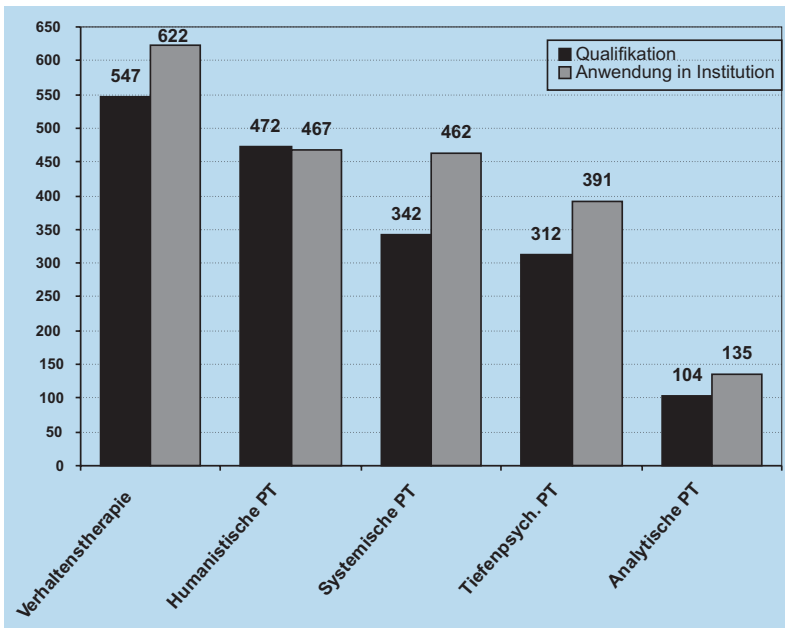


Abbildung 3: Qualifikation und Anwendung der PP/KJP in Psychotherapieverfahren (Absolute Häufigkeiten)

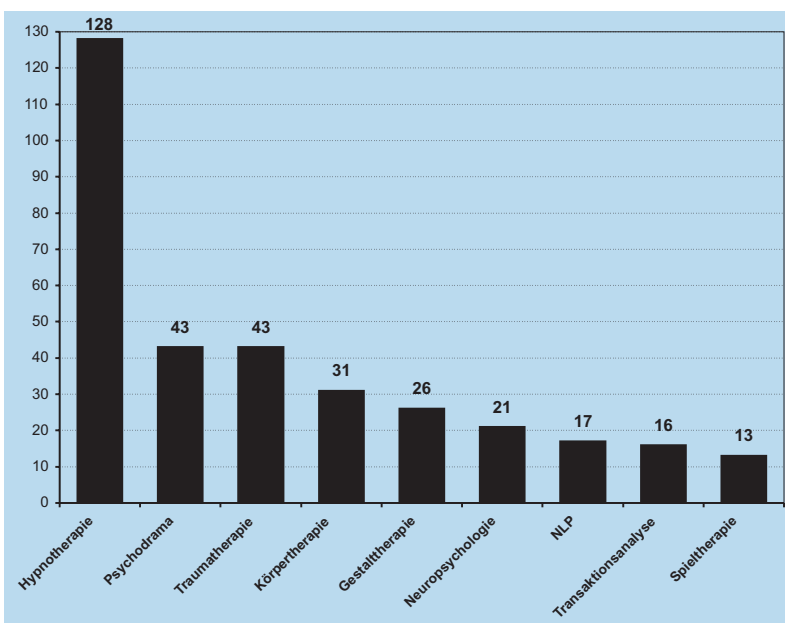


Abbildung 4: Qualifikation und Anwendung der PP/KJP in Psychotherapieverfahren; Verfahren in freier Nennung

beiten 53% der KollegInnen (vgl. Tab. 1). Bei den „anderen Institutionen“ (vgl. Tab. 2) fällt die hohe Anzahl der PP/KJP in Beratungsstellen auf; hier arbeiten fast 34% der KollegInnen.

Bei der Frage nach der Anwendung und Qualifikation in psychotherapeutischen Verfahren wurden zunächst die Hauptverfahren Analytische Psychotherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie / Kognitive Therapie, Humanistische Psychotherapie (inkl. Gesprächspsychotherapie) und Systemische Therapie erfasst. Am häufigsten wurde hier die Verhaltenstherapie genannt, gefolgt von humanistischen Psychotherapieverfahren und Systemischer Therapie. Fasst man aber die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die Analytische Psychotherapie zur „Psychodynamischen Psychotherapie“ zusammen, so wird diese am dritthäufigsten noch vor der Systemischen Therapie genannt (vgl. Abb. 3).

Bei den Psychotherapieverfahren, die frei genannt werden konnten, gab es sehr viele unterschiedliche Angaben für Qualifikation und Anwendung. Hier war eine aufwändige Kategorisierung notwendig. Am häufigsten wurden die hypnotherapeutischen Verfahren genannt. In Abb. 4. sind Verfahren mit mindestens 10 Nennungen berücksichtigt worden; dabei gaben alle KollegInnen mit Qualifikation in einem dieser Verfahren an, dass dieses auch in ihrer Institution zur Anwendung kommt.

Ausschuss für Psychotherapie in Institutionen: Dr. Roland Straub (Vors.), Dr. Karl-Eugen Graf (Stv.V.), Dr. Dieter Horch, Elisabeth Noeske, Jürgen Pitzing, Andreas Schale, Prof. Dr. Rudi Wagner, Dr. Dietrich Munz (Vorstandsbeauftragter).

Erste Ergebnisse der Befragung zu Methoden der Qualitätssicherung in der Psychotherapie

Im Mai 2004 wurde ein Fragebogen zur Nutzung und Beurteilung verschiedener Formen der Qualitätssicherung (QS) an die Mitglieder der LPK Baden-Württemberg versandt. Erste Ergebnisse beziehen sich auf die Gesamtstichprobe von $n=1.481$, wovon 62% weiblich sind. Das durchschnittliche Lebensalter beträgt 49,7 Jahre (28 – 82). Die durchschnittliche Berufserfahrung im psychotherapeutischen Bereich liegt bei 17,6 (0 – 49 Jahre). Im Mittel sind die an der Umfrage teilnehmenden Kolleginnen und Kollegen zu ca. 80% im Bezug zu ihrer Gesamtarbeitszeit psychotherapeutisch tätig. Fast 80% der Kolleginnen und Kollegen arbeiten dabei mehr als 50% ihrer Arbeitszeit psychotherapeutisch. Bei den psychotherapeutischen Tätigkeitsbereichen bildet die niedergelassene Tätigkeit mit 68,2% der antwortenden Kolleginnen und Kollegen einen Schwerpunkt. 9,5% der antwortenden Kolleginnen und Kollegen haben ihren psychotherapeutischen Schwerpunkt in einer Beratungsstelle und 15,0% in einer Klinik. 65,1% haben eine Kassenzulassung. Von ihnen haben 42,4% die Zulassung für Verhaltenstherapie, 37,8% die Zulassung für Psychoanalyse und Tiefenpsychologie und 17,5% die für Tiefenpsychologie alleine. Von denjenigen mit einer Kassenzulassung geben 57,8% an, nur mit Erwachsenen zu arbeiten, 19,8% arbeiten nur mit Kindern und 18,3% sowohl mit Kindern als auch mit Erwachsenen. Die

vorliegende Stichprobe ist somit für Aussagen im Hinblick auf Methoden der QS in der Psychotherapie gut geeignet.

Hinsichtlich der genutzten Methoden der QS bestehen Gemeinsamkeiten vor allem darin, dass fast alle eine Form der Supervision (97,1%) und dass fast alle Fort- und Weiterbildung (96,2%) als Methode von QS nutzen. Die Daten spiegeln wider, dass Supervision und Fort- und Weiterbildung zu den Methoden der persönlichen Weiterentwicklung und Erhaltung der therapeutischen Professionalität gehören. Unterschiede lassen sich hinsichtlich der gewählten Methoden der Dokumentation und Evaluation (Berichte im Rahmen des GAV, Psychometrische Verfahren, Basisdokumentation, Verlaufs- und Abschlussdokumentation, Katamnesen) finden, wenn gleich am Ende der Therapie Abschlussgespräche einen obligatorischen Charakter für 96,4% der Kolleginnen und Kollegen haben. Die Unterschiede scheinen einerseits über die Art der Zulassung (PA, VT, TP) bedingt zu sein, andererseits auch hinsichtlich des psychotherapeutischen Arbeitsgebietes (ambulant, Beratungsstelle, Klinik). Hier werden weitere differentielle Auswertungen nötig sein. Das Gutachterverfahren (GAV) wird von den zugelassenen Therapeutinnen und Therapeuten wegen des verpflichtenden Charakters genutzt, andererseits ist die Bewertung der Nützlichkeit im Vergleich zu den anderen

Methoden der Dokumentation und Evaluation über alle Verfahren hinweg eher gering. Etwa die Hälfte der befragten Kolleginnen und Kollegen nutzen psychometrische Verfahren regelmäßig. In der Begründung für die Nicht-Nutzung werden inhaltliche Gründe angeführt (keine Relevanz, andere Informationen bevorzugt, störender Charakter), aber auch wirtschaftliche (kein angemessenes Honorar).

Die Ergebnisse zum jetzigen Stand der Auswertung zeigen, dass Fragen der Qualitätssicherung – unabhängig von gesetzlichen Initiativen – die Kolleginnen und Kollegen beschäftigen und dass eine Vielzahl der Kolleginnen und Kollegen Qualitätssicherung auf einem hohen Niveau betreibt. Gleichzeitig gibt es hinsichtlich der Nutzung von Methoden der Qualitätssicherung deutliche Unterschiede. Diese werden vom Qualitätssicherungsausschuss noch detaillierter analysiert; ebenso wie die Vielfalt der frei gegebenen Antworten bei entsprechenden Fragen.

Ausschuss für Qualitätssicherung: Sibille Seeger (Vorsitzende), Prof. Dr. Franz Caspar (Stellv. Vorsitzender), Prof. Dr. Reiner Bastine, Dr. Lisbeth Klöß-Rottmann, Dr. Jan Meyerberg, Ursula Neumann, Werner Wiegand, Prof. Dr. Thomas Fydrich (Vorstandsbeauftragter), Dr. Jürgen Schmidt (Referat Fortbildung und Qualitätssicherung).

Urteil des Verwaltungsgerichtes Karlsruhe zum Kammerbeitrag

Das Verwaltungsgericht (VG) Karlsruhe (Az.: 9 K 1552/03) hat in seinem Urteil vom 16.03.2005 die Klage eines halbtags angestellt beschäftigten Kammermitglieds auf

Ermäßigung seines Kammerbeitrags abgewiesen. Das Gericht hat dabei festgestellt, dass unabhängig von Art und Umfang der Beschäftigung ein einheitlicher Mitgliedsbei-

trag vertretbar ist. Weiterhin ist bei Anträgen auf Ermäßigungen, sofern ein Härtefall geltend gemacht wird, das Familieneinkommen zu berücksichtigen.

2. Landespsychotherapeutentag am 9. Juli 2005 in Stuttgart

Das Programm des 2. Landespsychotherapeutentages am 9. Juli 2005 im Haus der Wirtschaft in Stuttgart steht inzwischen fest. Die Veranstaltung findet unter dem Rahmenthema „Förderung psychischer Gesundheit – Prävention psychischer Störungen“ statt und umfasst Vorträge und eine Podiumsdiskussion am Vormittag so-

wie mehrere parallel stattfindende Workshops am Nachmittag. Wir laden Sie herzlich dazu ein. Für die Teilnahme am Landespsychotherapeutentag werden 10 Fortbildungspunkte anerkannt. Nähere Details zur Veranstaltung und zur Anmeldung entnehmen Sie bitte dem **Programm auf der Internetseite** der Kammer: lpk-bw.de.

Geschäftsstelle

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



Mitteilungen der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Versorgungswerk: Aller guten Dinge sind drei!

Zum dritten Mal hat sich die Delegiertenversammlung (DV), nunmehr bei einer außerordentlichen Sitzung am 4. Mai 2005, mit dem Thema Versorgungswerk beschäftigt. Nachdem bei den bisherigen Beratungen geklärt werden konnte, dass es ein Versorgungswerk unter dem Dach der bayerischen Versorgungskammer geben soll, stand nun die Frage der genauen Umsetzung im Mittelpunkt. Nach sorgfältigen Beratungen in der Versorgungskammer und mit dem Vorstand der Psychotherapeutenkammer schien ein Zusammengehen mit dem bereits bestehenden Versorgungswerk der Bauingenieure unter dem Dach der bayerischen Versorgungskammer die beste Lösung. Die außerordentliche DV war nunmehr notwendig geworden, um zu gewährleisten, dass die notwendigen Schritte zur Gesetzesänderung noch vor der Sommerpause gestartet werden können, damit der Start des Versorgungswerkes möglichst noch zum Jahresende erfolgen kann.

Die Versammlung wurde mit der Vorstellung der Umsetzungsalternativen (Anschluss an bestehendes Versorgungswerk, Gründung eines eigenen Versorgungswerkes) begonnen. Herr Baader und Herr König als Vertreter der bay. Versorgungs-

kammer stellten beide Modelle vor. Der Anschluss an ein bestehendes Versorgungswerk bietet eine Reihe von deutlichen Vorteilen. Durch die bereits bestehende Verwaltungsstruktur können die dort vorliegenden Erfahrungen genutzt und eine Einbindung in eine stärkere Versicherungsgemeinschaft erreicht werden. Vergleichsrechnungen zeigen zudem, dass mit dieser Version die Verwaltungskosten ganz erheblich gesenkt werden können und damit für jedes einzelne Mitglied eine deutlich höhere Rentenanwartschaft bei gleichen Einzahlungen zur Verfügung steht.

Nachteile sind die geringere berufsspezifische Eigenständigkeit, die geringeren Mitspracherechte und der etwas aufwendigere Gründungsprozess.

Eine intensive Diskussion und Abwägung der Vor- und Nachteile der Alternativen im Plenum schloss sich an. Schließlich haben sich die Delegierten einstimmig für den Anschluss an das Versorgungswerk der Bayerischen Ingenieurversorgung-Bau ausgesprochen. Über weitere Details zu den Planungen werden wir in einem Mitglieder-rundschreiben gesondert informieren.



Abstimmung zum Anschluss an das Versorgungswerk der Bauingenieure; Foto: Peter Lehndorfer

Erster Landespsychotherapeutentag am 12.11.05 in München

Die Planungen und Vorbereitungen für den ersten Landespsychotherapeutentag kommen gut voran. Wir haben das Thema „Psychotherapie im Wandel des Gesundheitssystems am Beispiel der Depression“ gewählt. Für eine angenehme universitäre Atmosphäre für diese Fachtagung haben

wir uns für Räumlichkeiten im Hauptgebäude der Ludwig-Maximilians-Universität in München entschieden, die zentral liegen und gut mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen sind. Das Programm finden Sie auf der Homepage und im nächsten Mitgliederrundschreiben.

Ausschuss „Psychotherapeuten in Institutionen“

Auf Initiative des Ausschusses fand am 16. Februar des vergangenen Jahres ein „Runder Tisch“ statt, an dem Vertreter des bayerischen Landtages, der bayerischen Bezirke, des bayerischen Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, der Krankenkassen, der Träger, der Be-

troffenen- und Angehörigenverbände und Mitarbeiter eines sozialpsychiatrischen Dienstes teilnahmen. Das Eingangsstatement und die anschließenden Diskussionsbeiträge sind in einer Broschüre der Landeskammer dokumentiert.

Ein Ergebnis dieser Veranstaltung ist die Anhörung am 04.03.04 im Ausschuss für Sozial-, Gesundheits- und Familienpolitik zum Thema „Sicherung der ambulanten sozialpsychiatrischen Versorgung psychisch Kranker und psychisch Behinderter“. Zu diesem Termin waren Vertreter der Kammer bzw. des Ausschusses „Psychotherapeuten in Institutionen“ eingeladen (siehe auch Sitzungsprotokoll des bayerischen Landtages).

In der Folge kam es dann nicht zu den befürchteten Radikalkürzungen bei den sozialpsychiatrischen Diensten, wohl aber zu einem Stellenabbau von ca. 26 Stellen in ganz Bayern. Da weiterhin eine Reduktion der Finanzen und eine damit verbundene Verschlechterung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter zu befürchten sind, hat sich der Ausschuss zum Ziel gesetzt, die Relevanz der Arbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDis) und der Suchtberatungsstellen für die Öffentlichkeit transparenter zu machen und den Stellen durch überregionale Veranstaltungen die Chance einer Selbstreflexion und Selbstorganisation zu ermöglichen.

Dazu plant der Ausschuss eine Bestandsaufnahme der Beratungsstellen und SpDis durchzuführen und Versorgungsaufgaben und -umfang durch die Dienste zu erfassen. In diesem Zusammenhang sind zentrale Veranstaltungen jeweils für die SpDis und die Suchtberatungsstellen angedacht. Dabei sollen Vertreter aller Leistungserbringer an einen Tisch gebracht werden, damit sie ihre Situation gemeinsam reflektieren und sich für die Zukunft besser positionieren können.

Kommunales Entlastungsgesetz

Die Kammer hat sich auf unterschiedlichen Ebenen gegen den von Bayern und anderen Bundesländern im Bundesrat eingebrachten Gesetzesentwurf zur Entlastung der Kommunen im Sozialen Bereich (KEG) engagiert.

Einsparungen im sozialen Bereich gehen vor allem zu Lasten der Kinder und Jugendlichen aus schwächeren Einkommensschichten, weil diese nicht mehr unmittelbaren Zugang zu Beratungsdiensten erhalten können. Geplant ist Kostenbeteiligung sowie Offenlegung der Einkommensverhältnisse der Eltern, so dass die Niedrigschwelligkeit, Verfügbarkeit und Erreichbarkeit der Angebote nicht mehr gewährleistet erscheint. Gerade vor dem Hintergrund, dass die beratenden Angebote im KJP-Bereich oft präventiven Charakter haben, erscheinen die Maßnahmen nicht zielführend. In Abstimmung mit der Bundespsychotherapeutenkammer wurde eine entsprechende Stellungnahme an die Vertreter der bayerischen Landes- und Bundespolitik versandt.

Ausschuss für „Aus-, Fort- und Weiterbildung“

Im Mittelpunkt der Ausschussarbeit stand die Entwicklung der Fortbildungsordnung und deren Anpassungen an die Musterfortbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer und an die Fortbildungsordnung der Bayerischen Landesärztekammer. Der Ausschuss hat die Geschäftsstelle der Landespsychotherapeutenkammer bei der Ausarbeitung der Antragsformulare unterstützt, an der Entwicklung eines Akkreditierungsvertrages mitgearbeitet sowie für die Homepage der Kammer häufig gestellte Fragen und zugehörige Antworten erarbeitet. Einzelne Ausschussmitglieder gaben Beratung bei der telefonischen Hotline.

In letzter Zeit befasste sich der Ausschuss detailliert mit der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer. Derzeit sieht er keine zwingende Notwendigkeit für die Verabschiedung einer Musterweiterbildungsordnung. Das Thema sollte sensibel und sorgfältig geprüft werden, da zu befürchten ist, dass mit einer Regelung der Weiterbildung das Psychologiestudium und die postgraduierte Ausbildung abgewertet werden.

Aktuelles zur Fortbildungsrichtlinie

Wir arbeiten derzeit am nächsten Mitgliederumschreiben, das auch die neuesten

Informationen zur Fortbildungsrichtlinie, neue Antragsformulare und „Segelabweisungen“ für die häufigsten telefonischen Anfragen beinhalten wird sowie die nächsten notwendigen Schritte fürs freiwillige Fortbildungszertifikat beschreiben wird.

Für unsere neue Homepage-Version, insbesondere für den geplanten aktuellen Veranstaltungskalender, müssen gegebenenfalls noch Nacherfassungen bei den Fortbildungsanbietern erfolgen.

Die **Vereinbarung zur gegenseitigen Anerkennung von Fortbildungsveranstaltung zwischen der PTK-Bayern und der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK)** ist zum 1.3.05 in Kraft getreten (vgl. Bericht von der Gemeinsamen Kommission mit der BLÄK).

Neuorganisation der Studiengänge

Nach intensiver Prüfung hat der Vorstand sich dafür ausgesprochen, dass als Eingangsvoraussetzung für die Ausbildung zum PP bzw. KJP weiterhin ein höher qualifizierter Studienabschluss gefordert werden soll. Um die notwendige Grundqualifikation sicher zu stellen und um eine Entwertung der Berufe zu vermeiden, sollte nach einer Reform der Studiengänge daher der „Master“-Abschluss verpflichtend sein. Weiterhin wird gefordert, dass Klinische Psychologie als Studienschwerpunkt in jedem Fall wichtiger Teil des Studiums sein soll. Entgegen der derzeitigen Entwicklung soll dabei auch eine breite Berücksichtigung aller für die Psychotherapie relevanten wissenschaftlichen Richtungen und Grundlagen (z.B. Psychoanalyse, Philosophie, Soziologie, Theologie, Pädagogik, qualitative Methoden) gefordert werden.

H. Vogel, P. Lehdorfer und *N. Melcop* haben zwischenzeitlich Kontakt mit Vertretern der psychologischen Institute der Universitäten und der sozialpädagogischen Abteilungen der Fachhochschulen aufgenommen mit dem Ziel, sich über die weitere Entwicklung auszutauschen. Geplant ist ein gemeinsames Treffen dieser Vertreter in der Kammer. Im nächsten Schritt soll dann für weitere Absprachen eine Kontakt-

aufnahme mit dem bayerischen Wissenschaftsministerium erfolgen.

Psychotherapeutische Notfallversorgung und Traumabehandlung in Bayern

Wie Sie wissen, engagierte sich die Kammer Anfang des Jahres intensiv bei der Organisation der psychotherapeutischen Hilfsangebote für Opfer der Flut in Asien. Diese Katastrophe hat uns allen deutlich die Mitverantwortung unseres Berufsstandes in diesem Bereich vor Augen geführt und die Notwendigkeit, für vergleichbare Fälle vorbereitet zu sein. Deshalb haben wir die Thematik u.a. auch bei einem Termin am 21.02.05 bei dem für den Katastrophenschutz zuständigen Minister Beckstein angesprochen. Das Interesse des Innenministeriums, unsere Berufsgruppe in den Katastrophenschutz in Bayern zu integrieren, kann als derzeit eher zurückhaltend beschrieben werden. Angedacht ist von Seiten des Ministeriums, die Kammer bei der geplanten Verbesserung der Koordination der Versorgung von Traumapatienten einzubeziehen.

Zwischenzeitlich hat der Vorstand eine Kommission „Psychotherapeutische Notfallversorgung und Traumabehandlung in Bayern“ eingerichtet. Ziel der Kommission soll die Erarbeitung von Vorschlägen zur Verbesserung der Versorgung in diesem Bereich unter Berücksichtigung der vorhandenen Strukturen, Organisationen und behördlichen Zuständigkeiten sein. Dabei sind natürlich auch die vorhandene und ggf. zu fördernde Fachkompetenz und Motivation unserer Mitglieder als potentiell Mitwirkende zu berücksichtigen. In die Kommission wurden *Hr. Butollo*, *Hr. Waldvogel* und *Hr. Wetzstein* berufen, zuständiges Vorstandsmitglied ist *Peter Lehndorfer*.

Psychoonkologie-Fortbildung am 11./12.03.05

Am 11./12.03.05 fand in den Räumen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) die erste im Rahmen des Disease Management Programmes (DMP) Brust-

krebs organisierte Fortbildung Psychoonkologie statt. Sie ist als Voraussetzung für eine etwaige Beteiligung an diesem DMP anerkannt. Die Realisierung wurde durch die KVB, die bayerische Psychotherapeutenkammer (zuständiges Vorstandsmitglied: *Ellen Bruckmayer*) und die bayerische Landesärztekammer vorbereitend unterstützt. Die Fortbildung steht allen approbierten Psychotherapeuten offen, das DMP Brustkrebs nur den zugelassenen.

Die Durchführung lag beim Münchner Seminar für psychosoziale Onkologie. *Prof. Peter Herschbach*, *Dr. Pia Heußner* und *ihr Team* boten in einem kompakten und umfassenden Curriculum eine gut strukturierte, äußerlich wie innerlich sehr engagierte Fortbildung an, ergänzt durch sorgfältig vorbereitete Materialien.

Wiederholungen des einführenden Curriculums sind in der zweiten Hälfte 2005 geplant; Erfahrungen aus der ersten Veranstaltung sollen einfließen. Die nächste Veranstaltung findet am 15. (nachmittags) und am 16. Juli (ganztags) statt, wieder in den Räumen der KVB.

Weitere Informationen zu den geplanten Veranstaltungen erhalten Sie unter der Tel. Nr. 089-57093-2502 (KVB).

Nachvergütung für Vertragspsychotherapeut/inn/en: Brief der Kammer an die KVB

Der Vorstand verfasste zum Thema „Nachvergütungen“ einen Brief an die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) und äußerte seine Bedenken bzgl. der Rechtmäßigkeit der Ausbezahlung der Nachvergütung nur an diejenigen niedergelassenen Mitglieder, die Widerspruch oder Klage gegen die Honorarbescheide eingelegt hatten. Im Brief wurde die KVB aufgefordert, „alle Spielräume, die die Rechtslage bietet, auszuloten und zu nutzen, damit alle Psychologischen Psychotherapeut/inn/en und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/inn/en und auch die psychotherapeutisch tätigen Ärzt/inn/e/n eine entsprechende Nachzahlung erhalten können.“

Informationen aus der Gemeinsamen Kommission mit der BLÄK

Die wichtigste Information aus der Gemeinsamen Kommission ist, dass am 17.01.05 eine „Vereinbarung über die gegenseitige Anerkennung von Fortbildungspunkten“ konsentiert und mit Wirkung zum 01.03.05 unterzeichnet wurde. Die Kammern sind dabei übereingekommen, dass die Regelung auch für Fortbildungsveranstaltungen gilt, die vor dem 01.03.05 jeweils anerkannt wurden.

Fortbildungsveranstaltungen, die von der PTK-Bayern anerkannt sind, werden damit auch von der BLÄK anerkannt und umgekehrt.

Hinweis für Veranstalter von Fortbildungen: Damit ist es auch nicht mehr nötig, die Veranstaltungen bei beiden Kammern anerkennen zu lassen.

Außerdem wurde vereinbart, eine Fortbildungskommission einzurichten, die aus je drei Mitgliedern der BLÄK und der PTK-Bayern bestehen wird. Diese wird sich in strittigen Anerkennungsfragen beraten. Ein Gutachten darüber, ob die Familienaufstellung nach Hellinger als Fortbildung gemäß der FoBiRiLi anerkannt werden kann, hat die PTK Bayern bereits verfasst. In einer Stellungnahme hat der Vorstand Veranstaltungen zur Familienaufstellung nach Hellinger als nicht anererkennungsfähig begründet. Diese Stellungnahme wird gemeinsam von BLÄK und PTK-Bayern verwendet.

Ein Vertrag zur Regelung der Anerkennung der von den jeweiligen Landesberufskammern zuerkannten Fortbildungspunkte durch die KVen wurde bereits auf Bundesebene zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV), Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und Bundesärztekammer (BÄK) geschlossen.

Bei der Fortbildung in Psychoonkologie haben die BLÄK und die PTK-Bayern bereits gemeinsam gehandelt (s. Bericht hierzu). Auch für die Fortbildung über psychische Traumafolgen und die Fortbildung bei der psychotherapeutischen Versorgung forensischer Patienten sind gemeinsame Aktionen geplant.

In Kooperation zwischen der BLÄK und der PTK-Bayern konnte auch mit den Telefonbuchverlagen eine neue, übersichtliche und sachgerechte Struktur zur Eintragung der akademischen Heilberufe vereinbart werden. Voraussetzung ist aber weiterhin, dass die Kammermitglieder sich zuvor selbst bei den Verlagen als niedergelassene Psychologische Psychotherapeut/innen bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen/en gemeldet haben. Nur dann können die Verlage unsere so bekannten Mitglieder auch richtig zuordnen.

Prävention

Am 14.02.05 fand in München ein Forum für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz zum Thema Prävention statt. Das Bayerische Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz lud zu einer Informations- und Diskussionsveranstaltung ein, die den Zweck hatte, einem breiten Fachpublikum das Konsenspapier zur Gesundheitsförderung und Prävention in Bayern vorzustellen und die Initiative „Gesund.Leben.Bayern“ zu diskutieren. Die Kammer wurde dabei von *Angelika Wagner-Link* und *Petra Kümmler* (Geschäftsstelle) vertreten.

Im Bayerischen Landesgesundheitsrat setzte sich *N. Melcop* für eine Beteiligung der Bundespsychotherapeutenkammer im Stiftungsrat der Präventionsstiftung im kommenden Gesetz ein. In einem Beschluss des Landesgesundheitsrates wurde dann, nach ähnlichen Forderungen anderer Heilberufvertreter, die „maßgebliche Mitentscheidungsfunktion der Heilberufe auf Bundesebene im Stiftungsrat“ gefordert.

Am 1.03.05 veröffentlichte die Kammer eine Presseerklärung (s. Homepage), bei der sie sich zwar vom Grundsatz her positiv, aber in der Konkretisierung kritisch zu dem von der Bundesregierung vorgelegten Gesetzentwurf zur Stärkung der Prävention äußert.

Die Kammer unterstützte dazu auch eine Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer zum Gesetzentwurf. Hauptkritikpunkt am Gesetzesentwurf ist, dass psychologisch-psychotherapeutischer Sachverstand zu wenig berücksichtigt wird und dass dies gerade bei einem Thema, bei dem es hauptsächlich um die Änderungen von Einstellungen und Verhaltensweisen geht, unverständlich erscheint. Weiterhin scheint lediglich eine Umverteilung der Finanzierung stattzufinden, vor allem im Kinder- und Jugendlichenbereich, so dass zu befürchten ist, dass keine zusätzlichen finanziellen Impulse gesetzt werden. Auch für die geforderte Qualitätssicherung der Maßnahmenkataloge erscheint die Finanzierung ungeregelt.

Beirat „Psychologie in der Schule“

Am 15.02.05 nahm die Psychotherapeutenkammer, vertreten durch die Vizepräsidenten *Gerda B. Gradl* und *Peter Lehndorfer*, an der Gründungsveranstaltung für einen Beirat „Psychologie in der Schule“ im Kultusministerium in München teil. Am Ende der Veranstaltung wurde der Beschluss gefasst, einen entsprechenden Beirat als Beratungsgremium für das Kultusministerium zu berufen. Ziele dieses Beirats sollen u.a. sein, Visionen für eine Weiterentwicklung von Schule zu entwi-

ckeln, die gesellschaftliche und politische Realität in ihrer Relevanz für die Schule aufzugreifen und eine Vernetzung der vorhandenen Ressourcen zu bewirken. Auf der nächsten Sitzung wird über den Namen des Beirats und die weitere Konkretisierung der Ziele und Inhalte (Psychologie in der Lehrerbildung, Psychohygiene bei allen Menschen, die in der Schule tätig sind – insbesondere Lehrer, Schüler) entschieden werden.

Gutachten im Bereich Strafrecht, Strafvollzug und Maßregelvollzug

Rainer Knappe und *Andreas Rose* haben als Vertreter der bayerischen Landeskommission am 26.01.05 an einem Meinungsaustausch der Psychotherapeutenkammern in Düsseldorf zur Frage der Leitlinien und Kriterien für Psychologische Sachverständige für die Begutachtung der Schuldfähigkeit und Prognose in Strafrecht, Strafvollzug und Maßregelvollzug mitgewirkt. Ein Ergebnis des Workshops war die Einrichtung einer entsprechenden Kommission durch die Bundespsychotherapeutenkammer zu diesem Thema. Als Vertreter für diese Kommission wurde von der PTK-Bayern *A. Rose* benannt, *R. Knappe* steht als Stellvertreter zur Verfügung.

Dieser Bereich ist nach unserer Einschätzung von hoher gesellschaftlicher Relevanz und kann für Kolleg/innen zukünftig ein wichtiges Arbeitsfeld darstellen.

Der Vorstand der Kammer:

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

Informationen per E-Mail:

Unsere Aktion zur Flutopferhilfe hat eindrucksvoll gezeigt, wie nützlich der Einsatz der modernen Kommunikationsmittel (kurzfristige Information und Umfrage per E-Mail) sein kann. Mit diesem Weg wird uns die rasche und auch kostengünstige Informationsweitergabe an Sie ermöglicht.

Damit wir zukünftig möglichst viele Mitglieder zur Weitergabe aktueller Informationen per E-Mail erreichen können, wenden wir uns an Sie mit folgendem Anliegen:

Falls noch nicht geschehen, **teilen Sie uns bitte Ihre E-Mail-Anschrift mit!**

Geschäftsstelle

St.-Paul-Str. 9
80336 München
Postanschrift: Postfach 151506
80469 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



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Berlin

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

diesen Bericht aus dem Vorstand erhalten Sie nach Abschluss der Wahl zur neuen Delegiertenversammlung. Da zwischen dem Verfassen dieser Zeilen und ihres Erscheinens eine recht große Zeitspanne liegt, kann auf diesem Weg kein Wahlergebnis vermittelt werden. Das lässt Raum für eine kurze Bilanz der Arbeit der letzten Wochen.

Viel Aufwand erfordert die Bearbeitung von **Beschwerden** und **Patientenanfragen**. Dabei geht es z. B. um Abrechnungsfragen, Schweige- bzw. Auskunftspflicht, Gestaltung der Sitzungen (Unterbrechungen durch Anrufe oder Dauer der Sitzungen) und als herabwürdigend empfundene Äußerungen von Therapeuten. Zunehmend zielen Beschwerden auf Gutachten, die für behördliche oder gerichtliche Verfahren erstellt werden. In 2004 konnten 23 Fälle abgeschlossen werden, neu hinzu kamen 36 Beschwerden. Der Untersuchungsführer wurde mit drei Verfahren wegen Verstoßes gegen das Abstinenzgebot betraut, zwei davon sehr schwerwiegend. Ein Verfahren ist noch nicht abgeschlossen, eins musste ohne Sanktion beendet werden, da der Übergriff vor Errichtung der Kammer lag. Es wurde zwecks Entziehung der Approbation an das LaGeSo abgegeben.

Als Vertreter der Senatsverwaltung besuchten Frau Meseberg und Herr Hurek die Kammer zu einem Gespräch, das in einer sehr zugewandten und kooperativen Atmosphäre stattfand. Unsere Geschäftsführerin Katrin Struck wird seit Mitte Januar von Antje Liesener (Dipl. Sozialpädagogin (FH) und Magister Public Health (MPH)) unterstützt.

Die Ärzte-, Zahnärzte- und Apothekerkammer streben eine Änderung des Berliner Heilkammergesetzes an. Die Senats-

verwaltung hat zugesagt bei der Einbringung dieses Gesetzentwurfes unseren Änderungsantrag (Ermöglichung eines **Versorgungswerks** durch Streichung des § 35 Abs. 3) aufzunehmen. Zudem will die FDP einen eigenen Gesetzentwurf in unserem Sinne ins Abgeordnetenhaus einbringen.

Mit der Berliner **Zahnärztekammer** gibt es eine konkrete Kooperation (s. unten stehenden Artikel).

Seit Inkrafttreten der **Fortbildungsordnung** (FbO) sind sehr viele Anträge bei uns eingegangen. Im Sommer soll eine neue Software und im Herbst ein elektronisches Punktekonto eingeführt werden. Bis dahin reichen Sie bitte keine Teilnahmebescheinigungen ein!! Wir geben Bescheid, ab wann das möglich sein wird. Die von der DV Anfang des Jahres novellierte FbO kann im Internet eingesehen werden.

Über den Erfolg des **Servicetelefons** wurde an dieser Stelle bereits berichtet. In Folge der Flutkatastrophe in Asien wurde die Sprechzeit zeitweise ausgedehnt. Insgesamt ist die Nachfrage größer, als wir bewältigen können, wohl auch ein Erfolg der Imagekampagne. Um die Bearbeitungszeiten weiter auszubauen, wird ein approbierter Kollege eingearbeitet. Der Ergänzungsfragebogen zum Servicetelefon lag dem Rundbrief Anfang des Jahres bei. Sein Rücklauf liegt bei ca. 300, der des Fragebogens anlässlich des Tsunamis bei ca. 90.

Die Novellierung des Berliner Ausführungsgesetzes zum **KJHG** (AGKJHG) wird zurzeit parlamentarisch diskutiert. Während der Anhörung im federführenden Ausschuss ‚Jugend, Familie, Schule und Sport‘ hat H. Bertram die Position der Kammer erläutert und darauf verwiesen, dass Psychotherapie für eine qualitätsgerechte Jugendhilfe unabdingbar ist. Statt den § 27 AGKJHG

zu streichen, seien vielmehr brauchbare Steuerungsinstrumente und Indikationskriterien zu entwickeln, wann Psychotherapie nach SGB V und wann im Rahmen der Jugendhilfe geboten ist. Der Ausschuss ‚Gesundheit, Soziales, Migration und Verbraucherschutz‘ hat sich dem Vorschlag der Fraktionen von SPD und PDS angeschlossen, den Inhalt von § 27 in leicht modifizierter Form beizubehalten, ihn aber an § 26 als Abs. 7 anzufügen. Dem hat sich inzwischen auch der Jugendausschuss angeschlossen. Die kammerinitiierte Kommission KJHG wird ihre Arbeit fortsetzen und Indikationskriterien für Psychotherapie in der Jugendhilfe formulieren. Die Kammer wurde inzwischen vom Senat in die AG zur Entwicklung neuer Ausführungsbestimmungen berufen, ein deutliches Signal, dass die Berliner KJHG-Regelung weitergeführt werden wird.

Die drei Vorstandsmitglieder Christoph Stößlein, Dr. Manfred Thielen und Monika Basqué haben im Auftrag des Vorstands eine kritische Position zur **Musterweiterbildungsordnung** (MWBO) der Bundespsychotherapeutenkammer erarbeitet (s. Homepage der Kammer).

Die Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich (FOGS) erstellt in enger Kooperation mit Dr. M. Thielen als Projektleiter eine **Versorgungsstudie** zur Situation von psychosekranken und alten Menschen ab 65 Jahren (s. Rundbrief 1/05). Unsere darauf bezogene Bitte um Kooperation wurde von der KV-Berlin und der Berliner Ärztekammer abschlägig beschieden. FOGS hat einen Fragebogen für eine Primärbefragung entworfen und der Kammer eine erste Auswertung überreicht.

Im Januar kam unter der redaktionellen Gesamtleitung von Marga Henkel-Gessat

der erste von zwei für dieses Jahr geplanten **Berliner Rundbriefen** heraus. Besonders der von Dr. M. Thielen verantwortete Teil zum Landespsychotherapeutentag fand weite Beachtung.

Im April haben der Vorstand und die Ausschüsse „Wissenschaft, Forschung, Qualitätssicherung“ und „Aus-, Fort- und Weiterbildung“ eine **Infoveranstaltung und Podiumsdiskussion** zum Thema: „Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der psychotherapeutischen Praxis“ durchgeführt (s. unten stehenden Bericht).

Am 25./26. August wird der **2. Landespsychotherapeutentag** unter dem Motto ‚Einheitliches Berufsbild – Vielfalt im Vorgehen‘ stattfinden. Im Mittelpunkt stehen Vorträge und Diskussionen, die unterschiedliche methodische Positionen zu Berufsbild, Aus- und Fortbildung verdeutlichen. Ähnlich wie beim 1. Landespsychotherapeutentages werden in der Form von Methodenvignetten verschiedene psychotherapeutische Vorgehensweisen für Psychosen, Depressionen, der Begleitung somatischer Erkrankungen und Essstörungen dargestellt und diskutiert.

H. Bertram nahm am **Arbeitskreis ‚Alter und Gesundheit‘** von Gesundheit e.V. teil. Im Mai behandelt der AK das Thema ‚Alter und Psychotherapie‘. Dazu hält ein Vertreter der Kammer einen Leitvortrag.

H. Bertram hat sich einer Initiative der **Mehrheit der Präsidenten** der Landespsychotherapeutenkammern angeschlossen, die durch eine **Satzungsänderung der BPTK**, den nur beratenden Länderrat auflösen wollen. Stattdessen soll der Bundesvorstand der BPTK um die Präsidenten aller Länderkammern erweitert werden. Der gegenwärtige Vorstand ist in diesem Modell ein geschäftsführender Vorstand. Dadurch soll eine bessere Kooperation und Kommunikation zwischen der BPTK und den Länderkammern gewährleistet werden.

Im Namen des Vorstandes haben Dr. M. Thielen (Vorstand) und Dr. Wieland Knobbe (Sitzungsleitung der DV) an der Veranstaltung der BPTK zum Thema: „**Hausarztzentrierte Versorgung**“ teilgenommen.

Beide kritisierten die übergebührliche Dominanz verhaltensorientierter Modelle und Vorstellungen. Psychoanalytische, tiefenpsychologische, systemische und andere Konzepte dagegen fanden kaum Erwähnung. Der Grund dieser Ungleichverteilung liegt nach ihrer Ansicht in der allzu einseitigen Planung.

Eine **Liste der Gutachter** für die Begutachtung des erweiterten Förderbedarfs steht nach einem zweiten Fachtag im März im Internet. Dort findet sich auch die Liste der Kollegen, die mit geistig behinderten Menschen psychotherapeutisch arbeiten.

Gemeinsam mit Prof. Rainer Richter (Hamburg) hat **H. Bertram als Europabeauftragter** der Bundespsychotherapeutenkammer im Januar in Brüssel eine Reihe von Gesprächen geführt und Kontakte schließen können. Beim Meinungsaustausch mit wichtigen Entscheidungsträgern des Europäischen Parlaments und der Europäischen Kommission ging es u.a. um die Berufsanerkennungsrichtlinie, die Dienstleistungsrichtlinie (Herkunftsland – oder Aufnahmestaatsprinzip). Die Position der deutschen Psychotherapeutenkammern konnte erfolgreich vermittelt werden.

Die Vorstände von Kammer und **KV** haben einen Vertragsentwurf abgesprochen, der die Zusammenarbeit bei den Qualitätszirkeln und die Anerkennung der Fortbildungszertifikate regeln soll. Hinsichtlich der monatlichen Gesundheitsprechstunde der KV wird eine stärkere Beteiligung von PP angestrebt.

Im Dezember hat der Kammervorstand dem neuen KV-Vorstand zu seiner Wahl gratuliert und zu einem gemeinsamen Informationsaustausch eingeladen, das Anfang Februar in den Räumen der KV stattfand. Es stand ganz im Zeichen der **Nachvergütung**. Der KV-Vorstand hatte zuvor in unterschiedlichen Briefen an Psychotherapeuten und Fachärzte in einem regelrechten ‚Horrorszenario‘ einen Zusammenbruch der fachärztliche Versorgung vorhergesagt und das in einen kausalen Zusammenhang mit den Nachzahlungen an die Psychotherapeuten gestellt. Diese Darstellung stiftet nach Meinung vieler Kollegen Unfrieden zwischen Psychotherapeuten und Fachärzten. Das zeigt sich auch an den

berichteten Reaktionen von Fachärzten, die etwa Konsiliarberichte ablehnen, und in Meinungsäußerungen von Fachärzten und Facharztfunktionären im Internet. Der Vorstand der Kammer hatte in einem Brief an den KV-Vorstand (s. Homepage) seine Besorgnis darüber ausgedrückt und den KV-Vorstand auf seine Mitverantwortung für die entstandene Situation hingewiesen. Das hat der Vorstand der KV in einer Pressekonzferenz (PK) zurückgewiesen. Nach Meinung des Kammervorstands wurde durch eine verzerrte Darstellung auf der PK der Eindruck einer psychotherapeutischen Überversorgung suggeriert und dadurch einer für die Psychotherapeuten nachteiligen Stimmung Vorschub geleistet. Wichtige Daten wie z.B. die Zahl der Patienten, deren Behandlung früher durch die Kosten erstattung finanziert wurde, tauchen in der Darstellung der KV nicht auf. Das anschließende Gespräch zwischen beiden Vorständen verlief recht kooperativ. In einer gemeinsamen Presseerklärung wurde die Überzeugung zum Ausdruck gebracht, dass die Kassen die Mittel der Nachvergütung in vollem Umfang zur Verfügung stellen müssen. Die KV geht davon aus, dass nach den Terminen mit dem Schiedsamt im Mai abschließende Entscheidungen getroffen werden. Im Anschluss daran sind die Auszahlungen an alle ohne aufschiebende Wirkung zu leisten, auch an die, die keinen Widerspruch eingelegt haben.

Da der Bewertungsausschusses (Bundesebene) den **Wert der Praxiskosten** geringer als erwartet veranschlagt, geht der Kammervorstand davon aus, dass ein Widerspruch sinnvoll sein wird. Davon unabhängig ist die Frage, wie die Umsetzung und Umrechnung des Beschlusses auf der Landesebene durch die KV erfolgt. Der Kammervorstand wird – sobald alle Daten vorliegen – die Plausibilität der Berechnung nochmals überprüfen. Je nach Ergebnis kann ein Widerspruch sinnvoll sein. Dazu fand im März ein erstes Treffen der Kammer mit der KV-Berlin statt. Sobald alle Details geklärt und die einzelnen Auszahlungsschritte verhandelt sind, wird die Kammer Vorschläge zum weiteren Vorgehen unterbreiten.

Heinrich Bertram
Kommissarischer Präsident

Bericht von der 12. Delegiertenversammlung

Die 12. Delegiertenversammlung fand am 3. März statt.

Zusammenarbeit mit KV und Zahnärztekammer

Heinrich Bertram berichtet über die Aktivitäten des Vorstandes (s. Bericht aus dem Vorstand) und Marga Henkel-Gessat von der erfolgreichen Zusammenarbeit mit der Zahnärztekammer (s. Artikel).

Aus den Ausschüssen

Der Vorstand hat zusammen mit dem Ausschuss **Wissenschaft, Forschung und Qualitätssicherung** am 14. April eine Podiumsdiskussion „Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der psychotherapeutischen Praxis“ durchgeführt (s. Artikel).

Der Ausschuss **Öffentliche psychotherapeutische/psychosoziale Versorgung** plant, seine Arbeit schwerpunktmäßig auf drei Segmente zu konzentrieren: Psychotherapie in Institutionen (Ausführungsvorschriften), Psychotherapie in Niederlassung, Öffentliche Psychotherapeutische Versorgung (fachpolitische Aspekte).

Der Ausschuss **Ethik, Berufsordnung, Menschen- und Patientenrechte** wird zu „Wucherpreisen“ (35.000 und 100.000 €) bei Verkäufen von KV-zugelassenen Praxen eine Stellungnahme erarbeiten. Ferner beschäftigt sich der Ausschuss mit der Datensicherheit in Institutionen und der Musterberufsordnung auf Bundesebene. Seine Kommentare zur Berufsordnung finden bundesweit Beachtung.

Kooperation der Psychotherapeutenkammer mit der Zahnärztekammer

Am 10. Februar 2005 fand das erste – überraschend gut von ca. 80 Patienten und einigen Zahnärzten besuchte – Patientenseminar mit Vorträgen und einer Podiumsdiskussion statt. Der Titel lautete: „Seele und Zähne: Wenn der Druck zu groß wird!“ Der Zahnärztekammerpräsident Dr. Wolfgang Schmiedel hielt den Eröffnungsvortrag und wies auf die dringende Notwendigkeit des stärkeren Miteinanders der beiden Berufsgruppen hin. Für die Psychotherapeuten-

Der neue Ausschuss **Angestellte** ist, so Christian Remmert, arbeitsfähig und hat sich zunächst mit einer Themensammlung – potenzielle Konflikte im Angestellten/Vorgesetzten-Verhältnis, Stabilisierung des institutionellen Bereichs, Fragen zur Situation von Ausbildungskandidaten – beschäftigt. Ein zentrales Thema ist die Integration der Angestellten in die Kammer. Um auch namentlich eine Abgrenzung zum Ausschuss „Öffentliche Versorgung“ deutlich zu machen, werden beide Ausschüsse sich ins Benehmen setzen.

Der Ausschuss **Satzung** hat seine Arbeit beendet und wurde Ende 2004 aufgelöst.

Novellierung der Fortbildungsordnung

Die Fortbildungsordnung wurde aufgrund erster Erfahrungen novelliert. Zukünftig bestehen mehr Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Kategorien von Veranstaltungen und es gibt wesentliche Veränderungen bei der Bewertung. So werden FE für Dozententätigkeit – auch an staatlich anerkannten Ausbildungsinstituten – vergeben. Aufgewertet wurden u.a. Klinikkonferenzen, Qualitätszirkel, Supervision und Intervention. Die Veränderungen erhöhen zugleich die Kompatibilität zwischen den verschiedenen FbOen. Positiv ist, dass die Ärztekammer und die KV Berlin die Zertifizierung durch unsere Kammer anerkennen. Die KV will Einzelnachweise nicht selbst prüfen, ihr brauchen nur die Zertifikate der Berliner Kammer(n) vorgelegt werden. Die Delegierten stimmten der Novellierung mit großer Mehrheit zu.

kammer haben das Vorstandsmitglied Marga Henkel-Gessat und die Geschäftsführerin K. Struck, für die Zahnärztekammer deren Präsident, der Geschäftsführer Reinhard Biker und die Pressereferentin Birgit Dohlus die Vorarbeit geleistet.

Wegen des großen Erfolgs sind weitere Patientenseminare geplant. Zuvor wird es noch einen 2. „Runden Tisch“ mit folgenden Themen geben:

Entschädigungsregelung

Da nach dem vorzeitigen Ausscheiden von G. Borgmann als Präsidentin diese Position vakant blieb, haben die übrigen Mitglieder des Vorstands ihre Arbeitsleistung deutlich erhöht. Eine Mehrheit der Delegierten stimmte deshalb einer Erhöhung ihrer Aufwandentschädigung zu. Ferner wird eine Entschädigungsregelung nach Amtsende diskutiert. Die Delegierten beschließen, dass 1. die Entschädigung des Präsidiums nach Amtsende für die Dauer von drei Monaten in voller Höhe bzw. für sechs Monate auf 50% der Aufwandsentschädigung begrenzt ist und 2. die rückwirkende Gültigkeit dieser Regelung (für die ausgeschiedene Präsidentin G. Borgmann).

Gesundheitskarte/HPC

Die Geschäftsführerin K. Struck informiert über die Gesundheitskarte/HPC (Health Professional Card). Beide Karten bilden die Basis für eine Telematikinfrastruktur und werden nach den Vorgaben des GMG zum 1.1.2006 eingeführt. Nach Diskussion und trotz zahlreicher Bedenken geben die Delegierten ein positives Votum zusammen mit einem kritischen Statement zur Beteiligung der BPTK als eigenständiger Gesellschafter der Gematik (Gesellschaft für Telematik Anwendungen der Gesundheitskarte) ab. Nur so scheint es möglich, Einfluss auf die Entwicklung des Projekts zu nehmen.

- Einmal monatlich soll im Zahnärztehaus eine spezielle Sprechstunde stattfinden, bei der ein Psychotherapeut und ein Zahnarzt eine gemeinsame Beratung für von Zahnärzten überwiesene Patienten durchführen.

- Im Rahmen der für die Zahnärzte traditionellen „Dienstagsveranstaltung“ wird es am 7. Juni um 20h in der Zahnklinik Süd, Aßmannshäuser Str. 4-6, einen weiteren Infoabend mit Podiumsdiskussion geben.

sion geben, zu dem spezialisierte Zahnärzte/innen sowie Psychotherapeuten/innen eingeladen werden. Dr. Schmiedel wird die Einführung übernehmen, die Zahnärztin Dr. Gabriele Blumenthal-Barby und Dipl.-Psych. Michael Nahler werden je einen Vortrag halten.

- Bis zum Sommer soll ein Patientenratgeber erstellt werden, der in Praxen und anderswo ausliegen soll.
- Eine erste vertiefende fachliche Fortbildungsveranstaltung für beide Berufsgruppen in Zusammenarbeit mit den Fortbildungseinrichtungen der ZÄK

und der PPTK ist für den Spätherbst avisiert.

Alle Kollegen/innen sind herzlich zum 7. Juni und zur Unterstützung des Projekts eingeladen – es handelt sich um ein neues interessantes Berufsfeld für Psychologische Psychotherapeuten!

Aktuelle Entwicklungen zum Thema QM/QS besorgniserregend

Seit Anfang 2004 besteht für niedergelassene Psychotherapeuten die Verpflichtung zum Qualitätsmanagement¹. Gemäß § 136a SGB V soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Richtlinien festlegen, die niedergelassene Psychotherapeuten zu konkreten Maßnahmen der Qualitätssicherung verpflichten.

Bereits im vergangenen Jahr hatte der G-BA einem Kreis von ihm benannter Experten einen entsprechenden Entwurf nebst Fragenkatalog zukommen lassen. Diese Gruppe wurde dann am 15.12.04 zum Gespräch geladen, um den Katalog bewerten zu lassen. Der G-BA wird wohl in diesem Frühjahr einen Entwurf für verbindliche Grundsätze zum QM in ambulanten Praxen veröffentlichen. Die Bundesärzte- und die BPTK haben dann ca. 4 Wochen Zeit für eine Stellungnahme. Voraussichtlich im Sommer wird der G-BA eine gültige Regelung beschließen. Diese wird allgemeine Vorgaben und einen umfassenden Katalog von Mindestanforderungen enthalten, die nach einer Übergangsphase zu erfüllen und vermutlich jährlich von jedem niedergelassenen Psychotherapeuten nachzuweisen sind.

Man gewinnt den Eindruck, als stecke hinter der schrittweisen Einführung von QM/QS-Maßnahmen eine verdeckte Strategie. Zurzeit wird das Thema Praxisführung und -organisation in den Vordergrund gestellt, um damit – quasi als praktische Unterstützung der ambulant arbeitenden Psychotherapeuten – Akzeptanz für die geplanten Maßnahmen zu gewinnen. Mittel- bis langfristig sind jedoch verbindliche psychometrische Kontrollen der Ergebnisqualität zu erwarten, die auch ein Benchmarking, also einen direkten Leistungsvergleich² zwischen den Praxen hinsichtlich Ergebnis-

qualität (Erfolg und Dauer, d.h. Kosten) umfassen werden.

Selbst wenn solche Daten zunächst von einem unabhängigen Institut gesammelt und verwaltet würden, wäre es absehbar, dass Krankenkassen und Gesundheitspolitiker diese zunächst nur für QS-Zwecke an zentraler Stelle existierenden Daten zur Kostendämpfung missbrauchen würden. Sollten die Kassen zukünftig einen anonymisierten Zugang zu diesen Daten erhalten, würde die Vorschrift, psychometrische Verfahren zur externen QS zu verwenden, einer ökonomischen Bewertung einzelner Praxen durch die Krankenkassen Tür und Tor öffnen. Gerade angesichts gesetzlich vorgesehener Einzelverträge zwischen Praxen und Krankenkassen erscheint das besonders heikel.

Bereits jetzt werden komplette Qualitätsmanagementsysteme und Schulungen angeboten. Zertifizierungen werden zunächst freiwillig erfolgen. Später soll dann, so die KBV, die Zertifizierung Pflicht und die Anwendung eines zertifizierten QM-Systems bindend sein. Das Angebot freiwilliger Zertifizierungen wird Kollegen veranlassen, mit diesen Zertifikaten zu werben und so einen Wettbewerbsvorteil gegenüber nicht zertifizierten Kollegen zu verschaffen. Auf diese Weise könnten sogar übermäßig umfangreiche und aufwendige QM-Systeme eingeführt werden. Die Entscheidung, wie umfangreich und aufwendig QM in ambulanten psychotherapeutischen Praxen betrieben werden muss, würde im schlimmsten Falle weniger nach sachlicher Abwägung, sondern (evtl. sogar über die Vorgaben des G-BA hinausgehend) durch einen aus quasi vorauseilendem Gehorsam resultierenden ökonomischen Marktdruck entschieden werden.

Jedes QM/QS-Konzept soll zweifelsohne in dem betreffenden Aufgabenfeld Qualität gleichermaßen erhalten und verbessern. Eine solche Wirkung von QS/QM-Maßnahmen kann jedoch nicht per se als gegeben unterstellt werden. So stellte sich in einem Langzeit-Follow-Up des Qualitätssicherungsprogramms des Council of Physicians and Surgeons of Ontario heraus, dass durch Einführung dieses Programms eine generelle Anhebung des Qualitätsniveaus nicht erreicht werden konnte. (Norton P.G., et al. 1998)

Es ist daher wohl höchst problematisch, dass der G-BA einen bürokratischen Moloch in Gang setzen will, dessen Wirksamkeit zur Verbesserung der Ergebnisqualität nicht erwiesen ist. Die vorgeschlagenen QM/QS-Konzepte bedürfen vor ihrer Etablierung selbst der Überprüfung und des Nachweises, ob sie ihre selbst gesetzten Ansprüche erfüllen.

Die aktuellen Entwicklungen zu Qualitätsmanagement/Qualitätssicherung besitzen eine hohe Brisanz für die Zukunft der Psychotherapie. Denn davon, welche der heute diskutierten Konzepte und Modelle sich politisch durchsetzen werden, wird es abhängen,

1 In der Fachterminologie wird der Begriff Qualitätsmanagement verwendet, um Mittel und Wege zur Erreichung hoher Qualität zu beschreiben, der Begriff Qualitätssicherung für den Nachweis von Qualität verwendet.

2 Wer häufiger mit „besonders schwierigen“ Patienten arbeitet, würde in einem solchen Leistungsvergleich schlechter abschneiden, als andere Kollegen. Selbst durch eine nach Diagnosegruppen abgestufte Bewertung würde dieses Problem nur gemildert, aber nicht aufgehoben.

- ob mit viel Aufwand wenig zusätzliche Verbesserung gegenüber der jetzigen Qualität von Psychotherapien erreicht wird,
- inwieweit zukünftige QM/QS-Maßnahmen zu einer zusätzlichen Belastung für Patienten und die Kollegenschaft einhergehen wird,
- inwieweit zukünftige QM/QS-Maßnahmen die Arbeitsbedingungen der Psychotherapeuten negativ beeinträchtigen,
- ob das Thema QS für andere Ziele wie z.B. Kostendämpfungsinteressen missbraucht werden kann,
- ob der Rechtsanspruch von Patienten auf eine angemessene psychotherapeutische Versorgung aufgeweicht bzw. aufgehoben werden wird und
- ob die Einführung neuer QM/QS-Konzepte nicht sogar zu einer Verschlechterung der Versorgung führen kann, oder ob
- die in Zukunft realisierten Konzepte tatsächlich zu einer relevanten Verbesserung der bisherigen psychotherapeutischen Arbeit der Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität führen wird,
- die in Zukunft vom Gesetzgeber, dem Bundesausschuss, den Kammern oder

den KVen empfohlenen oder für verbindlich erklärten Konzepte zu Sicherung von Qualität von den Psychotherapeuten angenommen und umgesetzt werden kann,

- der Rechtsanspruch von Patienten auf eine angemessene psychotherapeutische Versorgung erhalten bleibt, um die Versorgungsqualität, wenn schon nicht zu verbessern, so doch wenigstens weitgehend zu erhalten.

Literatur

s. Homepage der Kammer

Podiumsdiskussion zu den geplanten Qualitätsmanagementmaßnahmen

Am 14.4.05 hat die Berliner Psychotherapeutenkammer eine Podiumsdiskussion zu dem Thema: „Welche Qualitätsmanagement-/sicherungsmaßnahmen sind zu erwarten und wie sind sie einzuschätzen?“ durchgeführt. Mit ca. 300 Teilnehmern/innen war sie sehr gut besucht. An der Podiumsdiskussion nahmen Dr. Beatrice Piechotta (Psychoanalyse, Düsseldorf), Prof. Dr. Thomas Fydrich (VT, HU Berlin), Dr. Rainer Mannheim-Rouzeaud (TP, Karlsruhe), Dr. Manfred Thielen (Methodenvielfalt, Vorstand der PtkB) und Bernd Fliegenger (Sprecher des Ausschusses „Wissenschaft, Forschung, Qualitätssicherung“ WFQ) teil. Moderiert wurde sie von Karl Wahlen (WFQ).

B. Fliegenger erläuterte in seinem Eröffnungsreferat die wesentlichen Begrifflichkeiten und stellte dann kritisch die aktuelle Entwicklung dar. U.a. stellte er heraus, dass sich nach etwa fünf Jahren der Fokus auf die externe Qualitätskontrolle verschoben wird. Dann ist mit einer vergleichenden Überprüfung der Ergebnisqualität und des Praxisoutcomes (Wirkung und Dauer) mit Hilfe standardisierter Tests zu rechnen. Von allen KV-Praxen soll ein jährlicher Qualitätsbericht über die Qualitätsziele und ihre Umsetzung verfasst werden. Zunächst soll eine Selbst- später auch eine Fremdbewertung erfolgen. Das würde bedeuten, dass das QM einer psychotherapeutischen Praxis von der KV überprüft werden könnte (s. vorherigen Artikel).

B. Piechotta, die mehrere kritische Artikel zur Qualitätssicherung veröffentlicht hat,

plädierte für sinnvolle und praxisnahe QM. Obwohl auch sie sich gegen zuviel bürokratische Kontrolle aussprach, sah sie keine Möglichkeit, die zu erwartenden Maßnahmen abzuwenden. Sie möchte sie so weit wie möglich sinnvoll ausgestalten, deshalb bietet sie selbst QS/QM-Seminare an und hat auch an dem QS-Konzept der KBV „Qualitätsentwicklung in der Praxis“ (QEP) mit gearbeitet.

T. Fydrich sah in den geplanten Maßnahmen eine Chance, die Qualität der psychotherapeutischen Arbeit und der Praxisführung zu verbessern und nach außen zu dokumentieren. Als einer der Initiatoren des TK-Modells in Hessen zur Einführung psychometrischer Verfahren und Modifizierung des bisherigen Gutachterverfahrens bewertet er Patientenfragebögen als eine Maßnahme zur Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität. In den dann geforderten Qualitätsberichten werde in der Regel das dokumentiert, was die Psychotherapeuten in den meisten Fällen bereits tun.

R. Mannheim-Rouzeaud erhob prinzipielle Bedenken gegen die QM. Da das Modell der Qualitätskontrolle aus der Industrie übernommen sei, sei es auf soziale Prozesse bzw. Interaktionsprozesse nicht wirklich übertragbar. Aus seiner Sicht bilden Fragebögen den realen psychotherapeutischen Beziehungs- und Prozessverlauf nicht adäquat ab, da sie primär symptomatisch orientiert sind. Er plädierte dafür, die geplanten QM generell abzulehnen.

M. Thielen vertrat die Auffassung, dass im Mittelpunkt der QM/QS-Diskussion die Verbesserung der psychotherapeutischen Arbeit zum Wohle des Patienten stehen müsse. Psychotherapie ist primär ein Beziehungsgeschehen und das wichtigste Mittel der psychotherapeutischen Arbeit ist der Therapeut selbst. Seine therapeutische Kompetenz bedarf einer kontinuierlichen Weiterentwicklung. Deshalb sind die wichtigsten und effektivsten Formen der QS die Teilnahme an Supervision, Intervision und sonstigen Fortbildungsmaßnahmen. Trotz berechtigter Kritik ist das Gutachterverfahren als externe Qualitätskontrolle gegenüber psychometrischen Verfahren vorzuziehen. M. Thielen plädierte dafür, die externe Kontrolle so gering wie möglich zu halten und Kammerfortbildungsseminare zu QM/QS nach selbst erarbeiteten Kriterien durchzuführen.

Redaktionsteam

M. Henkel-Gessat, H. Bertram, Dr. W. Knobbe, Dr. Th. Lecher, Ch. Stöblein, Dr. M. Thielen.

Beiträge lieferten: Bernd Fliegenger (Aktuelle Entwicklungen zu QM/QS)

Geschäftsstelle

Kurfürstendamm 184
10707 Berlin

Tel. 030/8871 40-0, FAX -40

info@psychotherapeutenkammer-berlin.de
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Bremen

Heilberufsgesetz geändert: Ausbildungsteilnehmer können Kammermitglieder werden

Am 11.2.05 trat eine wichtige Änderung im Bremer Heilberufsgesetz in Kraft. In § 2, Abs. 1, in dem Kammermitgliedschaft geregelt wird, wurde unter Punkt c) angefügt:

„Personen, die sich in der praktischen Ausbildung nach der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten oder Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten befinden, steht der freiwillige Beitritt offen.“

Schon vor der Gründung der Psychotherapeutenkammer hatten die Vertreter der Bremer psychotherapeutischen Berufsverbände sich für die Beteiligung der Ausbildungsteilnehmer am Kammerleben ausgesprochen. Mit der jetzigen Novellierung ist deshalb eine wichtige Forderung zumindest teilweise in Erfüllung gegangen. Denn die Kammer hatte sich stets für eine

Pflichtmitgliedschaft dieser Gruppe ausgesprochen. In der Begründung vom 26.3.04 hieß es: „Diese Personengruppe übt in dieser Phase ihren Beruf schon aus. Sie sollte deshalb auch den Bestimmungen des Heilberufsgesetzes und der Ordnungen der Kammer unterliegen. Dies gilt auch deshalb, weil diese Personen im Rahmen der Institutsambulanzen regelhaft zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen. Mit einer Verpflichtung zur Mitgliedschaft würden sie auch von den Leistungen der Kammern profitieren können. Gerade die Berufsaufsicht scheint uns für diese Gruppe relevant zu sein. Es wäre z.B. denkbar, dass ein Angehöriger dieser Gruppe im Falle einer Berufsverfehlung, wenn er freiwillig Mitglied geworden wäre, wieder aus der Kammer austreten könnte, um die Verantwortung der Kammer dadurch aufzuheben. Das kann unseres Erachtens nicht im Sinne des Gesetzgebers sein. Ebenfalls

könnte durch die Pflichtmitgliedschaft die Möglichkeit der Kammer, sich um die besonderen Belange dieser Gruppe zu kümmern, verstärkt werden.“ Leider konnten sich Gesundheitsbehörde und Bürgerschaft nicht zur Pflichtmitgliedschaft durchringen. Die Kammer wertet die Möglichkeit der freiwilligen Mitgliedschaft jedoch als einen wichtigen Teilerfolg.

Vorteile für die Ausbildungsteilnehmer, z.B.:

- Eintritt in das Versorgungswerk frühzeitig möglich;
- regelmäßige Zusendung des Psychotherapeutenjournals;
- Aufnahme in den Info-Verteiler der Kammer;
- Informationen zur künftigen beruflichen Tätigkeit;
- Teilnahme an Kammerversammlungen, aktives und passives Wahlrecht.

Psych KG: Vorschläge der Kammer nur zum Teil berücksichtigt

Im 2. Entwurf des „Gesetzes zur Änderung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten“ (Psych KG) legte die Bremer Gesundheitsbehörde einige Änderungen vor. In der Kernfrage der Novellierung, der Neudefinition des Gefahrenbegriffes und der Verordnung ambulanter Behandlungen (Stichwort: Zwangsmedikation), gab es inhaltlich keine Änderungen. Allerdings wurden Vorschläge der Psychotherapeutenkammer aufgegriffen. Sie hatte die anstehende Novellierung genutzt, um auf die Notwendigkeit der Einbeziehung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten hinzuweisen. So wurden jetzt überall da, wo es um die Koopera-

tion mit niedergelassenen tätigen Behandlern geht, die Psychotherapeuten gleichberechtigt neben den Ärzten, insbesondere den Psychiatern, aufgeführt.

Allerdings sah sich die Gesundheitsbehörde offenbar nicht in der Lage, auch im Bereich der für Hilfe- und Schutzmaßnahmen zuständigen Einrichtungen (Sozialpsychiatrischer Dienst, regionales Behandlungszentrum) die analoge Qualifikation der Psychologischen Psychotherapeuten zu den Fachärzten für Psychiatrie zu berücksichtigen.

In einer erneuten Stellungnahme schlug die Psychotherapeutenkammer vor, „in allen

Absätzen, in denen die Begriffe ärztlich, Arzt, Facharzt für Psychiatrie und analoge Formulierungen vorkommen, die Begriffe psychotherapeutisch bzw. Psychologischer hinzuzunehmen.“ Im Rahmen von kinder- und jugendpsychiatrischen Maßnahmen sei entsprechend die Berufsgruppe der Kinder- und Jugendpsychotherapeuten zu berücksichtigen.

In der Begründung wird auf die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychotherapeuten verwiesen. In der staatlich anerkannten Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten finde eine umfassende psychiatrische Qualifikation statt. Die Ausbildungsteilnehmer leisten im Rah-

men ihrer praktischen Tätigkeit mindestens 2000 Stunden an einer psychiatrischen klinischen Einrichtung ab. Die Ausbildungsteilnehmer haben dabei Kenntnisse und Erfahrungen über die akute, abklingende und chronifizierte Symptomatik unterschiedlicher psychiatrischer Erfahrungen zu erwerben. In der theoretischen Ausbildung seien insbesondere psychologische, psychopathologische und medizinische Zusammenhänge herauszuarbeiten. Der Erwerb eingehender Kenntnisse in der Psychopharmakologie sei ebenfalls Bestandteil der Ausbildungscurricula. Schlussfolgernd heißt es: „Die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten ist deshalb der Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie“ bezogen auf die Behandlung psychischer Störungen entsprechend der Auflistung in der

Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD 10) Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen (FO – F 99) gleichzusetzen. Zudem ist ein Psychologischer Psychotherapeut gegenüber nicht einschlägig fachärztlich weitergebildeten Ärzten infolge seiner Ausbildung als deutlich überlegen anzusehen.“

Entsprechend müsse die Qualifikation zum Psychologischen Psychotherapeuten als ausreichend angesehen werden, um eine Sprechstunde innerhalb von psychiatrischen Einrichtungen zu leiten, entsprechende Untersuchungen und Behandlungen vorzunehmen. Ebenfalls spreche aus Sicht der Kammer nichts dagegen, diese Einrichtungen im Bedarfsfalle auch von einem Psychologischen Psychotherapeuten leiten zu lassen. Eingewendet werden

könnte, dass das SGB V im Rahmen der GKV-Versorgung dem Psychotherapeuten bisher nicht die Möglichkeit der Verordnung von Psychopharmaka zuspricht, also in solchen Fällen die Einbeziehung eines Arztes zwingend notwendig ist. Aus Sicht der Kammer handele es sich an dieser Stelle lediglich um ein Organisationsproblem, das im Einzelfall über Delegation gelöst werden kann und das nicht den weitgehenden Ausschluss der Berufsgruppe der Psychotherapeuten aus der Aufgabenstellung des PsychKG rechtfertige.

Leider folgte die Gesundheitsdeputation nicht diesen erweiterten Vorschlägen. Der Entwurf wurde bei Enthaltung der Fraktion Bündnis 90/Grüne an die Bürgerschaft weitergeleitet und beschlossen.

5. Juli: Nächstes Forum der Angestellten und Beamten

Das für die Angestellten und Beamten zuständige Vorstandsmitglied Axel Janzen lädt am **5. Juli 2005** zum nächsten ‚**Angestellten und Beamtenforum**‘ ein. Es soll in den (neuen) Räumen der Psychotherapeutenkammer (Hollerallee 22) um 20.00 Uhr stattfinden. Als Vorschläge zur Tagesordnung liegen bislang vor:

- Vergütung der Ausbildungsteilnehmer während der praktischen psychiatrischen Tätigkeit (Vorschlag aus der Gesundheitsbehörde)
- Stand und Information zum neuen ‚Tarifvertrag Öffentlicher Dienst‘ (Referent von ver.di ist angefragt)
- Umstrukturierung der Bremer Krankenhäuser; Situation der KollegInnen in den Kliniken.

Angestellten- und Beamtenforum der PK Bremen

Dienstag, 5. Juli
20.00 Uhr
Hollerallee 22
28209 Bremen

Präventionsgesetz: Auswirkungen für Bremen

In den „Eckpunkten für ein Präventionsgesetz“ wird konstatiert, dass es im deutschen Gesundheitswesen „insgesamt besonders an Transparenz und Vernetzung, an Koordinierung und Zielorientierung“ fehle. Nun liegt der Entwurf des „Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention“ vor und soll zum 1.7.05 in Kraft treten.

Statt nur auf Kostendämpfungsmaßnahmen zu setzen, wird mit diesem Gesetz angestrebt, durch eine stärkere Zielorientierung mehr Nachhaltigkeit und Synergieeffekte zu erreichen. Neben der Akutbehandlung, der Rehabilitation und Pflege sollen Prävention und Gesundheitsförderung zu einer eigenständigen 4. Säule der

gesundheitlichen Versorgung ausgebaut werden.

Prävention und Gesundheitsförderung sollen sich besonders an Bevölkerungsgruppen wenden, die bisher wenig erreicht wurden.

Was bedeutet das konkret ?

Die Sozialversicherungsträger werden durch das Gesetz verpflichtet, Mittel in Höhe von 250 Mio. Euro für Leistungen der primären Prävention und Gesundheitsförderung bereitzustellen.

40% fließen in eigenverantwortliche Leistungen der verschiedenen Kassen, also z.B. in Kurse, die die Kassen selber anbieten.

Hierzu sind mittlerweile einige „eigene“ PsychologInnen eingestellt worden.

40% fließen in „Setting-Leistungen“ auf Landes – bzw. kommunaler Ebene (z.B. Kindergärten, Schulen), 20 % verbleiben auf Bundesebene und stehen einer „Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung“ zur Verfügung, vor allem wohl Kampagnen der BzGA. (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)

Für Bremen heißt das, 800.000 Euro sollen für entsprechende Maßnahmen und Projekte noch 2005 ins Land fließen.

Wie, von wem und wozu wird dieser Plan in die Realität umgesetzt ?

Die Entscheidung, wohin Mittel fließen, haben die, die einzahlen, also die Versicherungsträger. Diese werden auf Länderebene in einem Beirat über die Vergabe der Gelder entscheiden. Aber wer berät bei der Vergabe der Gelder? Das ist noch offen.

„Landesvereinigung für Gesundheit“ will koordinieren

Auf einer Veranstaltung des „Zentrums für Public Health“ an der Universität Bremen im März 04 entstand die Idee, in Bremen eine „Landesvereinigung für Gesundheit“ (LVG) zu gründen, um ein Ansprechpartner zu sein, falls Gelder für Projekte im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung fließen sollten. Am 23.5. 05 wurde dieser Verein nun gegründet. In 14 Bundesländern gibt es bereits „Landesvereinigungen für Gesundheit“, in Niedersachsen z.B. bereits seit 100 Jahren, mit jeweils recht unterschiedlichen Strukturen. Die Mitglieder der LVG wollen bei der Vergabe von Geldern für regionale Projekte fachlich beratend tätig werden. Dort soll der „Sachverstand“ gesammelt werden. Das Geld würde also nicht an Mitgliedsorganisationen des Vereins gehen, sondern nach außen an als fachlich sinnvoll anerkannte Projekte.

Nach Gründung der LVG soll es dort Arbeitsgruppen geben, (z.B. zu Themen „Altern und Gesundheit“, „Kinder und Jugendliche“, etc.) die sich an den strukturierenden Vorstand angliedern. Von Fall zu Fall arbeiten verschiedene Gruppen zusammen, um z.B. Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen durch gezielte Vernetzung und Koordination auf den Weg zu bringen. Für solche Maßnahmen ist das Geld gedacht. Um zu bewerten, wo es

Bedarf gibt und wer ihn erfüllen könnte, bedarf es eben des „Sachverstandes.“

Wer arbeitet bisher in der Gründungsphase der LVG kontinuierlich mit ?

Hauptsächlich getragen wird der Gründungsprozeß vom „Zentrum für Public Health“, dort – vor allem ehrenamtlich – von Prof. Petra Kolip. Besonders aktiv sind derzeit die Volkshochschule Bremen, Bereich Gesundheit, das Zentrum für Sozialpolitik, die Arbeitnehmerkammer, das Netzwerk e.V., die PatientInnenstelle, die gesetzlichen Unfallkasse, der Frauen-Gesundheitstreffpunkt Tenever und entsprechende Stadtteilprojekte. Auch das Hauptgesundheitsamt ist vertreten. Ebenso nehmen Vertreterinnen der Ärztekammer und der Psychotherapeutenkammer Bremen an den vorbereitenden Sitzungen teil.

Im ersten Halbjahr 2005 soll der Schwerpunkt der Arbeit in Bremen im Bereich benachteiligte Kinder und Jugendliche liegen.

Erste Einschätzung

Es wird im Gesetz die bisher im Präventionsbereich übliche medizinialisierte Sicht übernommen, wenn auch vorneweg die WHO – Definition von Gesundheit als Rahmen benannt wird, die wesentlich umfassender und lebensweltbezogener ist. So machen wieder „Krankheiten“ Karriere, statt die Bedeutung psychischer Belastungen bei gesundheitlichem „Risikoverhalten“ zu bedenken und so an den auch psychosozialen Ursachen anzusetzen, die Gesundheit erschweren und Krankheit begünstigen. Das Gesetz greift zu kurz. Die Bedeu-

tung einer psychologisch- psychotherapeutischen Begleitung im Präventionsbereich kommt folgerichtig in diesem Gesetz gar nicht vor. Konsequenterweise ist auf Bundesebene zwar die Ärztekammer, aber nicht die Bundespsychotherapeutenkammer für wichtige beratende Gremien vorgesehen.

Das an sich begrüßenswerte Gesetz steckt in einem Dilemma: Einerseits tritt es mit umfassendem, aber sehr allgemein gehaltenem Anspruch an. (siehe Artikel v. J.Hardt im PTJ 1/05) Es soll ja sogar ein „Paradigmenwechsel“ durch das Gesetz erfolgen. Andererseits geht es aber wohl darum, bessere Kostendämpfungseffekte als bisher zu erzielen. Denn Untersuchungen der Kassen haben gezeigt, dass die bisher angebotenen Präventionskurse nur zu etwa 10 % derjenigen erreichen, die angesprochen werden sollen. Die Vermutung liegt nahe, dass hier mit „Problemgruppen“ vor allem die gemeint sind, die hohe Kosten verursachen könnten.

Die Bedeutung einer besseren Vernetzung und Koordination der im Gesundheitsbereich Tätigen ist in jedem Fall ein sinnvolles und zu unterstützendes Projekt. Insofern gilt es, die Möglichkeiten dieses Gesetzes zu nutzen und auch zu versuchen, mehr psychologischen Sachverstand beizusteuern. Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Bremen hat sich für eine Mitgliedschaft der Kammer entschieden und wird in der LVG mitarbeiten. Wer sich für diesen Bereich interessiert bzw. dort schon tätig ist, möchte sich doch an die Psychotherapeutenkammer Bremen und dort an Frau Ursula Kappelhoff wenden.

Weitere Erfahrungen mit Fortbildungsanträgen Hinweise zum Procedere

Seit dem Inkrafttreten der Fortbildungsordnung (FBO) Mitte letzten Jahres nutzen Fortbildungsveranstalter und Kammermitglieder in erfreulich großem Umfang das Procedere, im Rahmen der Akkreditierung Fortbildungen im Voraus anzumelden und daran teilzunehmen. Bis April 2005 wurden bereits 142 Anträge auf Fortbildung in der Geschäftsstelle bearbeitet. 141 Anträge konnten positiv beschieden werden, ledig-

lich ein Antrag wurde zurückgegeben, da er nicht das psychotherapeutische Berufsfeld zum Inhalt hatte. Diesen Bereich der Fortbildung (Akkreditierung und Zertifizierung) hat im Vorstand Hans-Otto Platte verantwortlich übernommen, er wird von Frau Kühlenborg als Mitarbeiterin unterstützt.

Die beantragten Fortbildungen verteilen sich auf die drei Antragsformulare (1) Inter-

vision, (2) Supervision, (3) Vorträge/Kongresse/Workshops/Seminare sowie nachträgliche Anerkennung der Teilnahme an Kongressen im Ausland wie folgt. Während 82 Anträge (58%) sich auf Intervention und 27 Anträge (19%) sich auf Supervision/Qualitätszirkel beziehen, wurden 26 Anträge (18%) für die Akkreditierung von Vorträgen/Kongressen /Workshops/Seminare und weitere 7 Anträge (5%) zur nachträg-

lichen Anerkennung von psychotherapeutischer Fortbildung durch die Teilnahme an Kongressen im Ausland gestellt.

Anfragen in der Geschäftsstelle veranlassen uns, einige Klarstellungen zu geben.

Die **Akkreditierung** regelt formal die Einreichung und Bearbeitung der Fortbildungsanträge. In Übereinstimmung mit der FBO werden die möglichen Fortbildungspunkte festgelegt. Dazu ist es unbedingt notwendig, die auf der Homepage der PTK vorgehaltenen Formulare und Formblätter zu benutzen. Die dort abgefragten Informationen zur Fortbildungsmaßnahme und der Qualifikation der Anbieter sowie die Erklärungen werden zur Bearbeitung des Antrags benötigt.

Nach der Teilnahme an der Fortbildungsmaßnahme (bei reflexiven Veranstaltungen, die über ein Jahr hinausgehen, am Ende des Kalenderjahres) bekommt der Teilnehmer eine **Teilnahmebescheinigung** mit ausgewiesenen Punkten durch den **Veranstalter**. Diese Teilnahmebescheinigung nimmt der Teilnehmer zu seinen persönlichen Unterlagen.

Nach spätestens fünf Jahren stellt das Kammermitglied bei der PTK HB einen Antrag auf Ausstellung eines **Fortbildungszertifikats**. Dazu ist es dann notwendig, die gesammelten Bescheinigungen, die zusammen mindestens 200 Punkte ergeben müssen, der PTK HB im Original einzureichen.

Weitere 50 Punkte für das Literaturstudium werden auf dem Antrag zum Fortbildungszertifikat durch Selbsterklärung erfragt, sie müssen nicht vorweg beantragt werden.

Dieses von der PTK HB ausgestellte Fortbildungszertifikat über mindestens 250 Punkte wird von dem Kammermitglied als Nachweis der gesetzlich vorgeschriebenen Fortbildung der Kassenärztlichen Vereinigung bzw. der Krankenhausleitung zur Kenntnis gegeben.

Bitte reichen Sie uns gegenwärtig keine Bescheinigungen über Fortbildungen ein.

Bitte bewahren Sie bis zu dem Zeitpunkt, an dem Sie Ihr Zertifikat beantragen, ihre Bescheinigungen auf.

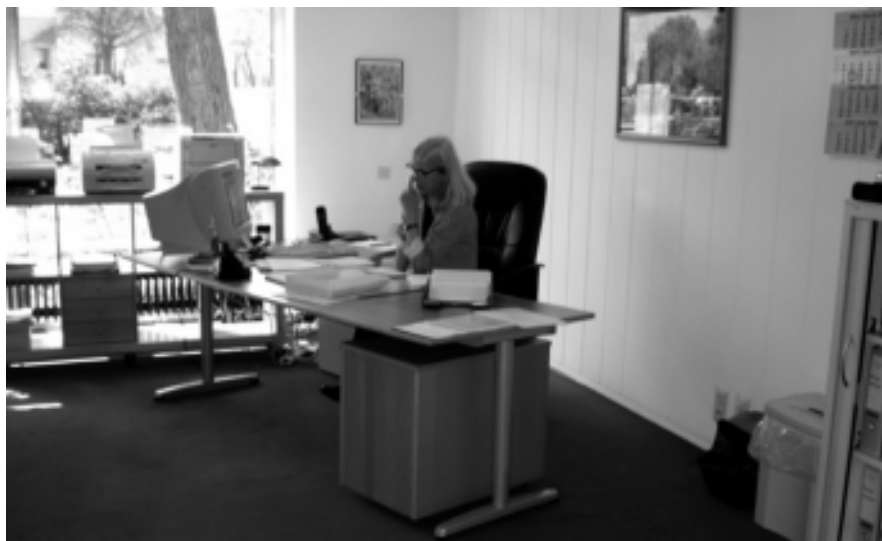
Einweihung der neuen Räume der Geschäftsstelle: Empfang am 9. Juli: Alle Mitglieder sind willkommen

Seit März sind die neuen Räume der Kammergeschäftsstelle in der Hollerallee in Bremen bezogen. Heller und geräumiger, einfach schöner präsentieren sie sich. Der Kammervorstand lädt aus diesem Anlass zu einem Empfang in die Geschäftsstelle ein:

Samstag, 9. Juli 2005
12 – 15 Uhr
Hollerallee 22

Mit einem kleinen Rahmenprogramm möchte die Kammer Mitglieder und Akteure im Bremer Gesundheitswesen ansprechen. Wir hoffen auf angeregte Gespräche im lockeren Umfeld.

Es wäre schön, wenn Sie sich anmelden würden.



Blick in die neuen Räume: Unsere Mitarbeiterin Marlies Kühlenborg (Fortbildung)

Wir trauern um

Raymund Ohrmann

Psychologischer Psychotherapeut

geb. 12.3.61 – gest. 23.4.05

Psychotherapeutenkammer Bremen

Redaktion Bremer Kammerseiten

An diesen Seiten arbeiteten mit:

Axel Janzen,
Hans-Otto Platte
Karl Heinz Schrömgens
Ursula Kappelhoff

Geschäftsstelle:

Psychotherapeutenkammer Bremen
Hollerallee 22

28209 Bremen

Fon: 0421 – 27 72 000

Fax: 0421 – 27 72 002

verwaltung@psychotherapeutenkammer-hb.de

www.psychotherapeutenkammer-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

Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Hamburg möchte an dieser Stelle zukünftig alle Kammermitglieder über die wichtigsten Ereignisse der letzten Monate informieren und Hintergrundwissen zur Kammerarbeit vermitteln. Bedingt durch die Redaktionszeiten sind dann manche Dinge vielleicht schon „überholt“, wenn Sie sie an dieser Stelle lesen, aber vieles lässt sich dann auch im Nachhinein noch nachvollziehen.

Zu den wichtigsten Themen und Aktivitäten seit der Kammerversammlung im Januar zählen:

- Nachapprobationsverfahren – Erteilung der Approbation als Psychologischer Psychotherapeut/Psychologische Psychotherapeutin ohne Psychologie-Diplom,
- Bedarfsplanung und Zulassungsverfahren – Gespräch Frau Kühn-Mengel (MdB)
- Einheitliches Hamburgisches Heilberufekammergesetz – Senatsdrucksache
- Versorgungswerk – Umsetzung und Information
- Notfallpsychotherapie – Ergebnis der Umfrage
- Beitragsordnung – Umsetzung und Beitragsbescheide
- Elektronische Gesundheitskarte – Beitritt der BPTK zur Gematik GmbH
- Kammerhomepage – Interner Bereich – Akkreditierungsdatenbank

Nachapprobationsverfahren

Wie schon an anderer Stelle kurz berichtet, hatte die Behörde für Wissenschaft und Gesundheit (BWG) die Kammer im Dezember 2004 gebeten, sich an der Nachapprobation von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Rahmen der Wiederaufnahme des Approbationsverfahrens nach § 12 PsychThG zu beteiligen. Grund-

lage sollte der Vergleich vor dem OVG Düsseldorf bzw. der weitgehend identische vierfache Vergleich vor dem BVerwG sein. Dem hatte die Kammer grundsätzlich zugestimmt. In den folgenden Wochen hat sich eine eingangs konstruktive Diskussion über die Regelung des Verfahrens der Prüfung in das Gegenteil verkehrt. Die Behörde hat dann trotz der ihr bekannten Bedenken am 7. Februar eine nicht abgestimmte und in mehreren Punkten strittige bzw. rechtlich bedenkliche Verfahrensrichtlinie an die Betroffenen und das Verwaltungsgericht Hamburg mit der wahrheitswidrigen Behauptung geschickt, die Kammer hätte dieser Verfahrensrichtlinie zugestimmt. Zwischenzeitlich ist das ganze Verfahren von der BWG abgebrochen worden und die Betroffenen müssen mit Widersprüchen und Verwaltungsgerichtsklagen die Wiederaufnahme erstreiten. Zwischen BWG und Kammer sind die Gespräche über eine Neufassung und Korrektur der inakzeptablen Verfahrensrichtlinie ebenfalls ins Stocken geraten. Für Ende Mai ist ein Termin vor dem Verwaltungsgericht Hamburg angekündigt, der vielleicht neue Erkenntnisse bringen wird.

Bedarfsplanung und Zulassungsverfahren – Gespräch mit Frau Kühn-Mengel (MdB)

Am 14. Februar haben Prof. Richter und Herr Grabenkamp im BMGS wegen der Unterversorgung von Kindern und Jugendlichen in Hamburg ein Gespräch mit der Patientenbeauftragten der Bundesregierung, Helga Kühn-Mengel, geführt. Frau Kühn-Mengel war mit den Versorgungsdefiziten in diesem Bereich aufgrund zahlreicher Einzelhinweise durchaus vertraut und begrüßte sehr, dass mit der Expertise unserer Kammer nun erstmalig belastbare Daten für eine Versorgungsregion vorgelegt worden seien. Seitens der Kammer

wurde die Notwendigkeit vorgetragen, die Bedarfsplanungsrichtlinie in der Weise zu ändern, dass zukünftig der PP- und KJP-Bedarf getrennt errechnet wird. Weiterhin sollte die Zulassungsverordnung in der Weise geändert werden, dass zukünftig auch Teilzeit-KV-Zulassungen und Sonderbedarfszulassungen für fremdsprachliche Psychotherapeuten möglich sind. Frau Kühn-Mengel hat zugesichert, diese Forderungen – die wir zusätzlich nochmals in schriftlicher Form nachgereicht haben – der Bundesregierung weiterzuleiten.

Heilberufekammergesetz

Inzwischen wurde der Entwurf des Heilberufekammergesetzes in die Bürgerschaft gegeben. In diesem als endgültig anzusehenden Gesetzesentwurf sind alle Änderungsvorschläge der PTK-Hamburg nicht berücksichtigt worden: Weder die Kammermitgliedschaft der PiAs noch die Beibehaltung des bisherigen Wahlrechts. Selbst inhaltlich nicht gravierende Dinge, wie die Begrenzung der Beitrittsmöglichkeiten zu Versorgungswerken auf Heilberuferversorgungswerke, wurden nicht geändert. Gleichzeitig sind im Begeittext für die Bürgerschaft sogar unwahre Behauptungen enthalten. So wird dort ausgeführt „...dass die Änderung des Wahlverfahrens auf das Verhältniswahlrecht (Listenwahl) auf Wunsch der PTK-Hamburg erfolgt sei.“ Das Gegenteil ist richtig. Wir haben unser Unverständnis zwischenzeitlich dem Präses der Behörde mitgeteilt und suchen weiterhin das Gespräch mit dem zuständigen Staatsrat Dr. Wersich. Es wurde ein Gespräch mit dem Vorsitzenden des Gesundheitsausschusses vereinbart, und die Fraktionen in der Bürgerschaft wurden ebenfalls informiert. Der Gesetzesentwurf ist zwischenzeitlich in der vorliegenden Form der Bürgerschaft und dem Gesundheitsausschuss der Hamburger Bürgerschaft zugeleitet worden.

Versorgungswerk

Der Staatsvertrag über den Beitritt zum PVW ist zum 1. März in Kraft getreten. Zwischenzeitlich sind alle Kammermitglieder vom PVW angeschrieben und um Mitteilung über die eigenen Beitrittsabsichten gebeten worden. Zudem haben vier Informationsveranstaltungen mit zusammen knapp 400 Teilnehmern stattgefunden. Zur Erinnerung: Alle derzeitigen Kammermitglieder sind aus Satzungsgründen automatisch beitragspflichtige (!) Mitglieder des Versorgungswerkes, es sei denn, sie erklären ihren Austritt. Die **Frist** für diese Erklärung **endet am 31. August 2005**. Weiterhin hat die Kammer nunmehr einen Vertreter für den Verwaltungsrat des PVW benannt. Die Kammerversammlung hat entsprechend dem Beschluss des Kammervorstandes das Kammerversammlungsmittglied Claus Gieseke als Vertreter im Verwaltungsrat des PVW bestätigt.

Notfallpsychotherapie

Auf die Umfrage nach Kammermitgliedern, die bei Großschadensereignissen sowohl in der Akutversorgung als auch in der Nachversorgung durch kurzfristige Bereitstellung von Therapieplätzen zur Verfügung stehen, haben sich 165 Kammermitglieder gemeldet. Dieser Personenkreis hat vor kurzem einen weiteren, differenzierteren Fragebogen erhalten, auf dessen Basis dann eine Datenbank von PsychotherapeutInnen aufgestellt wird, die in Notfällen einsetzbar sind. Weiterhin ist versucht worden, mit dem zuständigen Staatsrat für den Katastrophenschutz in der Innenbehörde einen Gesprächstermin zu vereinbaren. Die zuständige Innenbehörde hat allerdings zwischenzeitlich mitgeteilt, dass sie gerade die Arbeiten an einem neuen umfassenden Katastrophenschutzplan begonnen hat und diesen vor Aufnahme weiterer Gespräche erst fertig stellen möchte. Gleichwohl werden wir das Thema weiter vorantreiben und haben für den 28./29. Oktober eine Fortbildungsveranstaltung zu dem Thema mit Frau Prof. Dr. Beerlage (Magdeburg) und Dipl.-Psych. Klaus Barré (Bundeswehrkrankenhaus Hamburg) geplant.

Beitragsordnung – Beitragsbescheide

Erfreulicherweise sind nach insgesamt drei Anschreiben von fast allen Kammermit-

gliedern die Beitragsfragebögen ausgefüllt zurückgesandt worden. Lediglich ca. 60 Kammermitglieder (weniger als 5%) haben nicht geantwortet und wurden mit dem Höchstbeitrag veranlagt. Da von diesen dann in fast allen Fällen die Einkommensangaben nachgereicht wurden, konnten korrigierte Beitragsbescheide erstellt werden. Insgesamt hat nur eine verschwindend geringe Zahl von Kammermitgliedern schriftlich oder telefonisch Kritik an der neuen Beitragsordnung und deren Umsetzung geäußert. In allen Fällen wurden detailliert auf die Kritik reagiert und alle aufgeworfenen Fragen beantwortet. Die Umstellung des Kammerverwaltungsprogramms auf die neue Beitragsordnung ist erfolgt und die Beitragsrechnungen wurden inzwischen erstellt. Aufgrund der Umstellung der Beitragsberechnung wird das Beitragsaufkommen geringer ausfallen als im Jahr 2004.

Elektronische Gesundheitskarte – Beitritt zur Gematik GmbH

Die Interventionen der BPTK waren erfolgreich und die Psychotherapeuten sind im neuen Verwaltungsverfahrenvereinfachungsgesetz (das heißt tatsächlich so!) aufgenommen. Damit ist auch den Psychotherapeuten der Zugang zu den Angaben auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) möglich.

Daneben hat die Bundesregierung die Gründung der Gematik GmbH per Gesetz veranlasst, die die Einführung der eGK vorbereiten und umsetzen soll. Als Gesellschafter waren neben den Spitzenverbänden der Krankenkassen die Bundesheilerkammern mit Ausnahme der BPTK vorgesehen. Durch einen kurzfristigen Beschluss der Landespsychotherapeutenkammern konnte die BPTK ermächtigt werden, die Aufnahme als Gesellschafter der Gematik anzustreben. Ob die Kosten für diesen Beitritt von der BPTK oder den Länderkammern zu tragen sind, steht noch nicht fest. Durch die Mitgliedschaft in der Gematik wäre sichergestellt, dass auch die Belange der Psychotherapeuten bei der Einführung und Umsetzung der Infrastruktur der eGK berücksichtigt sind, die sonst von den anderen Akteuren in diesem Bereich bestimmt würden.

Kammerhomepage – interner Bereich – Akkreditierungsdatenbank

Seit kurzem ist der interne, passwortgeschützte Mitgliederbereich der **Kammer-Homepage www.ptk-hamburg.de** verfügbar. Der Zugriff auf die Inhalte erfordert die Vergabe eines Passwortes durch das System, das später individuell geändert werden kann.

Die Akkreditierungsdatenbank für die Anmeldung von Fortbildungsveranstaltungen und die Info-Datenbank für akkreditierte Fortbildungsveranstaltungen ist aus zeitlichen und technischen Gründen (Probleme mit dem Mailserver) bislang noch nicht umgesetzt worden. Die Arbeiten an einer ersten Testversion haben durch die beauftragte Firma jedoch begonnen.

Interview mit Dr. Frank Schulz-Kindermann:

Psycho-Onkologie am Knochenmarktransplantationszentrum Hamburg

(Gerda Krause) Herr Schulz-Kindermann, Sie sind als Psychoonkologe und Psychologischer Psychotherapeut im Transplantationszentrum des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf beschäftigt und leiten dort den Psychosozialen Dienst in der Knochenmarktransplantation. Was ist Ihr Hauptaufgabengebiet?

(SK) Die Knochenmarktransplantation ist ein äußerst eingreifendes, unter intensivmedizinischen Bedingungen durchgeführtes Verfahren in der Hämato-Onkologie. Sie dient ausschließlich einem kurativem Zweck: Der Heilung von der malignen Grunderkrankung, z.B. der Leukämie oder dem Lymphom. Das große Behandlungsrisiko und die extremen Behandlungnebenwirkungen machen die Mitbetreuung der Patienten und ihrer Angehörigen durch psychosoziale Experten notwendig. Wir begleiten die Betroffenen von der Vorbereitung der Transplantation über die anstrengende Akutphase bis in die Rehabilitation. Dazu nutzen wir die unterschiedlichsten Unterstützungsmöglichkeiten: Psychotherapie, Psychoedukation, So-

zialarbeit, Kreative Therapien, wie Musik- oder Kunsttherapie und die Selbsthilfe. Diese Maßnahmen koordiniere ich, in einem Team, das in die medizinisch-pflegerischen Abläufe vollkommen integriert ist.

(GK) Was sind aus Ihrer Sicht die wichtigsten Erkenntnisse der Psychoonkologie in den letzten Jahren?

(SK) Die Psychoonkologie hat sich in den letzten Jahren immer intensiver damit beschäftigt, differenzielle Indikationen und Interventionen für die betroffenen Patienten und deren Umfeld zu entwickeln. Wir sprechen nicht mehr von „dem Krebspatienten“, sondern versuchen, den Einzelnen in seiner jeweils individuellen Situation, bezogen auf Krankheit, persönliche Entwicklung und Behandlung, wahrzunehmen. So entstehen zunehmend differenzierte Interventionsprogramme und -ansätze etwa für junge Brustkrebspatientinnen in adjuvanter Behandlungssituation. Frauen, denen eine eingreifende Therapie zugemutet wird, die „lediglich“ die Prognose etwas verbessern helfen sollen. Andere Ansätze richten sich auf Gruppenprogramme, die der Schulung und Prävention gelten. Ein Fokus der Forschung sind ferner breit angelegte Untersuchungen zur besseren Erfassung der psychischen „Komorbidität“: Wie viele Patienten leiden unter psychischen Reaktionen, die direkt auf die Belastungen von Erkrankung und Behandlung zurückzuführen sind? Sind diese Probleme wirklich sinnvoll mit den hergebrachten psychiatrischen Kategorien von „Anpassungsstörung“ und „Belastungsreaktion“ zu beschreiben? Heute sprechen wir eher von „krebs- und behandlungsspezifischen Stressoren und Ängsten“. Wie viele Menschen zeigen nach Abschluss von eingreifenden Behandlungen schwere psychische Reaktionen, wie Posttraumatische Belastungsreaktionen? Warum verarbeiten die meisten Betroffenen diese Ereignisse offensichtlich problemlos: Nur 5 – 15% haben anhaltende, schwere psychische Störungen? Was schützt die Nicht-Betroffenen? Dazu gibt es noch sehr wenige gesicherte Erkenntnisse. Diskutiert werden als Prädiktoren für die Ausbildung einer anhaltenden PTBS nach KMT Prä-Traumatisierungen als protektive Bedingungen u.a.

„passende“ soziale Unterstützung. Die „objektive“ Stärke des Traumas hat eher eine untergeordnete Bedeutung.

(GK) Was sind die psychotherapeutischen Inhalte dieser Interventionsprogramme? Ich frage das auch auf dem Hintergrund, was Ihrer Meinung nach psychotherapeutisch arbeitende niedergelassene Kolleginnen und Kollegen bei der ambulanten Therapie von zum Beispiel an Brustkrebs erkrankten Patientinnen berücksichtigen sollten?

(SK) Eines der spezifischen Gruppentherapieprogramme, die bereits seit Ende der siebziger Jahre entwickelt und bis heute kontinuierlich, auch in prospektiven randomisierten Studien überprüft wurden, hat heute die Bezeichnung „supportiv-expressive Therapie“. Die von David Spiegel und Irving Yalom initiierten Ansätze vereinen die oben genannten Elemente, die wir auch in unserer Arbeit verwenden: Support, Begleitung der Patienten und Angehörigen durch alle Phasen der Erkrankung und Behandlung. Einbeziehung expressiver Bausteine, Ausdruck von Emotionen im Gruppengespräch und durch kreative Therapieansätze. Fokussierung von behandlungs- und erkrankungsassoziierten Symptomen, wie Schmerzen, Übelkeit oder Fatigue. Mit letzterem wird eine – vom allgemeinen „Chronischen Fatigue Syndrom“ abzugrenzende – tumor- und behandlungsspezifische anhaltende Erschöpfung bezeichnet. Daneben stehen edukative Elemente, die den Umgang mit erkrankungsspezifischen Problemen, im Falle von Brustkrebs z.B. den Umgang mit körperlich entstellenden Eingriffen, den Nutzen kosmetischer Möglichkeiten etc. beinhalten. Die ersten Arbeiten von Spiegel deuteten darauf hin, dass über ein Jahr durchgeführte Gruppentherapien sogar die Lebenszeit der Betroffenen positiv zu beeinflussen schienen. Mehrere groß angelegte Replikationsversuche konnten das zwar nicht bestätigen. Durchgehend zeigte sich jedoch, dass die Lebensqualität der Patientinnen, inklusive der psychischen Stabilität, signifikant gegenüber unbehandelten Kontrollgruppen verbessert werden konnte. Bezogen auf die psychotherapeutische Praxis scheint mir ein zentrales Anliegen, dass Kollegen ihr breites psychotherapeutisches Handwerkszeug

auf die fluktuierenden, häufig unberechenbaren Krankheits- und Behandlungsverläufe einstellen können.

(GK) Gibt es aus Ihrer Sicht bestimmte typische Klippen bzw. Probleme bei der psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit Krebs? Ich stelle mir vor, dass die Frage des Umgangs mit der Todesangst hier eine wichtige Rolle spielen könnte – ist das so?

(SK) Krebspatienten „fallen aus ihrer normalen Wirklichkeit“: Nichts ist mehr, wie es vorher war, die existenzielle Unversehrtheit wird sich nie wieder einstellen. Sie suchen dennoch nach diesem Heil-Sein. Sie suchen das auch im therapeutischen Gegenüber. Sie tasten in der Person des Therapeuten oder der Therapeutin nach Strukturen, nach Hoffnungen, sehnen sich nach der Überwindung des Unüberwindlichen. Das ist verlockend: Angebote der Heilung zu machen, Zusammenhänge herzustellen zwischen psychischer Genesung und körperlicher Wiederherstellung. Diese unermüdliche und lebensnotwendige Suche nach der Wiederherstellung der persönlichen Kohärenz hat Angebote hervorgebracht, die dem entgegenkommen, dies befriedigen. Ansätze, die über individuelle Anstrengungen, wie das Imaginieren von Krebszellen und deren vorgestellte Zerstörung, einen Heilungsprozess anstoßen sollen. Das halte ich für eine Falle, ein vordergründiges Suchen nach Wiederaneignung von Kontrolle. Die Angst des Krebspatienten vor dem Tod kann ich, auch nach fast 20 Jahren Arbeit in diesem Bereich, nicht wirklich teilen. Ich kann mich „nur“ in einem guten Abstand daneben stellen und aushalten.

(GK) Das bedeutet doch, Menschen mit Krebs müssen aushalten, was uns Menschen am schwersten fällt – aushalten, dass wir keine wirkliche Kontrolle über unser Leben haben – würden Sie das so sehen?

(SK) Ja, so könnte man das wohl so sehen. Jedoch: Jede vorschnelle „Teilbarkeit“ – denen geht es also so wie eigentlich uns allen – verbietet sich meines Erachtens. Gefragt ist eher ein respektvolles gegenseitiges Lernen und vorsichtiges Anbieten von Bewältigungshilfen.

(GK) Wenn Sie sich die psychoonkologische Praxis der Angebote für Krebspatientinnen und ihre Angehörigen anschauen: Wo sehen Sie zur Zeit den größten Verbesserungsbedarf?

(SK) Onkologische Therapie vollzieht sich fast ausschließlich in hochspezialisierten medizinischen Settings, sowohl im ambulanten, wie im stationären Bereich. Regelmäßige psychosoziale Angebote sind bis heute eher die Ausnahme als die Regel. Im stationären Bereich besteht die Gefahr, dass bestehende Angebote unter dem Druck der Einsparungen im Gesundheitswesen immer weiter zurückgedrängt werden. Funktionierende Kooperationen etwa zwischen onkologischen Schwerpunktpraxen und niedergelassenen PsychotherapeutInnen sind nur vereinzelt zu finden; hier sehe ich eine nachhaltige beiderseitige Annäherungsvermeidung. Bei der immensen und immer weiter ansteigenden Zahl von Krebsbetroffenen ist eine eklatante psychosoziale Unterversorgung festzustellen. Deshalb wünsche ich mir eine qualifizierte Vernetzung psychoonkologisch gut ausgebildeter Kolleginnen und Kollegen mit den medizinischen Institutionen – katalysiert von den regionalen und überregionalen psychoonkologischen Fachgruppen etwa der Deutschen Krebsgesellschaft/AG Psychosoziale Onkologie oder der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie.

GK: Herr Dr. Schulz-Kindermann, herzlichen Dank für das Interview.

1. Hamburger Angestelltentag

Am 16. April fand unter Beteiligung von 70 angestellten und beamteten Kammermitgliedern der 1. Hamburger Angestelltentag statt. Die Resonanz auf die angebotenen Themen war so groß, dass in der Endphase der Vorbereitung Anmeldungen nicht mehr angenommen werden konnten, da der Platz im Kulturhaus Eppendorf sonst nicht gereicht hätte. Dank der professionellen Organisation und Vorbereitung der Veranstaltung durch Dr. Schulz-Kindermann, Dr. Manfred Bogun, Dr. Rainer Thiel und Maren Jensen, die seitens des Verbandes der in Kliniken angestellten PsychotherapeutenInnen die

Vorarbeiten geleistet haben, war der 1. Angestelltentag ein voller Erfolg.

Dr. phil. Heiner Vogel (wiss. Mitarbeiter des Instituts für Psychotherapie und Med. Psychologie der Universität Würzburg), der den Hauptvortrag zu der zugespitzten Frage hielt „Gibt es 2015 noch angestellte Psychotherapeuten?“ machte pointiert deutlich, wie sich aus seiner Sicht das Arbeitsumfeld der angestellten Psychotherapeuten verändern wird. Er stellte dabei speziell auf die Einflussmöglichkeiten ab, die Angestellte über die Kammern und die BPTK auf den sich abzeichnenden Entwicklungsprozess haben. Dabei wies er auch darauf hin, dass die angestellten Kammermitglieder im Bundesschnitt ca. 50% aller Kammermitglieder ausmachen (in Hamburg sind ca. 30% der Kammermitglieder angestellt), aber in den Gremien der Kammern und der BPTK unterrepräsentiert sind. Die Möglichkeiten und Chancen für angestellte Psychotherapeuten sind laut Heiner Vogel stark abhängig von der Entwicklung des Gesundheitssystems. Bei weiter schwindendem Beitragsaufkommen der gesetzlichen Krankenkassen und rückläufigem Engagement des Staates im Bereich der ergänzten psycho-sozialen Hilfen können Beschäftigungsmöglichkeiten schwinden, obwohl der Bedarf wächst, wie viele

Studien über die Entwicklung psychischer Erkrankungen aufzeigen. Im Rahmen von DMP-Programmen und Konzepten zur integrierten Versorgung bestehen aber neue Chancen. Im Bereich der Rehabilitation und der Prävention sieht Heiner Vogel ein weites Betätigungs- und Aufgabenfeld auch für angestellte Psychotherapeuten.

Im weiteren Verlauf des Angestelltentages wurde in Arbeitsgruppen über die Möglichkeiten einer stärkeren Versorgungsvernetzung im Rahmen integrierter Versorgungskonzepte, neue Aufgaben und Finanzierungsmodelle für Psychologen und Psychotherapeuten in Institutionen, die Aufgaben von angestellten Psychotherapeuten in der Notfallpsychotherapie, die Entwicklung und Veränderung der Bundestarife im öffentlichen Dienst und die dienstrechtlichen Perspektiven im Lichte der sich veränderten Klinikstrukturen diskutiert.

Im Zuge der abschließenden Diskussion wurde auch das von den CDU/CSU-Ländern über den Bundesrat in das Gesetzgebungsverfahren eingebrachte Kommunale Entlastungsgesetz (KEG) vorgestellt und in seinen Konsequenzen erörtert. Die nachfolgende Resolution ist dabei als Ergebnis einstimmig von den anwesenden Kammermitgliedern beschlossen worden:

Resolution

der Vertreter des 1. Angestelltentages der Psychotherapeutenkammer Hamburg am 16. April 2005 zum Kommunalen Entlastungsgesetz (KEG) und der Einführung von Gebühren für die Inanspruchnahme sozialer Beratungs- und Hilfeleistungen

Nach intensiver Diskussion haben die im Angestelltenverhältnis in Kliniken und Sozialen Einrichtungen in Hamburg tätigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Ablehnung der mit dem Kommunalen Entlastungsgesetz (KEG) geplanten Einführung von Gebühren beschlossen.

Die angestellten und beamteten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten stellten fest, dass das dieser Tage auf Initiative der CDU/CSU-Bundesländer über den Bundesrat eingebrachte Gesetz zur Entlastung der Kommunen im Sozialen Bereich (KEG), mit Maßnahmen wie

- der Einführung einer Eintrittsgebühr für Erziehungsberatung,
- der Erschwerung der Eingliederung von seelisch behinderten Kindern und Jugendlichen,
- der Streichung von Krisenhilfen für junge Erwachsene

unakzeptabel hart Kinder und Jugendliche aus einkommensschwachen Familien trifft. Auch wenn viele Kommunen finanziell klamm sind, stecken sie bei weitem nicht annähernd in solchen finanziellen Notlagen wie die Eltern und Kinder, denen die CDU/CSU-Bundesländer jetzt dringend notwendige psychosoziale Hilfen streichen wollen.

Das KEG negiert alle Grundsätze einer präventiven Gesundheitspolitik. Moderne Erziehungsberatung hilft Eltern und Kindern, ihr Leben besser zu meistern, um Drogensucht, Kriminalität und Depressionen zu begegnen. Bereits jetzt ist jedes fünfte Kind in Deutschland psychisch krank. Gerade an armen Familien zu sparen, ist den Betroffenen gegenüber rücksichtslos und gesamtgesellschaftlich verantwortungslos.

Die mit dem KEG ohne große öffentliche Schlagzeilen von Bayern über den Bundesrat eingebrachten Maßnahmen, mit denen bundesweit rund 250 Millionen Euro bei der kommunalen Jugendhilfe eingespart werden sollen, lehnen die Hamburger Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten kategorisch als unsozial und kontraproduktiv ab. Mit diesen Maßnahmen werden die sozial Schwächsten von dringend benötigter Hilfe ausgeschlossen. Damit besteht die Gefahr der Verschärfung und Chronifizierung von psychischen Erkrankungen, die am Ende die Krankenversicherungen belasten oder gerade bei nicht frühzeitig behandelten Kindern und Jugendlichen zu gesamtgesellschaftlichen Belastungen führen, die keiner will.

Überlegungen zu Auswirkungen der Gesundheitsreform auf das Berufsethos der Psychotherapeuten

Die so genannte Gesundheitsreform wird zunehmend Ihre Berufswirklichkeit bestimmen.

Maßnahmen wie *Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement* werden die therapeutischen Gestaltungsmöglichkeiten einschränken und Standards unterwerfen, deren Sinn unter fachlichen Gesichtspunkten oft schwer nachvollziehbar ist. Ob es darum geht, auf dem Stand der Entwicklung Ihres Faches zu sein (dokumentierte Fortbildungspflicht) oder auch darum, den Patienten angemessene Behandlungsbedingungen zu bieten (Qualitätsstandards von Praxen), überall werden einheitliche und verbindliche Normen gelten.

Diese gesetzlichen Normen sind zwischen verschiedensten Interessengruppen ausgehandelt worden, und sie werden kaum noch individuellen Spielraum für eigene Einsicht, eigene Entwicklung und eigene Vorlieben für die Gestaltung der Berufsrealität vorsehen. Sie werden zugleich die *Eigenverantwortung* mindern. Sie werden dann nicht mehr selbst nachdenken, nur noch nachlesen müssen, was richtig und geboten ist. Es wird nur darum gehen, Vorgaben nachweisbar zu erfüllen.

Verordnete Dokumentationsweisen Ihrer Tätigkeit werden so gestaltet sein müssen, dass sie für fachliche Laien plausibel und nachvollziehbar sind; fachliche Standards werden demgegenüber zurücktreten. Das fachspezifische Nachdenken wird zunehmend durch die Logik von allgemeinen Verwaltungs- und Steuerungsvorgängen ersetzt. Das wird notgedrungen zu einer *Entdifferenzierung des psychotherapeutischen Nachdenkens* führen.

Alle wegen der Standardisierung zu erwartenden Veränderungen betreffen die Belange der Kammer insofern, weil externalisierte Kontrollmaßnahmen als *Nebenwirkung* – um einen therapeutischen Begriff zu verwenden, man könnte auch drastischer von *Kollateralschaden* sprechen – ein wesentliches Gut, das die Kammer zu schützen hat, tangieren: *das Ethos der freien Berufe*.

Müssen wir das einfach so hinnehmen, weil es vorgeschrieben ist? Oder, wenn wir schon nichts dagegen unternehmen können, müssen wir nicht zumindest auf diese zu befürchtenden psychologischen Vorgänge verweisen?

Mit den Kammergründungen wurde die fachliche Aufsicht dem Berufsstand selbst übertragen, die externen (staatlichen) Kontrollen gingen in demokratische von den Berufsangehörigen selbst gewählte Organe über. Dieser *Emanzipationsprozess*, der gerade erst ins Leben gerufenen Berufe der psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist mit den neuen Regelungen im Gesundheitsversorgungssystem *gefährdet*. Das ist ein besorgniserregender Prozess: ist doch fachliche Selbstverantwortung, Selbstverpflichtung zur Weiter- und Fortbildung, sachgerechte Entscheidung in den Behandlungsprozessen und umsichtiger Gebrauch der zu Verfügung gestellten Mittel eine *ethische Verpflichtung des Berufsstandes und jedes einzelnen Berufsangehörigen*. Die Kammer soll als Institution der Berufsangehörigen die ethische Verpflichtung bewahren und fördern und muss sie im Notfall, bei Verfehlungen, über berufseigene Organe einfordern.

Was den Berufsstand als ganzes betrifft, kann gravierende *Auswirkungen auf jeden*

Einzelnen haben. Wir wissen als Psychotherapeuten sehr genau, welcher wichtigen kulturellen Fortschritt es bedeutet, wenn im Laufe eines gelungenen Erwachsenwerdens *äußere Aufsicht und Kontrolle zunehmend durch innere Instanzen* (Selbstverantwortung, Selbstverpflichtung und Gewissensbildung) *abgelöst werden*. Wir wissen, wie sensibel das Gleichgewicht zwischen äußerer Kontrolle und Selbstverantwortung ist und dass ein einmal erreichter Fortschritt schnell verloren gehen kann.

Ein Übermaß an äußerer Kontrolle, wie bei den allgegenwärtigen Regelungen für Qualitätssicherung und Qualitätsmaßnahmen zu erwarten ist, kann kollateral zu einer *Verunsicherung der inneren Verpflichtungen* führen. Die Bereitschaft zum und die Lust am lebenslangen Lernen wird dann zu einer genormten Fortbildungsverpflichtung, der mehr oder weniger bereitwillig Folge geleistet wird und die mit dem Sammeln von Punkten erledigt werden kann. Der Geschmack an der Gestaltung eines Ambientes, in dem sich Behandler und Patienten förderlich und angenehm begegnen können, wird zur Erfüllung von ISO-Normen für kundenfreundliche Praxen.

Entscheidend ist aber, dass die *klinische Kompetenz in der therapeutischen Beziehung*, die treffend mit einer *ethischen Haltung* beschrieben werden kann, gefährdet werden kann.

Leider ist das Verständnis der Kostenträger und der kassenärztlichen Vereinigung für die fachlichen und ethischen Belange unserer Berufe sehr gering und der Standardisierungsdruck von allen Seiten sehr groß. Fast wie eine Erpressung mutet es an, wenn uns – wie zum Beispiel

von Kassen- und KV-Vertretern – nahe gelegt wird, sich den Normierungen zu unterwerfen, weil sonst die Existenz der Psychotherapie gefährdet sei. *Als könnte man Freiheit und Selbstbestimmung, die für Psychotherapie notwendig sind, durch das Hinnehmen von Zwang erkaufen.*

Auf Initiative der Landespsychotherapeutenkammer Hessen haben die Heilberufekammern des Landes Hessen eine Arbeitsgruppe gebildet, die sich mit der Auswirkung von gesetzlich vorgeschriebener Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement auf das freiberufliche Ethos beschäftigen wird. Wir werden nach gründlicher Vorarbeit unsere Sorgen in angemessener Form an die Öffentlichkeit herantragen.

Eine solche öffentliche Kampagne hat aber nur dann einen Sinn, wenn Sie als Berufsangehörige sich mit diesen Fragen, die Ihr Berufsverständnis im Grunde berühren, auseinandersetzen. Ich bitte Sie, sich zu informieren und sich die zu erwartenden Veränderungen plastisch vorzustellen und dann *alle formellen und in-*

formellen Kontakte zu benützen, um auf diese gesellschaftlich relevanten Prozesse hinzuweisen.

Denken Sie daran, dass, was im gesundheitspolitischen Bereich passiert, *alle angeht*. Auch in anderen Berufen ist eine Ablösung, Aushöhlung von Selbstverantwortung durch Maßnahmen der Normierung und Standardisierung zu befürchten. Man muss sich ernsthaft fragen, *wie viel Verwaltungsoptimierung und Effizienzkontrolle eine demokratische Gesellschaft unbeschadet vertragen kann, lebt sie doch letztendlich von der Selbstverantwortung der Bürger.*

Die *psychologischen Auswirkungen der Gesundheitsreform* auf die beteiligten Menschen werden kaum beachtet, alleine ökonomische und administrative Gesichtspunkte bestimmen Denken und Entscheidung. Bei den meisten Gesetzesvorhaben – auch beim Präventionsgesetz – ist ein völliger Mangel an psychologischer, sogar anthropologischer Reflexion zu beobachten. Die angeblich effizienzoptimierte Versorgung der Patienten wird ausschließlich

unter dem Gesichtspunkt der Bereitstellung (Kostendämpfung) von (Finanz-) Mitteln betrachtet.

Was fehlt, ist eine *Besinnung auf leitende Bilder vom Menschen und der Gesellschaft* sowie auf gesellschaftliche und kulturelle Prozesse. Diesem Mangel an psychologischem und anthropologischem Denken in der Gesundheitspolitik müssen/wollen wir entgegenwirken. *Dabei werden wir aber nur Erfolg haben, wenn Sie sich an den notwendigen Diskussionen beteiligen.*

Im Zusammenhang mit dieser Thematik werden wir auf dem **Dritten Hessischen Psychotherapeutentag** in Frankfurt eine öffentliche Podiumsdiskussion mit Gesundheitspolitikern veranstalten, bei der es nicht nur um die besorgniserregende Auswirkungen auf die Behandler, sondern darüber hinaus auf alle Menschen im Gesundheitsversorgungssystem gehen soll. Bitte merken Sie sich vor: **Der Dritte Hessische Psychotherapeutentag wird am 23. und 24.09.05 in Frankfurt** in der Fachhochschule stattfinden.

Jürgen Hardt, Präsident

Bericht des Vorstandes

Geschäftsstelle und Akkreditierungs- und Zertifizierungskommission haben seit Inkrafttreten der Fortbildungsordnung insgesamt ca. 590 Anträge auf **Akkreditierung von Fortbildungsveranstaltungen** (bzw. Anerkennung als Supervisor/in, Selbsterfahrungsleiter/in oder Interventionsgruppe) bearbeitet. Ca. 555 Anträge führten davon bisher zur Anerkennung, ca. 30 konnten z.B. wegen fehlender Nachweise noch nicht abschließend bearbeitet werden, 9 wurden abgelehnt. Das individuelle Punktekonto der Mitglieder ist in Arbeit. Es werden Möglichkeiten erarbeitet, mit denen die Mitglieder sich über ihren individuellen Punktestand informieren können.

Seit Sommer 2004 ist die LPPKJP Mitglied des „**Gemeinsamen Qualitätssicherungsausschuss der LÄKH / LPPKJP / KVH**“. Im Februar wurde dieses Gremium neu

Errata:

Leider hat es beim Druck des letzten Psychotherapeutenjournals eine Panne gegeben: Berufsordnung sowie Änderungen der Beitrags- und Kostenordnung waren nicht, wie angekündigt, im Mittelteil des Heftes eingeklebt. Der Verlag hat diesen Fehler inzwischen behoben und Ihnen die Ordnungen mit separater Post zugesandt. Wir bitten, den Fehler zu entschuldigen.

besetzt. Der Ausschuss besteht aus insgesamt neun Mitgliedern. Je drei werden von jeder Institution entsandt:

Für die LPPKJP sind dies:

- Herr Dipl.-Psych. Bauer, Vizepräsident,
- Frau Dipl.-Psych. Schneider-Reinsch, Beisitzerin im Vorstand,

- Herr Rautschka-Rücker, Geschäftsführer.

Für die KVH:

- Herr Dr. Zimmermann, stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der KVH,
- Herr Dr. Herholz, Leiter Abteilung Ärztliche Qualitätssicherung,
- Herr März, stellvertretender kaufmännischer Geschäftsführer.

Für die LÄKH:

- Herr Dr. Leimbeck, Vizepräsident der LÄKH,
- Herr Dr. von Knoblauch zu Hatzbach, Mitglied des Präsidiums der LÄKH,
- Herr Prof. Dr. Loch, Vorsitzender der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der LÄKH.

Der Vorsitz liegt turnusgemäß bei Hans Bauer, Vizepräsident der LPPKJP.

Aufgabe des Gemeinsamen Ausschusses Qualitätssicherung ist es, Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zum Qualitätsmanagement zwischen den verschiedenen Gremien abzustimmen. Während sich die bisherige Tätigkeit auf die Befassung mit Qualitätszirkeln beschränkte, soll künftig auch die sozialrechtliche Fortbildungsverpflichtung und das Qualitätsmanagement Gegenstand der Arbeit sein.

Die hochrangige Besetzung des Gremiums eröffnet die Chance auf eine verbindliche und zielorientierte Arbeit, mit der die Selbstverwaltungskörperschaften der Ärzte und Psychotherapeuten ihr Vorgehen im Sinne

ihrer Mitglieder abstimmen können. Wir werden uns bemühen, dass unsere fachspezifischen Aspekte berücksichtigt werden.

Der Vorstand hat eine Arbeitsgruppe gebildet, die sich mit der Situation der **PsychotherapeutInnen in Ausbildung** (PiA) befassen soll. PiA können seit Februar 2004 freiwillige Mitglieder der Kammer werden. Allen ist bewusst, dass die Situation der PiA, insbesondere die Tatsache, dass die praktische Tätigkeit überwiegend ohne Bezahlung erbracht werden muss, skandalös ist und dringend Abhilfe geschaffen werden muss.

Die Arbeitsgruppe will sich zunächst einen Überblick über den Status Quo in Hessen verschaffen. Auch die Belange der Ausbildungsinstitute müssen hierbei in den Blick genommen werden. Der Vorstand hat daher die Institute bereits zweimal zu einem Erfahrungsaustausch eingeladen.

Nach der Delegiertenversammlung vom 10. und 11. Juni 2005 werden der Vorstand und die Gremien der Kammer einen detaillierten **Tätigkeitsbericht für das Jahr 2004** vorlegen, der im Internet oder über die Geschäftsstelle angefordert werden kann.

Uta Cramer-Düncher und Jürgen Hardt für den Vorstand

Beitritt zum Versorgungswerk Niedersachsen auf den parlamentarischen Weg gebracht

Wie schon berichtet, hat die Delegiertenversammlung den **Beitritt zum Versorgungswerk Niedersachsen** beschlossen. Die Kammer ist zur Realisierung des Beitrittes an das Sozialministerium des Landes Hessen herantreten und hat um den Abschluss eines Staatsvertrages gebeten. Der Abstimmungsprozess zwischen den Ländern Hessen und Niedersachsen ist im

Gange, an dessen Ende die Zustimmung der beiden Landtage stehen soll.

Der Versand ausführlicher Unterlagen an die hessischen Kammermitglieder sowie die in verschiedenen Städten in Hessen geplanten Informationsveranstaltungen wurden bis zur Verabschiedung des Staatsvertrages zurückgestellt. Sofern der Beitritt

zum Versorgungswerk Niedersachsen noch 2005 den parlamentarischen Weg nehmen wird, wird die entstandene Verzögerung keine Nachteile für die Mitglieder der LPPKJP mit sich bringen. Dann können nämlich Beiträge und damit Versorgungsansprüche für das Jahr des Beitritts rückwirkend ab 1. Januar entrichtet und erworben werden.

Neues Tarifrecht im Öffentlichen Dienst

Die Eckpunkte des Manteltarifvertrages für die Beschäftigten im Öffentlichen Dienst (TVöD) wurden am 9. Februar 2005 mit einem öffentlichen Händedruck zwischen ver.di-Chef Bsirske und Bundesinnenminister Schily bekräftigt. Es gibt nun ein einheitliches Tarifrecht für Angestellte und Arbeiter(innen), eine neue, einheitliche Tabelle mit 15 Entgeltgruppen, Bestandsschutz für bestehende Dienstverhältnisse und künftig eine zusätzliche leistungsorientierte Bezahlung. Die Ortszuschläge und die Zuschläge für Verheiratete fallen weg und wurden in die Gehälter mit eingerechnet. Der Manteltarifvertrag, der bis zum 15.9. ausformuliert werden und zum 1.10. 2005 in Kraft treten soll, gilt für die Beschäftigten des Bundes und der Kommunen, aber nicht für die Landesbediensteten und höchstens mittelbar für die Beschäftigten bei den Kirchen. Wichtig ist: Es gibt einen **individuellen** Bestandsschutz für bestehende Arbeitsverträge. Das Niveau der Vergütung konnte

im Großen und Ganzen gehalten werden. Für die Entgeltgruppen 13-15 (BAT IIa + b alt wird Entgeltgruppe 14 neu) wird ab 2007 das Weihnachtsgeld auf 60% reduziert.

Urlaubstage und Lohnfortzahlung im Krankheitsfall bleiben wie bisher, allerdings setzt der Zeitpunkt der Zahlung des Krankentagegeldes durch die Krankenkassen früher ein als bisher. Die Differenz zum Gehalt muss vom Arbeitgeber übernommen werden. Für den Arbeitnehmer ändert sich dadurch nichts, der Arbeitgeber wird finanziell entlastet, die Krankenkassen belastet.

Für neue Verträge gilt, dass die Einstufung nach Lebensalter entfällt und durch die Jahre der Berufstätigkeit ersetzt wird. Die Aufstiegszeiten von einer Stufe zur nächsten sind gegenüber dem alten BAT deutlich verkürzt.

Es ist mit der Reform aber nicht gelungen, grundsätzlich wegzukommen von einer

Eingruppierung nach Berufsabschluss hin zu einer Eingruppierung rein nach Tätigkeiten und Leistungsmerkmalen.

Die entscheidende Frage, in welchen Entgeltgruppen PP und KJP einsortiert werden, wird mit Gewissheit erst Ende 2006 zu beantworten sein; bis dahin brauchen die Kommissionen, um die zur Zeit existierenden ca. 17.000 Einreihungsmerkmale (!) für alle Berufe zu clustern. Die ver.di Fachkommission PP / KJP wird sich an der Reform der Eingruppierung beteiligen. Wenn Sie selbst überprüfen wollen, ob sich etwas an Ihren Bruttoeinkünften verändern wird, können Sie die unter www.verdi.de im Internet veröffentlichte „Tabelle – West“ zur Rate ziehen: Ziehen Sie von ihrem jetzigen Bruttogehalt die Kinderzuschläge ab (diese werden künftig separat ausbezahlt) und vergleichen Sie das Ergebnis mit dem in der Tabelle aufgeführten Betrag.

Thomas Merz

Sparprogramm der Regierung gefährdet Kinder- und Jugendhilfe für Sozialschwache

Gesetzentwurf zur Entlastung der Kommunen im sozialen Bereich (KEG) von LPPKJP scharf kritisiert – Stellungnahmen der Kammer gingen an den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend des Deutschen Bundestages sowie das Hessische Sozialministerium

Die Bundesregierung sieht in einem Gesetzentwurf weitreichende Veränderungen in der Struktur der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe vor. Infolge der geplanten Streichung des § 35a SGB VIII sehen Vertreter der LPPKJP die Gefahr, dass niedrigschwellige ambulante, präventiv wirkende Beratungsangebote künftig nur noch Familien

offen stehen, die in der Lage sind, sich an deren Kosten zu beteiligen. Die LPPKJP widerspricht dem Argument der Initiatoren des Gesetzentwurfes, die öffentlichen Haushalte würden vermehrt belastet, weil Erziehungsberatungsstellen stärker frequentiert werden. Kammerpräsident Jürgen Hardt und Vorstandsmitglied Thomas Merz in ihrer Stellungnahme: „Die Arbeit der Erziehungsberatungsstellen mindert als niedrigschwellige und niederfrequente, frühzeitige und vernetzte Beratung die Kosten der Hilfen zur Erziehung der öffentlichen Hand. Die Finanzierung erfolgt in der Regel nicht durch die Kommunen alleine, sondern in einer Komplementärfinanzierung aus kommunalen Mitteln und Eigen-

mitteln der freien Träger.“ Experten sehen die Gefahr, dass die geplanten „sozialverträglichen“ Kostenbeiträge Eltern davon abhalten werden, Hilfe für ihre Kinder rechtzeitig in Anspruch zu nehmen. Vertreter der LPPKJP halten es für widersinnig, einerseits die Niedrigschwelligkeit in primär-präventiv arbeitenden Institutionen zu gefährden und andererseits mit dem Präventionsgesetz das Ziel zu verfolgen, Menschen besser als bisher zu erreichen und zu einem Mehr an Selbsthilfe und Eigenverantwortung zu befähigen. Den gesamten Text der Stellungnahme finden Sie unter www.psychotherapeutenkammerhessen.de in der Rubrik „Aktuelles, Nachrichten, Berichte“.

Neues aus der Geschäftsstelle

Beitragserhebung und Bürokratie

Die Kammer unterliegt anderen rechtlichen Vorgaben als Berufsverbände. Wenn wir die Beitragsforderungen rechtlich durchsetzbar machen wollen und müssen, sind wir an die Form von Bescheiden etc. gebunden. Mit der Einführung der an den Einkünften orientierten Beiträge ist zwangsläufig die

Erhebung und Verarbeitung zusätzlicher Informationen verbunden, was ohne Bürokratie nicht umsetzbar ist und ohne Ihre Mitwirkung nicht gelingen kann. Hierfür erbitten wir Ihr Verständnis. Die ungewohnten Begriffe und Sachverhalte, die wir an Sie herantragen, führen zu manchem Missverständnis. Zum Beispiel kommen wir nicht umhin, Ihnen einen Beitragsbescheid

auch dann zuzusenden, wenn Sie sich zutreffend eingruppiert und bereits gezahlt haben. Dieser Bescheid ist auch für Sie wichtig, weil Sie ja ein Dokument für die steuerliche Geltendmachung des Beitrages als Werbungs- oder Betriebskosten benötigen. Senden Sie ihn uns deshalb bitte nicht zurück.

Ihre Geschäftsstelle

Gedenken

Wir gedenken unserer verstorbenen Kollegin:

Frau Ursula Barbara Richter, Lauterbach, geb. 31.08.1958, gest. 21.01.2005.

Termine

Delegiertenversammlungen

10. und 11. Juni 2005
4. und 5. November 2005

3. Hessischer Psychotherapeutentag

23. und 24. September 2005, Frankfurt, Fachhochschule.

Redaktion Hessische Kammerseiten:

Uta Cramer-Düncher, Stefan Baier

Geschäftsstelle

Gutenbergplatz 3
65187 Wiesbaden
Tel 0611. 53168 – 0
Fax 0611. 53168 – 29
post@psychotherapeutenkammerhessen.de
www.psychotherapeutenkammerhessen.de

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

im Februar dieses Jahres hatten Sie Ihre Vertreterinnen und Vertreter in der Kammerversammlung neu zu wählen – eine Möglichkeit, von der rund 50% der KJP und 62% der PP Gebrauch gemacht haben. Wir sind mit dieser Wahlbeteiligung alles andere als zufrieden – vielleicht helfen Sie uns bei der Analyse der Ursachen, indem Sie uns über Ihre Gründe informieren, wenn Sie zur Gruppe der Nicht-Wähler gehören.

Es waren 40 Sitze zu besetzen – zwei mehr als in der vergangenen Wahlperiode, weil sich die Zahl der Kammermitglieder auf 2.861 (Stand 30.09.04) erhöht hat. Hauptgrund dafür ist die Tatsache, dass seit Dezember 2003 auch die im praktischen Teil ihrer Ausbildung befindlichen angehenden PP und KJP sozusagen „automatisch“ Mitglieder der Kammer sind – und erfreulicherweise entscheiden sich immer noch viele zur Ausbildung Berechtigte, trotz mancher Hürden den Weg zum PP oder KJP zu gehen.

Die abgegebenen Stimmen verteilen sich auf die Listen der PP wie folgt:

Liste	Prozent	Sitze
Koalition für Psychotherapie	47,81	15
Kooperation	25,26	8
BDP/VPP	10,18	3
KrankenhauspsychotherapeutInnen	8,37	3
Sprecherrat Osnabrück	4,37	1
Schulpsychologie	2,41	1
Pro Psychotherapeutische Privatpraxen	1,58	0
Summe		31

Für die KJP sind entsprechend ihrem Anteil an der Mitgliedschaft 9 Sitze vorgese-

hen; da diese Gruppe mit einer Liste angetreten ist, wurden die Sitze nach dem Stimmenanteil vergeben, den die einzelnen Kandidaten und Kandidatinnen erreicht hatten.

Gewählt wurden (jeweils in der alphabetischer Reihenfolge und mit Angaben des Ortes der Berufsausübung) für die Berufsgruppe der Psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen:

Koalition für Psychotherapie:

Barthe, Hans-Jürgen, Lüneburg
 Brendel, Lars, Nienburg
 Dietzfelbinger, Monika, Wilhelmshaven
 Engelhardt, Matthias, Dr., Hannover
 Greve, Gabriele, Hannover
 Hahlweg, Kurt, Prof. Dr., Braunschweig
 Hauer, Wilfried, Braunschweig
 Hermann, Jörg, Wolfenbüttel
 Könning, Josef, Dr., Osnabrück
 Köthke, Werner, Braunschweig
 Kriz, Jürgen, Prof. Dr., Osnabrück
 Schwartz, Hans-Joachim, Prof. Dr., Braunschweig
 Werther, Frauke, Oldenburg
 Winter, Eckhard, Goslar
 Wittmann, Lothar, Dr., Otterndorf

Kooperation:

Corman-Bergau, Gertrud, Hannover
 Haberstroh, Dieter, Hannover
 Liebeck, Heinz, Dr., Göttingen
 Marahrens-Schürg, Christa, Hannover
 Nunnendorf, Wilhelm, Göttingen
 Rokahr, Christiane, Hannover
 Scheferling, Uta, Hannover
 Seidel, Ulrich, Dr., Kirchhatten

BDP/VPP:

Franzen, Georg, Dr., Celle
 Hellmann, Heiner, Schwanewede
 Ismar-Mävers, Sigrid, Hannover

KrankenhauspsychotherapeutInnen:

Bückmann, Rüdiger, Hildesheim
 Stein, Ingeborg, Bad Essen
 Sweers, Barbara, Oldenburg

Sprecherrat Osnabrück:

Büren-Lützenkirchen, Gerlinde, Osnabrück

Schulpsychologie:

Stiller-Steffan, Beate, Braunschweig

Für die Berufsgruppe der KJP sind in die Kammerversammlung gewählt worden:

Berns, Inge, Hannover
 Brünjes, Anne, Lüneburg
 Brylla, Kurt, Hannover
 Hauss-Labouvie, Michael, Helmstedt
 Kilimann, Astrid, Dr., Osnabrück
 Reiffen-Züger, Bertke, Osnabrück
 Ruß, Katrin, Hannover
 Siems, Kerstin, Göttingen
 Wetzorke, Friederike, Braunschweig

HKG und Satzung der PKN sehen die Möglichkeit vor, innerhalb der Kammerversammlung Gruppen zu bilden, die bestimmte Rechte haben, so etwa das Recht, entsprechend ihrer Größe Mitglieder in Ausschüsse zu entsenden. Als Gruppen wurden in der neuen Kammerversammlung benannt:

- die Gruppe „Koalition plus“ (die Liste Koalition erweitert um Frau Stiller-Steffan von der Liste „Schulpsychologie“) mit 16 Mitgliedern
- die Gruppe Kooperation/Krankenhaus-PP mit 11 Mitgliedern
- die Gruppe VERBUND als Zusammenschluss der Listen BDP/VPP und Sprecherrat Osnabrück mit 4 Mitgliedern
- die Gruppe KJP mit 9 Mitgliedern.

Bei der konstituierenden Sitzung am 09.04.05, bei der 26 Kolleginnen und Kollegen aus der „alten“ Kammerversammlung auf 14 neue Mitglieder trafen, wurde zunächst der Vorstand entlastet, dessen Amtszeit mit dieser Sitzung zu Ende ging (ohne Gegenstimmen). Im Vordergrund stand dann die Wahl des Vorstands und die Bildung und Besetzung der Ausschüsse und sonstigen Gremien; die Wahlleitung übernahm Frau Berns, die sich entschieden hatte, nicht wieder für den Vorstand zu kandidieren.

Vorstandswahl

Für die Wahl zum Präsidenten wurde Dr. Lothar Wittmann vorgeschlagen, der dieses Amt auch in den letzten 4 Jahren innegehabt hatte. Dr. Wittmann wurde mit nur 1 Gegenstimme (ohne Enthaltungen) wieder gewählt.

Für die Wahl zum Vizepräsidenten bzw. zur Vizepräsidentin wurden Gertrud Corman-Bergau und Werner Köthke vorgeschlagen. Im 1. Wahlgang erhielt Frau Corman-Bergau 20 Stimmen, Herr Köthke 17 Stimmen bei 1 Enthaltung. Da für eine Entscheidung im 1. Wahlgang mehr als die Hälfte der Mitglieder der Kammerversammlung (also 21 Stimmen) benötigt worden wären, wurde ein 2. Wahlgang erforderlich, in dem Herr Köthke 16 Stimmen und Frau Corman-Bergau 21 Stimmen erhielten (bei 1 Enthaltung). Damit war Frau Corman-Bergau zur neuen Vizepräsidentin gewählt.

Da im Präsidium die Gruppe der KJP nicht vertreten ist, musste satzungsgemäß zunächst aus dieser Gruppe eine Beisitzerin bzw. ein Beisitzer gewählt werden. Vorgeschlagen und gewählt wurde Friederike Wetzorke mit 33 Ja-Stimmen, 2 Nein-Stimmen und 2 Enthaltungen.

Für die Wahl zu weiteren Beisitzern wurden Werner Köthke und Prof. Dr. Hans-Joachim Schwartz vorgeschlagen, über die – da für 2 Positionen nur 2 Kandidaten antraten – in einem Wahlgang abgestimmt wurde mit folgendem Ergebnis für Herrn Köthke: 34 Ja-Stimmen, 3 Nein-Stimmen, für Prof. Dr. Schwartz: 32 Ja-Stimmen, 3 Neinstimmen, 2 Enthaltungen.

Die 5 gewählten Vorstandsmitglieder nahmen die Wahl an und dankten für das ihnen entgegengebrachte Vertrauen.

Gremienbesetzung

Laut HKG und Kammerstatut sind 3 ständige Ausschüsse zu bilden und mit je 7 Mitgliedern zu besetzen. Es sind dies mit ihren neuen Mitgliedern, die von den jeweiligen Gruppen benannt wurden:

Ausschuss für Finanz- und Beitragsangelegenheiten:

Brendel, Hellmann, Hermann, Dr. Liebeck, Ruß, Stein, Stiller-Steffan

Ausschuss für Satzung- und Geschäftsordnungsfragen:

Brünjes, Dietzfelbinger, Ismar-Mävers, Rokahr, Scheferling, Stiller-Steffan, E. Winter

Ausschuss für psychotherapeutische Aus-, Fort- und Weiterbildung:

Brylla, Dr. Franzen, Dr. Könning, Prof. Dr. Kriz, Prof. Dr. Schwartz, Dr. Seidel, Sweers

Nach kurzer Diskussion wird die Einrichtung von 3 weiteren Ausschüssen mit jeweils 7 Mitgliedern beschlossen:

Ausschuss für Qualitätssicherung:

Brendel, Dr. Franzen, Greve, Prof. Dr. Hahlweg, Nunnendorf, Siems, Stein

Ausschuss für Fragen der Angestellten / Beamten:

Bückmann, Haberstroh, Hauss-Labouvie, Hermann, Ismar-Mävers, Prof. Dr. Schwartz, Stiller-Steffan

Ausschuss für Berufsordnung und Berufsethik:

Barthe, Berns, Büren-Lützenkirchen, Rokahr, Scheferling, Werther, E. Winter

Gemeinsamer Beirat:

Zur Erörterung von Themen und zur Vorbereitung von Entscheidungen, die PP/KJP und ärztliche Psychotherapeuten betreffen, ist nach HKG ein Gemeinsamer Beirat mit der Ärztekammer zu bilden, in den von der

Kammerversammlung der PKN entsandt werden: Berns, Greve, Hauer, Dr. Liebeck

BPtK-Delegiertenversammlung:

In die Delegiertenversammlung der Bundespsychotherapeutenkammer werden von der PKN entsandt (in Klammern: stellvertretende Delegierte): Hermann (Greve), Dr. Könning (Hauer), Köthke (Werther), Dr. Wittmann (Prof. Dr. Schwartz)

Schlichtungsstelle:

Als Mitglieder der Schlichtungsstelle für die Schlichtung von Streitigkeiten aus dem Behandlungsverhältnis werden gewählt: Vorsitzender: Kai Witthinrich (Gabriele Beyer)

Patientenvertreter: Olaf Weinel (Thomas Altgeld)

Beisitzer aus der PKN, unter denen je nach Berufsgruppe, Verfahren und Region eine/einer zu bestimmen ist:

Hans-Jürgen Barthe, Anne Brünjes, Cord Cramer, Heiner Hellmann, Christa Marahrens-Schürg, Bertke Reiffen-Züger, Katrin Ruß, Kerstin Thormann-Hoffmann, Eckhard Winter, Frauke Werther.

Schlichtungsausschuss:

Als Mitglieder des Schlichtungsausschusses für die Schlichtung von Streitigkeiten zwischen Kammermitgliedern werden gewählt:

Vorsitzender: Dr. Helmut Weidemann (Dr. Helms)

Mitglied Gruppe PP: Monika Dietzfelbinger (Frau Wöbbe-Mönks)

Mitglied Gruppe KJP: Gaby Derichs (Dr. Astrid Kilimann)

Leitfaden zum Qualitätsmanagement

Es gab zum Ende der Sitzung nach den vielen personellen Entscheidungen auch noch etwas Inhaltliches: Die konstituierende Sitzung der Kammerversammlung in der 2. Wahlperiode beschäftigte sich erstmalig mit dem vom Ausschuss für Qualitätssicherung vorgelegten Entwurf „Qualitätsrelevante Aspekte in der ambulanten psychotherapeutischen Praxis – Leitfaden zum Qualitätsmanagement“. Es gab viel Anerkennung für die geleistete Arbeit und Zustimmung zur grundlegenden Tendenz die-

ses Entwurfs sowie einige Ideen für die weitere Arbeit des Ausschusses.

Nach der Wahl

Die überzeugenden Voten bei der Vorstandswahl, die uns als „alte“ Vorstandsmitglieder bestätigt hat, haben wir zum einen als Bestätigung der bisher geleisteten Arbeit verstanden und als Auftrag, diese Arbeit in den kommenden 5 Jahren in ähnlicher Weise engagiert fortzusetzen; zum anderen haben wir darin aber auch ein deutliches Signal gefunden, dass die neue Kammerversammlung an dem „niedersächsischen Modell“ einer ausgesprochen konstruktiven Zusammenarbeit festhalten will, die über verbandspolitische Interessen hinaus um von der Sache her gebotene Lösungen ringt.

Aus der Zeit nach der Wahl ist zu berichten, dass Frau Wetzorke sich entschieden hat, von ihrer Funktion als Beisitzerin zurückzutreten. Der Vorstand hat daraufhin Kontakt zur Gruppe KJP aufgenommen und vereinbart, dass bis zur Neuwahl auf der nächsten Kammerversammlung im August ein Gruppenmitglied benannt wird, das bei den Vorstandssitzungen die Interessen der KJP artikulieren kann.

Außerdem hat der Vorstand als Vorstandsbeauftragte benannt bzw. bestätigt:

- Herrn Dr. Bernd Borchard für den Bereich Forensik
- Frau Prof. Dr. Nina Heinrichs für Fragen der Palliativversorgung.

Darüber hinaus hat sich Dr. Matthias Engelhardt bereit erklärt, für die Behandlung von Honorarfragen zur Verfügung zu stehen.

Wir wünschen uns und Ihnen, dass wir in den nächsten fünf Jahren neben der Wahrnehmung berufsrechtlicher Aufgaben die Interessen aller PP und KJP erfolgreich verfolgen können; dabei liegt uns besonders am Herzen, dass sich die angestellten PP und KJP mit ihren Anliegen als gleichberechtigt vertreten sehen.

Ihr alter und neuer Vorstand:

Dr. Lothar Wittmann, Gertrud Corman-Bergau, Werner Köthke, Prof. Dr. Hans-Joachim Schwartz

Satzung des PVW: Änderungen

Die folgende Änderung der Satzung des PVW haben Sie wegen Eilbedürftigkeit bereits per Post erhalten – aus rechtlichen Gründen müssen wir sie im PTJ noch einmal veröffentlichen.

Die Satzung des Psychotherapeutenversorgungswerks (PVW) wird durch Beschluss der Kammerversammlung vom 24.11.2004 und nach Genehmigung durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit am 14.12.2004 (Az.: 405 – 41936) wie folgt geändert

§ 16 Ausscheiden aus dem Psychotherapeutenversorgungswerk Freiwillige Mitgliedschaft

§ 16 Abs. 3 wird wie folgt geändert:

(3) Die freiwillige Mitgliedschaft kann durch schriftliche Austrittserklärung beendet werden. Beiträge (§§ 17,18), Beiträge aus Nachversicherungen (§ 25) und freiwillige Mehrzahlungen werden nicht erstattet.

§ 16 erhält einen neuen Abs.

(4) Endet die freiwillige Mitgliedschaft nach Abs. 3, so bleibt die Anwartschaft auf Versorgung nach Maßgabe des § 34 aufrechterhalten.

§ 17 Pflichtbeitrag

§ 17 erhält einen neuen Absatz

(5) Bezieher von Arbeitslosengeld II, die sich von der Pflichtmitgliedschaft in der gesetzlichen Rentenversicherung haben befreien lassen, sind verpflichtet, den Regelpflichtbeitrag in Höhe des Zuschusses, der ihnen von der Bundesagentur für Arbeit oder von einem zugelassenen kommunalen Träger gewährt wird, zu zahlen.

§ 19 Beitragspflichtiges Einkommen

§ 19 erhält einen neuen Absatz

(4) Beitragspflichtiges Einkommen für Bezieher von Arbeitslosengeld II ist das dem Min-

destbeitrag in der gesetzlichen Rentenversicherung zu Grunde liegende Bemessungsentgelt.

§ 24 Ruhen der Beitragspflicht

§ 24 Abs. 1 und Abs. 3 werden wie folgt geändert:

(1) Bei Mitgliedern, die Arbeitslosengeld, Krankengeld oder Unterhaltsgeld beziehen und bei Mitgliedern, die während der Dauer ihrer Arbeitslosigkeit oder Krankheit keinen Leistungsanspruch haben, ruht die Beitragspflicht auf Antrag. Dies gilt auch für Mitglieder, die Wehr- oder Ersatzdienst leisten, und für Mitglieder, die während des Zeitraums, der der Dauer eines gesetzlichen Beschäftigungsverbots vor und nach der Entbindung entspricht, nicht erwerbstätig sind oder nach den Vorschriften des Bundeserziehungsgeldgesetzes dem Grunde nach Anspruch auf Erziehungsgeld haben.

(3) Bei Mitgliedern, die Arbeitslosengeld, Krankengeld oder Unterhaltsgeld beziehen, sind die Lohnersatzleistungen das beitragspflichtige Einkommen.

§ 26 Überleitung von Beiträgen

§ 26 Abs. 3 wird wie folgt geändert:

(3) Abweichend von Absatz 2 kann das bisherige Mitglied Beitragsrückgewähr beantragen, wenn es für weniger als 60 Monate Beiträge entrichtet hat und die Anwartschaft auf die Altersrente im Zeitpunkt der Beendigung der Mitgliedschaft eine Monatsrente von einem Fünftel der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze nicht erreicht, oder die Antragstellerin oder der Antragsteller nicht Deutsche oder Deutscher im Sinne des Art. 116 des Grundgesetzes ist und die Bundesrepublik Deutschland auf Dauer verlässt.

§ 27 Versorgungsleistungen

§ 27 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

(2) Die Hinterbliebenen von Mitgliedern erhalten Witwen- und Witwerrente sowie Waisenrente (§ 32 Abs. 2).

§ 27 erhält einen neuen Abs.

(3) Die Hinterbliebenen von Mitgliedern erhalten Partnerinnen- und Partnerrente nach Maßgabe des § 46 Abs. 2 dieser Satzung.

§ 27 Abs. 3 wird Abs. 4:

(4) Die Bewilligung von Zuschüssen zu Rehabilitationsmaßnahmen ist in das Ermessen des PVW gestellt.

§ 27 Abs. 4 wird Abs. 5 und wie folgt geändert:

(5) Renten, die einen Monatsbetrag von eins von Hundert der monatlichen Bezugsgröße in der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 18 SGB IV) nicht überschreiten, werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen abgefunden und erlöschen mit Zahlung der Abfindung.

§ 32 Witwen-, Witwer-, Partnerin-, Partner- und Waisenrente

§ 32 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

(1) Anspruch auf Witwen- oder Witwerrente hat der überlebende Ehegatte eines Mitglieds, wenn die Ehe bis zum Tod des Mitglieds bestanden hat. Der Anspruch besteht nicht, wenn die Ehe erst nach Eintritt der Berufsunfähigkeit oder nach der Vollendung des 60. Lebensjahres geschlossen wurde. Die Witwen- oder Witwerrente beträgt 60 von Hundert der sich nach § 29 oder § 31 ergebenden oder dem verstorbenen Mitglied zuletzt gezahlten Rente.

§ 32 erhält einen neuen Abs. 2

(2) Nach Maßgabe des § 46 Abs. 2 hat Anspruch auf Partnerinnen- oder Partnerrente die überlebende Partnerin oder der überlebende Partner einer eingetragenen Partnerschaft eines Mitglieds, wenn die Partnerschaft bis zum Tod des

Mitglieds bestanden hat. Der Anspruch besteht nicht, wenn die Partnerschaft erst nach Eintritt der Berufsunfähigkeit oder nach der Vollendung des 60. Lebensjahres geschlossen wurde. Die Partnerinnen- oder Partnerrente beträgt 60 von Hundert der sich nach § 29 oder § 31 ergebenden oder dem verstorbenen Mitglied zuletzt gezahlten Rente.

§ 32 Abs. 2 wird zum neuen Abs. 3

§ 32 Abs. 3 wird zum neuen Abs. 4

§ 32 Abs. 4 wird zum Abs. 5 und wie folgt geändert:

(5) Der Anspruch auf Hinterbliebenenversorgung erlischt für jeden Berechtigten mit Ablauf des Monats, in dem er stirbt, für Witwen, Witwer außerdem mit Ablauf des Monats, in dem die oder der Berechtigte heiratet.

§ 32 erhält einen neuen Abs. 6

(6) Der Anspruch auf Partnerinnen- oder Partnerrente erlischt mit Ablauf des Monats, in dem der Berechtigte stirbt oder eine andere eingetragene Partnerschaft oder Ehe eingeht.

§ 34 Aufrechterhaltene Anwartschaft

§ 34 Abs. 1 und 2 werden wie folgt geändert:

(1) Wird die Anwartschaft auf Versorgung nach Wechsel in ein anderes Versorgungswerk ohne

Überleitung (§ 26) oder nach Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft (§ 16 Abs. 3) aufrechterhalten, so hat das frühere Mitglied Anspruch auf Berufsunfähigkeits- und auf Altersrente in der bei Ende der Mitgliedschaft unter Berücksichtigung zeitlich nachfolgender Anpassungsmaßnahmen erreichten Höhe, bei Berufsunfähigkeit jedoch ohne Berücksichtigung von Zurechnungszeiten (§ 31 Abs. 3).

(2) Beim Tod des früheren Mitglieds besteht Anspruch auf Witwen-, Witwer-, und Waisenrente, sofern die Voraussetzungen des § 32 vorliegen. Die Höhe der Hinterbliebenenbezüge errechnet sich aus der Altersrente nach Absatz 1 dieser Vorschrift.

§ 34 erhält einen neuen Abs. 3:

(3) Beim Tod des früheren Mitglieds besteht Anspruch auf Partnerinnen- und Partnerrente, sofern die Voraussetzungen der §§ 32 und 46 Abs. 2 vorliegen. Die Höhe der Hinterbliebenenbezüge errechnet sich aus der Altersrente nach Absatz 1 dieser Vorschrift.

§ 34 Abs. 3 wird zum neuen Abs. 4

§ 46 In-Kraft-Treten

§ 46 Satz 1 wird zum neuen Abs. 1

§ 46 erhält einen neuen Abs. 2:

(2) Die §§ 27 Abs. 3, 32 Abs. 2 und 6 und § 34 Abs. 3 finden Anwendung mit dem In-Kraft-Treten vergleichbarer Ansprüche auf Partnerinnen- und Partnerrenten in der gesetzlichen Rentenversicherung im Sozialgesetzbuch VI.

Geschäftsstelle

Psychotherapeutenkammer
Niedersachsen

Roscherstr. 12

30161 Hannover

Tel.: 0511/850304-30

Fax: 0511/850304-44

Mo, Mi – Fr: 09.00 – 12.00 Uhr

Mo – Do: 13.30 – 15.00 Uhr

Beitragsangelegenheiten:

Mo, Mi-Fr: 09.00 – 12.00 Uhr

Mo-Do 13.00 – 13.30 Uhr

Mail-Anschrift: info@pk-nds.de

Mail-Anschrift für Fragen der

Akkreditierung: Akkreditierung@pk-nds.de

Internet: www.pk-nds.de



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

13. Kammerversammlung am 12.03.05 in Dortmund

Hausarztzentrierte Versorgung

Die Mitglieder der Kammerversammlung beschäftigten sich zunächst mit der Bedeutung der hausarztzentrierten Versorgung für die zukünftige Berufstätigkeit. Referiert wurden Ergebnisse und Erfahrungen mit hausärztlichen Versorgungsmodellen im In- und Ausland. Kernelemente bisheriger klassischer Hausarztmodelle waren die Einschreibung der Patienten, Überweisung durch den Hausarzt als Gatekeeper in fachärztliche oder stationäre Behandlungen und die pauschale Vergütung des Hausarztes. Internationale Vergleiche ergaben, dass die Zugangskontrolle zu stationären und fachärztlichen Leistungen den Anstieg ambulanter Gesundheitskosten zwar mildern können, die gesamtwirtschaftliche Entwicklung und Anteil der Steuerfinanzierung des Gesundheitssystems aber weit stärkere Effekte auf die Höhe und die Steigerungsraten der Gesundheitsausgaben haben. Konsultationszeiten bei den ärztlichen Leistungserbringern waren insgesamt kürzer. Die Kenntnis der Behandler vom Patienten war aber nicht besser und die Arzt-Patientenbeziehung nicht stabiler als im herkömmlichen Versorgungssystem. Insofern ist weiterhin fraglich, ob und vor allem unter welchen Bedingungen Hausarztmodelle zu einer Verbesserung der Versorgung führen können.

Allerdings hat der Gesetzgeber mit den Regelungen im GMG (§ 73b SGB V) die hausarztzentrierte Versorgung eingeführt und die Krankenkassen verpflichtet, zur Sicherstellung der hausarztzentrierten Versorgung mit besonders qualifizierten Hausärzten Verträge zu schließen. Im Rahmen solcher Verträge ist auch der Zugang zum Psychotherapeuten an eine Überweisung durch den Hausarzt gebunden. Wie aktuell beim Vertrag zwischen Barmer Ersatzkasse und dem Hausärzterverband, können die Versicherten wählen, ob sie sich in den Vertrag einschreiben. Die Krankenkassen

sehen solche Verträge als Einstieg in den Aufbau integrierter Versorgungsmodelle mit stärker standardisierten Behandlungspfaden insbesondere für chronisch kranke und ältere Patienten und nutzen daher auch die Möglichkeit, durch Bonusmodelle die Versicherten für die Teilnahme an diesen Verträgen zu motivieren.

Dadurch eröffnen sich hier auch Chancen, die Psychotherapie stärker in die Behandlungsleitlinien zu integrieren. Die Zugangswege zur Psychotherapie hängen von der jeweiligen Vertragsgestaltung ab. Besonders wichtig wird daher für die Zukunft sein, dass die Psychotherapeuten sich stärker in die Diskussion um die hausarztzentrierte und die integrierte Versorgung einschalten und konkrete Konzepte entwickeln, wie einerseits eine rechtzeitige Verweisung von Patienten mit psychischen und psychisch mitbedingten Erkrankungen zum Psychotherapeuten erreicht werden, andererseits eine fachgerechte Behandlung ohne ständige Eingriffe durch Berichtspflichten oder Überweisungsnotwendigkeiten während einer laufenden Behandlung gewährleistet werden kann.

Psychotherapeuten-Versorgungswerk NRW (PTV) vergrößert sich

Einstimmig beschlossen wurde auf Antrag des PTV-Verwaltungsrates eine Satzungsänderung des Versorgungswerks. Sie ermöglicht, dass alle dem PTV beigetretenen Länderkammern zukünftig paritätisch in der Vertreterversammlung des PTV vertreten sind. Die Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg hat im November 2004 beschlossen, dem PTV Nordrhein-Westfalen beizutreten. Um diesen Beitritt zu ermöglichen, muss ein Staatsvertrag zwischen den Ländern Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg geschlossen werden.

Der Verwaltungsrat des PTV NRW und der Vorstand der PTK NRW arbeiten zusammen mit den zuständigen Aufsichtsministerien darauf hin, dass dieser Vertrag baldmöglichst abgeschlossen werden kann.

Weiterbildungsordnung auf dem Weg

Die Diskussion um Notwendigkeit, Struktur und Inhalte einer Weiterbildungsordnung wurde weitergeführt. Kontroverse Positionen gibt es dabei vor allem hinsichtlich der Bedeutung von Weiterbildungsregelungen für die zukünftige Entwicklung der Berufstätigkeit, die Chancen und Risiken der Einführung von definierten Zusatzqualifikationen im Hinblick auf die Approbation und die Abgrenzung zwischen Fort- und Weiterbildung. Der Antrag des Vorstands, den Ausschuss für Fort- und Weiterbildung in Kooperation mit dem Vorstand zur Erarbeitung einer Weiterbildungsordnung zu beauftragen, wurde einstimmig angenommen. Ein erster Entwurf für eine Weiterbildungsordnung liegt bereits vor und wird auf der 14. Kammerversammlung beraten.

Keine Kostenbeteiligung von Eltern und Kindern an Beratungsleistungen!

Die Kammerversammlung lehnte den Entwurf eines Kommunalen Entlastungsgesetzes einhellig ab und schloss sich der entsprechenden Stellungnahme der BPTK vollinhaltlich an.

Sie begrüßte die Initiative des Kammervorstands, zu diesem Thema alle Landtags- und Bundestagsabgeordneten sowie die Landesjugendämter und die Landesregierung anzuschreiben und ebenfalls zur Ablehnung aufzufordern.

Der von Bayern gemeinsam mit den kommunalen Spitzenverbänden vorgelegte

Entwurf eines kommunalen Entlastungsgesetzes (KEG) fand im Bundesrat mehrheitlich Zustimmung. Den Bundesländern soll es mit dem KEG ermöglicht werden, für ambulante Hilfen zur Erziehung nach § 27 SGB VIII und die Erziehungsberatung nach § 28 SGB VIII eine Kostenbeteiligung in Form pauschalierter Beiträge zu erheben. Vor dem Hintergrund des steigenden Bedarfs an Erziehungsberatung, seiner präventiven Funktion und Bedeutung für die Früherkennung und rechtzeitige Behandlung psychosozialer Entwicklungsstörungen hätte eine Kostenbeteiligung fatale Wirkung. Gerade Kinder sozial benachteiligter Familien bedürfen verstärkter Gesundheitsvorsorge. Durch die geringe Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen in sozial schlechter gestellten Bevölkerungsgruppen ist das Entstehungsrisiko psychischer und psychosomatischer Erkrankungen erhöht. Dem ist nur mit niederschweligen Angeboten zu begegnen. Denn, wie sich aktu-

ell im medizinischen Sektor zeigt, führen Kostenbeteiligungen der Patienten eher zur Reduktion der Inanspruchnahme.

Mit der Begründung, Abgrenzungs- und Zuständigkeitsprobleme zwischen Jugend- und Sozialhilfe zu lösen, soll künftig die Zuständigkeit für seelisch behinderte und von einer Behinderung bedrohte Jugendliche aus der Jugendhilfe (SGB VIII) gänzlich in die Sozialhilfe (SGB XII) verlagert werden. Hierbei wird übersehen, dass Kinder mit Entwicklungsstörungen vom Grade einer Behinderung zum Erhalt oder der Verbesserung ihrer sozialen Integration psychosoziale und psychotherapeutische Hilfen benötigen, die nur in Kooperation mit der Jugendhilfe oder anderer Kostenträger des Gesundheitswesens realisiert werden können. Zur Verbesserung dieser Kooperation hilft allein eine formale Zuständigkeitsregelung in der Sozialgesetzgebung nicht weiter. Dagegen sollte die Nach-

haltigkeit der Kinder- und Jugendhilfe durch eine rechtzeitige und sachgerechte Hilfgewährung sowie das Angebot einer adäquaten Infrastruktur durch gesetzliche Regelungen gesichert werden.

Auf die entsprechenden Schreiben der PTK NRW hin hat die Landesregierung versichert, dass das Land NRW den Entwurf des KEG ablehnt und sich auch im Bundesrat entsprechend verhalten hat. Von Seiten verschiedener Bundestagsabgeordneter aus NRW wurde mitgeteilt, dass man das Vorhaben ebenfalls ablehnen wolle.

Landtagsabgeordnete verschiedener Fraktionen haben die Bereitschaft signalisiert, die Forderungen der Kammer hinsichtlich eines angemessenen Versorgungsangebots für Kinder und Jugendliche auch in Zukunft zu unterstützen. Hierzu wird der Kammervorstand nach den Landtagswahlen Gespräche vereinbaren.

Tagung Maßregelvollzug: Mehr Psychotherapie – Strukturreform überfällig

Die Psychotherapeutenkammer NRW veranstaltete am 24. Februar 2005 an der Universität Duisburg-Essen eine Tagung mit der Frage „Wie viel Krankenhaus braucht der Maßregelvollzug?“ Psychisch kranke Straftäter brauchen mehr Therapie, darin waren sich alle Teilnehmer einig. Anders als im normalen Strafvollzug kann ein Häftling im Maßregelvollzug nicht einfach nach einer festgelegten Zeit entlassen werden. Voraussetzung für die Entlassung ist, dass vom Patienten keine Gefahr mehr für andere Menschen ausgeht. Der Maßregelvollzug muss daher Inhaftierte wirksam behandeln, bevor er sie entlässt. Aus diesem Grund bekommt die therapeutische Arbeit mit den psychisch kranken Straftätern im forensischen Vollzug einen besonderen Stellenwert. Mehr Sicherheit ist auch durch mehr Therapie zu erzielen.

„In der Versorgung psychischer Störungen und Krankheiten wird seit Jahrzehnten erhebliches geleistet“, betonte Cornelia Prüfer-Storcks, Staatssekretärin im NRW-Gesundheitsministerium. Dies geschieht in

der Regel, ohne dass die Therapeuten dafür besonders viel Aufmerksamkeit und Anerkennung erhielten.

Traditionell ist die Auseinandersetzung um den Maßregelvollzug durch das Spannungsfeld zwischen Gefängnis und Krankenhaus geprägt. Die klassische Unterbringung von psychisch kranken Straftätern kenne vorrangig das psychiatrische Krankenhaus, das nach ärztlichen Gesichtspunkten gestaltet sei, führte der Kriminologe Hellmut Pollähne aus. Die Wirksamkeitsforschung bei forensischen Patienten hat dagegen in den vergangenen Jahren gezeigt, wie entscheidend psychotherapeutische Konzepte bei der Behandlung der Häftlinge sind. „Als unverzichtbar“, betonte Prof. Peter Fiedler von der Universität Heidelberg, „wird inzwischen eine gründliche und sorgsame Vorbereitung der Straftäter auf die Zeit nach der Entlassung betrachtet.“ Letztlich ist jedoch auch nicht davon auszugehen, dass alle psychisch kranken Straftäter geheilt entlassen werden können. Vielmehr steigt die Zahl der Langzeitpatienten ständig.

„Der Maßregelvollzug muss stärker seiner Kernaufgabe gerecht werden und das kann er nur, wenn die psychotherapeutischen Kompetenzen in die Krankenbehandlung einfließen“, stellte Monika Konitzer, Präsidentin der Psychotherapeutenkammer NRW, auf dem Essener Forum klar. „Das erfordert auch, mehr Psychologische Psychotherapeuten in Leitungsfunktionen zu heben. Das Maßregelvollzugsgesetz in NRW ermöglicht dies seit dem 1. Januar 2004.“ Diese bisher in Deutschland einmalige Möglichkeit wird jedoch von den Vollzugsträgern bisher kaum genutzt, wurde auf der Tagung übereinstimmend festgestellt.

Die PTK NRW und die Maßregelvollzugskommission haben mit der Veranstaltung einen weiteren Vorstoß gemacht, die entscheidende Bedeutung der Psychotherapie an der Umsetzung der Behandlungsziele im Maßregelvollzug hervorzuheben und notwendige, gesetzlich vorgesehene Strukturveränderungen in den Einrichtungen einzufordern.

Entziehung ohne psychotherapeutische Behandlung und Nachsorge erfolglos – Bericht vom 3. Kooperationstag Sucht und Drogen

Im Horion-Haus, Köln, der Hauptverwaltung des Landschaftsverbandes Rheinland, fand am 13.04.2005 der 3. Kooperationstag „Sucht und Drogen“ statt. Die vom NRW-Gesundheitsministerium geförderte und von der Landeskoordinationsstelle Sucht durchgeführte Veranstaltung war eine Aktivität im Rahmen des Landesprogramms gegen Sucht. Zu Einführungsvorträgen und nachmittäglichen Workshops kamen ca. 400 Teilnehmer, die sich im Foyer über die Arbeit von Psychotherapieeinrichtungen, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen und Forschungseinrichtungen informieren konnten. Das Forum stand unter dem viel versprechenden Motto „Wissen sucht Wege“. Auf der Veranstaltung wurde eine Erkenntnis in den Vordergrund gerückt, die für Psychotherapeuten alles andere als neu ist. Entscheidend für eine erfolgreiche Suchtbehandlung mit wirksamer Entwöhnung des Substanzkonsums sind Psychotherapie und psychosoziale Nachsorge, was in dem Eingangsreferat noch einmal durch empirische Forschungsergebnisse unter-

mauert wurde. Studien zur Evaluation von Behandlungsprogrammen bei substanzbedingten Suchterkrankungen haben in verschiedenen Ländern stets zu gleichen Ergebnissen geführt: Die reine körperliche Entgiftung oder Entwöhnung bleibt nutzlos und senkt nicht die Rückfallrate, wenn sich daran nicht eine auf die individuelle Problemlage zugeschnittene Psychotherapie und psychosoziale Nachsorge anschließen. Im Gegenteil: Insbesondere bei der Alkoholabhängigkeit führt die wiederholte Entwöhnung bei Rückfällen zu einem so genannten Kindling-Effekt, wobei sich die psychopathologischen und somatischen Störungen als Folge des Substanzmissbrauchs verschlimmern. Zur Reduktion von Rückfällen spielen Psycho- und Verhaltenstherapie neben Beratungsmaßnahmen eine entscheidende Rolle.

Für die Entwicklung übergreifender Hilfeverbundsysteme müssen die klassischen Einrichtungen der Drogenhilfe und Beratung, die Angebote der Jugendhilfe und des Gesundheitsversorgungssystems stär-

ker einbezogen und miteinander verzahnt werden, betonte die Staatssekretärin Cornelia Prüfer-Storcks beim Pressegespräch. Die vier Millionen suchtgefährdeten Jugendlichen in NRW gezielt anzusprechen, sei vorrangig für die Früherkennung von Suchtrisiken. Gerade in dieser Altersgruppe steigt der Drogen- und Tabakkonsum, dazu haben 40 % Erfahrung mit der Einstiegsdroge Cannabis. Vor dem Hintergrund der zu erwartenden Präventionsgesetzgebung sehe die Landesregierung einen zukünftigen Handlungsschwerpunkt darin, Präventions- und Hilfsangebote vor allem für Kinder und Jugendliche in das bestehende örtliche Suchthilfesystem einzubauen. Sofern die Entwicklung dahin geht, werden das qualifizierte Wissen und das Tätigkeitsfeld von PP und KJP in den entsprechenden Einrichtungen weiter an Bedeutung gewinnen. In diesem Zusammenhang gilt es auch dafür zu sorgen, dass Gesetzesinitiativen wie das KEG, die im Endeffekt zur Hörschwelligkeit der Beratungsangebote führen, nicht Raum greifen.

Notfallpsychotherapie in NRW: Gut gerüstet für Großschadensereignisse

Erfolgreiche Kommissionsarbeit

Zur Unterstützung des Vorstands bei der Umsetzung des Runderlasses des nordrhein-westfälischen Gesundheitsministeriums wurde die Kommission „Großschadensereignisse“ eingerichtet. Sie berät den Vorstand in Fragen der Vorsorgeplanung für die gesundheitliche Versorgung bei Großschadensereignissen. Der Erlass sieht vor, dass die untere Gesundheitsbehörde mit Hilfe der zuständigen Heilberufskammern Leitende Notfallpsychologinnen und -psychologen vorsieht und PP und KJP in ihrem Bezirk erfasst.

Im Fall der akutpsychotherapeutischen Versorgung bei Großschadensereignissen sind im Benehmen mit der Psychothe-

rapeutenkammer, den Kreisstellen/Bezirkstellen der KVen und den Hilfsorganisationen Maßnahmen zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von leichter psychisch Verletzten in den Praxen niedergelassener ärztlicher und psychologischer PPs und KJPs vorzusehen.

Derzeit werden von der Kommission folgende Aufgaben wahrgenommen.

- Beratung bei der Integration und Einbindung der beiden neuen Heilberufe in die Strukturen des Katastrophenschutzes, insbesondere in die Strukturen der Feuerwehren und des Rettungswesens.
- Beschreibung und Definition der Schnittstellen zu allen anderen am Rettungseinsatz beteiligten Berufsgruppen.

- Vorschläge zu einem Anforderungsprofil für zukünftige Notfallpsychologinnen / Notfallpsychotherapeutinnen der Landespsychotherapeutenkammer NRW, unter Berücksichtigung vorhandener notfallpsychologischer und -psychotherapeutischer Kompetenzen der Kammermitglieder.
- Beratung bei der Entwicklung einer Fortbildung für zukünftige Notfallpsychotherapeuten verschiedener Funktionen in NRW gemäß den Empfehlungen der Bundespsychotherapeutenkammer und Durchführung einer ersten Fortbildungsveranstaltung.
- Teilnahme der Kommissionsmitglieder an einer Großschadensübung der Einsatzkräfte in Köln.
- Beratungen bei der geplanten Einbeziehung notfallpsychotherapeutischer

Versorgung im Rahmen des Weltjugendtages in Köln und weitere Veranstaltungen 2006.

Die Kommission intensivierte den Kontakt zu den Verantwortlichen der Einsatzleitung. Auf der Fortbildung der PSU-Kräfte (PSU= Psychosoziale Unterstützung) am Institut der Feuerwehr in Münster zum Thema der „Psychosozialen Unterstützung bei Großschadensereignissen“ wurde zur notfallpsychologischen und -psychotherapeutischen Versorgung referiert, was im Herbst dieses Jahres auf der Tagung der Fachberater Seelsorge im Landesfeuerwehrverband in Bergneustadt wiederholt wird.

Das Einsatzkonzept der Feuerwehr wurde von dem verantwortlichen Einsatzleiter auf einem Treffen in der Kammergeschäftsstelle der Kommission vorgestellt. Diskutiert wurde die Einbindung der Notfallpsychotherapeuten neben dem Notärztlichen in den Dienst der psychosozialen Unterstützung und Versorgung. Notfallpsychotherapie wird hier ein eigenständiges, eng in den Rettungsplan eingebundenes Versorgungsfeld sein, welches eine eigene hierarchische Struktur im Bereich der psychosozialen und Unterstützungsdienste (PSU) hat.

Bündnis Depression in Düsseldorf: Kammer ruft zur aktiven Mitarbeit auf

Das „Düsseldorfer Bündnis gegen Depression“ ist das erste in Nordrhein-Westfalen. Es verfolgt das Ziel, durch Wissensvermittlung, Informationsaustausch, Projektierung von Aktivitäten und Öffentlichkeitsarbeit alle Bereiche des Versorgungssystems, der psychosozialen Betreuung, des Bildungs- und Erziehungssystems einschließlich der Betroffenen selbst enger zu vernetzen. Unterstützt wird das Bündnis unter Federführung der Ärztekammer Nordrhein von weiteren Institutionen des Gesundheitswesens. Auch die Psychotherapeutenkammer ist im Unterstützerkreis vertreten. Ein Schwerpunkt soll insbesondere auf Informations- und Präventionsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche sowie Senioren gelegt werden, so wurden die projektierten Aktivitäten auf der Auftaktveranstaltung des Bündnisses beschrieben. Zu den Vorträgen am 16.

Eine Fortbildungsveranstaltung zur Einführung in die Notfallpsychotherapie wurde entwickelt, terminiert und den Kammermitgliedern bekannt gegeben. Diese stieß auf überwältigende Nachfrage und wird deshalb wiederholt angeboten werden. Weiterqualifizierende Fortbildungsangebote für angehende leitende Notfallpsychotherapeuten sind in Vorbereitung.

Engagiert und qualifiziert fortgebildet

Der aus traurigem Anlass durchgeführten Anfrage bei allen Kammermitgliedern nach freien Psychotherapieplätzen für akut Traumatisierte der Flutkatastrophe in Ostasien wurden Fragen zu beruflichen Erfahrungen in Leitungs- und Versorgungsfunktionen bei notfallpsychotherapeutischen Einsätzen angefügt. Mit dieser Umfrage erhielt die Kammer alle erforderlichen Basisdaten, um auch mittelfristig psychotherapeutische Ressourcen im Falle von Großschadensereignissen einzubinden. Die Ergebnisse der Umfrage weisen auf ein hohes Fortbildungsniveau von PP und KJP hin: Von den knapp 2.000 Rückmeldungen der „Flutanfrage“ gaben 25 % qualifizierte Fortbildungen in Psychotraumatologie als auch Behandlungserfahrungen in diesem Bereich an. Viele verfügen über Erfahrungen aus Rettungseinsätzen.

April 2005 kamen knapp 290 Teilnehmer aus allen Bereichen der psychotherapeutischen Versorgung und anderen Institutionen des Gesundheitswesens, darunter die Kammervertreter aus den Arbeitskreisen des Bündnisses.

Die Bedeutung depressiver Erkrankungen für das Individuum und die Gesellschaft zeigt sich nicht nur in ihren steigenden Zahlen, den dadurch bedingten Arbeitsausfalltagen und Frühberentungen, sondern gerade in ihrem hohen Suizidrisiko. Die 11.000 Suizide pro Jahr in der Bundesrepublik bei 100.000 Suizidversuchen rangieren in der Todesursachenstatistik noch deutlich vor den Verkehrstoten und Aidsopfern.

Um die Kammermitglieder der Region Düsseldorf über die Bündnisaktivitäten zu informieren, sowie Fortbildungswünsche

und ihre Bereitschaft zu erfragen, als Informationsvermittler aktiv zu werden, wurden die über 300 in Düsseldorf berufstätigen Psychotherapeuten (KJP/PP) angeschrieben. Nach ca. 10 Tagen haben mehr als 1/3 der angeschriebenen Psychotherapeuten ihr Interesse an den Bündnisaktivitäten der Geschäftsstelle gemeldet. Knapp 20 % davon zeigten ihre Bereitschaft an, sich aktiv an Fortbildungsaktivitäten und der Informationsvermittlung zu beteiligen, worauf sich die Kammer für ihre Aktivitäten stützen kann. Erste Abstimmungsgespräche wurden initiiert. Die Kammeraktivitäten werden drei Stoßrichtungen verfolgen:

- Unterstützung von Aufklärung und Information über Krankheitsbild und Behandlung depressiver Störungen,
- Unterstützung der Foren zur Lösung von Versorgungsfragen und der Entwicklung innovativer Konzeptideen,
- begleitende Presse- und Öffentlichkeitsarbeit.

Im Verlauf depressiver Erkrankungen sind psychotherapeutische Behandlungsformen immer indiziert. Bei einem Großteil depressiver Syndrome sind sie die wirksamsten Therapiemethoden. Deshalb müssen die Kompetenzen der Psychotherapeuten mit entsprechendem Gewicht in die Aktivitäten der Depressionsbündnisse eingebunden werden. Hierbei wird der Erfolg der Kammerarbeit durch das Engagement der Kammermitglieder bestimmt. Dafür bestehen Möglichkeiten: Weitere Initiativen für regionale Bündnisse gegen Depression entwickeln sich zurzeit in Bochum, Aachen und sind in weiteren Städten Nordrhein-Westfalens in Planung.

Am Rande bemerkt

Mit Einfallsreichtum wird die Öffentlichkeit der Stadt Essen für das Thema „Häusliche Gewalt“ sensibilisiert. Die Kooperation von örtlicher Gleichstellungsstelle, lokalen Betreuungseinrichtungen für Frauen und Kinder mit einem Essener Unternehmen hat zu einer einprägsamen, ungewöhnlichen Lösung geführt, um die Handlungsempfehlungen des Gesundheitsministeriums NRW zur Bekämpfung häuslicher Gewalt umzusetzen. „Gewalt kommt nicht in die Tüte!“ liest man auf den Brötchentüten einer Großbäckerei, auf der Rückseite Adressen von Hilfseinrichtungen.

Beratung am Telefon

Beratung durch Rechtsanwalt

Mi.: 14.00-15.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 0

Mitgliederberatung durch den Vorstand

Mo: 12.30-14.00 Uhr;
17.30-18.00 Uhr
Di: 12.30-14.00 Uhr;
18.30-20.00 Uhr
Fr: 11.00-12.00 Uhr;
12.30-14.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 27

Sprechstunde der Präsidentin

Mo: 12.00-13.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 0

Beratung von Angestellten für Angestellte:

Mi: 13.00-14.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 0

Veranstaltungs- ankündigung

Gemeinsame **Veranstaltung des Hochschulverbund Fortbildung Psychotherapie NRW** und der **Psychotherapeutenkammer NRW**:

**1. Universitärer
Fortbildungskongress
Psychotherapie NRW**
14. /15. Oktober 2005 in Bochum

Der Kongress wird neben einigen Plenarvorträgen aus ca. 25 5-stündigen Workshops bestehen, in denen aktuelle Forschungsentwicklungen für die Praxis vermittelt werden sollen. Das genaue Programm wird im Sommer 2005 vorliegen. Alle Kammermitglieder werden rechtzeitig zur Tagung eingeladen.

Kontakt:

Dipl.-Psych. Christoph Koban, Ruhr-Universität Bochum, Fakultät für Psychologie, 44780 Bochum, E-mail:
koban@kli.psy.ruhr-uni-bochum.de

Geschäftsstelle

Willstätterstr. 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211 522847-0
Fax 0211 522847-15
Mo – Do 8.30 – 16.30 Uhr
Fr 8.30 – 14.30 Uhr
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz

Befragung der Kammermitglieder in Rheinland Pfalz zu qualitätssichernden Maßnahmen und Aspekten der Bedarfsplanung

Der Ausgangspunkt

Das Sozialgesetzbuch V zur Gesetzlichen Krankenversicherung schreibt für angestellte und niedergelassene Psychologische Psychotherapeuten ab dem 1. Januar 2004 vor, „einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln“ (SGB V, §135a, Abs. 2). Weiterhin sorgen aktuell bekannt gewordene Überlegungen einer Expertenkommission des *Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen* für tendenzielle Besorgnis. Hierzu muss man wissen, dass dieser Bundesausschuss vom Gesetzgeber beauftragt ist, verbindliche Grundsätze zur Qualitätssicherung und Mindestanforderungen für ein Qualitätsmanagement festzulegen. Es mehren sich hierbei Anzeichen, dass über die Einführung des Qualitätsmanagements, die Akzeptanz weitreichender sog. qualitätssichernder Maßnahmen wie das eines Benchmarkings gebahnt werden soll. Gemeint sind direkte Vergleiche zwischen verschiedenen Praxen oder Kliniken hinsichtlich Dauer, Kosten, Therapieerfolg etc.

Bemerkenswert ist in dem Kontext, dass die Wirksamkeit der in der Diskussion befindlichen Maßnahmen zum Qualitätsmanagement und zur Qualitätssicherung wissenschaftlich nicht eindeutig nachgewiesen sind, was aber realistischerweise nichts an der Festschreibung von Richtlinien durch den gemeinsamen Bundesausschuss voraussichtlich im Frühsommer d. J. ändern dürfte.

Dass sich die überwiegende Zahl der Kammermitglieder durch Supervisionen, durch Fort- und Weiterbildungen o. ä. um eine gute Qualität ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit bemühen, steht außer Frage, sollte jedoch offensiv belegt und dokumen-

tiert werden. Denn zunehmend sehen wir uns einem stetig wachsenden und von außen an uns herangetragenem Bestreben um Kostenreduktion im Gesundheitswesen gegenüber, bei denen vermeintlich qualitätssichernde Maßnahmen zum Mittel der Durchsetzung genutzt werden. Ob hierdurch die Qualität der psychotherapeutischen Tätigkeit für den Patienten wirklich verbessert wird, muss doch stark bezweifelt werden.

Andererseits wittern eine Reihe von kommerziellen Anbietern mit ihren teilweise auch recht teuren Schulungen hier ihre ökonomische Chance.

Unser Anliegen

Viele Kolleginnen und Kollegen, die in den Kammern in Ausschüssen mit Fragen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung beschäftigt sind, kennen die mehr oder weniger verdeckten aversiven Reaktionen der Kammermitglieder, wenn solche Aspekte thematisiert bzw. aufgrund der Gesetzeslage thematisiert werden müssen. Die Reaktionen der Kammermitglieder sind letztlich durchaus verständlich, wenn man sich vergegenwärtigt, dass die Psychotherapeuten jahrelang um ihre Anerkennung als Berufsgruppe gerungen haben und sich jetzt wieder in die Lage zurückversetzt fühlen, die befürchtete oder angenommene Infragestellung der Qualität ihrer psychotherapeutischen Arbeit wiederholt belegen zu müssen. Andererseits verlangt die Rechtslage von den Psychologischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wie von allen anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen den Nachweis qualitätssichernder Maßnahmen.

Um sozusagen aus der Position des „verlängerten Zeigefingers“ des Gesetzgebers

herauszutreten als auch um unsere Kammermitglieder für die Problematik zu sensibilisieren, erwuchs im Ausschuss die Idee, zuallererst einmal diejenigen, die es betrifft, nach ihren bisherigen Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu befragen.

Die Umsetzung

Bei der Umsetzung haben wir versucht, einen guten und praktikablen Kompromiss zu finden, der Abstriche von einer ausführlichen und umfassenden Erhebung erforderlich machte, die sicherlich nur ein Bruchteil der Kammermitglieder beantwortet hätten und damit wenig aussagefähig gewesen wäre. Ziel der Erhebung war ein Fragebogen, der möglichst schnell auszufüllen und statistisch auswertbar war, andererseits aber Raum für Klartextmitteilungen bot.

Wir wählten folgende Fragenbereiche aus:

- Persönliche Angaben wie Alter, Geschlecht, Fachkunde, Arbeitsverhältnis, Fachgruppe (PP, KJP) etc.
- Erfassung der QS-Maßnahmen und deren persönliche Relevanz
- Verwendung standardisierter diagnostischer Verfahren
- Behandlung ausgewählter Patientengruppen
- Wartezeiten für Erstgespräche und Behandlungsbeginn
- Zusatzqualifikationen der Kammermitglieder

Das Ergebnis

Stichprobe / Repräsentativität

Anfang 2004 wurde allen Mitgliedern der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz ein dreiseitiger Fragebogen mit 20 Fragen zugeschickt. Von den zurückge-

sandten Fragebögen konnten insgesamt 443, d.h. 37,4 % statistisch ausgewertet werden, 2% der Fragebögen mussten wegen mehr als 20% fehlender bzw. fehlerhafter Angaben unberücksichtigt bleiben.

Weder das Alter der Stichprobe mit 47,2 noch der Anteil von 66 % Frauen unterschieden sich signifikant¹ von den Werten aller Kammermitglieder. Gleiches gilt für das Verhältnis von Psychologischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Hinsichtlich der sozialrechtlich relevanten Richtlinienverfahren war uns ein direkter Vergleich nicht möglich, da die Kammer nicht nur zwischen den verhaltenstherapeutischen und psychoanalytisch begründeten Verfahren spezifiziert, sondern mit der Systemischen Familientherapie (12,9%) und der Gesprächspsychotherapie (13,1%) zwei weitere Kategorien berücksichtigt.

Betrachtet man die Angaben zum Arbeitsverhältnis in unserer Stichprobe, so fällt auf, dass sich bei unserer Befragung etwas mehr Niedergelassene beteiligt hatten, als zu erwarten gewesen war.

Über ¾ der Befragten gaben an, Vollzeit beschäftigt zu sein, auch hier fehlen zum Vergleich verlässliche Angaben aller Kammermitglieder.

Es bleibt festzuhalten, dass sich trotz der vermeintlich geringen Rücklaufquote, die in dieser Größenordnung bei postalischen Befragungen nicht unüblich ist, unsere Stichprobe in wesentlichen Merkmalen nicht von denen aller Kammermitglieder unterscheidet. Spekuliert man über die Gründe der geringeren Rücklaufquote der angestellten Kollegen, so könnte dies als ein Hinweis für die immer mal wieder vermutete geringere Identifikationsneigung der angestellten Kollegen mit der Kammer gewertet werden.

Da es bei der hier vorgelegten Befragung der Kammermitglieder letztlich nicht um die inferenzstatistische Prüfung verschiedener Hypothesenkomplexe ging, haben wir auf die Verwendung einer ausgefeilten statistischen Analyse der Daten erst einmal verzichtet.

¹ Abschätzung der Signifikanz 2. Ordnung am hohen α -Fehler

	Stichprobe	Kammermitglieder
Alter in Jahren	47,2 (\pm 7,19)	47,7 (\pm 6,15)
Geschlecht (?)	66%	62,5%
Fachgruppe (PP/KJP/PP+KJP)	75%/11%/14%	79%/10,6%/10,4%
Richtlinienverfahren (VT/TP+PA)	61,4%/31,4%	-
Arbeitsverhältnis (angestellt/niedergelassen/sonstige)	33%/60%/7%	46,6%/52,6%/0,8%
Beschäftigung (Vollzeit/Teilzeit)	76%/24%	-

Tabelle 1: Charakterisierung der Stichprobe

Inanspruchnahme qualitätssichernder Maßnahmen

Zur besseren Übersicht und Auswertung hatten wir bei der Befragung den Kammermitgliedern eine Reihe von QS-Maßnahmen vorgegeben.

Vergleicht man hierzu die angestellten und niedergelassenen Kollegen hinsichtlich der mitgeteilten qualitätssichernden Maßnahmen, so ergibt sich unter Berücksichtigung der am häufigsten markierten Bereiche folgende Verteilung:

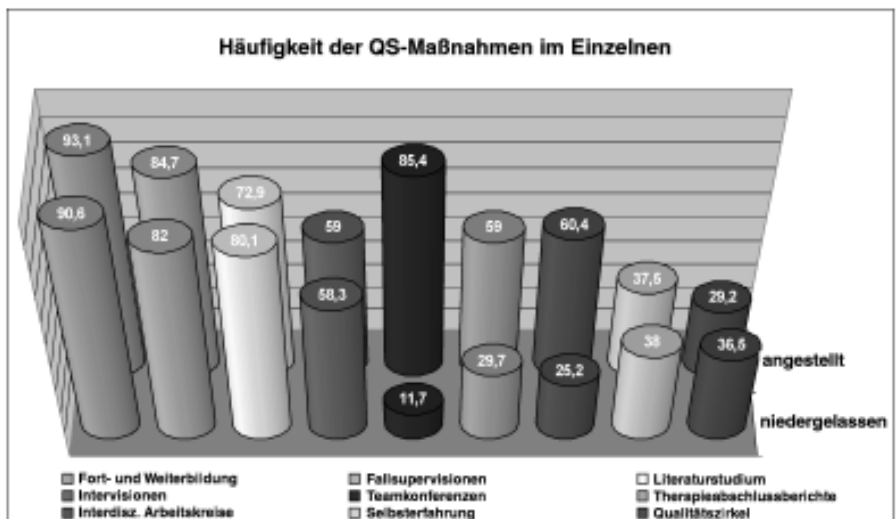


Abbildung 1: Häufigkeit der einzelnen QS-Maßnahmen

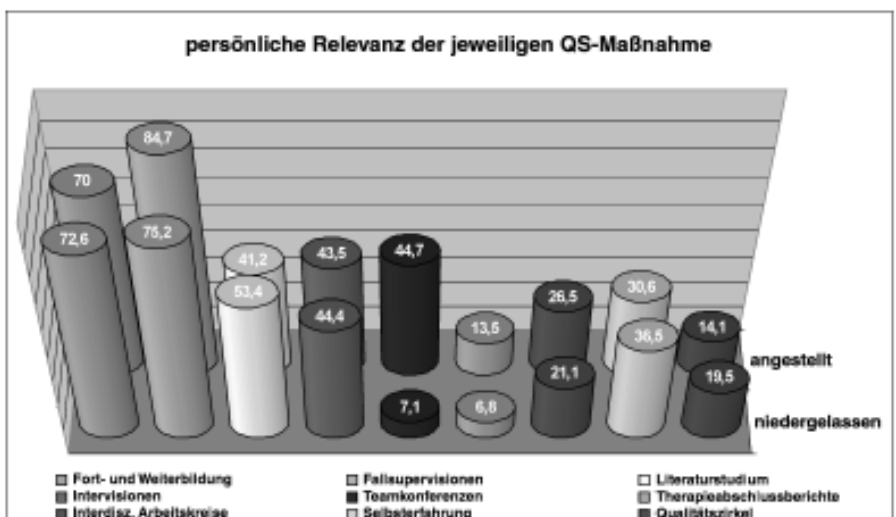


Abbildung 2: persönliche Relevanz der QS-Maßnahmen

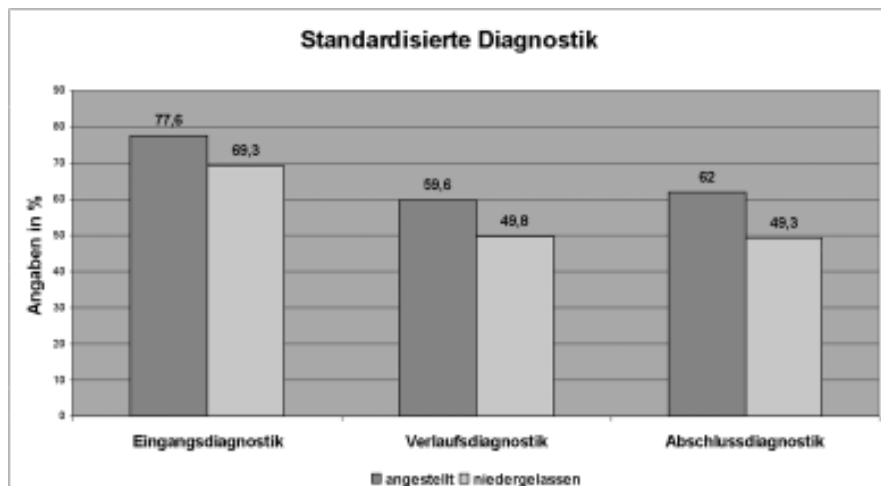


Abbildung 3: standardisierte Diagnostik

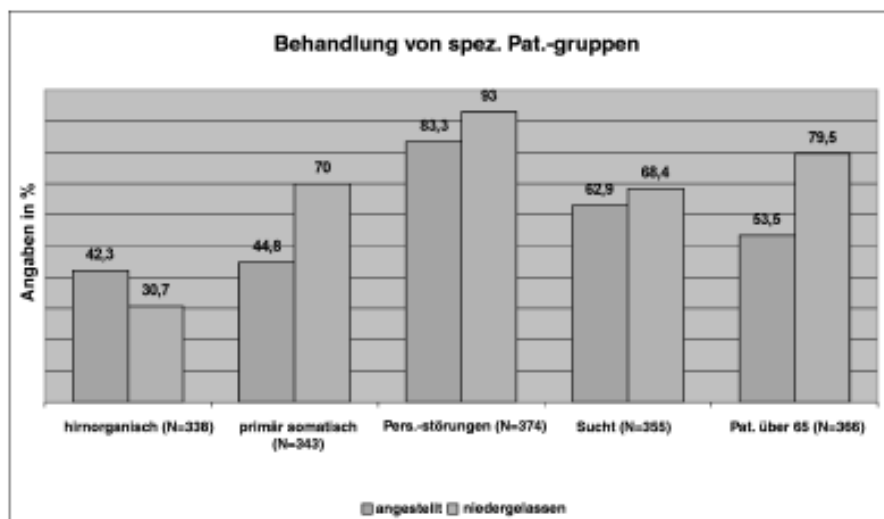


Abbildung 4: Behandlung von speziellen Pat.-gruppen

Die Ergebnisse bestätigen und unterstreichen den hohen Aufwand, den unsere Kammermitglieder bereits schon jetzt zur Sicherung und Verbesserung ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit betreiben.

Über 90% beteiligen sich regelmäßig an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, über 80% nehmen an Fallsupervisionen und nahezu 60% an Interventionen teil. Fast 40% betrachten die Selbsterfahrung als wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit. Beide Berufsgruppen unterscheiden sich erwartungsgemäß bei der Teilnahme an Teamkonferenzen und interdisziplinären Arbeitskreisen sowie der Anfertigung von Therapieabschlussberichten, häufig fälschlicherweise noch „Arztbriefe“ genannt.

Persönliche Relevanz der Maßnahmen

Weiterhin baten wir die Kolleginnen und Kollegen, die verschiedenen qualitätssichernden Maßnahmen hinsichtlich ihrer persönlichen Priorität zu bewerten und fanden folgendes Ergebnis:

Neben den Fort- und Weiterbildungsangeboten sind den Kammermitgliedern die Fallsupervisionen mit Abstand am wichtigsten. Es folgt das Literaturstudium und die Interventionen, sowie für die Angestellten die Teamkonferenzen. Interessant und bemerkenswert ist, dass beide Berufsgruppen der Selbsterfahrung hohe persönliche Relevanz zuschreiben.

Obleich fast 60% der angestellten Kolleginnen und Kollegen Therapieabschluss-

berichte schreiben, schätzen sie für sich selbst deren Bedeutung als qualitätssichernde Maßnahme eher nachrangig ein. Ähnliche Veränderungen lassen sich auch bei der Bedeutung von interdisziplinären Arbeitskreisen finden, die ebenfalls von über 60% genutzt, aber nur von 27% der Angestellten als bedeutsam eingestuft wurden.

Standardisierte diagnostische Verfahren

Des Weiteren befragten wir die Kammermitglieder nach dem Einsatz von standardisierter Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik:

Hierbei zeigt es sich, dass im Schnitt über die Hälfte der Antwortenden standardisierte diagnostische Verfahren zu verschiedenen Zeitpunkten einsetzen, der Anteil bei den angestellten Kolleginnen und Kollegen liegt erwartungsgemäß etwas höher.

Behandlungsangebote

Zweifelsohne muss für bestimmte Patientengruppen (z.B. solche mit hirnorganischen oder primär somatischen Erkrankungen usw.) insbesondere im ambulanten Bereich eine Unterversorgung diagnostiziert werden. Die häufig hieraus abgeleitete Annahme, dass Kolleginnen und Kollegen gemäß der so genannten YAVIS-Hypothese solche Patienten tendenziell nicht behandeln wollen, gingen wir mit einer weiteren Frage nach. Hierbei zeigte sich folgendes Ergebnis:

Von den 338 Kammermitgliedern, die Stellung bezogen, bejahten insgesamt 35% der Befragten, Patienten mit hirnorganischen Störungen psychotherapeutisch zu behandeln. Institutionell bedingt ist der Anteil bei den Angestellten mit 42% etwas höher.

Ansonsten liegt die Bereitschaft, beispielsweise bei niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen, solche letztlich psychotherapeutisch unterversorgte Patientengruppen zu behandeln, zwischen 70 und 93% und damit außerordentlich hoch. Einschränkend sei jedoch darauf hingewiesen, dass wir in dieser ersten Auswertung und der Übersichtlichkeit wegen nicht die Anzahl der behandelten Patienten spezifizierten.

Wartezeiten

Trotz anders lautender Beteuerungen der Kassenärztlichen Vereinigungen gibt es nicht nur eine spezifische, sondern besonders außerhalb der Ballungszentren auch eine generelle Unterversorgung, die sich in langen Wartezeiten für ein Erstgespräch sowie für einen Therapieplatz niederschlagen. Die von uns befragten Kammermitglieder in Rheinland-Pfalz gaben an, dass bei ihnen Erwachsene im Schnitt fast 6 Wochen (N=296, \bar{x} = 5.7, s = 6.84) auf ein Erstgespräch und nahezu 13 Wochen (N=300, \bar{x} =12.84, s =12.02) auf einen Therapieplatz warten müssen. Die Wartezeiten im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie liegt für ein Erstgespräch ebenfalls bei 6 (N=155, \bar{x} =6.2, s =7.46), für einen Therapieplatz bei 12 Wochen (N=150, \bar{x} =11.9, s =14.07). Wenn man sich bei diesem gemittelten Wert vergegenwärtigt, dass eine große Zahl von Patienten durchaus auch mit einer sehr viel längeren Wartezeit zu rechnen hat, so ist dieser Befund doch sehr erschreckend und letztlich nicht tolerabel.

Zusatzqualifikationen

Befragt man die Kolleginnen und Kollegen, inwieweit sie neben regelmäßigen Fortbildungen und neben der Fachkunde zusätzliche Qualifikationen erworben haben, so geben 75% der Befragten eine Fülle von Zusatzqualifikationen an, die nach ihrer Häufigkeit aufgelistet folgende Nennungen ergab:

Mit Abstand am häufigsten wurde die Systemische bzw. Familientherapie, die Hypnotherapie und neben dem EMDR eine nicht weiter spezifizierte Traumatherapie genannt.

Fortbildungsordnung

Bereits Ende vergangenen Jahres erreichten uns die ersten Unterlagen zum Fortbildungsnachweis. Damit verbunden waren sehr viele Fragen, u. a. jene, ob denn diese teilweise sehr umfangreichen Unterlagen von den niedergelassenen Psychotherapeuten der Kassenärztlichen Vereinigung in fünf Jahren erneut vorgelegt werden müssen.

Um in diesem Punkt eine verbindliche Regelung für alle zu treffen, haben Landes-

	Anteil in %
system. Th. / Fam.therapie	16,9
Hypnotherapie	12,6
Traumatherapie	9,5
EMDR	6,8
psych. Schmerztherapie	3,8
Körperpsychotherapie	3,2
Neuropsychologie	2,7
Paartherapie	2,5

Tabelle 2: Zusatzqualifikationen (N=443)

Zusammenfassung und Ausblick

Wie jede Erhebung, so kann auch diese nicht frei von kritischen Einwänden sein. Trotz der für solche postalischen Befragungen durchaus üblichen Rücklaufquote von fast 40% hätte sich der Ausschuss sicherlich eine noch bessere Beteiligung gewünscht. Allerdings stützt der Vergleich einzelner Stichprobendaten mit den Werten aller Kammermitglieder die Annahme, dass unsere Stichprobe mit Abstrichen repräsentativ ist. Kritisch bemerkt werden dürfte weiterhin, dass die Angaben der Befragten nicht nachprüfbar oder belegt werden mussten. Diese Argumentation beinhaltet letztlich einen Betrugsvorwurf und kann nur bedingt greifen, zumal sich aus der Erhebung aufgrund der Anonymität für die Befragten keinerlei Konsequenzen ergeben, weder im Sinne wie grandios viel oder aber wie erschreckend wenig an qualitätssichernden Maßnahmen die Befragten für sich etabliert haben.

Insgesamt belegt die Befragung der Kammermitglieder in Rheinland-Pfalz ein-

drucksvoll das enorme Engagement, das die Kolleginnen und Kollegen für die Sicherung und Verbesserung ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit unternehmen. D.h. sie brauchen gar nicht die vom Gesetzgeber geforderten Maßnahmen zu fürchten, da sie bereits schon jetzt wie auch in der Vergangenheit sich sehr um die Sicherung und Verbesserung ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit bemüht haben. Nicht unerwähnt sollte bleiben, dass diese Zahlen auch für ein hohes finanzielles Engagement stehen, dass die Kammermitglieder hier zur eigenen Qualitätssicherung aufbringen.

Die in unserer, wie in anderen Kammern verabschiedete Fortbildungsordnung und die damit verbundene Fortbildungsverpflichtung wird dieses Engagement der Kammermitglieder künftig nochmals eindrucksvoll bestätigen und belegen können.

Abschließend danken wir allen denjenigen, die sich die Mühe gemacht und sich die Zeit genommen haben, ausführlich zu unseren Fragen zur Qualitätssicherung und Bedarfplanung Stellung zu nehmen, besonders herzlichst. Sie haben damit eindrucksvoll belegen können, wie engagiert und letztlich auch unabhängig von den Forderungen des Gesetzgebers sich die Psychologischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten um die Aufrechterhaltung und Verbesserung ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit bemühen.

Für Hinweise, Kritik und Anregungen sind wir sehr dankbar (Email: praxis@u-porsch.de).

den können. Diese Daten werden erfasst und die nachgewiesenen Punkte für jedes Mitglied auf dessen Punktekonto gespeichert. Die KV Rheinland-Pfalz erhält jedes Jahr einen Auszug zum aktuellen Punktestand. Dies bedeutet, dass eine gesonderte Einreichung der Belege bei der KV entfällt; denn diese wird selbst keine weitere Überprüfung vornehmen. Die Punktzahl, die die Kammer letztendlich an die KV weitergibt, wird so von dieser übernommen. Dies gibt den Mitgliedern die Sicher-

heit, dass auch solche berufsrelevanten Veranstaltungen als Fortbildung anerkannt werden können, die – z. B. weil es vergessen oder vom Veranstalter nicht für notwendig erachtet wurde – nicht zertifiziert wurden, aber den Inhalten unserer Fortbildungsordnung entsprechen. Wir wollen hier unsere Mitglieder nicht die Versäumnisse der Veranstalter „ausbaden lassen“.

Nach wie vor nicht berücksichtigt werden können allerdings Fortbildungsveranstaltungen, an denen jemand vor 2004 teilgenommen hat. Die Fortbildungsordnung der Kammer gilt erst seit 2004, und die gesetzliche Regelung stellt ausdrücklich ab das Jahr 2004 ab. Der Vorstand der Kammer hat sich eingehend mit der abweichenden Regelung der Ärztekammern auseinandergesetzt und ist zu dem Schluss gekommen, dass er auf keinen Fall provozieren möchte, dass das Aufsichtsministerium wegen eines Verstoßes gegen das Gesetz in fünf Jahren die KVen anweist, die vor 2004 erworbenen Punkte nicht zu berücksichtigen, mit dann eventuell auch finanziellen Nachteilen für den Einzelnen. Der Vorstand ist dabei von der Überlegung ge-

leitet worden, dass die Psychotherapeuten traditionell so viele Fortbildungen besuchen, dass sie es nicht nötig haben, sich auf diese angreifbare Gesetzesinterpretation einzulassen, was die Umfrage des Ausschusses „Qualitätssicherung und Bedarfsplanung“ eindrucksvoll belegt.

Eine weitere häufig gestellte Frage war, warum es notwendig ist, diese Daten tatsächlich jährlich zu erfassen. Zum einen gibt dies jetzt schon Sicherheit über die Höhe der anerkannten Fortbildungspunkte, es können Unstimmigkeiten zeitnah abgeklärt bzw. ergänzende Belege nachgereicht werden, zum anderen bekommt die Kammer dadurch auch einen noch besseren Überblick über die Art der Fortbildungen allgemein. Und wir können durch die Erhebung der Daten auch nach außen dokumentieren, dass Psychotherapeuten nach wie vor zu der Berufsgruppe gehören, die sich am meisten fortbildet. Damit können die Vorarbeiten, die mit der Untersuchung unseres Ausschusses geleistet wurden, in diesem Bereich mit ganz validen Daten aufbereitet werden. Darauf wird die Kammer auch in Zukunft verstärkt nach außen hin aufmerksam machen.

Ein weiterer Diskussionspunkt war die Be-punktung, die zu der der Ärztekammern unterschiedlich und oft geringer ausgefallen ist. Grund ist einmal, dass man sich bei der Verabschiedung der Fortbildungsordnung zunächst um Gleichklang mit den anderen Psychotherapeutenkammern bemüht hat, die zum damaligen Zeitpunkt bereits eine solche verabschiedet hatten, und zum anderen, dass man noch nicht absehen konnte, wie die Musterfortbildungsordnung der Ärzte geändert wird. Heute ist dies klar, die Musterfortbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer wurde zwischenzeitlich auch verabschiedet, so dass der Vorstand der Vertreterversammlung in ihrer Sitzung am 30. April empfohlen hat, die Angleichung der Anlage 1 an die ärztliche Fortbildungsordnung vorzunehmen. Ebenso wurde noch die Akkreditierung von Veranstaltern eingeführt, um eine Vereinfachung und damit personelle Entlastung zu erreichen. Die geänderte Fortbildungsordnung finden Sie als Einhefter in der Mitte des Heftes ebenso wie die weiteren beschlossenen Satzungsänderungen.

Fortbildungscurriculum „Psychoonkologie“

Am 23.03.2005 fand in den Räumen der LPK ein kurzfristig anberaumtes Gespräch zwischen dem Kammerpräsidenten, Herrn Kappauf, Frau Dr. Scharfenstein sowie der Geschäftsführerin, Frau Heinrich, mit Dr. Andreas Werner, Internist/Onkologe, dem Leiter der „Koordinationsstelle Integrierte psychosoziale Versorgung von Tumorpatienten“ des Tumorzentrums in Mainz, statt. Dr. Werner stellte das mittlerweile im 5. Jahr stattfindende Fortbildungscurriculum „Psychoonkologie“ vor und erläuterte seine Konzeption und Zielsetzung. Das Curriculum wird von den interessierten psychotherapeutisch tätigen Kolleginnen und Kollegen gut angenommen. Es besteht aus 6 Einheiten zu je 3 x 90 Minuten Unterricht, in dem die Vermittlung medizinischer Grundlagen, spezieller Behandlungsmethoden bzw. Problemstellungen sowie Fallvorstellungen zu gleichen Anteilen vertreten sind. Damit stellt das Curriculum eine Alternative zu den Fortbildungsangeboten der Arbeitsgemeinschaft Psychoonkologie der Deutschen Krebsgesellschaft oder der

Deutschen Arbeitsgemeinschaft Psychoonkologie dar.

Frau Dr. Scharfenstein berichtete von ihrer Erfahrung als Teilnehmerin des Curriculums im Tumorzentrum in Mainz sowie von Rückmeldungen anderer psychologischer Teilnehmerinnen.

Auf dieser Grundlage wurde in dem sehr freundlichen, produktiven Gespräch über mögliche sinnvolle inhaltliche Modifikationen der Fortbildung in praktischer psychosozialer Onkologie diskutiert. In einem nächsten Schritt soll überprüft werden, inwieweit Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ihre Kompetenzen noch mehr in das Curriculum einbringen können.

Beide Seiten zeigten sich an einer Vertiefung der Zusammenarbeit sehr interessiert. Die LPK unterstützt einen Antrag Dr. Werners auf Förderung eines Projektes zur Implementierung einer landesweiten, qua-

litativ hochwertigen und vergleichbaren psychoonkologischen Versorgung von Brustkrebspatientinnen an den Brustzentren in Rheinland-Pfalz gemäß § 140 SGB V (Integrierte Versorgung).

An diesen Seiten arbeiteten mit:

Birgit Heinrich, Barbara Kaleta, PD Dr. Udo Porsch, Dr. Annelie Scharfenstein

Geschäftsstelle

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30
55130 Mainz
Tel. 06131 / 5703813
Fax 06131 / 5700663
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de
Mo-Fr 10.00 – 12.30 Uhr
Di und Do 14.00 – 16.00 Uhr



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

es gehört zu den Aufgaben des Vorstands, über das abgelaufene Geschäftsjahr den Kammermitgliedern und der Aufsichtsbehörde gegenüber einen Tätigkeitsbericht abzugeben. Dieser Verpflichtung kommen wir in den folgenden Mitteilungen aus der Kammer nach. Des Weiteren berichten wir über eine Veränderung des Anrechnungszeitraumes für das Fortbildungszertifikat sowie über neue Entwicklungen im Tarifsystem der Angestellten.

Tätigkeitsbericht 2004

Der Vorstand der PKS H hat im letzten Jahr 21 Mal getagt. Einen erheblichen Teil der Arbeit des Vorstands machte die kontinuierliche Beantwortung von Anfragen von Mitgliedern, von Bürgern und von anderen Institutionen aus. Derartige Anfragen kamen aus den unterschiedlichsten Bereichen: Zu Gesetzesvorschriften der Berufsausübung, zur Kosten erstattung, zum Eintrag in das Psychotherapeutenregister, zur Ausbildung, Fort- und Weiterbildung, zu den Rechten und Pflichten von Angestellten, zur Nachqualifikation und Niederlassung, zur zukünftigen Berufsordnung und zum Versorgungswerk. Daneben wird die Kammer immer häufiger um Stellungnahmen zu geplanten Gesetzesänderungen und zu neueren Entwicklungen im Gesundheitswesen gebeten. Eine detaillierte Beschreibung aller dieser Aktivitäten und Betätigungsfelder der Kammerarbeit würde schnell den vorliegenden Rahmen sprengen. In diesem Tätigkeitsbericht können daher nur die wichtigsten Termine und Aktivitäten des Vorstands im Rahmen seiner Kammerarbeit dargestellt werden.

Interne Aktivitäten

Im vergangenen Jahr wurden vier Kammerversammlungen vorbereitet und durchge-

führt. Die Mitglieder der Kammerversammlung haben sich dabei unter anderem mit der Diskussion und Beschlussfassung zu einer Fortbildungsordnung, mit der Gründung eines Versorgungswerks und der Verabschiedung einer neuen Beitragssatzung beschäftigt.

Aktualisierung der Mitgliederkartei durch Meldebogen

Gemäß Heilberufegesetz des Landes Schleswig-Holstein sind die Kammern verpflichtet, eine Kartei über ihre Mitglieder zu führen. Da die bisher zur Verfügung stehenden Daten noch im wesentlichen auf alten Unterlagen der Approbationsbehörde basierten und unvollständig waren, hat der Vorstand im letzten Jahr einen Meldebogen zur Aktualisierung der Mitgliederdatei versandt. In diesem Meldebogen wurden auch Daten erfasst, die bisher nicht vorlagen, aber für die Erfüllung der Aufgaben der Kammer erforderlich sind.

Fragebogenerhebung zur Eingruppierung angestellter PP und KJP

Im Frühjahr letzten Jahres führte die Kammer eine Erhebung zur tariflichen Eingruppierungssituation bei ihren angestellten Mitgliedern durch (siehe hierzu auch PTJ 3/2004). Das Fazit dieser Untersuchung war, dass nur ca. 31 % der Psychologischen Psychotherapeuten angemessen entsprechend BAT I b (oder analoger Tarifsyste me wie KAT, AVR o.ä.) eingestuft sind und der überwiegende Teil der Kollegen, ca. 64 %, entsprechend BAT II a bezahlt wird. Ein Teil der KollegInnen, ca. 4 %, wird sogar nur analog BAT IV vergütet.

Bei den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die von ihrer Grundprofession ein Studium der Sozialpädagogik oder Päd-

agogik absolviert haben, werden nur ca. 40 % gemäß BAT III vergütet. Der überwiegende Teil von ca. 60 % dieser KollegInnen muss sich mit BAT IV zufrieden geben.

Da die genannten Eingruppierungen in einem krassen Missverhältnis zu anderen akademischen Berufen stehen, hat sich die Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein an die zuständigen Stellen gewandt und eine angemessene Vergütung für angestellte Psychotherapeuten gefordert.

Die PKS H hat sich auch die Bundespsychotherapeutenkammer auf die Ergebnisse dieser Erhebung hingewiesen und die BPTK gebeten, auf eine angemessene Vergütung angestellter Psychotherapeuten im neuen Tarifsyste m TVÖD hinzuwirken.

Erhebung des Leistungsverhaltens selbständiger PP und KJP

Parallel zu der Fragebogenaktion bei den Angestellten wurde von den niedergelassenen KollegInnen deren Leistungsverhalten in der ambulanten Psychotherapie im Hinblick auf den Punktwertverfall bei den nicht-antragspflichtigen Leistungen erfragt.

Dabei zeigte es sich, dass die niedergelassenen PsychotherapeutInnen auf die desolate Honorarsituation mit einer deutlichen Reduzierung ihres Leistungsangebots im Bereich der Probatorik und der Krisenintervention reagieren, da diese Leistungen nicht mehr kostendeckend erbracht werden können. Indikationsstellung, Diagnostik und akute Kriseninterventionen werden somit zwangsläufig in die antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapie verlagert. Dies wiederum führt einerseits zu einer Ausweitung der Therapiedauer (mehr Langzeittherapien) bei gleich bleibender oder sogar rückläufiger Fallzahl und andererseits zu vermehrten Therapieabbrüchen aufgrund von voreiliger Indikationsstellung und verspäteter Diagnostik.

Auf eine daraus resultierende mögliche Zunahme der Chronifizierung psychischer Störungen sowie der Verlagerung der Behandlung von der ambulanten in die finanziell aufwendigere stationäre Versorgung und damit insgesamt auf eine Gefährdung der Sicherstellung im Bereich der ambulanten Psychotherapie hat der Vorstand der PKS in zahlreichen Gesprächen aufmerksam gemacht.

So hat es bereits im Februar letzten Jahres eine Anhörung zu dieser Problematik im Sozialausschuss des Landtages gegeben. Es folgten verschiedene Gespräche mit Mitgliedern des Sozialausschusses der SPD, der CDU und Bündnis 90/die Grünen. Im April 2004 wurde die PKS zu einer Anhörung vor dem Sozialausschuss des Landtags eingeladen. Es folgten Gespräche mit der Aufsichtsbehörde sowie mit Vertretern der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung.

Fortbildungsordnung

Auf Grundlage der Vorgaben des GMG wurde vom der Kammerversammlung eine Fortbildungsordnung verabschiedet, die zum 1. Juli 2004 in Kraft treten konnte. Vorangegangen waren intensive Vorarbeiten des Fort- und Weiterbildungsausschusses sowie mehrere Gespräche des Vorstands mit den anderen Nordkammern. Ziel dieser Gespräche war die Angleichung der Fortbildungsordnungen, um Möglichkeiten für gemeinsame Akkreditierungen und Zertifizierungen und damit die Nutzung von Synergieeffekten zu schaffen. Dieses Ziel konnte in Kooperation mit den Nordkammern erreicht werden.

Obwohl gemäß Regelung des GMG die Verpflichtung zur Fortbildung erst mit dem Inkrafttreten des Gesetzes am 1. Januar 2004 beginnt, können aufgrund neuerer Vorgaben der KBV im Rahmen einer Übergangsregelung diejenigen Vertragspsychotherapeuten, die bereits vor dem 30. Juni 2004 zugelassen waren, auch Teilnahmebescheinigungen von Fortbildungsmaßnahmen anerkennen zu lassen, die nach dem 31. Dezember 2001 begonnen wurden. Wurden z. B. derartige Fortbildungsveranstaltungen seinerzeit für das freiwillige

Fortbildungszertifikat der Ärztekammern akkreditiert, so können die dabei erworbenen Fortbildungspunkte auch für das neue für alle Vertragstherapeuten und Vertragsärzte obligatorische Fortbildungszertifikat angerechnet werden.

In diesem Zusammenhang möchten wir an dieser Stelle eine Bitte von unserer Geschäftsstelle weitergeben: Vorläufig wird darum gebeten, alle bereits erworbenen Teilnahmebescheinigungen selbst aufzubewahren und diese noch nicht bei der Geschäftsstelle der Kammer einzureichen. Wenn alle nötigen technischen Voraussetzungen für die Führung eines Fortbildungskontos geschaffen sind und sie verwaltungstechnisch zu verarbeiten, werden wir Sie darüber informieren.

Zusammenarbeit mit den Nordkammern

Auf einem Treffen der Vorstände und Geschäftsführer der Nordkammern im Dezember 2004 in Bremen wurde vereinbart, die Zusammenarbeit der Nordkammern weiter zu intensivieren, um gemeinsame Ressourcen und Synergieeffekte zu nutzen. So soll noch in diesem Jahr die Möglichkeit einer Online-Akkreditierung für Fortbildungsveranstaltungen geschaffen werden, um den Verwaltungsaufwand von der Akkreditierung einzelner Veranstaltungen über die Teilnahmebescheinigung bis zur Führung von Fortbildungskonten und der Ausstellung des Fortbildungszertifikates computergestützt zu vereinfachen.

Psychotherapeuten-suchdienst

Ein weiteres Projekt, das in Zusammenarbeit mit den Nordkammern im letzten Jahr vorangebracht wurde, ist die Gründung eines gemeinsamen internetbasierten Psychotherapeuten Such- und Informationsdienstes der Nordkammern – „PsychInfo“.

Es soll damit die Möglichkeit für Ratsuchende geschaffen werden, einerseits fundierte und zuverlässige Informationen über Psychotherapie und ihre Durchführung zu erhalten und andererseits gezielt nach Psy-

chologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu suchen. Dabei ist es beabsichtigt, neben freiberuflich tätigen Kollegen auch in Institutionen tätige Kollegen einzubeziehen.

Neu gegenüber bereits bestehenden Suchdiensten anderer Kammern wird die Online-Erfassung der „Anbieter“ sein.

Dadurch soll diesen mit wenig Aufwand ermöglicht werden, sich ein persönliches Leistungsprofil mit spezifischen Tätigkeitsschwerpunkten zu geben und gegebenenfalls auch aktuelle Wartezeiten bzw. freie Therapieplätze mitzuteilen.

Nach mehreren Arbeitssitzungen und Telefonkonferenzen ist die Arbeitsgruppe der Nordkammern nunmehr soweit, die Freigabe und öffentliche Vorstellung von „PsychInfo“ zum Herbst 2005 zu terminieren.

Nach Fertigstellung wird „PsychInfo“ dann als Teil des Internet-Angebotes jeder einzelnen Nordkammer öffentlichkeitswirksam zur Verfügung stehen.

Bundespsychotherapeutenkammer

Im letzten Jahr hat es vier Sitzungen des Länderrats der BPTK gegeben. Diese Treffen der Präsidenten der Länderkammern sollen die Koordination zwischen Bundespsychotherapeutenkammer und Länderkammern fördern und gemeinsame Initiativen der Länderkammern untereinander koordinieren. Weiterhin soll dieses Gremium den Vorstand der BPTK in allen Angelegenheiten, die die Länder betreffen, beraten.

Da es in der Vergangenheit immer wieder zu Reibungsverlusten als Folge der lediglich beratenden Funktion des Gremiums Länderrat gegenüber dem Bundesvorstand gekommen ist, wurde vom Vorstand der PKS eine Initiative unterstützt, in der die Länderkammern mehr in die Verantwortlichkeit ihrer eigenen Interessenvertretung auf Bundesebene mit eingebunden sind. Diese Initiative hat einen Antrag auf Änderung der Satzung der BPTK erarbeitet, in der durch

Abschaffung des Gremiums Länderrat und Einbindung der Länderkammern in die Vorstandsarbeit der BPTK diese Reibungsverluste vermieden werden können und zugleich eine Bündelung der Kräfte durch eine gemeinsame Verantwortung der Mitglieds-kammern der BPTK erreicht wird.

Dieser Satzungsänderungsantrag wurde auf dem letzten Deutschen Psychotherapeu- tentag ausführlich diskutiert und hat die Delegierten dazu bewogen, einen Aus- schuss zu gründen, der sich mit dem The- ma Satzungsänderung und Strukturreform näher befassen und das Ergebnis seiner Arbeit zum übernächsten Deutschen Psy- chotherapeutentag vorlegen soll.

Versorgungswerk

Der Vorstand der PKS H hat sich bereits seit Anfang des letzten Jahres intensiv mit den Vorarbeiten für die Gründung eines eigenen Versorgungswerks für die Kammermitglieder beschäftigt. So hat es mehrere Gespräche mit und Hospitationen beim PVW, dem Psychotherapeutenversorgungswerk Nieder- sachsen, gegeben. Auch von Seiten des Dachverbandes Arbeitsgemeinschaft berufs- ständischer Versorgungswerke und dem Ver- sorgungswerk der Zahnärzte in Schleswig- Holstein wurde der Vorstand der PKS H aus- führlich informiert und beraten.

Die Ergebnisse dieser Recherchen hat der Vorstand im Mai letzten Jahres der Kam- merversammlung vorgelegt. Die Kammer- versammlung hat daraufhin einen Grund- satzbeschluss zur Gründung eines eigenen Versorgungswerks der PKS H gefasst und den Vorstand beauftragt, alles für diese Gründung Notwendige in die Wege zu leiten.

Bei der Erarbeitung eines Satzungsentwurfes hat sich der Vorstand an den Satzungen des PVW Niedersachsen und des VW der Zahnärztekammer orientiert, um aus beiden Regelungswerken eine optimale Lösung für die Mitglieder der PKS H zu finden.

Schließlich wurde ein versicherungsmathe- matisches Gutachten eingeholt, um zu prü- fen, ob nach versicherungsmathematischen Rechenmodellen unter Berücksichtigung der vorhandenen Mitgliederstruktur die Grün-

dung eines eigenen Versorgungswerks für eine solch kleine Kammer, wie die PKS H, überhaupt möglich ist. Dies wurde durch das eingeholte Gutachten bestätigt. Die entspre- chenden Tabellen für die zu erwartenden Rentenleistungen wurden inzwischen an alle Kammermitglieder versandt.

Im Oktober 2004 wurde eine Informations- veranstaltung zum Thema Versorgungswerk für die Mitglieder der Kammerversammlung durchgeführt. Als externe Experten standen auf dieser Info-Veranstaltung die Ge- schäftsführerin des PVW Niedersachsen, ein Vertreter der Arbeitsgemeinschaft der beru- fständischen Versorgungswerke sowie der versicherungsmathematische Gutach- ter für Fragen zur Verfügung.

Im Ergebnis führten diese intensiven Vor- arbeiten des Vorstands und die ausführli- chen Beratungen dazu, dass die Kammer- versammlung die Ihnen inzwischen vorlie- gende Satzung verabschiedet hat und nach Zustimmung der zuständigen Aufsichts- behörden des Landes und Veröffentlichung im Schleswig-Holsteinischen Amtsblatt am 14. Februar 2005 das Versorgungswerk der PKS H formal gegründet wurde.

Haushaltsabschluss 2004

Der Haushaltsabschluss für das Jahr 2004 weist auf der Einnahmenseite Mitgliedsbei- träge in Höhe von 400.040 Euro aus. Hin- zu kommen sonstige Einnahmen aus Ge- bühren und Erstattung dritter Institutionen in Höhe von 8.105 Euro.

An Ausgaben fielen im letzten Jahr ins- gesamt 329.664 Euro an. Diese Ausgaben verteilen sich auf die Kosten der Geschäfts- stelle einschließlich Gehälter in Höhe von 142.352 Euro, für Aufwandsentschädigun- gen einschließlich Reisekosten des Vor- stands in Höhe von 83.335 Euro, Auf- wandsentschädigungen für die Ausschü- se in Höhe von 17.513 Euro und die Kammerversammlungen in Höhe von 12.117 Euro, Rechtsberatung und Buchfüh- rung in Höhe von 22.721 Euro, anteilige Kosten für die Berufsgerichtsbarkeit der Heilkammern in Höhe von 1.724 Euro, Kosten im Zusammenhang mit der Bun- despsychotherapeutenkammer (Mitglieds- beiträge, Länderrat und Dt. Pt-Tag) in Höhe

von 34.460 Euro, PTJ in Höhe von 5.477 Euro, Mitgliederbriefe und Veröffentlichun- gen im Amtsblatt in Höhe von 5.784 Euro, Gerichts- und Vollstreckungsgebühren in Höhe von 620 Euro sowie sonstige Aus- gaben (u.a. Internet und Re-/Präsentations- kosten) in Höhe von 3.562 Euro.

Bei dieser Aufstellung der Ausgaben sind diejenigen Kosten nicht enthalten, die zwar bereits in 2004 entstanden sind, deren Rechnung aber erst Anfang des neuen Jah- res vorlagen. Um diese stets zum Jahres- beginn anfallenden Kosten decken zu könn- en, hielt die Kammerversammlung in ih- rer letzten Sitzung eine Liquiditätsrück- stellung in Höhe von mindestens 25 % des Jahreshaushalts für angemessen.

Angestelltentag

Zum Schluss sei noch darauf hingewiesen, dass die PKS H für den Herbst diesen Jah- res (voraussichtlich im November) einen Angestelltentag plant, wo von ausgewie- senen Experten über neuere Entwicklun- gen des Tarifrechts und aktuelle Probleme und Fragen der Eingruppierung angestell- ter PsychotherapeutInnen berichtet wird.

Einen ersten Einblick in diese Problematik gibt der folgende Aufsatz von Heiko Bor- chers zum Tarifrecht im öffentlichen Dienst.

Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein wünscht allen Mitgliedern eine schöne und sonnige Sommerzeit.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen
Dr. Oswald Rogner
Dr. Angelika Nierobisch
Lea Webert
Heiko Borchers
Peter Koch

Tarifrecht im öffentlichen Dienst – Abschied vom BAT

Wo bleiben die Psychotherapeuten?

Dem Tarifrecht im öffentlichen Dienst ste- hen große Veränderungen bevor. Nach 45

Jahren mit zuletzt 17000 Tätigkeitsmerkmalen, einer enorm hohen Regelungsdichte und der längst überholten Unterscheidung nach Arbeiter/innen und Angestellten erwies sich der Bundes-Angestelltentarifvertrag (BAT) als veraltet und ineffektiv. So soll ab 1. Oktober 2005 ein neues Tarifrecht für Beschäftigte im öffentlichen Dienst gelten. Auf eine weitreichende Neugestaltung des Tarifvertragswerks hatten sich die Tarifparteien bereits im Januar 2003 geeinigt und seitdem arbeitete eine Lenkungsgruppe daran, dieses Reformwerk zu vollbringen. Im Laufe der Zeit scherte die Tarifgemeinschaft deutscher Länder aus und machte durch Kündigungen von Tarifverträgen weitere gemeinsame Verhandlungen unmöglich. So ist der neue „Tarifvertrag öffentlicher Dienst“ TVöD letztlich allein mit der Einigung von Gewerkschaften und den Arbeitgebern von Bund und Kommunen auf den Weg gebracht worden. Für die Gewerkschaften ist es weiter erklärtes Ziel, alles dafür zu tun, dass die Tarifreform auch auf die Länder übertragen wird.

Der TVöD macht das Vergütungssystem mit einer neuen Entgelttabelle, bestehend aus 15 Gruppen und sechs Stufen, durchschaubarer. Jüngere Beschäftigte und Berufseinsteiger profitieren am meisten von dem reformierten Entgeltsystem im öffentlichen Dienst. Das neue Recht beinhaltet Rahmenregelungen für leistungsorientierte Einkommensbestandteile, die zusätzlich zum regulären Entgelt gezahlt werden können. Integriert sind nun auch Beschäftigte in der Kranken- und Altenpflege. Bis zum Ende 2007 werden die neuen Tätigkeitsmerkmale verhandelt. Ein Überleitungsverfahren in das neue Tarifrecht sowie Besitzstandsregeln sollen Beschäftigte vor Einkommensnachteilen schützen. Die Arbeitszeiten wurden für Beschäftigte des Bundes einheitlich auf 39 Stunden festgelegt. Mit kommunalen Arbeitgebern können im Einzelfall längere Arbeitszeiten vereinbart werden.

Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein befasst sich seit längerer Zeit mit diesem Thema.

Einerseits wurden entsprechende Vertreter des Landes Schleswig-Holstein angesprochen, andererseits wurde die Bundespsychotherapeutenkammer aufgefordert, die Interessen der angestellten Psychotherapeuten auf der Bundesebene zu vertreten. Wichtigstes Anliegen dabei ist es, dafür zu sorgen, dass die Tätigkeitsmerkmale von Psychotherapeuten richtig erfasst werden und somit Psychotherapeuten eine ihrer Ausbildung, Qualifikation und Tätigkeit angemessene Einstufung erfahren.

Heiko Borchers

Geschäftsstelle

Walkerdamm 17
24103 Kiel
Tel. 0431/661199-0
Fax 0431/661199-5
Mo, Mi, Fr 9.00 – 13.00 Uhr
Di, Do 9.00 – 16.00 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

Für Ihren erfolgreichen Start:

Niederlassung für Psychotherapeuten Berufs- und vertragsrechtliche Fragen

Von Dr. jur. Martin H. Stellpflug.
IX, 194 Seiten. Gebunden. € 46,
ISBN 3-7685-0537-5

Wenn sich ein Psychotherapeut als Freiberufler zur Selbstständigkeit in der eigenen Praxis entscheidet, trägt er ein erhebliches unternehmerisches Risiko. Fehler in der frühen Phase der Niederlassung haben oft gravierende Folgen und sind nur sehr schwer nachträglich zu beheben.

Der vorliegende Band dient dem Psychotherapeuten als konkrete Handreichung, unterstützt ihn bei zulassungsrechtlichen Fragen und informiert über die allgemeinen Pflichten und die Berufspflichten.

Den Kooperationsmöglichkeiten, die sich einem Psychotherapeuten bieten, wird ein eigener Abschnitt gewidmet.



R.v. Decker, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH
Im Weiher 10, 69121 Heidelberg
Kundenbetreuung München: Tel. 089/54852-8178
Fax 089/54852-8137
E-Mail: kundenbetreuung@hjr-verlag.de

 **R.v. Decker**
www.rvdecker-verlag.de

70331176

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.

Rainer Richter: „Frankreich regelt Psychotherapie...“ (Psychotherapeutenjournal 1/2004)

Sehr geehrte Frau Dr. Ripper,
Sehr geehrte Damen und Herren,

Mit Interesse habe ich den Aufsatz von Rainer Richter, „Frankreich regelt Psychotherapie...“ (S. 24 und 25) in Ihrer Ausgabe 1/2004 gelesen. Leider komme ich erst heute zu einer Reaktion.

Unangenehm aufgestoßen ist mir dabei, daß gegen die Grundregeln journalistischer Arbeit verstoßen wird, indem Bericht und Kommentar, Information und Wertung nicht getrennt werden. Dies gilt vor allem für den Schluß, der sich unvermittelt und ohne weitere Information und Begründung gegen die Regelungen in Österreich stellt.

In den meisten empirischen Forschungen (vgl. z. B. den Aufsatz von Peter Fiedler: „Ressourcenorientierte Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen“ im selben Heft S. 4 ff) zeigt sich, daß bei einer Psychotherapie die Qualität der Beziehung Klient/Klientin – Psychotherapeut/Psychotherapeutin nahezu allein entscheidend für den Therapieerfolg ist. Relativ unwichtig erscheinen die Therapiemethode und die Vorbildung des Therapeuten, auch die akademische. Vom Psychotherapeuten/von der Psychotherapeutin ist also primär zu erwarten, daß er/sie seine/Ihre eigene Persönlichkeit überhaupt wahrnehmen und in der Psychotherapie angemessen einsetzen kann.

Für eine therapeutische Ausbildung ist demnach weniger die Quantität der Stunden (3215 in Österreich oder 4200 in Deutschland) entscheidend, sondern die inhaltliche Qualität, was und wie in diesen Stunden gelernt und erfahren wird. Die vorhergehende Qualifikation muß lediglich sicherstellen, daß der Bewerber über genügend intellektuelle Fähigkeiten und ausreichendes kognitives Wissen verfügt, um sich der Arbeit an der eigenen Person zu stellen. Das ist aber nach meiner Erfahrung durch ein abgeschlossenes Hochschulstudium keineswegs selbstverständlich gegeben. Gestatten Sie, daß ich durch eine Kopie unseren österreichischen Kollegen die Möglichkeit zu einer Stellungnahme gebe.

Mit freundlichen Grüßen

*Dr. phil. Christoph Jäger
Psychologischer Psychotherapeut
Oskar-Schlemmer-Weg 9
73760 Ostfildern*

Zu was brauchen wir Qualitätssicherung? Ein Beitrag zur von Vogel, H. und Richard, M. (Psychotherapeutenjournal 2/2004) ausgelösten Diskussion um dieses Thema

Viel wird geredet von Qualität, die es zu steigern gälte. Ein geschickter Schachzug – denn wer könnte schon etwas gegen die Steigerung von Qualität haben? Sie sind doch nicht etwa gegen Qualität? ... Jedenfalls hat diese ganze absurde Entwicklung dahin geführt, dass ich automatisch immer an Einschränkung und Verlust meiner beruflichen Freiheit denke, wenn ich das Wörtchen Qualität höre. Natürlich ist eine derartige Reaktion von den Kontrollinstanzen nicht beabsichtigt. Da wird ein ganzes Sirenenorchester angestimmt, dass Qualitätssicherung gut sei, gut für die Patienten, gut für die Psychotherapie und also doch auch gut für uns. Dass wir dabei immer mehr unsere Kompetenzen verlieren wird verschwiegen.

Warum mindestens 80% der praktisch tätigen Psychotherapeuten gegen Qualitätssicherung und Co. sind? Woher ich das weiß? Ich weiß es streng genommen nicht, aber – ich kenne niemanden unter meinen Kollegen, der dafür ist – alle stöhnen und empfinden die ganzen Kontrollversuche als unsinnige Mehrbelastung. ...

Vogel und Richard schreiben: „Da die Therapeuten ihren Lebensunterhalt aus den Einzahlungen der Solidargemeinschaft beziehen, hat diese auch das Recht zu erwarten, dass die Gesundheitsleistungen auf hohem Niveau erbracht werden und dass dies auch nachprüfbar ist.“ (S. 343)

... Als angesprochener Therapeut zucke ich

schuldbewusst zusammen, ach ja richtig ich werde ja von der Versicherten-gemeinschaft bezahlt, also ist es wohl sehr vernünftig und plausibel, dass ich überwacht werde. Aber ich denke, mit diesem Argument hören die Fragen nicht auf, sondern fangen erst an.

... Da frage ich mich als erstes, wer hat denn die Autoren legitimiert, als Sprecher der „Solidargemeinschaft“ aufzutreten? Sind sie von der „Solidargemeinschaft“ dazu beauftragt worden? Haben sie Berge von Briefen erhalten, in denen der „Beitragszahler“ sie anflehte, für mehr Ergebnisevaluation in der Psychotherapie zu sorgen? Oder auch nur einen einzigen Brief? Oder ist das nur eine persönliche Anmaßung, dass die

Autoren nicht für sich sprechen, sondern gleich für fast das ganze Volk?

... Vogel und Richard hätten Recht, wenn sie sagen würden, der Beitragszahler will eine gute und wirksame Behandlung. Aber das sagen sie nicht. Sie sagen, der Beitragszahler will, „dass die Gesundheitsleistungen auf hohem Niveau erbracht werden“ – was ist denn das schon wieder? Was bedeutet dieses gestelzte „hohe Niveau“? Die Autoren erklären den Begriff nicht weiter, und so können wir nicht klären, ob der Beitragszahler dieselben Vorstellungen hat. ... Es ist zu vermuten, dass die Autoren unter „hohem Niveau“ nicht nur meinen, dass die Behandlung gut und wirksam ist, sondern auch, dass sie den wissenschaftlichen Vorstellungen der Autoren entspricht. Der Bevölkerung wiederum ist es meistens egal, ob und wie die Behandlung wissenschaftlich abgesichert ist, Hauptsache, sie ist wirksam.

Die Hauptfrage jedoch, ob die ganzen Kontrollmaßnahmen die Therapie wirklich verbessern, bleibt unbeantwortet. Das ist

den Autoren auch klar; deshalb schreiben sie: „Ob der Einsatz solcher Instrumente tatsächlich die Qualität der Behandlung und ihrer Ergebnisse erhöht, ist eine empirische Frage, die aber erst beantwortet werden kann, wenn solche Instrumente getestet und bewertet wurden. Daher fehlt logischerweise der Nachweis über die Wirksamkeit von vielen QS-Maßnahmen.“

Das klingt vernünftig und nett, aber hier habe ich zwei Fragen an die Autoren:

Wird die Einführung der Qualitätssicherung von den Ergebnissen einer diesbezüglichen wissenschaftlichen Untersuchung abhängig gemacht? Wenn die wissenschaftliche Untersuchung als Ergebnis bringt, dass die Therapien durch QS-Maßnahmen nicht besser werden, können die Autoren dann garantieren, dass die Qualitätssicherung wieder zurückgenommen wird? Höre ich ein Ja – oder höre ich ein betretenes Schweigen?

Und dann haben wir ja noch das Gutachterverfahren, welches nun wahrlich nicht neu

ist, sondern schon seit Jahrzehnten besteht. Zeit genug, um gründliche wissenschaftliche Untersuchungen zu betreiben. ...

Es ist merkwürdig, aber – ich kenne keine derartige Untersuchung. Es gibt nicht den Schatten eines Beweises dafür, dass das Gutachterverfahren auch wirklich den Zweck erfüllt, den es erfüllen soll.

Das ist mehr als erstaunlich. Wir alle ächzen unter dem miserabel entlohnten (für uns miserabel, nicht für die Gutachter) Gutachterverfahren – und es gibt nicht den Schatten eines Beweises, dass das Gutachterverfahren den Zweck auch wirklich erfüllt, den es erfüllen soll.

... Den Autoren empfehle ich eine wissenschaftliche Untersuchung des schon lange bestehenden Gutachterverfahrens. Am Ergebnis bin ich sehr interessiert.

*Dr. phil. Thomas Deutschbein
Katharinenhof 9
79104 Freiburg
ThDeutschbein@t-online.de*

Erwiderung zum Kommentar von Thomas Deutschbein

Der Beitrag des Kollegen Deutschbein drückt sehr deutlich das weit verbreitete Missbehagen, wenn nicht gar Misstrauen gegenüber der Qualitätssicherung in all ihren Schattierungen aus. Das ist verständlich, zumal der Begriff Qualitätssicherung immer wieder auch als Ausrede und rhetorische Keule für Vieles herhalten musste, was eher mit Einschränkung und Disziplinierung zu tun hat als mit einer Idee von Qualitätsförderung.

Ob nun 80% oder 40% für oder gegen Qualitätssicherung sind, darüber könnten wir auch nur spekulieren. Jedoch müssen wir festhalten, und darauf sollten unsere Beiträge hinweisen: Qualitätssicherung ist nicht nur „In“ wie vielleicht Markenkleidung und Trendschuhe – Qualitätssicherung ist ganz profane gesetzliche Vorschrift. Und das ist uns ein besonderes Anliegen: Wenn sie schon gemacht werden muss, dann sollten wir Psychotherapeut/inn/en daran lieber mitwirken und sie sachgerecht ausgestalten, als dass wir ungeprüft und unangebracht die Modelle und Vorgehensweisen

der Chirurgen oder der Autoindustrie übernehmen, die für unseren Gegenstandsbereich nun beileibe nicht angemessen sind.

Natürlich sind wir nicht die Sprecher der Solidargemeinschaft, jedoch müssen wir zur Kenntnis nehmen, dass es gesetzliche und damit zu beachtende Vorgaben im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung (und im Kontext anderer Sozialgesetzbücher) gibt, die der Gesetzgeber im vermeintlichen Interesse der Versicherten-gemeinschaft erlassen hat. Und natürlich ist Qualitätssicherung im Interesse des Patienten aus unserer Sicht sinnvoll. Für den/die einzelne/n Therapeuten/in bedeutet sie demgegenüber tatsächlich eine gewisse Kontrolle und Einschränkung. Ob es allerdings eine Fremd- oder eine Selbstkontrolle ist, und in welcher Form diese erfolgt, das wiederum ist Sache der Ausgestaltung und die ist letztlich noch offen bzw. variabel. Möglicherweise werden auch Einschränkungen der therapeutischen Vorgehensweisen für den Einzelnen damit verbunden sein, jedoch bleibt auch hier die

**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
duesing@meisterernst.de
www.meisterernst.de

Frage: Sind diese am Maßstab einer sachgerechten und letztlich Erfolg versprechenden Behandlungskonzeption orientiert? Und überhaupt: Wer legt den Maßstab fest? Fragen über Fragen, und wenn wir sie nicht stellen und uns mit der Lösung beschäftigen, dann werden Andere die Vorgaben machen, aber ohne vorher die Problematik erfasst zu haben.

Dass eine gute Behandlung diejenige ist, die wirksam ist, möchten wir unterschreiben. Dass in der Qualitätssicherung prinzipiell die Verbesserung der Wirksamkeit angestrebt werden soll, halten wir ebenso für einen Konsens. Und dass es unterschiedliche Wissenschaftsbegriffe, gerade in der Psychotherapie, gibt, ist uns durchaus bewusst. Jedoch ist dies aus unserer Sicht nicht Gegenstand der Qualitätssicherung, sondern Thema für den wissenschaftlichen Diskurs. Qualitätssicherung hat den Stand der Wissenschaft zu berücksichtigen und darf weder mit Wissenschaft/Forschung,

noch mit Evaluation verwechselt werden (was leider allzu oft geschieht).

Wir gehen davon aus, dass letztlich alle Methoden der Qualitätssicherung auf den Prüfstand gehören. Wir haben selbst in verschiedenen Projekten daran mitgewirkt und werden dies auch weiter tun. Natürlich können auch wir nicht versprechen, dass die Entscheidenden (und die Regierenden) sich bei ihren weiteren Entscheidungen an empirischen Befunden orientieren. Aber woran sollen sich die Entscheidungsträger denn orientieren, wenn keine brauchbaren Informationen vorliegen? Irgendwo muss man ja mal anfangen, oder nicht?

Unserer Meinung nach ist es besser, als Psychotherapeuten bei der Ausgestaltung der gesetzlichen Vorgaben mitzuwirken, als „nur“ Kritik zu üben und keine Alternativen vorzuschlagen. Andernfalls besteht die Gefahr, dass die Ausgestaltung der QS

schließlich von Fachfremden vorgenommen wird – ob die Reaktionen der Betroffenen dann milder ausfallen werden, wagen wir zu bezweifeln...

Und was das leidige Gutachterverfahren angeht: eine entsprechende Literaturliste dazu folgt diesem Beitrag. Weitere Studien, unter Beteiligung der Autoren, sind in Vorbereitung.

*Dr. phil. Heiner Vogel
Institut für Psychotherapie und
Medizinische Psychologie
der Universität Würzburg
Klinikstr. 3, 97070 Würzburg
h.vogel@mail.uni-wuerzburg.de*

*Dr. phil. Matthias Richard
Institut für Psychotherapie und
Medizinische Psychologie
der Universität Würzburg
Klinikstr. 3, 97070 Würzburg
richard@mail.uni-wuerzburg.de*

Literatur

- Kallinke, D. & Kosarz, P. (2001). Gutachterverfahren in der Psychotherapie. Sinnvoll und verbesserungsfähig. Deutsches Ärzteblatt, 98 (40), P599.
- Köhlke, H.-U. (1998). Qualitätssicherung durch Gutachterverfahren – Aber wie qualitätsgesichert ist das Verfahren selbst? In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.), Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung (S. 785-832). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Köhlke, H.-U. (2000). Das Gutachterverfahren in der Vertragspsychotherapie. Tübingen: DGVT-Verlag
- Köhlke, H.-U. (2001). Zur Verhältnismäßigkeit des Psychotherapie-Gutachterverfahrens. PsychotherapeutenFORUM, 4, 5-11.
- Merod, R. & Vogel, H. (2003). Gutachterverfahren. In M. Härter, H.W. Linster & R.-D. Stieglitz (Hrsg.), Qualitätsmanagement in der Psychotherapie. Grundlagen, Methoden und Anwendung (S. 191-211). Göttingen, Hogrefe.
- Puschner, B. & Kordy, H. (2001). Der Zugang zur ambulanten Psychotherapie – eine Evaluation des Gutachterverfahrens. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 33 (3), 487-502.
- Rudolf, G., Jakobsen, T., Hohage, R. & Schlösser, A. (2002). Wie urteilen Psychotherapiegutachter? Entscheidungsmuster von Psychotherapiegutachtern auf der Grundlage der Gutachterkriterienliste. Psychotherapeut, 47, 249-253.
- Schneider-Reinsch, E. (2000). Warum ist die Debatte um das Gutachterverfahren – insbesondere zum jetzigen Zeitpunkt – sehr problematisch? Eine Replik auf Initiativen zur Abschaffung des Gutachterverfahrens. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 32 (2), 296-298.
- Sulz, S. K. D. & Peterander, F. (2004). Wie Gutachter für Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapie Problemfälle beurteilen – zur Qualität der Qualitätssicherer. Psychotherapie, 9, 42-51.
- Sulz, S. K. D., Meermann, R., Rey, E.-R. & Chirazi-Stark, M. S. (2003). Wie urteilen Verhaltenstherapie-Gutachter? Von der Einschätzung des Fallberichts zur Beurteilung des Antrags. Psychotherapie, 8, 35-44.
- Vogel, H. & Merod, R. (1998). Gutachterverfahren in der ambulanten Psychotherapie. Bericht über eine Podiumsdiskussion beim DGVT-Kongress für Klinische Psychologie und Psychotherapie in Berlin am 19.2.1998. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 30 (4), 481-508.
- Vogel, H., Lemisz, W., Liebeck, H. & Palm, W. (2002). Zur Bewertung des Gutachterverfahrens für die ambulante Verhaltenstherapie durch die GutachterInnen. Verhaltenstherapie, 12, 228-231.

Abstinenz im Schwurgerichtsverfahren – der Psychotherapeut im Spannungsfeld zwischen Legalität und Legitimität

Psychoanalytischer Kommentar zu den Ausführungen von Fischer, H. über die Rolle des Psychotherapeuten als „sachverständiger Zeuge“ im Schwurgerichtsverfahren (Psychotherapeutenjournal 3/2004, 228-230)

Die Redaktion des Psychotherapeutenjournals hat in Heft 3/2004 dankenswerterweise die notwendige Diskussion eines Problems eröffnet, das gleichermaßen gesetzliche und ethische Grundlagen professionell-psychotherapeutischer Tätigkeit berührt. Es geht um die Stellung des Psychotherapeuten in Schwurgerichtsverfahren, um seine im Gesetz fixierte Möglichkeit und Verpflichtung, sich am Prozess der Aufklärung und möglicher Sanktionierung von Straftaten aktiv zu beteiligen und um sein Recht, aus methodisch zu begründenden, ethischen Überzeugungen heraus eben dies nicht zu tun.

Auch Hans Fischer ist zu danken, dass er seine Überlegungen und Vorstellungen zur Rolle des Psychotherapeuten im Schwurgericht so offen zur Diskussion gestellt hat. Das ist nicht selbstverständlich, denn wegen der verschiedenartigen Struktur juristischen und psychologischen Denkens besteht zwischen beiden Professionen eine gewisse Ambivalenz der jeweils anderen Denkensart gegenüber. Fischers Artikel schafft Klarheiten, verweist aber gleichzeitig auf neue ernsthafte Probleme. Zuerst und vor allem wird nämlich deutlich, welches grundsätzliche Missverständnis, aus der Perspektive eines Richters bzw. der Strafprozessordnung, über das Verhältnis von Patienten zu ihren Psychotherapeuten vorliegt. Vor allem sehen wir eine ernsthafte Gefahr darin, den Psychotherapeuten erneut auf eine „Rechtshilfeperson“ (des Gerichtes) zu reduzieren, nachdem er nach langen Kämpfen endlich seine Rolle als „Heilhilfsperson“ (der Medizin) abgelegt hatte.

Fischers zentrale Überlegungen zielen dahin, Psychotherapeuten zu ermuntern bzw. aus einer moralischen Perspektive zu verpflichten, ihren Patienten, die als Opfer einer Strafhandlung eine Zeugenaussage vor Gericht machen müssen, konkret und vor Ort hilfreich zur Seite zu stehen. Fischer

vermutet, dass gerade die behandelnden Psychotherapeuten besonders geeignet sind, einen betroffenen Patienten im Gerichtssaal zu unterstützen, weil sie diese ja bereits gut kennen und deren Vertrauen genießen. Eine solche Hilfestellung erscheint ihm naheliegend, unkompliziert praktikabel, vermeidet größeren Aufwand für alle Seiten und ist relativ kostengünstig. Aus der Sicht des Gerichtes sind die angesprochenen Vorzüge tatsächlich nicht ganz von der Hand weisen.

Tatsächlich ermöglicht die Gesetzeslage einem Psychotherapeuten, eine solche Aussage vor Gericht zu machen, sobald er nämlich durch seinen Patienten ausdrücklich von seiner Schweigepflicht entbunden worden ist. Der Gesetzgeber bewertet diese Verpflichtung zur aktiven Beteiligung an der Aufklärung eines strafrechtlich relevanten Sachverhaltes sogar so hoch, dass er dem Richter das Recht und die Macht gibt, eine solche Aussage des sachverständigen Zeugen zu erzwingen. Ein solcher Zwang wäre legal, aber ist er auch legitim? Juristen kennen dieses Problem der moralischen Begründung rechtsrelevanter Entscheidungen. Vielleicht sind es die Psychotherapeuten, die realisieren müssen, dass auch Juristen die besonderen Bedingungen einer therapeutischen Beziehungsgestaltung erkennen und respektieren können. Ein Richter ist ja frei in seiner Entscheidung, auf Zwangsmittel zu verzichten, wenn er nur die Ernsthaftigkeit der Argumentation des sich verweigernden Psychotherapeuten und dessen Gewissensnöte erkennt.

Fischers Verständnis von der Natur einer professionellen Handhabung des Vertrauens innerhalb der Therapeut – Patient – Beziehung erscheint uns allzu sehr aus einem bestimmten Rechts- und Alltagsverständnis hergeleitet und berücksichtigt zu wenig eine notwendige methodische Verankerung der

psychotherapeutischen Haltung. Zwar gründet sich unsere Kritik auf einen speziell psychoanalytischen Zugang, wir gehen aber davon aus, dass eine wissenschaftliche und methodisch geleitete Reflexion der therapeutischen Beziehung, Voraussetzung und Grundlage psychotherapeutischer Tätigkeit jeglicher Provenienz ist.

Was hat es also auf sich, mit dem implizit unterstellten, merkwürdigen Zieren der Psychotherapeuten, gemeinsam mit ihren Patienten öffentlich vor Gericht aufzutreten? Das zentrale Missverständnis besteht unseres Erachtens darin, dass eine von Vertrauen getragene psychotherapeutische Beziehung erst dadurch zustande kommen konnte, weil der Psychotherapeut seine Abstinenz, Neutralität und Diskretion von Anfang an – also als Bedingung für jedwedes psychotherapeutische Handeln – zugesichert hat. Ohne diese grundsätzliche und umfassende Zusicherung wäre eine – diese je spezielle – psychotherapeutische Beziehung gar nicht möglich geworden. Nur auf dem Hintergrund dieser umfassenden Zusicherung entfaltet sich ein hilfreicher psychotherapeutischer Prozess in der notwendigen Weise. Vertrauen ist eine Folge konsequenter Befolgung der angebotenen und vertraglich zugesicherten konstitutiven Bedingungen der Therapie: Abstinenz, Neutralität und Diskretion.

Bildlich und konkret gesprochen heißt das: Jeder Psychotherapeut im Schwurgericht, der als Begleiter seines aussagenden Patientenzeugen auftritt, muss für sich selbst Klarheit darüber schaffen, ob er mit seiner Bereitschaft, seinen Patienten in den Schwurgerichtssaal zu begleiten, nicht selbst die vorher vereinbarte, umfassende Zusicherung von Abstinenz, Neutralität und Diskretion beschädigt oder gar zerstört.

Was ist mit der „umfassenden Zusicherung von Abstinenz, Neutralität und Diskretion“ gemeint und warum ist sie die entscheidende Bedingung für einen psychotherapeutischen Prozess?

Die Erfahrung in einer Therapie, Selbstverborgenheit durch subjektive bzw. intersubjektive Wahrheit ersetzen zu können, ist Bedingung für das Finden von Einsicht über subjektives Leiden, seelische und seelisch-körperliche Krankheit. Der Psychotherapeut ist dieser Wahrheit verpflichtet. Dabei wird verzerrte Wahrnehmung über das Selbst, die Realität und die Beziehung zwischen Selbst und Realität, durch eine korrigierende psychotherapeutische Beziehungserfahrung, wenn es gut geht, aufgehoben und seelische Konflik-

te können ohne Symptombildungen ertragen werden. Die Haltung des Psychotherapeuten eröffnet und erhält darüber hinaus Rahmenbedingungen (bzw. ein Setting), welches diesen Prozess fördert. Zum Setting gehören eine Reihe von Faktoren, auf die beide gleichberechtigt und unterschiedlich zugleich verpflichtet sind, z. B. dass Einhalten der vereinbarten Termine, die Diskretion, Neutralität und Abstinenz des Psychotherapeuten und seine Zusage, unabhängig von seinen persönlichen Wünschen und Vorstellungen dem Patienten zuzuhören. Der Patient demgegenüber willigt ein, die zur Verfügung gestellte Zeit nach seinen Kräften zu nutzen, vereinbarte Termine einzuhalten und die Arbeit seines Therapeuten zu bezahlen. Psychotherapeut und Patient gehen schriftlich oder mündlich einen Behandlungsvertrag ein, der keine weiteren Verpflichtungen einschließt und im Besonderen Dritte nicht berücksichtigt. So kann der Patient erwarten, dass ihm sein Psychotherapeut persönlich zur Verfügung steht und – anders als in einer Arztpraxis – dass er nicht unerwartet mit einem, ihm unbekanntem, Vertreter konfrontiert ist. Andererseits ist der Psychotherapeut keineswegs den Interessen des Ehepartners seines Patienten verpflichtet oder gar dessen Arbeitgeber oder Vorgesetzten, der vielleicht ganz andere Vorstellungen über die Ziele des psychotherapeutischen Prozesses haben könnte. Psychotherapie basiert in aller Regel auf dieser höchst persönlichen Vereinbarung, die fremden Einfluss ausschließt. Diese Setting-Bedingungen haben sich bewährt und systematische Ausnahmen bedürfen einer besonderen und sorgfältigen Begründung.

Es ist nicht selten und jeder Psychotherapeut hat Beispiele aus eigener klinischer Tätigkeit, dass der Einfluss der Realität auf psychotherapeutische Prozesse so stark zu werden scheint, dass Ausnahmen unvermeidbar, ja hilfreich erscheinen. Der Lebenspartner unseres Patienten erkrankt lebensbedrohlich und bräuchte unbedingt ein Gespräch, weil sonst niemand zur Verfügung steht. Unser Patient hatte einen unverschuldeten Verkehrsunfall und braucht dringend Gespräche am Krankenbett oder er macht in unseren Augen einen nicht wieder gut zu machenden Feh-

ler und wir meinen, in seinem sozialen Umfeld Vorsorge treffen zu müssen usw. Alle diese Fälle scheinen Ausnahmen zu erzwingen und wir beginnen zu verstehen, dass die Realität so ist, dass konkrete Hilfe gefragt ist und damit unsere grundsätzlichen Zusagen keine Gültigkeit mehr haben können. Aber woher wissen wir, ob dies der unbewussten Realität unseres Patienten wirklich entspricht? Freud hat formuliert, dass die Realität den extremsten Widerstand darstellt, eine Erfahrung, die viele Psychotherapeuten bestätigen können.

Fischer spricht von dem Begriffspaar „Wahrheitsfindung“ und „Patientenschutz“ und kommt implizit zu der Aussage, dass Schwurgericht und Psychotherapie beidem gleichermaßen verpflichtet sind. Diese Einschätzung teilen wir nicht. Patientenschutz im Sinne der Psychotherapie bedeutet die grundsätzliche und umfassende Zusage von Diskretion, Neutralität und Abstinenz als Bedingung für die therapeutische Beziehung und gerade nicht Schutz vor Widrigkeiten, Traumatisierung oder Arbeitsanforderung der Realität. Psychotherapie kann in diesem Sinne Realität nicht beeinflussen und will dies, in zugespitzter Weise formuliert, auch nicht. Psychotherapie ermöglicht Einsicht in Realität und konfliktvolle Verstrickung, aber Psychotherapie heilt nicht „das normale Elend“, wie Freud es formuliert hat, sondern ausschließlich das „neurotische Elend“. Patientenschutz im Sinne psychotherapeutischen Handelns ist die Verpflichtung, einen Patienten in seiner inneren Realität zu schützen. Patientenschutz im juristischen Sinne droht diese Verpflichtung auf den Schutz des Patienten in seiner äußeren Realität zu reduzieren, mag insofern auch Schutz für die Richter vor deren unvermeidlichen Konflikten zwischen Wahrheitsfindung, Strafzuführung und Interessenausgleich sein. Wahrheitsfindung im Sinne des Schwurgerichtes ist das Aufdecken der Differenz zwischen Gesetz und Verhalten, unabhängig von den unbewussten Motiven für eine Straftat oder dafür, Opfer geworden zu sein. Psychotherapie, die sich diesem letzteren Prozess verpflichtet oder ausliefert, verfehlt die Aufgabe, der subjektiven Wahrheit näher zu kommen, indem sie sich einer normativen Wahrheit unterwirft. Psychothera-

peuten, die eine exzentrische Position gegenüber der Realität verlassen, sind – ob aus guten oder schlechten, aus sozialen oder egoistischen Interessen – ungewollt verstrickt in die Realität und nicht mehr frei, ihren Patienten in der vereinbarten Weise hilfreich zur Seite zustehen.

Fischer hat aus einer Position juristischer Autorität einen notwendigen Dialog mit Psychotherapeuten und ihre angedachte Rolle im Schwurgericht eröffnet. Er hat damit gleichzeitig auf die vielfältigen Fragen und Missverständnisse verwiesen, die es zu erkennen und zu klären gilt. Es zeigt sich, dass eine angemessene Reflexion der gestellten Fragen nicht nur dringend notwendig ist, sondern ebenso viel gegenseitiges Zuhören und Informieren erfordert. Aber ein Anfang ist durchaus gemacht.

*Dr. Ekkehard Gattig
Großgörschenstarsse 18
28211 Bremen
E.Gattig@t-online.de*

*Dr. Peter Wegner
Pfalzhaldenweg 16
72020 Tübingen
wegner@t-online.de*

Erwiderung zum Kommentar von Ekkehard Gattig & Peter Wegner

Aus juristischer Sicht möchte ich zu dem oben genannten Leserbrief anmerken, dass ich die dort angesprochene „ernsthafte Gefahr“, dass das Gericht den Psychotherapeuten erneut auf eine Rechtshilfeperson reduziert, nicht sehe. Sofern man eine Hauptverhandlung und ihre Beteiligten als eine „Konfliktlösungsgruppe“ betrachtet, kommt dem Sachverständigen zwar manchmal eine affirmative Rolle zu, in vielen Fällen ist er allerdings der eigentliche Entscheidungsträger. Auch vom Gesetzgeber wurde der psychologische Psychotherapeut bezüglich des Zeugnisverweigerungsrechts mit den Ärzten gleichgestellt (siehe § 53 Abs. 1 Nr. 3 Strafprozessordnung) mit der Folge, dass der Patient/Zeuge selbst entscheidet, ob er seinen Psychotherapeuten von der Schweigepflicht entbindet oder nicht. Diese Vorschrift gibt dem behandelnden Psychotherapeuten die Gewähr, dass das Vertrauen zwischen Psychotherapeuten und Patient nicht gestört wird. Soweit befürchtet wird, dass der behandelnde Psychotherapeut gemeinsam mit seinem Pa-

tienten öffentlich vor Gericht auftreten müsste, ist auch hierfür Vorsorge vom Gesetzgeber geschaffen worden, als die Öffentlichkeit zum Schutz der Privatsphäre ausgeschlossen werden kann, bei entsprechendem Antrag der gefährdeten Person sogar ausgeschlossen werden muss (§ 171 b Abs. 1 und Abs. 2 Gerichtsverfassungsgesetz). Falls der Patient seinen Psychotherapeuten „sperrt“, indem er ihn nicht von der Pflicht zur Verschwiegenheit entbindet, wird das Gericht gezwungen sein, einen externen Gutachter zu bestellen, der kein Zeugnisverweigerungsrecht hat. Inwieweit dies der vom Vertrauen getragenen psychotherapeutischen Beziehung zwischen Patient/Zeuge und Therapeut förderlich ist, vermag ich nicht zu beurteilen.

Mit freundlichen Grüßen

*Hans Fischer
Vorsitzender Richter am
Landgericht Karlsruhe
Hans-Thoma-Str. 7
76133 Karlsruhe*

Aus- und Weiterbildung



Institut für psychotherapeutische Forschung, Methodenentwicklung und Weiterbildung (IPFMW) an der UNIVERSITÄT ZU KÖLN
staatlich anerkanntes Ausbildungsinstitut
Höningerweg 115
50969 Köln
Email: chhopfner@netcologne.de
www.ipfmw.uni-koeln.de

Fünffährige tiefenpsychologisch fundierte Ausbildung zum PP mit den Schwerpunkten:
Psychodynamisch-dialektische Psychotherapie
Psychotraumatologie
Psychotherapieforschung
Promotion möglich
Nächster Ausbildungsbeginn Herbst 2005

Weiterbildung des **DIPT e.V.** für PP + KJP nach dem Konzept der Kausalen Psychotherapie; Ätiologieorientierte Behandlung psychotraumatischer und neurotischer Störungen
Infos: www.psychotraumatologie.de

FAMILIEN- UND SYSTEMTHERAPIE

(3 Jahre) Start: 05.11.2005
SYSTEMISCHE BERATUNG
(2 Jahre) Start: 19.11.2005
Die Ausbildungen sind vom DGSF anerkannt.

RIFS Rheinisches Institut für Familien- und Systemtherapie e.V. RIFS
Geschäftsstelle Sandbüchel 24
51427 Bergisch Gladbach
Tel./Fax: 0 22 04 / 2 19 29
Email: rifs@rifs.de www.rifs.de

Dienstleistungen

Dipl.-Psych. bietet professionelle Hilfe bei der Erstellung für Berichtsvorschläge an den Gutachter.
E-Mail: bbp@artep.de
Tel.: 0 22 34 / 9 84 45 12

Kompetente und individuelle Hilfe bei der Berichterstellung (TP/A Erw.) für Kassenanträge von Dipl.-Psychologin/ Psychotherapeutin,
Tel.: 0 40 / 31 79 42 42

Dienstleistungen für psychologische Praxen: zuverlässige und qualifizierte Hilfen bietet

Tel.: 0 64 21 / 87 17 40
E-Mail: psydienst@web.de

CHIRON Psychologische Dienstleistungen Berichts-Check – wir prüfen Ihren Bericht noch vor Antragstellung professionell und legal nach den offiziellen GA-Kriterien.

Web-Service – wir realisieren und pflegen den professionellen Internet-Auftritt Ihrer Psychologischen Praxis

Weitere Hilfen rund um dem Praxisalltag
Internet: www.chiron-pd.de
E-Mail: service@chiron-pd.de
Fon: 02 21 / 4 68 09 73
Fax: 02 21 / 2 79 04 56
Mo - Do: 9 - 15 Uhr, Fr: 9 - 10 Uhr

Intervision

Suche Anschluss an kollegiale Intervisionsgruppe/Qualitätszirkel in Braunschweig. GT, w, 36, Tätigkeit in Jugendberatungsstelle

Tel.: 0 531 / 8 78 98 43

Qualitätszirkel Verhaltenstherapie Wiesbaden sucht interessierte Teilnehmer/innen.

Tel.: 06 11 / 5 41 08 52
Fax: 06 11 / 5 41 08 51

Jobsharing

Suche Nachfolger/-in für Psychotherapeutische Praxis im Raum Münster (VT). Evtl. über Job-Sharing mit späterer Übernahme (incl. KV-Zulassung). Aussagekräftige Bewerbungsunterlagen bitte an Chiffre PTPJ 05 02 01

Psychol. Psychotherapeutin (VT) sucht Jobsharing in Niedersachsen/Bremen (auch geringe Std.-Anzahl)

Tel.: 0 42 93 / 78 67 12

Suche **Jobsharing** (KJP, VT, weiblich), Raum Landkreis Osnabrück, Stadt Osnabrück, Bereich Münster, Bielefeld.

PTPJ 05 02 05

Raum München
Psychologische Psychotherapeutin (VT) sucht Jobsharing oder Praxismitarbeit

Chiffre PTPJ 05 02 11

Raum Frankfurt/Main
Psych. Psychotherapeutin (TP, Erw., KJ) sucht Jobsharing 10-15 Stunden

Chiffre PTPJ 05 02 13

Psychol. Psychotherapeutin (VT) bietet Mitarbeit in großer fachübergreifender Praxisgem. in Südbaden/Ortenaukreis

Chiffre PTPJ 05 02 12

Praxisgesuche

Angehende PP – VT sucht Ende 05/Anf. 06 KV-Sitz
Raum Kassel/Göttingen

Tel.: 01 70 / 3 22 19 15 o. 05 51 / 8 29 09

Praxisgesuche

Psycholog. Psychotherapeutin sucht Einstieg/Jobsharing in Praxis o. KV-Sitz (Approbation, Registr.) für Erw. o. Kinder/Jug. in **o. um Freiburg**

Tel.: 01 62 / 8 70 71 41

KV-Sitz (VT/Erw.) oder Job-Sharing in **DD, K, BN, Rhein./Oberberg. K. o. Olpe** gesucht.

Tel.: 02 21 / 71 50 02 15

Recklinghausen-Mitte

Räume für psychotherapeutische Praxis zum 01.09.05 gesucht.

Gerne Praxismgemeinschaft
Tel.: 0 23 61 / 5 99 98

Engagierte Psychologische Psychotherapeutin (VT) sucht KV-Sitz oder Job-Sharing im Raum Köln/Bonn/ Düsseldorf

Tel.: 0 22 34 / 49 83 14

Raum Ulm/Neu-Ulm; suche KV-Sitz oder Jobsharing (PP, TP, ERW, KJP). Mit langjähriger Berufserfahrung

Tel.: 07 31 / 1 40 53 77

Psychologische Psychotherapeutin sucht KV-Sitz/Jobsharing in Düsseldorf oder Umgebung. Zeitraum 2005/2006

Tel.: 02 11 / 9 33 70 89

Praxisgesuche/-tausch

PP (TP) sucht KV-Sitz Kreis Pinneberg auch im Tausch mit KV-Sitz Kreis Ditmarschen

Tel.: 0 41 23 / 59 35

Psycholog. Psychotherapeutin (VT/ Hypnose) sucht KV-Sitz in **Regensburg** oder Umgebung (Tausch mit Landshut möglich) oder **Jobsharing**.

Tel.: 01 72 / 5 26 00 13

Psychologischer Psychotherapeut (VT) sucht KV-Sitz in Bochum/Dortmund o. Umgebung. Zeitraum 2005/2006

Chiffre PTPJ 05 02 14

Praxiskauf/-verkauf

Psych. Psychotherapeut/-in (VT) für Einstieg/Job-Sharing in Psychotherapeutische Praxis in Münster gesucht. Übernahme nach ca. 2-3 Jahren einschl. KV-Zulassung. Bewerbungsunterlagen mit Foto an Chiffre PTPJ 05 02 02

Psycholog. Psychotherapeutin (VT) (Fachkunde VT Erw. und KiJu) sucht **KV-Sitz in Hannover Stadt und Region** zur Übernahme/Kauf.
Tel.: 05 11 / 8 66 40 40; 01 77 / 4 90 20 36

Suche KV-Sitz in Raum **Mannheim/Speyer** oder **Düsseldorf** für Ende 2005 oder Anfang 2006. Biete gute Konditionen.
Tel.: 06 21 / 8 32 55 11

PP-KV-Sitz
Kauf oder Jobsharing
Lahn-Dill, LM, WI, F,
Tel.: 0 64 71 / 74 49

Praxisräume

Therapieraum in moderner logopädischer Praxis in **Kamp-Lintfort** zur vermieten! Einblicke unter www.logopaedie-bachus.de
Tel.: 0 28 42 / 9 09 19 22

Praxisaustausch

Tausche **KV-Sitz** (PP – VT) in **Lübeck** gegen Kr. **Stromarn**
Chiffre PTPJ 05 02 04

Psycholog. Psychotherapeutin (VT) sucht **KV Sitz im Rhein-Maini-Gebiet**.
Chiffre PTPJ 05 02 07

Tausche KV-Sitz (VT Erw) in **Berlin** mit KV-Sitz **Hamburg**
Chiffre PTPJ 05 02 06

Praxisverkauf

KV-Sitz in Bielefeld
zum 1.10.06 zu verkaufen
Chiffre PTPJ 05 02 10

KV-Sitz Psychoanalyse/Psychotherapie in Frankfurt am Main abzugeben.
Gebot bitte an 0 69 / 61 82 86

Verkaufe **KV-Sitz** in Pforzheim;
PP/KJP; VT
Tel.: 0 72 31 / 4 24 53 58

KV-Sitz im KV-Bereich Bayer. Schwaben (Donauwörth) Doppelzulassung an PP und/oder KJP zum 01.01.2006 **zu verkaufen**
Tel.: 09 06 / 7 05 15 11

PP-PRAXIS IN LEVERKUSEN
ZU VERKAUFEN
BISHER TP/PA
Chiffre PTPJ 05 02 04

KV-Sitz (PP-PSA, TP) in Köln
Jobsharing ab 2006 mit verbindl. Übernahme in 2007.
Tel./Fax: 02 21 / 60 82 14

PP-KV-Sitz (VT-Erw.)
Zum 31.12.05
sehr gut gehende Praxis im Sperrgebiet Großraum Stuttgart
Chiffre PTPJ 05 02 03

Praxisvermietung

Berlin-Hellersdorf:
Komplette Kindertherapeut. Praxis zu vermieten 1 Tag/Nacht ggf. Wo.ende
Tel.: 01 79 / 1 22 24 01

Bremen-Mitte. Langjährig tätige Psych. Psychotherapeutin (KV-Zul. TP) sucht ruhigen schönen Raum in kleiner Praxisgemeinschaft.
Tel.: 04 29 / 34 33 71

Praxisvermietung

Bonn-Duisdorf:
2 helle Praxisräume mit Küche, WC, Parkplatz zur Untermiete.
Tel.: 02 28 / 64 62 89

Hamburg-Ottensen
Psychotherapeutische Praxengemeinschaft (TP) sucht zum 01.09.05 neuen männlichen Kollegen Gute Lage, helle Räume!
Tel.: 0 40 / 39 12 88

Veranstaltungen/Workshop

Münster Zertifizierter Qualitätszirkel für kolleg. Supervision mit Fokus Übertragungserfahrung (TP) sucht noch Teilnehmer; 3-wöchig, mittwochs, 16-18 Uhr, Tel.: 0 25 97 / 56 35

Ausbildung PP Quereinstieg ab 02.07.05 **Kinder u. Jugendlichen PT (KV Berechtigung)** 25.6.-2.7.05 (III), 01.-08.10.05 (I) 04.-11.02.06 (II)
Gruppen – PT (KV) Theorie: 17.-22.10.05 Neuer Punktwert ab 01.04.05: 745 Punkte
Tel.: 0 83 34 / 98 63-73, FAX: -74
www.sueddeutsche-akademie.de

Ihre Chiffre-Zuschriften senden Sie bitte in einem zweiten geschlossenen Umschlag an den Verlag:

Verlagsgruppe
Hüthig Jehle Rehm GmbH
Anzeigen PTJ
Chiffre Nr. _____
Im Weiher 10
69121 Heidelberg

Artikelverzeichnis 2004

Alpers, G. & Vogel H. Bachelor oder Master, wer wird Psychotherapeut?	4/2004	315 – 319
Best, D. Novellierung der GOÄ / GOP dringend erforderlich	3/2004	219 – 220
Fiedler, P. Ressourcenorientierte Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen	1/2004	4 – 12
Fink, A. M. AD(H)S – Ein Diskussionsbeitrag aus der Praxis	2/2004	115 – 120
Fischer, H. Schwurgericht und Psychotherapeut im Spannungsfeld zwischen Wahrheitsfindung und Patientenschutz	3/2004	228 – 230
Fonagy, P. & Roth, A. Ein Überblick über die Ergebnisforschung anhand nosologischer Indikationen, Teil I	3/2004	204 – 218
Fonagy, P. & Roth, A. Ein Überblick über die Ergebnisforschung anhand nosologischer Indikationen, Teil II	4/2004	300 – 314
Frohburg, I. Vergessene Daten - Zur Entwicklung der Psychotherapie in der DDR	3/2004	231 – 234
Frohburg, I. Argumente für die Aufnahme der Gesprächspsychotherapie in den Leistungskatalog der GKV	4/2004	320 – 326
Hermes, H. So kann man nicht arbeiten. Psychotherapeuten in der Psychiatrie	1/2004	13 – 19
Lueger, S. Psychotherapie in der medizinischen Rehabilitation	3/2004	221 – 227
Richard, M. Systematische Verlaufsbeobachtung in der ambulanten Psychotherapie	2/2004	128 – 133
Richter, R. Frankreich regelt Psychotherapie oder „Touche pas à mon psy“	1/2004	24 – 25
Schmude, M. & Pauli, G. Vom Schlechten des Guten	2/2004	108 – 114
Schwarz, M. Ethische und juristische Spezifika bei Psychotherapien von Kindern und Jugendlichen	1/2004	20 – 23
Vogel, H. Qualitätssicherung: ein Arbeitsprogramm im Spannungsfeld zwischen Förderung und Disziplinierung	2/2004	121 – 127

Kontaktdaten der Psychotherapeutenkammern

Bundespsychotherapeutenkammer

Klosterstr. 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

Hauptstätter Straße 89
70178 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-Str. 9, 80336 München
(Post: Postfach 151506
80049 München)
Tel. 089/515555-0
Fax 089/515555-25
Mo – Do 9.00 – 15.30 Uhr
Fr 9.00 – 13.00 Uhr
info@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

Holler Allee 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@lpk-hb.de
www.lpk-hb.de

Hamburg

Curschmannstraße 9
20251 Hamburg
Tel. 040/4210 1234
Fax 040/4128 5124
Mo, Di, Do, Fr 9.00 – 15.00 Uhr
Mi 9.00 – 17.00 Uhr
info@ptk-hh.de
www.ptk-hh.de

Hessen

Gutenbergplatz 3
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

Roscherstr. 12
30161 Hannover
Tel. 0511/850304-30
Fax 0511/850304-44
Mo, Mi, Do 9.00 – 12.00, 13.30 – 15.00 Uhr
Fr 9.00 – 12.00 Uhr
Beitragsangelegenheiten:
Mo, Mi – Fr 9.00 – 12.00
Mo – Do 13.00 – 13.30 Uhr
info@pk-nds.de
www.pk-nds.de

Nordrhein-Westfalen

Willstätterstr. 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211/522847-0
Fax 0211/522847-15
Mo – Do 8.30 – 16.30 Uhr
Fr 8.30 – 14.30 Uhr
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Rheinland-Pfalz

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30
55130 Mainz
Tel. 06131/5703813
Fax 06131/5700663
Mo – Fr 10.00 – 12.30 Uhr
Di und Do 14.00 – 16.00 Uhr
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de

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, Mi, Fr 9.00 – 13.00 Uhr
Di, Do 9.00 – 16.00 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

Inserentenverzeichnis

- Akademie bei König & Müller, Würzburg, 187
Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation, Bamberg, 104
CIP-Medien, München, 4.US
DAP – Dresdner Akademie für Psychotherapie, Dresden, 111
Deutscher Psychologen Verlag, Bonn, 105
DGVT Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie,
Tübingen, 109
DIREKT, Eisingen, 177
Kanzlei Düsing, Münster, 189
DVT, Münster, 107
EMDR-Institut, Bergisch-Gladbach, 173
Epikursoftware, Berlin, 101
Ergosoft, Hassloch, 2.US
ETV Eugen Träger Verlag, Lotte, 191
Fachklinik Waren, Waren (Müritz), 102
Fortbildungsstelle Psychotherapeutisches Zentrum,
Stuttgart, 138
Helm Stierlin Institut, Heidelberg, Teil-Beilage BW
Hogrefe Verlag, Göttingen, 133
IGW Institut für integrative Gestalttherapie, Würzburg, 125
IVS Institut für Verhaltenstherapie, Nürnberg, 193
C. G. Jung Institut, Stuttgart, 177
Klingenberger Institut für Klinische Hypnose,
CH-Homburg, 113
Klinikum Nord, Hamburg, 103
NIVT Norddeutsches Institut für Verhaltenstherapie,
Bremen, 121
Psychologisches Institut, Tübingen, Teil-Beilage BW
Psycho-Vision, Kempten, 115
Psychoholic, Remscheid, 117
SANIMA Klinik am Mayenberg, Bad Herrenalb, 105
Seminar für Gruppenanalyse, CH-Zürich, 113
WIT, Tübingen, 173

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 Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin, Psychotherapeutenkammer Bremen, Psychotherapeutenkammer Hamburg, Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen, Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein.

Redaktionsbeirat

Detlev Kommer (Baden-Württemberg), Siegfried Schmieder (Baden-Württemberg), Dr. Nikolaus Melcop (Bayern), Dr. Heiner Vogel (Bayern), Dr. Manfred Thielen (Berlin), Anne Springer (Berlin), Karl Heinz Schrömgens (Bremen), Prof. Dr. Rainer Richter (Hamburg), Jürgen Hardt (Hessen), Uta Cramer-Düncher (Hessen), Dr. Lothar Wittmann (Niedersachsen), Prof. Dr. Hans-Jochen Schwartz (Niedersachsen), Karl Wilhelm Hofmann (NRW), Dr. Annelie Scharfenstein (Rheinland-Pfalz), Ilse Rohr (Saarland), Dr. Uwe Speckenbach (Schleswig-Holstein).

Anschrift Redaktion (Achtung: vorübergehend für PTJ 3/2005!)

Petra Kümmler
Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
St.-Paul-Str. 9
80336 München
Tel.: 089/515555-15
Fax: 089/515555-25
kueumler@ptk-bayern.de

Verlag

R. v. Decker, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Im Weiher 10, 69121 Heidelberg
Annette Kerstein, Tel.: 06221/489-318; Fax: 06221/489-529, annette.kerstein@hjr-verlag.de

Anzeigen

Claudia Kampmann-Schröder, Tel.: 06221/437-042, Fax: 06221/437-109, cks-marketing@t-online.de

Satz

Strassner ComputerSatz
69181 Leimen

Druck

Druckhaus Darmstadt GmbH
64295 Darmstadt

Bezug und -bedingungen

Inland € 72,- (inkl. Versandkosten)
Ausland € 75,- (inkl. Versandkosten)
Studenten und Ausbildungsteilnehmer € 34,- (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.

Erscheinungsweise

Das „Psychotherapeutenjournal“ erscheint viermal jährlich. Für Mitglieder der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, dem 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 3/2005 ist der 8. Juli 2005, für Ausgabe 4/2005 der 16. September 2005. Manuskripte sind elektronisch (Diskette, Email) im Word- oder rtf-Format an die Redaktion (s.li.) 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:

- a) Das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck – auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zur sonstigen Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen (Abstracts);
- b) das Recht zur Veröffentlichung einer Mikro-, Mikrofilm- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Wege von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe durch Radio und Fernsehsendungen;
- c) das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z.B. Diskette, CD-Rom, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm – sei es unmittelbar oder im Wege der Datenfernübertragung –, sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte;
- d) das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z.B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sog. Kopienversandes auf Bestellung;
- e) das Recht zur Vergabe der vorgenannten Nutzungsrechte an Dritte im In- und Ausland sowie die von der Verwertungsgesellschaft WORT wahrgenommenen Rechte einschließlich der entsprechenden Vergütungsansprüche.

Verantwortlich für den allgemeinen Teil ist der Redaktionsbeirat. Für Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern sind deren Vorstände verantwortlich.

Gesundheitsziele für Deutschland

Depression im Blickpunkt

Petra Baumann-Frankenberger

Zusammenfassung: Seit 5 Jahren wird im Auftrag des BMGS an einem Katalog von Gesundheitszielen für die deutsche Bevölkerung gearbeitet, zu denen sich Kostenträger, Leistungserbringer und Politik im Konsens bekennen. Das Gremium und dessen bisherige Arbeit wird vorgestellt. Auf ein neues, für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten besonders relevantes Ziele-Thema wird hingewiesen: Depression. An alle Kolleginnen und Kollegen ergeht der Appell, etwaige Maßnahmen aus ihrem Tätigkeitsbereich in das Projekt einzubringen.

Unter dem Namen „*gesundheitsziele.de* – Forum Gesundheitsziele Deutschland“ erarbeitet seit 5 Jahren und nach umfangreichen Vorarbeiten ein Arbeitsausschuss im Auftrag des BMGS konkrete, durch Maßnahmen operationalisierbare Gesundheitsziele für Deutschland als Vorschlag an die Politik. Entwickelt wurden bisher fünf Ziele-Kataloge zu den Themenbereichen „Diabetes“, „Brustkrebs“, „Tabakkonsum“, „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ und „Patientenkompetenz“. Als neues Ziele-Thema wird jetzt „Depression“ bearbeitet. Zu allen Zielen sind die Träger von bereits laufenden Maßnahmen aufgerufen, die Arbeitsgruppe über ihre Projekte zu informieren und durch Kooperation und Vernetzung zur Erreichung der nationalen Gesundheitsziele beizutragen. An unsere Berufsgruppen, die traditionell und laufend wichtige Beiträge zu diesen Zielen leistet, geht der Appell, das Engagement öffentlich zu machen und psychotherapeutische Beiträge einzubringen. Informationen unter www.gesundheitsziele.de, dort ist auch ein Formular zur Datenübermittlung erhältlich.

Warum Gesundheitsziele?

Gesundheitsziele sind ein Instrument zur direkten oder indirekten Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölke-

rung oder von Teilbevölkerungen. Sie sollen die politische Diskussion um eine zeitgemäße, demokratische und moderne Gesundheitsversorgung in Gang setzen.

International besteht seit mehr als 20 Jahren Erfahrung mit Gesundheitszielen. So hat die WHO bereits 1977 ein Programm ins Leben gerufen und 38 Ziele benannt. Sie wurden unter dem Namen „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region weiterentwickelt und ausgebaut. In Deutschland wurden ab Mitte der 80er Jahre Versuche unternommen, Ziele zu definieren. 1999 wies die 72. Gesundheitsministerkonferenz auf die Bedeutung von Gesundheitszielen im Hinblick auf eine Steigerung von Effizienz, Effektivität und Transparenz gesundheitspolitischen Handelns und die Konsensfindung der gesundheitspolitischen Akteure hin. Bund, Länder und Gemeinden wurden aufgefordert, tragfähige Gesundheitsziele zu verabschieden. Im Oktober 2001 forderte der Bundestag von der Regierung erstmals Qualitätssteigerungen in einem ausgewählten Bereich der Gesundheitsversorgung, nämlich der Diabetes-Versorgung. Verbesserungen für Diabetes-Patienten sollten zu einem vorrangigen Gesundheitsziel erklärt werden, konkrete Versorgungsziele sollten entwickelt und bis zum Jahr 2005 umgesetzt werden.

gesundheitsziele.de – eine Konsensplattform

gesundheitsziele.de wurde im Dezember 2000 als Kooperation des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziales (BMGS) und der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) ins Leben gerufen. *gesundheitsziele.de* wird vom Ministerium zu wesentlichen Anteilen finanziell gefördert.

Die 1947 gegründete GVG ist ein freiwilliger Zusammenschluss einer Vielzahl von Institutionen und Personen, die das System der sozialen Sicherung in Deutschland aktiv mitgestalten. Mitglieder der GVG sind die gesetzlichen Sozialversicherungen, die privaten Kranken-, Pflege- und Lebensversicherungen, Leistungserbringer im Gesundheitswesen (Heilberufe, Krankenhäuser, Reha-Einrichtungen, Pharmaindustrie u.a.), betriebliche Einrichtungen der sozialen Sicherung, Gewerkschaften, Arbeitgeber sowie weitere gesellschaftlich relevante Institutionen, außerdem Wissenschaftler. Die Bundespsychotherapeutenkammer berät zur Zeit über einen Aufnahmeantrag. Ziel der GVG-Arbeit ist es, ein freiheitliches, pluralistisches System sozialer Sicherung zu gewährleisten, das allen Bürgern einen guten qualitativen und quantitativen Schutz bei Eintreten zentraler Lebensrisiken bietet. Darüber hinaus führt die GVG für die Bundesregierung, die Europäische Union und andere Institutionen Projekte der internationalen Zusammenarbeit und Forschungsprojekte durch.

Seit 1997 befasst sich der GVG-Arbeitsausschuss „Medizinische Orientierung im Gesundheitswesen“ mit Gesundheitszielen. In diesem Ausschuss arbeiten Vertreter von Krankenversicherung, Leistungserbringern,

„Für die tägliche Praxis nahezu unverzichtbar“

Deutsches Ärzteblatt, Heft 24, 2000

Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis

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

Ca. 2.800 Seiten. Loseblattwerk in 2 Ordnern. € 118,- ISBN 3-7685-6592-0

Angesichts der zahlreichen Vorschriften und Anforderungen, die seit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes auf die Psychotherapeuten einströmen, ist dieses Handbuch für die tägliche Praxis eine unerlässliche Arbeitsgrundlage.

In lexikalischer Form werden Themen wie z. B. Antragstellung, Abrechnung, Auskunftspflicht, Behandlungsvertrag, Kooperationsformen, Patientenrechte, Versicherungen, Zulassungsfragen und vieles mehr behandelt.

Die Beiträge sind übersichtlich gestaltet, mit Randnummern versehen, die Stichworte sind optisch hervorgehoben und gewährleisten so eine einfache Handhabung. Im Anhang sind außerdem die aktuellen Rechtsvorschriften und Richtlinien sowie hilfreiche Adressen abgedruckt.

C.F. Müller, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Im Weiher 10, 69121 Heidelberg.

Kundenbetreuung München:

Bestell-Tel. 089/54852-8178, Fax 089/54852-8137

E-Mail: kundenbetreuung@hjr-verlag.de

GOP – jetzt aktuell kommentiert

Behandlungs-Vertrag

Gutachterverfahren

Antragstellung

Zulassung

Abrechnung

Praxisorganisation



R.v. Decker
www.rvdecker-verlag.de

60706414

Ministerien, Patienten und anderer sozial-politischer Akteure zusammen.

gesundheitsziele.de baut auf dieser Plattform auf und erweiterte den Kreis der Beteiligten um eine Vielzahl weiterer Akteure, wie z.B. Vertreter von Bund, Ländern, Kommunen, nachgeordneten Bundesbehörden, Patienten- und Selbsthilfeorganisationen. Mehr als 70 Organisationen im Gesundheitswesen wirken mit, annähernd 200 Personen sind an der Gestaltung dieser gemeinsamen gesundheitspolitischen Perspektive beteiligt. Alle Ergebnisse und Teilergebnisse werden in Beschlüsse des Ausschusses (s.o.) umgesetzt und als Empfehlungen an die Politik gerichtet.

Auswahlkriterien für Gesundheitsziele

Im Konsens wurden seit 2000 zunächst konzeptionelle Grundlagen entwickelt und Verfahren und Kriterien für die exemplarische Auswahl und Entwicklung konkreter Gesundheitsziele vereinbart. Dringliche Gesundheitsprobleme in Deutschland mussten zunächst identifiziert und bewertet werden. Für diesen Auswahlprozess konnte auf unterschiedliche Quellen zurückgegriffen werden: z.B. die Gesundheitsberichterstattung des Bundes, die WHO- und andere internationale Ziele, die Ansätze im

Bereich der Leitlinienentwicklung, die Analyse des Sachverständigenrats zur Über-, Unter- und Fehlversorgung. Ein pragmatisches Priorisierungskonzept im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft einerseits und Partizipation andererseits – wie in der internationalen Debatte bereits anerkannt – fand Anwendung.

Zur Einschätzung der Relevanz von gesundheitlichen Problemen bzw. Risiken und als Grundlage für eine transparente Diskussion und eine nachvollziehbare Konsensfindung für die Auswahl wurden folgende Kriterien herangezogen:

- **Schweregrad:** Das genannte Gesundheitsproblem verursacht hohe Mortalität und Krankheitslast.
- **Verbreitung:** Das Gesundheitsproblem ist weit verbreitet.
- **Volkswirtschaftliche Relevanz:** Das Gesundheitsproblem verursacht hohe direkte Kosten (stationäre Behandlung und Krankengeld).
- **Verbesserungspotential:** Es bestehen hohe Chancen zur Verbesserung des Gesundheitsproblems.
- **Priorität:** Das Problem ist wichtig für Bevölkerung und Politik.
- **Chancengleichheit:** Es bestehen gute Möglichkeiten zur Verbesserung gesundheitlicher Ungleichheit.
- **Messbarkeit:** Fortschritte können gemessen werden.

- **Machbarkeit:** Es gibt Instrumente und Verfahren zur Verbesserung des Problems. Es gibt außerdem Akteure, mit denen das Gesundheitsziel umgesetzt werden kann.
- **Beteiligung:** Bürger und Patienten können aktiv zur Umsetzung des Gesundheitsziels beitragen.
- **Ethische Aspekte:** Es liegen keine ethischen Bedenken gegen das Gesundheitsziel vor.

Gefordert wurde weiterhin, dass die zu bearbeitenden Ziele „multisektoral“ ausgerichtet sein müssen: Versorgungsangebote müssen ineinander greifen, hinsichtlich des Interventionsansatzes, des Settings, des Zeitpunkts der Versorgung (Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege) sowie hinsichtlich der zuständigen Leistungsträger. Unter Anwendung dieser Grundlagen und Verfahren wurden bestehende Programme gesichtet und die darin enthaltenen Ziele und Teilziele systematisiert. Schließlich wurden vier Bereiche von möglichen Zielen festgelegt, die die thematische Bandbreite des Projekts aufzeigen und ein ausgewogenes Gesundheitszielprogramm ausmachen sollen:

- Gesundheitsziele mit Krankheitsbezug,
- Gesundheitsziele zu Gesundheitsförderung und Prävention,
- Gesundheitsziele zu Bevölkerungs- und Altersgruppen,
- Gesundheitsziele mit Bürger- und Patientenorientierung.

Fünf Ziele-Themen bearbeitet

Aus diesen Bereichen wurden im Dezember 2001 im Konsens aller Beteiligten die folgenden fünf Gesundheitsziele-Themen zur vorrangigen Bearbeitung ausgewählt:

1. „Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln“
2. „Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen“
3. „Tabakkonsum reduzieren“
4. „Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung“
5. „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken“

Die Entwicklung der Ziele, Teilziele und Umsetzungsstrategien erfolgte in ca. 20köpfigen Arbeitsgruppen, die sich aus dem Kreis der am Projekt beteiligten Personen und Institutionen zusammensetzten. Dabei wurde darauf geachtet, dass in allen Arbeitsgruppen Fachwissen, Erfahrung von Praktikern, Umsetzungscompetenz sowie Beteiligte und Betroffene vertreten sind. Jede Arbeitsgruppe definierte Ziele, Teilziele und abzuleitende mögliche Maßnahmen zur Zielerreichung. Einige Maßnahmen wurden sehr konkret, andere bewusst offen formuliert. Ein im Dezember 2003 publizierter ausführlicher Bericht informierte die interessierte Fachöffentlichkeit und warb um Beteiligung.

Ein Evaluationsbeirat sichert die programm- begleitende wie auch die ergebnis- sichernde Evaluation. Er entwickelt ein Evaluationskonzept, definiert Kriterien zur Bestimmung der Evaluationsintensität und zu Zeitpunkten der Erhebungen, regelt die Dokumentations- und Berichtspflichten und benennt Experten als Evaluatoren.

Einige Themen und Ziele haben im Laufe der Arbeiten durch aktuelle politische Entwicklungen besondere Relevanz erhalten (z.B. Diabetesstrukturverträge, DMPs, Stärkung der Selbsthilfe, Integrierte Versorgung, Präventionsgesetz). Im Entwurf zu einem Präventionsgesetz vom 18.2.05 wird explizit auf das Gesundheitsziele-Projekt Bezug genommen. Altersgruppenbezogene Primärprävention bei Kindern und Jugendlichen soll sich an den Teilzielen zu „Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung“ orientieren.

Die kritische Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer zum Entwurf des Präventionsgesetzes wurde zeitnah vorgelegt. Sie richtet sich in einem wesent-

lichen Punkt auf die völlig inakzeptable Reduzierung primärpräventiver Ansätze zur Verbesserung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen auf Maßnahmen zur „Stressbewältigung“. Hier wird umfassende Nachbesserung erforderlich sein, sowohl im Gesundheitsziele-Projekt wie auch im Präventionsgesetz.

Ziele zur Depressions- behandlung

Ein neues sechstes Ziele-Thema wird seit Anfang 2004 bearbeitet: Es geht um Gesundheitsziele, die im Zusammenhang mit depressiven Erkrankungen in Deutschland erreicht werden sollen.

Eine neue Arbeitsgruppe hat sich konstituiert. Sie setzt sich zusammen aus 25 Vertretern folgender Berufsgruppen, Leistungsträger und Institutionen: Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aus Praxis und Forschung, ärztliche Psychotherapeuten und Fachärzte für Psychiatrie aus Praxis, Uni-, Landes- und Reha-Kliniken, Hausärzte, Selbsthilfegruppen, KVen, KBV, BMGS, Landesministerien, öffentlicher Gesundheitsdienst, gesetzliche Krankenkassen, private Krankenversicherungen, Pharma-Industrie. Unsere Berufsgruppe wird durch Herrn Dr. Lothar Wittmann für die Bundespsychotherapeutenkammer, Frau Prof. Ursula Luka-Krausgrill, Frau Prof. Marianne Leuzinger-Bohleber, Herrn Prof. Manfred Döpfner, Herrn Jürgen Matzat und die Autorin vertreten.

Unter Berücksichtigung der Erfahrungen der bisherigen Ziele-Erarbeitungen wurden bereits Ziel-Bereiche und Teilziele definiert. Bisher gemeldete und der Gruppe bekann-

te Maßnahmen wurden bewertet und zugeordnet. An Stichworten zu Bereichen, die der Verbesserung bedürfen und die im Konsens festgelegt wurden, seien hier bereits genannt: Aufklärung, Prävention, Epidemiologie, Datenlage, Diagnostik und Indikationsstellung, Therapie, Versorgung, Stärkung der Betroffenen, Rehabilitation, Forschung. Ein erster Bericht mit Ziele-Katalog wird im Laufe des Jahres 2005 vorgelegt werden können, eine Veranstaltung für die interessierte Fachöffentlichkeit ist für November 2005 geplant.

Einbindung der Akteure

Ob und wie die Ziele und Teilziele erreicht werden und die vorgeschlagenen exemplarischen Maßnahmen umgesetzt werden können, hängt in einem ersten Schritt vom Engagement und der Bereitschaft aller Akteure des Gesundheits- und Sozialsystems ab, sich bei der Umsetzung konkreter Maßnahmen einzubringen. Maßnahmeskizzen sollen den Akteuren Hilfestellung und Anregung bei der Konkretisierung von Projekten geben. Selbstverständlich steht es den Akteuren frei, auch andere Vorgehensweisen zu verfolgen, und, sofern diese der Erreichung der Ziele dienen, bei *gesundheitsziele.de* einzubringen.

Eine breit angelegte Information der Fachöffentlichkeit in 2003 und eine Anfrage bei möglichen Akteuren über bereits durchgeführte oder geplante Maßnahmen sowie über das Interesse an einer Kooperation mit *gesundheitsziele.de* und die Nutzung des Logos erbrachte im Laufe des Jahres 2004 eine Sammlung von mehr als 800 Maßnahmen, die von über 400 Institutionen gemeldet worden sind. Mittels eines per download erhältlichen Dokumentationsbogens können laufend weitere Initiativen rückgemeldet werden. An weiteren Ziele-Themen soll gearbeitet werden.

Langfristig wird die Politik über die reine Beratung und freiwillige Einbindung der Akteure hinausgehen müssen, wenn Gesundheit als eine Querschnittsaufgabe verstanden wird. Die verschiedenen zuständigen Ressorts und Ebenen müssen koordiniert werden, was ihre Regelungs-, Durchführungs- und Umsetzungskompe-

tenzen anbelangt. Im Ausland, aber auch in Deutschland lassen sich bereits Beispiele für adäquate derartige Instrumente und Strategien finden. Zur Planbarkeit und Transparenz der Zielinitiativen müssen finanzielle und personelle Ressourcen sowie Sachmittel benannt werden. Die Frage nach Ressourcen bzw. Ressourcenallokation stellt sich spätestens, wenn neue sektorale Akzente gesetzt werden (z. B. Stärkung der Primärprävention) oder Umschichtungen innerhalb eines Sektors stattfinden sollen.

Psychotherapie und Psychotherapeuten: Rolle im Gesundheitswesen dokumentieren

Bei allen bisher bearbeiteten Ziele-Themen spielen die psychosoziale Ebene sowie die Motivations- und Verhaltensaspekte eine herausragende Rolle. Zahlreiche entsprechende Teilziele und Maßnahmvorschläge wurden hierzu bereits formuliert, weitere müssen ergänzt werden. Der Themenbereich „Depression“ mit allen Teilzielen und möglichen Maßnahmen umfasst nun eines der wichtigsten Tätigkeitsfelder der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Es ist dringend an der Zeit, dass wir laufende Projekte aus unseren Tätigkeitsfeldern in die Maßnahmenkataloge zu den bereits bearbeiteten Zielen und zum neuen Ziel „Depression“ einbringen und damit unsere psychotherapeutische Kompetenz im Gesundheitswesen unterstreichen sowie die Mitwirkung bei dessen Gestaltung und Steuerung einfordern. Melden wir uns jetzt nicht auf breiter Front zu Wort, besteht die Gefahr, dass ein weiteres Mal psychologische und psychotherapeutische Ressourcen systematisch vernachlässigt werden.

Arbeiten Sie oder Ihre Institution an Maßnahmen zu einem dieser Ziele-Bereiche? Laden Sie sich den Erhebungsbogen zur Maßnahmenmeldung herunter unter www.gesundheitsziele.de. Beschreiben Sie das Projekt, an dem Sie arbeiten und melden Sie Ihr Interesse an einer Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsziele-Projekt an!

Literatur

Gesundheitsziele.de – Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland. Bericht vom 14. 2. 2003. Broschürenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Einsehbar im Internet: www.gesundheitsziele.de. Kostenfrei elektronisch anfordern un-

ter: team15@gvg-koeln.de oder postalisch unter GVG e.V., Postfach 130245, 50496 Köln
Gesundheitsziele.de – Forum Gesundheitsziele Deutschland: Gesundheitsziele für Deutschland. Entwicklung, Ausrichtung, Konzepte. Schriftenreihe der GVG, Band 37. Berlin: AKA, 2002

Petra Baumann-Frankenberger

PP und KJP, Mitglied im Ausschuss der GVG seit 1998, Arbeitsgruppe zum GZ „Depression“
Praxis: Hauptstraße 305, 51143 Köln
BaumannFrankenberger@t-online.de

Die Psychotherapie in Zeiten evidenzbasierter Medizin

Fehlentwicklungen und Korrekturvorschläge

Volker Tschuschke

Zusammenfassung: Der Beitrag befasst sich mit der Frage, inwieweit die psychotherapeutische Situation mit dem medizinischen Modell und seinen inhärenten Forschungs-Paradigmata vereinbar ist. Die evidenzbasierte Medizin (EBM) fußt in ihrem wesentlichen Bestandteil, der randomisiert-kontrollierten Studie, auf Versuchsbedingungen, die der psychotherapeutischen Situation vollständig unangemessen sind. Nichtsdestoweniger benötigt psychotherapeutische Praxis empirisch-nomothetisch ermittelte Forschungsergebnisse, auf denen sie klinisch-praktisch aufbauen kann. Es wird die Position vertreten, dass eine solche Forschung realistisch durchführbar ist, insbesondere wenn sie hohe methodische Standards verwendet, Prozess-Ergebnis-Forschung in naturalistischen klinischen Settings durchführt und damit reale therapeutische Veränderungsprozesse erfasst.

1. Evidenzbasierung in Medizin und Psychotherapie

Das Paradigma der *evidenzgestützten/-basierten Medizin* (*evidence based medicine = EBM*; auch als *empirically supported treatments = EST* bezeichnet) hat verstärkt seit den 90er Jahren begonnen, die Medizin zu verändern (Fonagy & Roth, 2004a). Davon betroffen ist auch die Psychotherapie. Vereinfacht und verkürzt ausgedrückt geht es um die Absicht einer ‚Verwissenschaftlichung‘ ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Handelns, wobei die klinische, individuelle Sicht des Arztes/ Psychotherapeuten durch zuverlässige, empirisch fundierte Studienergebnisse substantiell ergänzt werden soll (Sackett et al., 1997), die wesentlich auf *randomisiert-kontrollierten Studien* (*randomized controlled trials = RCT*) aufbauen (Zurhorst, 2003; Fonagy & Roth, 2004b; Leichsenring & Rüger, 2004), was die Debatte in der Psychotherapielandschaft ganz besonders anheizt, wie im Folgenden zu zeigen sein wird.

Niemand würde heute noch als vernünftig angesehen werden, der sich empirisch

fundierter psychotherapeutischer Praxis widersetze. Der Wandel von einer „Eminenz- zur Evidenz-Basierung in der Psychotherapie“ (Zurhorst, 2003) ist zweifellos begrüßenswert und überlebensnotwendig. Diese Erkenntnis war lange Zeit nicht weit verbreitet, im Gegenteil gab es in der Vergangenheit vehemente Kritiken und Widerstände weiter Bereiche klinisch tätiger Psychotherapeuten, speziell aus dem psychoanalytischen Lager. Erst das „Diktat der Qualitätssicherung“ (Grawe, 2005), aber auch befeuert durch die spezielle Schulenwettstreit-Debatte im Zuge der Implementierung des Psychotherapeutengesetzes in Deutschland, führte zu einem Umdenken. Strittig allerdings ist, was unter ‚Wissenschaftlichkeit‘ und EBM zu verstehen ist.

2. EBM – ein ‚szientistisches Selbstmissverständnis‘ für die Psychotherapie?

Dieser von Jürgen Habermas stammende und häufig kolportierte Ausdruck wird auch im Rahmen der Debatte zur aktuellen Bedeutung der EBM/EST ins Spiel gebracht

(Zurhorst, 2003). An der EBM hängt, zur EBM drängt derzeit anscheinend alles in der medizinischen Forschungsdebatte. Innerhalb der Psychotherapie wird die Debatte seit einigen Jahren verschärft geführt, ob oder ob nicht das Paradigma der EBM/EST auch für die psychotherapeutische Behandlung Gültigkeit haben solle bzw. sogar haben müsse, ja, die zunehmende Intensität der Diskussion – die ja auch in diesem Journal in letzter Zeit breiten Raum erhalten hat – zeigt, dass hier ein ‚Nerv‘ des psychotherapeutischen Selbstverständnisses getroffen zu sein scheint.

Am löblichen Ziel, ärztliches bzw. psychotherapeutisches Handeln auf eine wissenschaftlich verlässlichere Basis zu stellen, ist im Grunde nichts zu kritisieren, es ist im Gegenteil zu begrüßen. Klinisch relevantes Handeln in medizinischen Tätigkeitsfeldern kann sich nicht auf subjektive Eindrücke alleine verlassen, wer wollte das heute eigentlich noch in Frage stellen?! Der Grundgedanke der EBM/EST fußt auf der Überlegung, dass ärztlich-individuelles Handeln wissenschaftliches mit praktischem Wissen **integrieren** soll und ist für sich genommen von jederman leicht zu unterschreiben.

„Externe klinische Evidenz führt zur Neubewertung bisher akzeptierter medizinischer Verfahren. EBM ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. Die Praxis der EBM bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung.“ (Sackett, et al. 1997, S. 644).

Pro-Argumente (z.B. Chambless & Hollon 1998; Buchkremer & Klingberg 2001; Grawe 2005) führen die Notwendigkeit einer wissenschaftlichen Untermauerung praktisch-klinischen Handelns in der Psychotherapie – dem Wissenschaftsverständnis der EBM-Philosophie folgend – ins Feld. Die EBM-Philosophie lässt sich auf die Politik des mächtigen *NIMH (National Institute of Mental Health)* in den USA, das die dortige Forschungspolitik bestimmt) zurückführen, die ihrerseits dem Paradigma der EBM folgt, das wesentlich durch die so genannte Managed Care-Revolution in den USA voran getrieben wurde (nur solche Verfahren im medizinischen Versorgungsbereich anzuerkennen, die effektive Behandlungen darstellen). Auch der mit dem Psychotherapeutengesetz hierzulande eingesetzte Beirat für Psychotherapie wacht in diesem Sinne über zuzulassende Psychotherapieverfahren und löst eine ständig lauter werdende Kritik aus (z.B. Kriz 2005).

Gegen wissenschaftlich fundierte Psychotherapie-Praxis ist im Prinzip nichts einzuwenden, im Gegenteil. Es wird allerdings kritisiert, unter dem Deckmantel der vermeintlichen Wissenschaftlichkeit verberge sich eine Art von Interessen-Klüngel, der keineswegs nur patientenorientiert sei, sondern zum Einen von Leistungsträgern missbräuchlich verwendet werde, um Kosten einzuschränken, zum Anderen würde die Debatte von berufspolitischen Interessenverbänden instrumentalisiert (Henningsen & Rudolf 2000; Berner et al. 2000).

Die Frage ist wieder einmal, was aus gut gemeinten Prinzipien so alles gemacht wird. Der Absurditäten tut sich eine ganze Reihe auf. EBM/EST sollen in so genannte *Leitlinien* münden, an denen sich der jeweilige Kliniker – rechtlich ungebunden – orientieren solle. Evidenzbasierte Studienergebnisse sollen durch hierfür von Fachgesellschaften eingesetzte Experten-Gremien geprüft werden auf Praxisrelevanz und –brauchbarkeit und in Behandlungsempfehlungen in Form von Leitlinien gegossen werden. Tatsache ist, dass leitlinienkonforme Umsetzungen, die auf RCT-Forschung basieren, in der Psychotherapie wie in der Körpermedizin ein theoretischer

Traum zu sein – und auch in Zukunft zu bleiben – scheinen. Gerade mal 4% der praktizierten Medizin in Deutschland (ambulant und stationär erbrachte medizinische Leistungen) genügten – einem Bericht des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) in 1999 zufolge – einem Anspruch auf belastbare Evidenz, während 45% lediglich einfacheren und der Rest (also 51%) überhaupt keinem Evidenzkriterium für Wissenschaftlichkeit (Zurhorst 2003) entsprachen.

3. Medizinisches Modell für die Psychotherapie?

Die Problematik für die Psychotherapie ist eine wesentlich andere als für die restliche Medizin. Und hier stellt sich ein ganz anderes Problem, dessen erschöpfende Diskussion – für sich genommen – ganze Buchbände füllen würde: **Ist die Psychotherapie bei der Körpermedizin – wissenschaftsparadigmatisch gesehen – überhaupt gut aufgehoben oder gelten nicht vielmehr ganz andere Maßstäbe und Paradigmen für sie?**

Das medizinische Modell geht von gut isolierbaren, voneinander abgrenzbaren Störungen aus (Henningsen & Rudolf 2000), angesichts einer beinahe regelmäßig anzutreffenden Komorbidität, individuellen Komplexität und Bedingtheit (und Aufrechterhaltung) psychischer Störungen (Henningsen & Rudolf 2000; Kriz 2005) geht eine solche Sichtweise für das psychotherapeutische Handlungsfeld fehl. Die am medizinischen Modell entwickelte nosologische Nosographie (wie sie dem DSM oder der ICD zu Grunde liegt) wird als völlig unangemessen eingeschätzt (z.B. Mundt & Backenstraß 2001), was ja auch zur Suche nach Auswegen wie der *OPD (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik)*, Schauenburg et al. 1998) geführt hat. Es sei schlicht falsch, von einer gleichen Diagnose auf eine gleichartige Behandlungsnotwendigkeit zu schließen (Sanderson 1998). „Falls wir nicht eine Alternative konstruieren, werden wir gezwungen sein, „nach den Spielregeln anderer zu spielen“ (Sanderson 1998, S. 386).

„Das heißt, dass hier entsprechend dem medizinischen Modell, das von isolierbaren Störungen statt von behandlungsbedürftigen Patienten ausgeht, für die störungsspezifische Wirksamkeit von Psychotherapien eine RCT-basierte Bewertungshierarchie empirischer Evidenzen entwickelt wurde, die z.B. der der Cochrane-Collaboration im Rahmen der EBM im engeren Sinne stark ähnelt.“ (Henningens & Rudolf 2000, S. 371).

Zwar sind wesentliche Elemente des Paradigmas der EBM/EST für die Psychotherapie wichtig, sie sind indes nicht angemessen (speziell der RCT-Ansatz, s.u.) bzw nicht hinreichend. Psychotherapeutisches Handeln benötigt wissenschaftlich fundiertes Handlungswissen, allein die Situation der Psychotherapie ist so fundamental verschieden von jeglichem körpermedizinischem Handlungsfeld, dass evidenzbasiertes Forschungswissen stets lediglich einen Bruchteil psychotherapeutischen Handelns beeinflussen wird. Die Behandlungsmethode in der Psychotherapie deckt eine vergleichsweise geringe Varianz des Gesamtergebnisses ab, man schätzt 15% (Henningens & Rudolf 2000; Hubble et al. 2001; Zurhorst 2003). Die Persönlichkeit des Therapeuten und des Patienten sowie kontextuelle Aspekte (speziell die therapeutische Beziehung, geschätzte 30%) seien wesentlich relevanter. Genau dies ist für den Großteil medizinischen Handelns eben nicht der Fall! Psychotherapie basiert essenziell auf der optimierten menschlichen, kommunikativen Beziehung zwischen Patient und Therapeut, exakt im Gegensatz zur Körpermedizin, die auf dem Einsatz von Apparaturen, OP-Techniken und Medikamenten basiert (was in ihrer Absolutheit zu beklagen ist, aber hier ein anderes Thema aufmachen würde).

Psychotherapie als Teil des medizinischen Versorgungssystems in unserem Lande gerät zwangsläufig „in den Sog der geforderten Evidenzbasierung“ (Zurhorst 2003), mit allen zu befürchtenden Nachteilen. Es darf aber doch wohl die Frage aufgeworfen werden, ob nicht die EBM-Hysterie der letzten Zeit – bei aller gemäßigten Zustimmung zum Prinzip einer wissenschaftlich fundierten Medizin und Psychotherapie – zu muntere Purzelbäume schlägt, die – das

ist das Verblüffende! – kaum tiefer reflektiert worden wären (Spitzer 2004).

Man weiß nicht, ob man lachen oder weinen soll, wenn Manfred Spitzer – als ausgewiesener Psychiater und naturwissenschaftlicher Hirnforscher – beim Leser ein schwer zu unterdrückendes Glucksen hervorruft, wenn er von der fehlenden Evidenzbasierung des Wertes von Trinkwasser spricht und die Hype um die EBM mit der Plausibilität vieler unserer banalen alltäglichen Selbstverständlichkeiten konfrontiert:

„Es scheint Sachverhalte zu geben, die jedem unmittelbar plausibel sind und die daher der empirischen Überprüfung nicht bedürfen: Sätze wie „Morgen geht die Sonne auf“, „Bei Regen wird die Erde nass“ oder „Hysterikerinnen machen Männern Probleme“ scheinen allgemein bekannte Wahrheiten auszudrücken, die niemand in Frage stellt und zu denen daher keiner eine Studie plant oder gar durchführt.“ (Spitzer 2004, S. 436).

Auch ist die Studie von Smith und Pell (2003) von aufschlussreichem Wert, die die EBM-Prinzipien auf die wesentliche wissenschaftliche Fragestellung anwandten, ob die Benutzung von Fallschirmen beim freien Fall aus großer Höhe hilfreich sei, die Verletzungsgefahr zu vermindern. Sie kommen zu einem deutlichen Urteil.

„Wie es mit vielen Maßnahmen zur Verhinderung von Krankheit ist, wurde auch die Effektivität von Fallschirmen keiner rigorosen Evaluation mit randomisiert-kontrollierten Versuchen zugeführt. Vertreter der evidenzbasierten Medizin haben die schlichte Praxis des Einsatzes von lediglich auf Beobachtung fußenden Erkenntnissen kritisiert. Wir sind der Auffassung, dass wahrscheinlich jeder davon profitieren würde, wenn die radikalsten Vertreter der evidenzbasierten Medizin eine Doppelblind-, randomisiert-, placebo-kontrollierte Crossover-Studie zum Nutzen des Fallschirms organisierten und selbst daran teilnahmen.“ (Smith & Pell 2003, S. 1459; Übers. v. Verf.).

Es gibt eben nichts, auch nicht EBMs, die nicht ins Gegenteil des Intendierten gewendet werden könnten. „Auch die evidenz-

basierte Medizin ist wie alles im Leben *mit Verstand* anzuwenden.“ (Spitzer 2004, S. 437). Aber dies scheint leider derzeit in Teilen der Medizin nicht der Fall zu sein, und dies droht für die Psychotherapie gleichermaßen. Psychotherapie ist – was nicht oft genug betont werden kann – nur dann gut, wenn sie mit Expertise, Erfahrung, Intuition, Einfühlung, Wissen (wozu selbstverständlich evidenzbasierte Fakten zählen müssen!) und Vielem mehr daher kommt, und das auch noch integriert und auf das jeweilige individuelle Gegenüber abgestellt.

„Es ist vielleicht ausreichend zu sagen, dass wir uns nicht vorstellen können, dass Leitlinien, wie ausgereift auch immer, klinische Kompetenz und Erfahrung je ersetzen können werden, genau so wenig wie die Straßenverkehrsordnung geschicktes Fahren ersetzen kann.“ (Fonagy & Roth 2004b, S. 312).

4. Die Crux randomisierter-kontrollierter Studien (RCT) in der Psychotherapieforschung

EBM und Leitlinien als Paradigmen zielen – offenbar prinzipiell und unabdingbar, wie sich in der Forschungsliteratur und beim Wissenschaftlichen Beirat unzweideutig zeigt – in der gesamten Medizin auf RCT-basiertes Forschungswissen ab. Und damit sind wir bei der größten Unverträglichkeit für die Profession.

Das Paradigma des RCT (Doppelblind-Studie, randomisiert-kontrollierte, experimentelle Studie) – als Basis-Element der EBM/EST – stammt originär aus der pharmakologischen Forschung, wo es angemessener erscheint. In der Psychotherapie ist das RCT-Paradigma, ganz im Gegenteil, nicht nur unfruchtbar, sondern sogar schädlich, weil vom Ansatz her grundsätzlich falsch für die Psychotherapieforschung, wie im Folgenden noch gezeigt werden soll. Selbst seriöse Forscher sprechen bereits von EST als „empirically violating psychotherapies rather than empirically validating them.“ (Lambert et al. 2004, S. 807).

Klaus Grawe (2005) irrt sich, wenn er von „Strohputzen“ spricht, die gegen wissen-

schaftliche Forschung in der Psychotherapie ins Feld geführt würden (gemeint ist die Konzentration der Kritik auf den RCT als so genannter ‚Goldstandard‘ der Forschung in der Psychotherapie). Man zieht sich zwar gerne auf die stets bemühte Zitierung entsprechender Äußerungen in der Literatur zur Notwendigkeit **beider** Vorgehensweisen (RCT wie auch klinische Studien mit hoher externer Validität) zurück (Chambless & Hollon 1998; Gerlach 2004; Grawe 2005), eine Ausschließlichkeit der Berücksichtigung von RCT-Studien bei der Bewertung der wissenschaftlichen Fundiertheit psychotherapeutischer Verfahren ist – entgegen den Beteuerungen Grawes – dennoch ausschließlich praktizierte Realität (sh. z.B. die Politik des Wissenschaftlichen Beirats für Psychotherapie 2003). Die Kritik hieran wird zunehmend lauter.

„Das Problem liegt in der Gleichsetzung von Kriterien der Wissenschaftlichkeit für die Psychotherapie mit denen der Pharmakologie. Psychotherapie ist kein Pharmakon.“ (Revenstorf 2003, S. 10).

Stets bezieht sich die Kritik – von verschiedener Seite – an den randomisiert-kontrollierten Psychotherapie-Studien auf dieselben Aspekte (Henningsen & Rudolf 2000; Mundt & Backenstraß 2001; Messer 2002; Revenstorf 2003; Kazdin 2004; Kriz 2005):

- die Bedingung der Doppelblind-Studie ist in der Psychotherapie nicht realisierbar
- die in RCTs einbezogenen Patienten sind in ihrer ‚Störungsspezifität‘ Patienten im realen klinischen Feld nicht vergleichbar
- eine Randomisierung von Patienten auf unterschiedliche Verfahren ist nicht nur unrealistisch (Patienten kommen häufig mit Vorerfahrungen, bestimmten Einstellungen und Neigungen zu bestimmten Behandlungskonzepten bzw. Eignungen dazu, vorhandene indikations- und prognosebezogene Forschungsergebnisse würden flagrant missachtet werden, was eklatant gegen ethische Prinzipien verstoßen würde)
- eine Standardisierung der Verfahren zwischen Pharmaka- und Psychotherapieforschung ist nicht vergleichbar
- die Experimentalvariable ist nicht trennbar von kontextuellen Störvariablen
- RCT-Studienergebnisse ziehen ergo im Vergleich zu nicht randomisierten Studien zwangsläufig falsche Schlussfolgerungen
- mithin produzieren RCTs Ergebnisse, die nicht dem realen klinischen Setting entsprechen und nicht valide sind (fehlende externe Validität) („chronische Irrepräsentativität“)

Die von Revenstorf (2003) im Überblick – hier verkürzt dargestellt – angeführten Vor- und Nachteile der RCT-Forschung belassen dem RCT-Ansatz praktisch keinerlei Daseinsberechtigung in der Psychotherapieforschung (eigene Kommentare kursiv in Klammern).

Nachteile der RCT-Forschung	Vorteile der RCT-Forschung
unvalide Messung	reliable Messung
irrepräsentative Stichproben	eliminierte Störvariablen (<i>was aber behandlungsrelevante Variablen ausschaltet</i>)
Scheitern der Randomisierung	statistische Signifikanz (<i>was nicht ausreichend ist</i>)
mangelnde klinische Relevanz	Störungsspezifität (<i>was nicht der klinischen Wirklichkeit entspricht</i>)
Vernachlässigung der Komorbidität	Standardisierung (Manual) (<i>was gleichfalls unrealistisch ist</i>)
Nicht-Umsetzbarkeit	

Was bleibt denn dann eigentlich noch von der RCT-Forschung? Revenstorf ist der Auffassung, dass mit der Durchführung von RCTs in der Forschung die Evaluation der psychotherapeutischen Praxis geradezu vermieden werde.

Dagegen wird immer wieder – speziell von akademisch-verhaltenstherapeutischer Seite – die grundsätzliche Umsetzbarkeit von RCT-Studien in die klinische Praxis postuliert. Seit mehreren Jahren erscheinen Arbeiten in namhaften Fachzeitschriften, die die Vergleichbarkeit der im Rahmen von RCTs gewonnenen Ergebnisse mit denen klinischer Praxis und ihrer Umsetzbarkeit in jene betonen. Dieses Vorgehen muss schon sehr verwundern. Der Laie staunt, und der Fachmann wundert sich: Zieht man doch offenbar in klinischen Settings ermittelte Studienergebnisse dazu heran, um die Ergebnisse randomisiert-kontrollierter Studien zu validieren?! Bezog sich nicht stets die Kritik einer EBM-gestützten Psychotherapieforschung – unisono auch von Seiten des Psychotherapie-Beirats – auf die ‚Unwissenschaftlichkeit‘ so genannter naturalistischer, klinischer Studien, deren Anlage – aus den oben genannten Gründen – gerade kein RCT-Design vorsah, und nun werden genau diese Studien herangezogen, um die Legitimität einer Umsetzbarkeit von RCT-Studien-Ergebnissen in reale, klinische Praxisfelder zu dokumentieren, mithin, um das RCT-Paradigma zu rechtfertigen. Was ist das für eine Logik?

Genau betrachtet handelt es sich um Augenwischerei, was in den „benchmarking studies“, den EBM-versus-klinische-Studien-Vergleichen tatsächlich resultierte. Es verwundert erheblich, wie Fachzeitschriften wie das *Journal of Consulting and Clinical Psychology* methodisch derartig defizitäre Studien akzeptieren konnten. Oder sollte dahinter System stecken? Von den dem Verfasser vorliegenden sechs Studien (z.B. Persons et al., 1999; Franklin et al., 2000; Stuart et al., 2000; Weersing & Weisz 2002; Merrill et al., 2003; Addis et al., 2004; davon fünf im *JCCP* erschienen zwischen 1997 und 2004; ohne Anspruch auf Vollständigkeit), die sämtlich für eine Umsetzbarkeit von EBM-Prinzipien in klinische Praxis(forschung) votieren, bleibt praktisch keine einzige übrig, der zu trau-

en wäre – wenn man sich der Mühe einer genauen Inspektion der Originalstudie unterzieht, die ihrem eigenen Anspruch auf angemessene Wissenschaftlichkeit genügen würde.

Drei der Studien (Persons et al., 1999; Franklin et al., 2000; Stuart et al., 2000) ergeben den Autoren zufolge vergleichbaren Outcome zwischen RCT-Stichprobe und klinischen Stichproben, die aus anderen Studien als vergleichbar herangezogen wurden. Tatsächlich zeigt sich bei genauerer Analyse, dass hier von Vergleichbarkeit keine Rede sein kann, da die Patienten der klinischen Stichproben gestörter waren in ihrer jeweiligen Psychopathologie. Wenn dann ein vergleichbarer Outcome diskutiert wird, spräche dies wohl eher für die überlegene Wirksamkeit der Behandlung in den klinischen Studien über die Patienten der RCT-Studien. In zwei der sechs Arbeiten wird ein überlegener Outcome der RCT-Stichproben berichtet (Weersing & Weisz, 2002; Addis et al., 2004). Aber während in einem Fall von keiner Vergleichbarkeit der Stichproben ausgegangen werden muss (die Patienten in der klinischen Stichprobe der Weersing und Weisz-Studie entstammen mit 52% sozial belasteteren Schichten aufgrund ihrer ethnischen Zugehörigkeit (Latinos und Afroamerikaner im LA County) und waren von daher bereits nicht vergleichbar mit den RCT-Stichproben), muss in der anderen Studie (Addis et al., 2004) von einer unzulässigen Beeinflussung ausgegangen werden. In dieser Studie wurde im Auftrag einer Managed Care-Organisation eine Vergleichsstudie in einem HMO-Center durchgeführt, wobei den Therapeuten der Kontrollgruppe (klinische Stichprobe, TAU = Treatment As Usual/Behandlung wie üblich) versichert wurde, sie würden die Spezialausbildung der Experimentalgruppe (PCT = Panic Control Therapy) später ebenfalls erhalten. Auf den Gedanken, dass dies eine Suggestion im Hinblick auf ein „besseres“ Verfahren darstellen würde und dass hier von Seiten des Settings Interessen im Spiel waren (Bias), kam wohl niemand.

Es dürfte sich doch eigentlich herum gesprochen haben, dass es eine mehr oder weniger subtile Beeinflussung (Bias) von

Forschung bedeutet, wenn das jeweilige Forschungszentrum eine schultheoretische bzw. gesundheitspolitische Präferenz (in diesem Falle Managed Care-Organisation) hat (vgl. auch Tschuschke et al., 1998). Messer (2002) fand, dass ca. 69% der Effekt-Stärken-Variabilität von Studien durch die Zentrums-Zugehörigkeit der Forscher erklärt werden können. So erklärten sich z.B. u.a. unzulässige Selektionen von Patienten in EST-Studien.

Die sechste Studie (Merrill et al., 2003) schließlich ist methodisch indiskutabel, als gleich mehrere Parameter inadäquat sind. Z.B. nahmen einige Patienten mit der Diagnose Major Depression lediglich an einer (!) Sitzung kognitiver Therapie teil (vorzeitige Abbruchrate in dieser Studie war 68%!), und es wird an keiner Stelle klar, wer in welcher Stichprobe wieviel Dosis Therapie erhielt; außerdem hatten die klinischen Stichproben, die aus anderen Studien herangezogen wurden, ein höheres Bildungsniveau und waren somit der RCT-Stichprobe nicht vergleichbar.

Das Unterfangen, RCT-Studienergebnisse mit denen aus klinischen Studien zu vergleichen, wirkt also nicht nur skurril, sondern führt offenbar regelmäßig zu der Erkenntnis, dass die Stichproben nicht vergleichbar sind, weil einfach zu viele patientenseitige Komplexitäten in der realen klinischen Welt zu berücksichtigen wären, die RCT-Studien niemals simulieren könnten. Diese Studien bewirken genau das Gegenteil des Beabsichtigten: sie belegen die Nicht-Vergleichbarkeit von RCT mit Studien im klinischen, naturalistischen Feld.

Das RCT-Paradigma ist darüber hinaus auch deshalb in der Psychotherapieforschung obsolet, weil praktisch alle weltweit verfügbaren vergleichenden Psychotherapieforschungen zeigen (Wampold 2003; Lambert & Ogles 2004), dass aus unterschiedlichen Behandlungskonzepten bei vergleichbarem Patienten-Klientel vergleichbare Wirkungen resultieren, dass lediglich Nicht-Behandlung jedem rationalen, seriösen Behandlungskonzept unterlegen ist.

„Forschung in der Erwachsenentherapie hat gezeigt, dass beinahe jede aktive Form von

Behandlung besser (statistisch) ist als keine Behandlung. Erwartungen, Aufmerksamkeit und die unspezifischen Faktoren, gemeinsam mit der Motivation zur Therapie alleine bewirken bereits solche Unterschiede. Aktive „getürkte“ Behandlungen, in denen sich Patienten bei Aktivitäten engagieren, die nicht von vornherein als therapeutisch wertvoll betrachtet werden können, können solche Unterschiede bewirken und die Effekte von keiner Behandlung übersteigen.“ (Kazdin 2004, S. 926; Übers. v. Verf.).

Statistische Signifikanz in RCTs ist von daher gesehen nicht ausreichend! Umgekehrt könne den Studien, die keinem RCT-Paradigma folgen, aber nicht vorgeworfen werden, sie wären nicht valide, folgert Messer (2002). Eine ganze Reihe von methodisch sehr aufwändigen neueren verhaltenstherapeutischen Studien folgte nicht dem RCT-Paradigma, sondern stellten Studien in naturalistischen Settings mit hohem methodischen Aufwand dar, die einem Level I-Niveau der EBM-Hierarchie durchaus entsprechen (Shadish et al. 1997; Espie et al. 2001; Hahlweg et al. 2001). Diese Studien stellen ein Plädoyer für empirisch-gestützte Psychotherapie dar, die realistische Behandlungen in natürlichen klinischen Kontexten auf ihre Wirksamkeit hin untersuchten.

Diese Forderung nach „realistischer Forschung“ in der Psychotherapie vereint Psychotherapeuten über alle Schulgrenzen hinweg (Henningsen & Rudolf 2000; Revenstorf 2003). Es sollte deutlich werden, dass es sich hier nicht wieder einmal um einen verkappten Schulstreit, etwa Verhaltenstherapie gegen Psychoanalyse oder tiefenpsychologische Psychotherapie, handelt, sondern eher um eine Auseinandersetzung akademische Psychologie versus klinische Praxis. Leichsenring et al. (2004) haben in einer sehr aktuellen Metaanalyse über 17 Originalstudien, die rigide den Kriterien der EBM folgten (und nur RCT-Studien einschloss), nachgewiesen, dass psychodynamische Kurzbehandlungen bei unterschiedlichen psychiatrischen Störungsbildern im Vergleich zu unbehandelten Kontrollen sehr hohe Effektstärken erzielten (zwischen 0.89 und 1.57). Dies bedeutet, dass tiefenpsychologische Be-

handlungen sehr wohl mittels eines RCT-Paradigmas und den strengen Kriterien der EBM folgend untersucht werden und ihre Wirksamkeit nachgewiesen werden kann. Dies unterstreicht allerdings lediglich, dass im Rahmen der artifiziellen RCT-Versuchsdurchführungen eindeutige Überlegenheiten verschiedener Therapiekonzepte gegenüber keinen Behandlungen nachgewiesen werden können; was allerdings da untersucht wurde und was das mit ‚wahrer‘ Psychotherapie noch zu tun hat, wird nicht diskutiert.

Auch naturalistische Studien mit sehr hohem methodischen Aufwand erbrachten für gruppenanalytische Langzeitbehandlungen Effektstärken, die deutlich über denen üblicherweise in der Literatur berichteten liegen (katamnestisch nachuntersucht bei Tschuschke, 1993; Strauß & Burgmeier-Lohse 1994; Pre-Post-Design bei Tschuschke et al. 2005). Es kann mithin nicht um einen Schulenstreit um vergleichbare oder unterschiedliche Wirkungen verschiedener Therapiekonzepte gehen, es geht vielmehr um einen Streit bezüglich eines Verständnisses der Wissenschaftlichkeit, das der Psychotherapie angemessen wäre.

Kriz (2005) beklagt, dass hierzulande „... in abgeschotteten Richtlinienverfahren gedacht (werde), die zudem in pharmazeutisch reiner Form an Patienten als monomorbide Störungsträger appliziert werden.“ (S. 12 f.). „Noch so überzeugende Befunde unter Labor-Bedingungen an nicht-komorbidem Patienten mit „reinen“ manualisierten Vorgehensweisen lassen nicht so einfach Rückschlüsse auf die Wirksamkeit bei der allergrößten Zahl der realen Patienten zu, bei denen die Krankheitsbilder komplex und „multimorbide“ sind und die von Psychotherapeuten behandelt werden, deren erworbene Kompetenz die Grenzen der methodisch-reinen Manuale längst gesprengt hat.“ (S. 15).

Nach Kriz greift die akademische Forschungswelt unzulässig auf die Praxis über, indem ideologische Barrieren aufgerichtet würden, denen zufolge „ätiologisch-saubere Krankheiten mit abstrakten Methoden behandelt werden sollen, um dem Primat „wissenschaftlichen“ Ordnungswillens zu genügen“ (S. 19).

Manualisierung der Behandlungsdurchführung in RCT-Studien

Ein weiterer zentraler Kritikpunkt – neben der Nicht-Abbildung wahrer am Prozess einer Psychotherapie beteiligten Variablen durch das Paradigma des RCT – betrifft die Manualisierung. Der Logik der Pharmakaforschung folgend muss ja gerade gefordert werden, dass das Verum (also das Medikament, hier also die psychotherapeutische Behandlung) standardisiert erfolgt. Sonst wäre ja das Pharmakon (das psychotherapeutische Verfahren) nicht bewertbar. Dem widerspricht die Praxis. Zurhorst (2003) zitiert Dreyfus und Dreyfus (1987), wonach menschliches ‚Expertenwissen‘, mithin auch praktizierende Psychotherapeuten, mit anwachsender Praxiserfahrung ständig weniger analytisch (im Sinne von Regelfixierung) und mehr ‚intuitiv‘ und ‚gefühlsmäßig beteiligt‘ (unter Heranziehung von faktischem Wissen) werde, was jeder psychotherapeutisch erfahrene Praktiker spontan bestätigen würde.

Dies wirft ein bezeichnendes Licht auf die aktuelle Debatte der Bedeutung so genannter *manualisierter* psychotherapeutischer Behandlungen, wie sie von einzelnen Vertretern der akademischen Verhaltenstherapie ins Feld geführt wird. Jedem erfahrenen Kliniker sträuben sich die Haare, sich die Komplexität alltäglicher klinischer Arbeit mit kaum jemals monosymptomatischen Patienten (ohne Komorbidität) unter Zugrundelegung eines Kochrezepts vorzustellen. Manualisierte Psychotherapie ähnelt dem Versuch, aus jedem Musiker einen Konzertsolisten zu machen, wenn er sich nur exakt an die Noten hielte. In der Tat wird die manualisierte psychotherapeutische Behandlung zunehmend als sinnlos und wirklichkeitsfremd und eher einem „Anfängerstadium“ (Zurhorst 2003) gemäß und allenfalls für in Ausbildung und diesbezüglicher Supervision befindliche Psychotherapeuten als angemessen erachtet. Entsprechend erzielen erfahrene Therapeuten, die sich an Manuale halten, schlechtere Behandlungsergebnisse (Lambert & Ogles 2004). Henningsen und Rudolf (2000) beziffern die Einbuße an möglichen Behandlungseffekten auf bis zu 40% aufgrund von

manualisierter Behandlungsweise, die gerade die für die psychotherapeutische Praxis typische Flexibilität des Therapeuten beschneiden würde.

5. Resümee

Das Unbehagen an einer Anwendung rigider EBM-Prinzipien zur Evaluation der Wirksamkeit von Psychotherapie nimmt zu. Dies gilt in noch verschärftem Maße für die Argumentation einer ausschließlichen bzw. bevorzugten Anerkennung randomisiert-kontrollierter Studien in der Psychotherapieforschung (Lambert & Ogles 2004). RCTs sind nachweislich dem Gegenstandsbereich psychotherapeutischer Behandlung unangemessen. Erstens kommen Patienten häufig genug mit Vorannahmen und –einstellungen zu einem bestimmten Therapeuten mit einem spezifischen Behandlungsangebot, zweitens entspinnt sich vom ersten Händedruck an eine menschliche Beziehung, die zu missachten flagrante Unkenntnis jeglicher glückenden psychotherapeutischen Arbeitsbeziehung ausweisen würde (so dass eine nachfolgende Randomisierung obskur wäre), außerdem würden basale ethische Grundlagen der Psychotherapie verletzt, Patienten auf unterschiedliche psychotherapeutische Behandlungsverfahren aufzuteilen, weil sie das mittlerweile in weiten Bereichen empirisch bereits abgesicherte Indikations- und Prognosewissen beiseite ließe (contradictio in adiecto). Im Übrigen sind Level I-entsprechende Niveaus (Level I steht für RCT-Studien) durchaus für naturalistische Studien möglich (Henningsen & Rudolf 2000; Leichsenring 2004; Tschuschke 1993; Tschuschke et al. 2005). RCT-Studien seien im Gegenteil „untenkomplex“ (Henningsen & Rudolf 2000), weil sie den Wirklichkeiten psychotherapeutischer Praxis widersprächen, ihnen mithin jegliche externe Validität fehlen würde (Lambert et al. 2004). Probleme interner Validitätsverletzung bei naturalistischen Studien können inzwischen, mit entsprechendem methodischen Aufwand bewältigt werden.

Im Gegenteil sollte einmal deutlich ausgesprochen werden, dass ein sehr großer Teil der bislang verfügbaren internationalen

Psychotherapieforschung wohl weitgehend unbrauchbar ist, weil er auf RCT-Studien, durchgeführt in akademischen Elfenbeintürmen, mit nicht ausgebildeten „Therapeuten“ und nicht repräsentativen, untypischen „Patienten“, die in unangemessenen Zeiträumen und Sitzungs Dosen „behandelt“ wurden, noch dazu mit manualisiertem therapeutischen Vorgehen (also nicht mit **integriertem** empirischen **und** klinisch-praktischen Erfahrungswissen), basiert (Tschuschke et al. 1997; 1998). Es ist Zeit für eine methodisch aufwändige und dem Gegenstandsbereich angemessene empirische Forschung, die der klinischen Situation (vor allem dem Veränderungsprozess **während** der Behandlung und der Komplexität der therapeutischen Beziehung und des kontextuellen Umfeldes) gerecht wird und Prozess-Ergebnis-Forschung in repräsentativem Umfang berücksichtigen würde (Wampold 2001). Die Psychotherapie krankt an dem Unwissen, nichts – bzw. kaum etwas – über die entscheidenden psychotherapeutischen Veränderungspro-

zesse zu wissen, die die intendierten Veränderungen bewirken.

In Kürze zusammengefasst:

- Empirische Forschung ist und war – ein sehr alter Hut! – in der Psychotherapie unverzichtbar wichtig. Und zwar muss es sich um sehr aufwändige, methodisch hochwertige Prozess-Outcome-Forschung handeln (ebenfalls ein alter Hut, bereits seit Jahrzehnten eingefordert) (z.B. Tschuschke et al. 1995).
- **EBM/EST in der Psychotherapie** wird niemals umsetzbar sein, insofern randomisiert-kontrollierte Studien intendiert werden, ein Denken, das eine grandiose Verkennung psychotherapeutischer Realitäten offenbart. Aber: EBM müsste in ihrer Konzeptualisierung nicht zwangsläufig auf randomisierte, kontrollierte Studien und Metaanalysen begrenzt sein (Sackett et al. 1997), wird aber leider so praktiziert.

- **Manualisierte Psychotherapie** ist ein Absurdum (jedenfalls so lange, wie Psychotherapie von Menschen und nicht ausschließlich vom Computer durchgeführt wird) und kann nur von wirklichkeitsfremden Forschern postuliert werden.
- Psychotherapeutische Schulen „erster Ordnung“ (Grawe 1995; 1997) sind überhaupt noch nicht hinsichtlich ihrer Wirkfaktoren befohrt (eben mangels Prozessforschung) (Lambert & Ogles 2004), so dass der Rückzug auf allgemeine Wirkfaktoren (common factors) viel zu früh käme (Tschuschke 1999b; Mundt & Backenstraß 2001) und der Ruf nach einer Allgemeinen Psychotherapie wohl das Kind mit dem Bade ausschütten würde.
- Die Forschung in der Psychotherapie ist bislang völlig insuffizient! Ausschließlich objektive **Prozess-Ergebnis-Forschung** mit großen Stichproben und methodisch aufwändigen qualitativ-quantitativen Verfahren wird Aufschlüsse über wahre Wirkmechanismen, etwaige

Schulspezifika und damit über die Relation unspezifische/spezifische Wirkweisen professioneller Psychotherapie erbringen können (Kazdin 2004).

- **Naturalistische** (ökologische) (Zurhorst 2003) **Studien** müssen durchgeführt werden, keine randomisiert-kontrollierten Studien, die einem überholten und falschen Paradigma folgen. Nur dies kann dem Gebiet psychotherapeutischer Behandlung angemessen sein.
- Wissenschaftliche Forschung in der Psychotherapie ist unvergleichbar mit Forschung in der Körpermedizin und kann dennoch hoch wissenschaftlich sein! Wir sollten uns deshalb auch nicht die Paradigmen jener Welt zu eigen machen. Das **medizinische Modell** ist inadäquat, angemessener wäre ein „kontextuelles Modell“, das die Komplexität der menschlichen individuellen Begegnung und Interaktion berücksichtigen würde (Wampold 2001).
- Entsprechend müssen Anstrengungen unternommen werden, den wissenschaftlich hochwertigen **Publikationen** aufwändiger psychotherapeutischer Prozess-Ergebnis-Studien in naturalistischen Settings ein **Impact-Gewicht** im Rahmen medizinischer Fachzeitschriften einzuräumen, die mit biologistischen Publikationen vergleichbar sind. Es ist ein Skandal, dass sich auch hier die Psychotherapieszene dem biologisch-pharmazeutischen Paradigma unterwirft, was zu einem ‚szientistischen Selbstmissverständnis‘ führt, das einem für die Psychotherapie absurden RCT-Paradigma anhängt und für die Forschungsakzeptanz in der Medizinszene von Nachteil ist, wie leicht an den Impactfaktoren nachgelesen werden kann.

Literatur

- Addis, M.E., Hatgis, Ch., Krasnow, A.D., Jacob, K., Bourne, L., Mansfield, A. (2004). Effectiveness of cognitive-behavioral treatment for panic disorder versus treatment as usual in a Managed Care setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 72(4): 625-635.
- Berner, M.M., Ruther, A., Stieglitz, R.D., Berger, M. (2000). Das Konzept der „Evidence-based Medicine“ in der Psychiatrie. Ein Weg zu einer rationaleren Psychiatrie? *Der Nervenarzt* 71(3): 173-180.
- Buchkremer, G., Klingberg, S. (2001). Was ist wissenschaftlich fundierte Psychotherapie? Zur Diskussion um Leitlinien für die Psychotherapieforschung. *Der Nervenarzt* 72: 20-30.
- Chambless, D.L., Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66: 7-18.
- Espie, C.A., Inglis, S.J., Harvey, L. (2001). Predicting clinically significant response to Cognitive Behavior Therapy for chronic insomnia in general medical practice: Analysis of outcome data at 12 months posttreatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69(1): 58-66.
- Fonagy, P., Roth, A. (2004a). Ein Überblick über die Ergebnisforschung anhand nosologischer Indikationen. Teil I. *Psychotherapeutenjournal* 3(3): 204-218.
- Fonagy, P., Roth, A. (2004b). Ein Überblick über die Ergebnisforschung anhand nosologischer Indikationen. Teil II. *Psychotherapeutenjournal* 3(4): 300-314.
- Franklin, M.E., Abramowitz, J.S., Kozak, M.J., Levitt, J.T., Foa, E.B. (2000). Effectiveness of exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: Randomized compared with nonrandomized samples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68(4): 594-602.
- Gerlach, A.L. (2004). Die Stellungnahme zur Wissenschaftlichkeit der psychoanalytischen Therapie im Sinne von § 11 PsychThG. *Verhaltenstherapie u. Psychosoziale Praxis* 4.
- Grawe, K. (1995). Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut* 40: 130-145.
- Grawe, K. (1997). Research-informed psychotherapy. *Psychotherapy Research* 7: 1-20
- Grawe, K. (2005). (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *Psychotherapeutenjournal* 4: 4-11.
- Hahlweg, K., Fiegenbaum, W., Frank, M., Schroeder, B., von Witzleben, I. (2001). Short- and long-term effectiveness of an empirically supported treatment for agoraphobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69(3): 375-382.
- Henningsen, P., Rudolf, G. (2000). Zur Bedeutung der Evidence-Based Medicine für die Psychotherapeutische Medizin. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 50(9/10): 366-375.
- Hubble, M.A., Duncan, B.L., Miller, S.D. (2001). So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen. Dortmund, Verlag Modernes Leben.
- Kazdin, A.E. (2004). Evidence-based treatments: challenges and priorities for practice and research. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 13(4): 923-940.
- Kriz, J. (2005). Von den GRENZEN zu den PASSUNGEN. *Psychotherapeutenjournal* 4: 12-20.
- Lambert, M.J., Garfield, S.L., Bergin, A.E. (2004). Overview, trends, and future issues. *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. In: M.J. Lambert (Ed.). New York, John Wiley & Sons: S. 805-821.
- Lambert, M.J., Ogles, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. In: M.J. Lambert (Ed.). New York, John Wiley & Sons: 139-193.
- Leichsenring, F. (2004). Randomized controlled versus naturalistic studies: A new research agenda. *Bulletin of the Menninger Clinic* 68(2): 137-151.
- Leichsenring, F., Rieger, U. (2004). Psychotherapeutische Behandlungsverfahren auf dem Prüfstand der Evidence Based Medicine (EBM). Randomisierte kontrollierte Studien vs. naturalistische Studien – Gibt es *nur einen* Goldstandard? *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 50: 203-217.
- Leichsenring, F., Rabung, S., Leibling, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry* 61(12): 1208-1216.
- Merrill, K.A., Tolbert, V.E., Wade, W.A. (2003). Effectiveness of cognitive therapy for depression in a community mental health center: A benchmarking study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71(2): 404-409.
- Messer, S.B. (2002). Empirically supported treatments: cautionary notes. *Medical Care*

- General Medicine 4(4): viewarticle/445082.
- Mundt, Ch., Backenstraß, M. (2001). Perspektiven der Psychotherapieforschung. *Der Nervenarzt* 72: 11-19.
- Persons, J.B., Bostrom, A., Bertagnolli, A. (1999). Results of randomized controlled trials of cognitive therapy for depression generalize to private practices. *Cognitive Therapy and Research* 23(5): 535-548.
- Revenstorf, D. (2003). Das Kuckucksei – Zur Unangemessenheit der Kriterien der Wissenschaftlichkeit in der gegenwärtigen Therapieforchung. *Wissenschaftlichkeit von Psychotherapieverfahren* 12.12.2003, Kammer für Psychologische Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie im Land Berlin, S. 10-14.
- Sackett, D.L., Rosenberg, W.M.C., Gray, J.A.M., Haynes, R.B., Richardson, W.S. (1997). Was ist evidenz-basierte Medizin und was nicht? *Münchener Medizinische Wochenschrift* 139(44): 644-645.
- Sanderson, W.C. (1998). The case for evidence-based psychotherapy treatment guidelines. *American Journal of Psychotherapy* 52(3): 382-387.
- Schauenburg, H., Freyberger, H.J., Cierpka, M., Buchheim, P. (Hrsg.) (1998). *OPD in der Praxis. Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik*. Hans Huber, Bern.
- Shadish, W.R., Matt, G.E., Navarro, A.M., Siegle, G., Crits-Christoph, P., Hazelrigg, M.D., Jorm, A.F., Lyons, L.C., Nietzel, M.T., Prout, H.Th., Robinson, L., Smith, M.L., Svartberg, M., Weiss, B. (1997). Evidence that therapy works in clinically representative conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 65(3): 355-365.
- Smith, G.C.S., Pell, J.P. (2003). Parachute use to prevent death and major trauma related to gravitational challenge: systematic review of randomized-controlled trials. *British Medical Journal* 327: 1459-1461.
- Spitzer, M. (2004). Sollen wir Wasser trinken? *Evidenzbasierte Medizin: Risiken und Nebenwirkungen*. *Nervenheilkunde* 23(8): 435-437.
- Stuart, G.L., Treat, T.A., Wade, W.A. (2000). Effectiveness of an empirically based treatment for panic disorder delivered in a service clinic setting: 1-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68(3): 506-512.
- Tschuschke, V. (1993). *Wirkfaktoren stationärer Gruppenpsychotherapie. Prozess-Ergebnis-Relationen*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Tschuschke, V., Anbeh, T., Kiencke, P. (2005). Evaluation of long-term analytic outpatient group therapies. *Group Analysis* (im Druck)
- Tschuschke, V., Bänninger-Huber, E., Faller, H., Fikentscher, E., Fischer, G., Frohburg, I., Hager, W., Schiffler, A., Lamprecht, F., Leichsenring, F., Leuzinger-Bohleber, M., Rudolf, G., Kächele, H. (1998). *Psychotherapieforschung – Wie man es (nicht) machen sollte. Eine Experten/innen-Reanalyse von Vergleichsstudien bei Grawe et al.* (1994). *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 48: 430-444.
- Tschuschke, V., Heckrath, C., Tress, W. (1997). *Zwischen Konfusion und Makulatur. Zum Wert der Berner Psychotherapiestudie von Grawe, Donati und Bernauer*. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.
- Tschuschke, V., Hölzer, M., Kächele, H. (1995). Ach du liebe "Güte". Eine Einladung statt einer Erwiderung. *Psychotherapeut* 40: 304-308.
- Wampold, B. E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods, and Findings*. Mahwah, New Jersey, Lawrence Erlbaum Ass., Publishers.
- Weersing, R.V., Weisz, J.R. (2002). Community clinic treatment of depressed youth: Benchmarking usual care against CBT clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70(2): 299-310.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2003). *Mindestanforderungen für die Begutachtung von Wirksamkeitsstudien im Bereich der Psychotherapie (geänderte Fassung nach dem Beschluss des Beirats vom 15.09.2003)*.
- Zurhorst, G. (2003). *Eminenz-basierte, Evidenz-basierte oder Ökologisch-basierte Psychotherapie?* *Psychotherapeutenjournal* 2(2): 97-104.

*Univ.-Prof. Dr. rer. biol. hum. habil.
Dipl.-Psych. Volker Tschuschke*

Abteilung für Medizinische Psychologie
Universitätsklinikum Köln
Joseph-Stelzmann-Str. 9
50924 Köln
volker.tschuschke@medizin.uni-koeln.de

Warum finden Menschen mit geistiger Behinderung so schwer einen ambulanten Psychotherapieplatz?

Überlegungen zu den Ursachen und Gedanken zur Überwindung der Misere

Frauke Werther

Zusammenfassung: Das Risiko psychisch zu erkranken ist bei Menschen mit geistiger Behinderung erhöht. Die Psychotherapie hat schulenübergreifend bereits vieles entwickelt, was für die Arbeit mit dieser Klientel hilfreich ist. Es wird jedoch für diese Klientel kaum genutzt, und eine extreme ambulante Unterversorgung wird beklagt. In dem Artikel wird aus historischer und psychodynamischer Sicht den möglichen Ursachen der Vernachlässigung dieser Klientel nachgegangen. Sie werden nicht hauptsächlich in den fehlenden Konzeptionen gesehen, und deshalb wird hier auch auf eine möglichst vollständige Bearbeitung der Literatur verzichtet. Sie werden eher in differenziert zu betrachtenden Abwehrprozessen auf verschiedenen Ebenen gesehen. Schließlich wird der Versuch unternommen, thesehaft die spezifischen psychotherapeutischen Haltungen und Qualifikationen herauszuheben, die für die Arbeit mit psychisch kranken Menschen mit geistiger Behinderung als wichtig erachtet werden.

Vorbemerkung

Im November 2003 wandte sich die Bundesvereinigung Lebenshilfe in einem Brief an die Landespsychotherapeutenkammern mit der Bitte um Unterstützung bei der Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung für geistig Behinderte: „In erschreckend vielen Fällen gelingt es den Beteiligten vor Ort nicht, geeignete therapeutische Hilfsangebote in der Region zu erreichen. Es gibt nur wenige niedergelassene Therapeuten und Ärzte, die in der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung spezielle Kenntnisse erworben haben... Auch stationäre (Kurz-) Angebote ... sind in Deutschland kaum entwickelt. Wir bitten angesichts dieser Situation um Ihre Unterstützung“.

Dieser Brief gab für das Präsidium der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen den Anstoß, mich zu bitten, meine theo-

retische Auseinandersetzung und meine praktischen Erfahrungen in der psychotherapeutischen Arbeit mit Patienten mit geistiger Behinderung zusammenzufassen.

1. Der „Blick von außen“

Während meiner Kindheit im Dänemark der 50er Jahre wurde das sogenannte Normalisierungsprinzip entwickelt und 1959 zum Sozialgesetz mit entsprechenden Ansprüchen erhoben. N. E. Bank-Mikkelsen (1982), der Vater dieser Politik, betonte, dass mit Normalisierung nicht die Anpassung des geistig Behinderten an die Normen gemeint sei, sondern umgekehrt die Veränderung der gesellschaftlichen Bedingungen, und zwar so, dass in allen Lebensbereichen (bei Wohnverhältnissen, Unterrichts- und Arbeitsverhältnissen sowie in der Freizeit) den Behinderten der Zugang ermöglicht wird und sie auf entsprechen-

de Hilfen sozialrechtliche Ansprüche haben.

Für Dänen in den 60er Jahren war es selbstverständlich, dass z.B. Kinder mit geistiger Behinderung wie andere angezogen und frisiert waren, in den Kindergarten und zur Schule gingen, sprachtherapeutisch gezielt gefördert wurden, so dass viele Menschen z.B. mit Morbus Down sich auch verständlich ausdrücken sowie auch lesen und schreiben lernten. Als ich 1969 nach Westdeutschland kam, hatte ich das Gefühl einer Zeitreise in die Vergangenheit. Ich hörte in Gegenwart eines Jugendlichen mit Morbus Down eine Frau sagen „Wäre doch besser für das arme Wesen, es wäre gestorben“. Begriffe wie „nicht bildbar“ gehörten eher zu den harmloseren Ausdrücken. Es herrschte 1969 im Alltagsbewußtsein ein Klima der Ausgrenzung von Behinderten und eine geringe Neigung, gesellschaftliche Ressourcen für die Verbesserung der Lebensverhältnisse dieser Menschen bereitzustellen. Bis in die 80er Jahre sah ich Menschen mit Down-Syndrom noch als Langzeitpatienten in der Psychiatrie. Bis in die 1990er Jahre lernte ich Jugendliche mit Down-Syndrom kennen, die sich höchstens innerhalb ihrer Familie, oft nur mit ihrer Mutter, verständigen konnten, damit extrem isoliert und durch diese Umstände behindert waren. Dass diese Behinderung nicht in den biologischen Grundlagen bestand, sondern überwiegend darin, dass die gesellschaftlich möglichen wissenschaftlichen und materiellen Hilfsmittel nicht bereitgestellt wurden, war mir durch meine dänischen Kindheits- und Jugenderfahrungen

schmerzlich klar. Die Lage hat sich seither insbesondere durch das Engagement der Eltern- und Behindertenvereinigungen und der Sonderpädagogik (vgl. Jantzen, 1980) auch in Deutschland deutlich verbessert: Etliche Kindergärten und auch einige Grundschulen arbeiten integrativ. Menschen mit geistiger Behinderung wohnen heute auch in Deutschland „in der Gemeinde“ und nicht ausschliesslich in Großeinrichtungen. Sie gehen einkaufen, sie gehen zum Arzt, zum Zahnarzt, zur Krankengymnastik und zur Logopädie in ihrem Wohngebiet. Doch wenn sie psychotherapeutische Hilfe suchen, sieht die Lage sehr schlecht aus. Statt Psychotherapie erhalten psychisch kranke Menschen mit geistiger Behinderung oft ausschließlich Pharmakotherapie, was ihre geistigen Möglichkeiten nicht selten weiter einschränkt und ihrer Seele nicht hilft.

2. Das erhöhte psychische Erkrankungsrisiko

Bei Menschen mit geistiger Behinderung können alle Formen psychischer Störungen von Neurosen über Persönlichkeitsstörungen bis zu Psychosen auftreten. Das Risiko, psychisch zu erkranken, ist bei Menschen mit geistiger Behinderung wesentlich höher als bei Nichtbehinderten (vgl. Lotz et al., 1994, S.11ff). Eine wesentliche Quelle psychischer Störungen sieht Görres (1994, S.115), selbst Mutter eines behinderten Kindes, darin, dass Eltern sich kein Kind mit Behinderung wünschen – auch wenn sie es akzeptieren. 90-95% der Mütter,

denen durch die pränatale Diagnostik der Befund einer möglichen Behinderung mitgeteilt wird, entscheiden sich für eine Abtreibung (vgl. ebenda), was in der Folge nicht selten auch zu reaktiven psychischen Erkrankungen der Eltern oder nachgeborener Geschwister (Stichwort: replaced child) führt. Entgegen der weitverbreiteten Ansicht, die geistige Behinderung sei genetisch angelegt, treten die meisten Hirnschädigungen während der Schwangerschaft, aber vor allem auch während oder nach der Geburt erkannt werden. Genetische Faktoren oder Chromosomenanomalien bilden nicht einmal die Hälfte der Ursachen (vgl. Sommer 1997, S.8). Man kann davon ausgehen, dass bei Säuglingen mit geistiger Behinderung die ersten Selbst- und Bindungserfahrungen unter emotional erschwerten Bedingungen stattfinden. Hinzu kommt, dass diese Kinder von Anfang an oft schmerzhaften oder invasiv erlebten Untersuchungen und Fremdkontakten ausgesetzt sind. Die Phase der ersten Annahme und Bindung an die Eltern ist deshalb belastet. Statt im „Glanze“ der Augen der Eltern spiegelt sich das von Geburt an behinderte Kind häufig in leeren, sorgenvollen oder gar ablehnenden Augen der Eltern, im Stahl der Untersuchungsräume und im Glas der Brutkästen. Fast immer ist eine schwere narzisstische Problematik bei dieser Klientel zu diagnostizieren. Der Beginn des Lebens eines von Geburt an geistig behinderten Menschen ist von einer fast regelhaft auftretenden unsicheren Bindung und frustrierter Bedürftigkeit nach bedingungsloser Annah-

me gekennzeichnet. Auf Seiten der Eltern sind oft ebenfalls schwere Kränkung und Verunsicherung zu erkennen, die nicht selten in Deutschland mit Minderwertigkeitsempfindungen, Scham- und Schuldgefühlen sowie Selbstvorwürfen gepaart sind. Das soziale Gefüge verändert sich, häufig ziehen sich Freunde und Familie zurück, und die Eltern selbst verlagern die sozialen Beziehungen auf die professionellen Helfer. Oft sind die Mütter in engerem Kontakt zu den Therapeuten der Kinder als zum Ehemann und werden auch in der Beziehung zum Kind zu Co-Therapeuten: „Die ersten Stunden der Krankengymnastik fanden statt, als Torsten knapp 6 Wochen alt war. Mein Mann hat das nicht ertragen, wie Torsten geschrien hat. Ich habe es nur ausgehalten, weil ich innerlich getrennt habe: Ich wurde ganz robust und hart zu Torsten. Ich durfte nicht zimperlich sein, dann hätte ich die Therapien nicht durchgehalten“, erzählte eine Mutter. Deutlich mehr Ehen als bei nichtbehinderten Kindern zerbrechen nach der Geburt eines behinderten Kindes. Auch dies kann wiederum eine neue Störungsquelle für das behinderte Kind sein. Eine weitere systematische Kränkungsquelle im Leben besteht darin, dass die sprachlichen Möglichkeiten des geistig Behinderten in der Regel eingeschränkt sind. Verbale Symbolisierungsfähigkeiten und auch die Artikulation sind oft behindert. Er wird deshalb häufig nicht verstanden, er fühlt sich isoliert, verzweifelt, und aus der Kränkung speist sich dann oft massive Wut, die nicht selten in heftigsten (Auto)-Aggressionen und Verhaltensauffäll-

igkeiten oder schweren Depressionen mündet. Der Mensch mit geistiger Behinderung trifft immer wieder schmerzlich auf seine Grenzen, sich selbst zu spüren, sich wahrnehmbar zu machen, und erlebt wesentlich mehr Frustrationen als Menschen, die ihre Gefühle und Empfindungen benennen und sich mit Sprache bemerkbar machen können.

Eine weitere systematische Störungsquelle ist chronische Überforderung, die nicht selten aus der Abwehr der Eltern, die Behinderung zu akzeptieren, rühren kann. „Erst als Tabia in die Schule sollte, haben wir dann schweren Herzens akzeptieren müssen, dass sie geistig behindert ist und das Gerenne von Facharzt zu Facharzt, Therapiezentrum zu Therapiezentrum hörte auf“, berichtet ein Vater. Aber auch chronische Unterforderung kann eine Störungsquelle darstellen, wenn z.B. das Kind von allen Anforderungen fern gehalten wird oder die geistige Behinderung in ihrer Schwere überschätzt wird, wie es nach wie vor bei schwer körperbehinderten Menschen der Fall ist.

Menschen mit geistiger Behinderung und mit weiteren Körperbehinderungen oder Sinnesbeeinträchtigungen sind in einem besonderen Maße mit ihren primären Bezugspersonen verbunden, weshalb die notwendigen inneren Unterscheidungsmöglichkeiten zwischen Selbst und Gegenüber oft kaum entwickelt sind. Die Gefahr, dass Borderlinestörungen oder Psychosen sich entwickeln, ist deshalb besonders groß. Die häufig lebenslange Betreuungssituation – und sei sie auch noch so optimal – beschränkt den Menschen mit geistigen Behinderung in seiner Selbstbestimmung, was wiederum Quelle einer psychoneurotischen Entwicklung, aber auch traumatischer Belastungen sein kann. Überproportional häufig sind gewalttätige und sexuelle Übergriffe auf Menschen mit geistiger Behinderung zu finden (vgl. V.Sinason, 2001, S.224ff). Zusammenfassend ist Gaedt zuzustimmen, wenn er sagt, dass das Risiko psychisch zu erkranken auch unter den glücklichsten Bedingungen der Entwicklung bei Menschen mit geistiger Behinderung erhöht ist (vgl. 1994, S. 137).

3. Anmerkungen zur ICD 10 Definition: Intelligenzminderung als psychiatrische Diagnose

Immer noch befindet sich im ICD 10 GM im Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)“ die Kategorie „Intelligenzminderung (F70–F79)“ als psychopathologische Diagnose. So werden Vorurteile weiter transportiert, dass das psychische oder psychiatrische Störungsbild als Symptom einer geistigen Behinderung verstanden wird. Eine Frau mit geistiger Behinderung beklagt sich bei Betreuern über ihren Mitbewohner, der sie belügt und bestiehlt. Sie hört dann von den Betreuern, dies sei so, weil dieser Mann geistig behindert sei. Die Frau ist empört: „Man klaut doch nicht, bloß weil man geistig behindert ist.“ Sie hat recht, denn es handelt sich bei den Symptomen Lügen und Stehlen selbstverständlich nicht um eine Folge der geistigen Behinderung, sondern diese können Hinweise auf eine gestörte psychische Entwicklung sein, die wir auch bei Nichtbehinderten kennen.

Es gibt die Intelligenzminderung als psychopathologisches Erscheinungsbild, worauf aber im ICD 10 nicht hingewiesen wird. Es wird im Gegenteil hervorgehoben, dass eine Steigerung der geistigen Fähigkeiten nur in geringem Maße durch Übung und Rehabilitation verbessert werden könne. Dieser statischen Aussage kann aus psychotherapeutischer Sicht nicht zugestimmt werden:

Die Intelligenzminderung selbst kann der psychische Bewältigungsversuch eines dahinterliegenden Leidens sein, z.B. das Resultat aus sehr isolierenden Lebensbedingungen, traumatischen Erfahrungen o.ä., und kann sich im Laufe des Lebens durch Verbesserung der Lebensumstände und Aufhebung isolierender Bedingungen) z.B. durch eine psychotherapeutische Behandlung, völlig geben. Es gibt Lebensumstände, unter denen sich Kinder ständig

solchem Druck ausgesetzt fühlen und Angst haben, so dass sie „behindert werden“, ihre autonomen intellektuellen Möglichkeiten zu entfalten oder sich in die geistige Behinderung oder Lernbehinderung flüchten: „Ich stellte mich dumm. Dann hatte ich endlich meine Ruhe“, sagte ein mittlerweile 38jähriger Mann auf die Frage, wie er sich erklären könne, dass bei ihm als Kind wiederholt eine Intelligenzminderung diagnostiziert wurde und er danach in einer Sondereinrichtung keine intellektuelle Herausforderung mehr erlebte. Mehrfach konnte ich im Laufe meiner Arbeit miterleben, wie Menschen mit wiederholt diagnostizierter Intelligenzminderung sich während der Psychotherapie über die seelische Heilung auch kognitiv befreien. Einer Patientin war es möglich, trotz diagnostizierter Intelligenzminderung in der Kindheit als Erwachsene über die in Niedersachsen mögliche Zulassungs-Prüfung ein Studium zu beginnen. Anfang der 80er Jahre konnten in der Einrichtung für geistig Behinderte, in der ich damals arbeitete, schwerst körperlich behinderte Menschen, die auch als „schwer geistig behindert“ galten, mit Hilfe neuer kommunikativer Mittel ihre intellektuellen Möglichkeiten wahrnehmbar machen und dann gezielt in Einrichtungen für Körperbehinderte beschult werden.

Bei jedem psychisch erkrankten Menschen, bei dem eine hilfreiche psychotherapeutische Behandlung gelingt, wird auch eine intellektuelle Weiterentwicklung zu verzeichnen sein. Vom Standpunkt des äußeren Beobachters mag das Ausmaß dieser Veränderungen bei Menschen mit geistiger Behinderung eher „gering“ sein, vom Standpunkt des inneren Beobachters können das Schritte sein, die neue Qualitäten eröffnen und deshalb Riesenschritte darstellen.

4. Was bieten die „Richtlinienverfahren“ an Möglichkeiten und wie werden sie genutzt? Reichen sie aus für die Behandlung von psychisch Kranken mit geistiger Behinderung?

Die Frage nach der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung ist eine Frage nach den Möglichkeiten der sogenannten

Richtlinienverfahren, die allein im Rahmen der Kassenfinanzierung als Regelleistung zugelassen sind. Von den sozialrechtlich

anerkannten „Richtlinienverfahren“ hat sich ausgehend von den USA und Großbritannien auch in Deutschland zuerst und vor allem die Verhaltenstherapie für diese Patientengruppe geöffnet und auch hier hauptsächlich im teilstationären und stationären Rahmen. Obwohl sich die Verhaltenstherapie schon sehr früh dieser Klientel zugewandt hat (vgl. Gottwald, 1975), verzögerte sich hier die „kognitive Wende“ der 70er Jahre zunächst und ist erst in dem letzten Jahrzehnt vollzogen worden. In der Arbeit mit Patienten mit geistiger Behinderung hielt man operante Konditionierungsmethoden für die am besten geeigneten Verfahren. Mittlerweile liegt hier auch ein breites Spektrum an kognitiven Verfahren vor (vgl. Lauth, 1980; Schucker, 1994). Man kann feststellen, dass die Verhaltenstherapie auch für den Bereich der ambulanten Versorgung ausgearbeitete Konzepte bereitstellt. Ob diese auch in die Ausbildung der Verhaltenstherapeuten Eingang gefunden haben, müsste untersucht werden. In der ambulanten Versorgung sind es überwiegend Verhaltenstherapeuten, die gelegentlich Patienten mit geistiger Behinderung behandeln. Die psychodynamischen Ansätze bieten ein enormes, aus meiner Sicht unverzichtbares, aber praktisch von ihren Vertretern kaum wahrgenommenes Potential, um für diese Patientengruppe hilfreich zu sein. Die Zu-

wendung zur vorgeburtlichen, geburtlichen (Janus, 2001) und frühkindlichen Entwicklung, die Behandlungskonzepte für Säuglinge und Kleinkinder, die Erfahrungen der Kinder- und Jugendlichentherapie sowie Konzepte zum Verstehen nonverbaler szenischer Inszenierungen (Lorenzer, 1970; Argelander, 1970) bieten aus meiner Sicht unentbehrliches Handwerkzeug für die Arbeit mit Patienten mit geistiger Behinderung. In der ambulanten Behandlung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung sind tiefenpsychologisch und psychoanalytisch ausgebildete Psychotherapeuten jedoch exotische Außenseiter.

Es mag daher vielleicht überraschen, aber ich kam vor allem über meine Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung zur Auseinandersetzung mit der Psychoanalyse und den psychodynamischen Verfahren. Ich befand mich 1985 in der Ausbildung zur Verhaltenstherapeutin und war neben meiner ambulanten Tätigkeit in eigener Praxis in der Frühförderung und einem Sonderkindergarten angestellt. Ich erlebte in der Begegnung mit den geistig behinderten Kindern – oft Säuglingen und Kleinkindern – heftige somatische und affektive Reaktionen wie extreme Müdigkeit, bleierne Schwere und depressive Verstimmungen, die mir so zu schaffen machten, dass ich meinte, die Arbeit aufgeben

zu müssen. Ich erhielt Zugang zur Psychoanalyse und fand dort einen konzeptionellen Rahmen zur Analyse meiner Gegenübertragungsreaktionen, was mir ermöglichte, die Arbeit weiterzuführen. Die Lerntheorie bot keinen Rahmen, diese Prozesse begrifflich zu fassen und in die Diagnostik und Therapieplanung miteinzubeziehen. Dennoch waren für mich weiter die vielfältigen Methoden der Verhaltenstherapie mit ihrer Fokussierung und Hierarchisierung der Ziele und vor allem ihrer Ressourcenorientierung unentbehrlich. Für unverzichtbar halte ich weiterhin die Gesprächspsychotherapie, vor allem die Kinderspieltherapie der humanistischen Therapieansätze (Gesprächspsychotherapie und Gestalttherapie), die Körpertherapie und auch Familientherapie, um die Arbeit mit diesem Klientel leisten zu können. Wieder kann ich Gaedt als psychoanalytisch ausgebildetem Psychotherapeuten zustimmen, wenn er schreibt: „Die Vielfältigkeit psychischer Störungen erfordert vielfältige Methoden. Ein Konzept zur Therapie von psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung muß zwangsläufig integrativ sein“ (Gaedt, 1994, S.127, vgl. auch Müller-Hohagen, 1993). Wie bei Gaedt findet auch bei Müller-Hohagen die Integration vor dem Hintergrund eines psychodynamischen Verständnisses statt.

5. Ausgrenzung von erfahrenen Psychotherapeuten im Zulassungsverfahren zur kassenfinanzierten ambulanten Versorgung

Erfahrung in der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung haben vor allen Dingen Psychotherapeuten in stationären und teilstationären Einrichtungen und Beratungsstellen gesammelt. Der Transfer dieser Erfahrungen erfolgt bisher überwiegend dann, wenn frühere Angestellte ihre Kenntnisse aus den Einrichtungen in die ambulante Versorgung mitnehmen, sobald sie sich niederlassen. Doch hier gab und gibt es Widrigkeiten zu überwinden. Bei der sozialrechtlichen Zulassung im Übergangsverfahren wurde aus der von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) geschürten Angst heraus, zu viele könnten sich niederlassen, sehr rigide Verfahren. Mit teilweise unerträglich abwertenden Argumenten wurden auch und gerade in der psychotherapeutischen Arbeit mit geistig

Behinderten qualifizierte Psychotherapeuten ausgegrenzt, indem z.B. bei den Praxisstunden der Beweis, dass „Richtlinienverfahren“ praktiziert wurden, erbracht werden musste. Dies konnte jedoch nur von KV-anerkannten „Richtlinien“-Supervisoren bescheinigt werden. In den anerkannten psychoanalytischen Instituten spielte die Arbeit mit geistig Behinderten jedoch keine Rolle, so dass eine solche Bescheinigung kaum zu erbringen war. Es könnte sein, dass ein nicht unbeträchtlicher Teil der Kammermitglieder, der Qualifikationen in der Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung erworben hat, wegen dieser Einschränkungen aufgrund „fehlender Praxisstunden und Fachkunde“ bei den bedarfsunabhängigen und bedarfsabhängigen Zulassungen in den Jahren 1999

und 2000 keine Berücksichtigung gefunden hat. Bei der Approbation stellte dies zum Glück kein Hindernis dar. Es wäre sinnvoll, diese Gruppe der Kammermitglieder zu erreichen. Eine Kollegin berichtet, dass sie jahrelang auf tiefenpsychologischer Grundlage in einer Einrichtung gearbeitet habe, sie jedoch erst nach langer Auseinandersetzung und durch den Zufall, dass ein Arzt mit Zusatztitel in der Einrichtung zeitgleich gearbeitet hatte, diese Arbeit als tiefenpsychologisch fundiert anerkannt bekam. Im Zulassungsausschuss hatten leider insbesondere Psychotherapeuten mit folgender Begründung die Mehrheit der Ausschussmitglieder zur Ablehnung bewegt: Da die Kollegin mit geistig Behinderten gearbeitet habe, könne sie definitiv nicht tiefenpsychologisch fundiert gearbei-

tet haben, das ginge überhaupt nicht. Es herrscht also Abwehr und Unkenntnis bei vielen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten über die wissenschaftlich entwickelten Möglichkeiten insbesondere der psychodynamischen Psychotherapieansätze (vgl. die Arbeiten von Niedecken, 1989; Müller-Hohagen, 1993; Gaedt, 1994; Sinason, 2001).

Im Bewilligungsverfahren zur Kostenanerkennung für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie berichtet eine Kollegin über so manche zeit- und kräfteaubende Auseinandersetzung, während dies in der Verhaltenstherapie kein Problem darstellt. Weitere strukturelle Behinderungen bilden unflexible Regelungen bezogen auf die Altersgrenze bei Kinder- und Jugendlichen-

therapien, die gerade bei der Behandlung von geistig Behinderten unangemessen sind. Überregulierungen wie z.B. das Verbot, mehr als 13 Stunden im Angestelltenverhältnis tätig zu sein, verhindern den Transfer aus dem teilstationären und stationären in den ambulanten Bereich, weil das finanzielle Risiko der Selbständigkeit für viele Kollegen zu hoch ist.

6. Tiefsitzende kollektive Abwehrprozesse als Folge der nicht bewältigten und betrauten Vergangenheit betreffen auch uns Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Die Nachwirkungen des Nationalsozialismus betreffen auf verschiedenen Ebenen auch unseren Berufsstand. Man schätzt, dass während des Nationalsozialismus aus ideologischen und ökonomischen Gründen systematisch etwa 100.000 Anstaltsinsassen der Heil- und Pflegeanstalten getötet wurden. Die „wilde“ Euthanasie, das allmähliche Verhungernlassen, ging sogar deutlich über das Jahr 1945 hinaus (vgl. Harms, 1996, S.114ff.). Auch in anderen Ländern lagen die biologistischen, von Medizinern entwickelten rassehygienischen Pläne in den Schubladen und wurden z.T. auch gesetzlich umgesetzt (vgl. Koch, 2000), doch nur in Deutschland wurden die Sterilisations- und Tötungsprogramme „erbbiologisch unwerten Lebens“ von Ärzten, Pflegern und Beamten willig durchgeführt. Die Folgen des deutschen Traumas erleben wir in mehrfacher Weise bis heute in den Therapien unserer Patienten, aber auch in uns selbst. Die Tatsache, dass für Menschen mit geistiger Behinderung kaum Psychotherapieplätze zu finden sind, steht aus meiner Sicht auch im Zusammenhang mit einer verleugnenden und entwertenden kollektiven Abwehr, die auch unseren

Berufsstand erfasst. In Deutschland klappte nach 1945 nicht nur eine reale Lücke durch die vielen wegen ihrer geistigen Behinderung getöteten Menschen. Auch die Träger humanistischer Ideen in der Wissenschaft und Politik waren verfolgt, mit Berufsverboten belegt, in Konzentrationslager eingesperrt und getötet worden. Es klappte auch hier eine große Lücke besonders für die Psychotherapie, da auch ihr Begründer, Sigmund Freud, sich ins Ausland retten musste, um sein Leben zu bewahren. Ich finde es bemerkenswert, dass viele psychotherapeutische Arbeiten, die ich als hilfreich bei der Entwicklung von eigenen Wegen in der Behandlung von psychisch Kranken mit geistiger Behinderung erlebte, von Östreichern und Deutschen stammen, die aus der „Wiege der Psychotherapie“ vor dem Naziregime oder auch nach dem Überleben der Konzentrationslager ins Ausland emigrierten, in den USA und Großbritannien weiter arbeiteten und deren Erkenntnisse heute sozusagen reimportiert werden (u.a. M. Mahler, A. Bergmann, O. Kernberg, S. Bernfeld, B. Bettelheim, P. und E. Federn). Auch unter den Psychotherapeuten gab es nicht nur Opfer, sondern

auch passive und „willige Helfer“. Deutschland hinkte nach 1945 auch wegen dieses Exodus anderen hochentwickelten Ländern bezogen auf die gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Behinderung um Jahrzehnte hinterher. Das Feld bestellten nach wie vor die biologistischen Wissenschaftler – insbesondere in der Medizin –, und sie erleben derzeit mit der Gentechnik-Diskussion eine Renaissance. Die psychologische Prävention psychischer Erkrankungen, die Beratung der Angehörigen und Betreuer sowie die Rehabilitation von psychisch Kranken mit geistiger Behinderung sind auch heute wenig verbreitet, obwohl Konzepte vorliegen. Unter Prävention wird heute oft die medizinische und genetische Beratung sowie die pränatale Diagnostik mit möglicher Abtreibung bis weit über die 20. Woche hinaus verstanden. Mütter von Kindern mit Down-Syndrom berichteten mir, dass sie auf der Straße, aber auch im Bekanntenkreis ähnliche Kommentare wie den folgenden gehört hätten: „So ein Kind auf die Welt zu bringen ist doch heutzutage nicht mehr nötig. Es gibt doch Fruchtwasseruntersuchungen.“

7. Weitere Gründe, welche Menschen mit geistiger Behinderung den Zugang zur gemeindenahen psychotherapeutischen Versorgung erschweren, und mögliche Auswege

1. Bekanntlich haben die sozial am stärksten Benachteiligten und am wenigsten dem YAVIS-Typ entsprechenden Menschen – dazu zählen ohne Frage Menschen mit geistiger Behinderung – die größten Probleme, einen Therapieplatz zu erhalten. Aus meiner psychodyna-

mischen Sicht handelt es sich dabei oft um ein Ausagieren von Gegenübertragungsimpulsen von Seiten des Psychotherapeuten: Die oben beschriebene belastete erste Annahme eines behinderten Kindes durch seine Eltern und die Gesellschaft („Niemand

wünscht sich ein behindertes Kind“) reinszeniert sich oft in der therapeutischen Beziehung. Bei fehlender Analyse von Gegenübertragungsimpulsen im therapeutischen Setting kann sich diese belastete Annahme zerstörerisch wiederholen und zur Ablehnung des Pati-

enten führen.

2. Die Überbetonung des Autonomiegedankens und die Verleugnung der Abhängigkeitsbedürfnisse in der Psychotherapie führen zur Ablehnung der „Schwachen“. Sie kann als unbewusste, narzisstische Angst davor, selbst einmal so schwach, so hilflos ausgeliefert und abhängig werden zu können, verstanden werden. Die reale Wahrscheinlichkeit, dass wir uns spätestens im Alter von unseren geistigen und körperlichen Fähigkeiten verabschieden müssen, ist sehr hoch. Hier wirken ähnliche Abwehrmechanismen beim Therapeuten wie sie auch bei der Begegnung mit schwerst Traumatisierten bekannt sind. „Ich will es nicht wahrhaben, weil es mich zu sehr kränkt, dass ich selbst so schwach und verletzlich bin wie dieser Mensch.“
3. Menschen mit geistiger Behinderung melden sich nicht selbst beim Therapeuten, sie sind darauf angewiesen, dass Verwandte oder Betreuer ihre psychische Not erkennen und sich bei der Suche nach einem Therapieplatz engagieren. Häufig werden sie erst dann vorgestellt, wenn der Leidensdruck in der Umgebung durch Verhaltensauffälligkeiten zu groß wird. Die Betreuer/Eltern sind zur Psychotherapie im Sinne der Symptombeseitigung motiviert. Die Symptome haben jedoch für den Behinderten einen unbewussten Sinn und

stellen eine kreative Überlebensleistung dar. Dies führt zu möglichen Zielkonflikten, wie sie aus der Kindertherapie bekannt sind.

4. Geistig behinderte Patienten werden von Betreuern und Eltern meistens in heftig aggressiv getönten Krisensituationen vorgestellt, wenn (auto-)aggressive oder auch sexuelle Handlungen überhand nehmen und die Impulskontrolle fehlt. Auch das macht Angst. Hier bieten insbesondere die Ansätze, die von O. Kernberg und M.M. Linehan zur Behandlung der Borderline-Störung entwickelt wurden, hilfreiches Material.
5. Der Patient mit geistiger Behinderung wird zur Psychotherapie gebracht, nicht selten erlebt er die Psychotherapie auch als Alternative zur Bestrafung: „Wenn Du nicht zum Psychotherapeuten gehst, fliegst du aus der Wohngemeinschaft und musst ins Heim“. Seine eigene Motivation besteht oft darin, negative Konsequenzen zu vermeiden oder den Bezugspersonen einen Gefallen zu tun. Eine so genannte primäre Therapiemotivation ist also am Anfang nur selten vorhanden. Auch für die Arbeit mit Patienten mit geistiger Behinderung gilt, dass nur dann erfolgreich gearbeitet werden kann, wenn die subjektive Bereitschaft sich entwickeln lässt. Das bedeutet für den Psychotherapeuten, dass er 1. die Fähigkeit entwickeln sollte, versteckte, unbewusste Therapiebe-

reitschaft oder auch -ablehnung, den Sinn des Symptoms im Geflecht des Systems und mögliche Risiken und unerwünschte Nebenwirkungen der Psychotherapie bei Veränderung der Symptomatik erkennen zu können. Auch hier bieten die Forschungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eine reiche Quelle, die für die Behandlung von geistig Behinderten nutzbar gemacht werden kann. Und dass er 2. aktiv an der Motivierung arbeiten sollte. Hier bietet auch die Kinder- und Jugendlichentherapie, Psychotherapie mit straffällig gewordenen Borderline-Erkrankten sowie Drogenabhängigen einen reichen Erfahrungsschatz.

6. Für die ambulante psychotherapeutische Praxis ist eine besondere Aufmerksamkeit auf die Fähigkeiten und den Willen des Patienten zu richten, regelmäßig zur Behandlung zu kommen. Es stellt ein unwägbares finanzielles Risiko für den ambulant Niedergelassenen dar, wenn er sich auf die Einhaltung von Terminen und Orte nicht verlassen kann. Dies kann ein wichtiger Grund sein, warum diese Patientengruppe auch von Niedergelassenen nicht so gerne in die Behandlung genommen wird. Auch hier hat die Kinder- und Jugendlichentherapie Möglichkeiten und Wege entwickelt, wie dieses Problem zu lösen ist, die auf die Arbeit mit erwachsenen geistig Behinderten übertragen werden können.

8. Thesen: Haltungen und Qualifikationen, die auf der Seite des Psychotherapeuten (nicht nur) bei der Arbeit mit geistig Behinderten hilfreich sind

1. Betonung des Beziehungsaspekts und Entwicklung von Achtung, Empathie, Echtheit und Kongruenz in der Begegnung mit dem Patienten mit geistiger Behinderung – das bedeutet auch ge-

nügend hohe Anforderungen an ihn stellen zu können.

2. Fähigkeit zur Analyse der Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehens und zum „Szenischen Verstehen“. Verstehen

heißt Antworten und die (Be-) Deutung erkennen – das geschieht (nicht nur) für nicht dynamisch Ausgebildete am besten in der kollegialen, schulenübergreifenden Supervision bzw. Balint-Gruppe.

3. Fähigkeit, ressourcenorientiert zu arbeiten.
4. Aktives Therapeutenverhalten und Bereitschaft nicht nur den Therapeutenstuhl, sondern auch das Therapiezimmer zu verlassen. Hier können die Erfahrungen der Kindertherapeuten und Verhaltenstherapeuten herangezogen werden.
5. Beherrschung vielfältiger, auch non-verbaler, insbesondere auch körpertherapeutischer und spieltherapeutischer Interventionsmethoden.
6. Fähigkeit, sich in dem Beziehungsgeflecht des betreuten Patienten so zu positionieren, dass der Therapeut mit den häufigen Zielkonflikten der Beteiligten ethisch angemessen und therapeutisch sinnvoll umgehen kann. Dies schließt u.a. die Bereitschaft und Fähigkeit zur Kooperation mit Familienangehörigen und dem Helfersystem mit ein. Auch hier sind vor allen Dingen die Erfahrungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten heranzuziehen.

9. Ausblick

Was können die Psychotherapeutenkammern tun, um das Normalisierungsprinzip auch in der ambulanten Psychotherapie umzusetzen?

Es geht zunächst darum, auf das Problem aufmerksam zu machen und vielleicht niedergelassene Kammermitglieder zu ermutigen, einen Patienten mit geistiger Behinderung zu behandeln. Auf Kammerebene könnten in einem weiteren Schritt die vorhandenen Ressourcen der freiberuflichen und angestellten Kammermitglieder vernetzt werden, z.B. indem ein Erfahrungsaustausch organisiert wird. Bisher waren in der Regel die angestellten Psychotherapeuten unter sich. Weiter wären Überlegungen anzustellen, wie die Arbeit mit dieser Klientel zum integralen Bestandteil in der

Aus- und Fortbildung gemacht werden kann. Darüber hinaus sind Überlegungen zur besseren Vernetzung stationärer und ambulanten psychotherapeutischer Behandlung anzustellen.

Literatur

- Argelander, H. (1970). Das Erstinterview in der Psychotherapie, Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Badelt, I. (1994). Die klientenzentrierte Psychotherapie mit geistig behinderten Menschen. In: Lotz, W., Koch, U., Stahl, B. (Hrsg.), Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen. Bedarf, Rahmenbedingungen, Konzepte (S. 141-152). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Bank-Mikkelsen, N.E., Berg, E. (1982). Das dänische Verständnis von Normalisierung und seine Umsetzung in ein System von Hilfs- und Pflegediensten zur Integration, in: Behindernde Hilfe oder Selbstbestimmung der Behinderten – neue Wege gemeindenaher Hilfen zum selbständigen Leben. Kongreßbericht der internationalen Tagung „Leben, Lernen, Arbeiten in der Gemeinschaft“, München 24.-26. März 1982: Vereinigung Integrationsförderung.
- Gaedt, Chr. (1994). Aspekte eines psychoanalytisch orientierten Konzeptes zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung, In: Lotz, W., et.al. 1994, S. 124-140.
- Görres, S., Psychotherapie bei geistig Behinderten aus der Elternperspektive, in: Ebenda, 1994, S. 111-123.
- Gottwald, P., Redlin, W. (1975). Verhaltenstherapie bei geistig behinderten Kindern. Göttingen: Hogrefe – Verlag für Psychologie.
- Harms, I. (1996). „Wat mööt wi hier smachten....“, Hungertod und „Euthanasie“ in der Heil- und Pflegeanstalt Wehnen im „Dritten Reich“. Oldenburg: Druck- & Verlagscooperative GmbH.

Jantzen, W. (1980). Geistig behinderte Menschen und gesellschaftliche Integration, Bern: Huber Verlag.

Janus, L. (2001). Die Psychoanalyse der vorgeburtlichen Lebenszeit und der Geburt, Gießen: Psychosozial-Verlag.

Koch, L. (2000). Racehygiene i Danmark 1920-56, Kopenhagen.

Lauth, G., Dornauf, G. (1980). Zur Anwendung des Selbstinstruktionstrainings bei geistig Behinderten. Mitteilungen der DGVT 12/1980, S. 509-522.

Lorenzer, A. (1970). Sprachzerstörung und Rekonstruktion, Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Lotz, W.; Koch, U. Stahl, B. (Hrsg.) (1994). Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen. Bedarf, Rahmenbedingungen, Konzepte. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.

Müller-Hohagen, J. (1993). Psychotherapie mit behinderten Kindern. Heidelberg: Asanger.

Niedecken, D. (1998). Namenlos. Geistig Behinderte verstehen. Berlin: Luchterhand.

Reuther-Dommer, Chr., (Hrsg.), psychosozial 22. Jahrgang, Nr.77, Heft III: Liebe und Sexualität bei geistiger Behinderung, Gießen 1999.

Schucker, W., Verhaltenstherapeutische Ansätze in der stationären Behandlung geistig behinderter Menschen, in: Lotz, W., et.al., 1994, S. 153-172.

Sinason, V. (2000). Geistige Behinderung und die Grundlagen menschlichen Seins, Neuwied, Berlin: Luchterhand.

Sommer, D. (1997). Das Phänomen ‚Geistige Behinderung‘ in der wissenschaftlichen Reflexion – unter besonderer Berücksichtigung der klinischen Psychologie (unveröffentlichte Diplomarbeit), Oldenburg.

Dipl.-Psych. Frauke Werther

PP und KJP, Zulassung in TP und VT
Weskampstraße 25
26121 Oldenburg
frauke.werther@t-online.de

Empirische Forschung in der Psychoanalyse

Stephan Hau

Zusammenfassung: Auf der Basis langjähriger psychoanalytischer klinischer Forschung wird gezeigt, dass interdisziplinäre empirische Forschung auch in der Psychoanalyse eine lange Tradition hat. Die sich vor allem in der klinischen Erforschung von Behandlungsverläufen ergebenden methodischen und erkenntnistheoretischen Probleme werden diskutiert. Dabei zeigt sich, wie klinische und ausserklinische Forschung sich gegenseitig ergänzen. Am Beispiel chronisch depressiver Patienten wird der Forschungsbedarf verdeutlicht und der Anwendungszusammenhang empirischer interdisziplinärer psychoanalytischer Forschung erläutert.

Empirische Forschung in der Psychoanalyse

Unter psychoanalytischer Forschung kann heute nicht mehr einzig die klinische Forschung hinter der Couch verstanden werden, denn es existiert eine methodisch breit gefächerte, interdisziplinäre psychoanalytische Forschungstradition, die experimentelle und neurophysiologische Forschungen im Labor ebenso umfasst wie interdisziplinäre Projekte aus den Forschungsbereichen Cognitive Science oder Robotics – um nur einige zu nennen (vgl. Mertens, 1997).

Trotz dieser Forschungsbemühungen wird die Psychoanalyse oft als unwissenschaftlich kritisiert; sie gelte in ihren Grundannahmen als wissenschaftlich nicht bewiesen bzw. sei als klinisches Verfahren ineffektiv. Diese Kritiken basieren zum Teil auf einem veralteten, positivistischen Wissenschaftsparadigma, das wissenschaftliche Erkenntnis letztlich nur durch kontrolliert-experimentelle Studien gesichert sieht.

Psychoanalytische Theorien müssen sich natürlich in einem empirischen Kontext, das heißt erfahrungsbezogen bewähren. Dafür gibt es zahlreiche Bemühungen, auch außerhalb der klinischen Behandlungssituation. Auf Moser (1991) geht die Unterscheidung zwischen „On-line-For-

schung“ („Junktim-Forschung“, das heißt, der Therapeut ist zugleich Behandler und Forscher) und „Off-line-Forschung“ zurück. Mit letzterer ist gemeint, dass sich der Analytiker „außerhalb der Therapiestunde mit einer Therapie beschäftigt“ (a.a.O., S. 322), also nachträglich Materialien „aus Psychoanalysen oder psychoanalytisch orientierten Psychotherapien (z.B. Tonbänder, Videoaufzeichnungen, Tagebücher, etc.) mit Hilfe eines breitgestreuten methodischen Arsenal“ untersucht (Leuzinger-Bohleber, 1995, S. 448).¹

Im Unterschied zur „Off-line-Forschung“ entwickelt der Psychoanalytiker im Rahmen der klinischen „On-line-Forschung“ zunächst individuelle Theorien über die Entstehungszusammenhänge der Erkrankung des Patienten. Aus diesen vorläufigen Annahmen werden Metaphern verdichtet oder kondensiert, welche die psychischen Konstruktionen der Patienten möglichst adäquat beschreiben. In einem weiteren Schritt werden Konzepte und schließlich theoretische Modelle entwickelt, welche die Entstehungs-, Erkrankungs- und Behandlungszusammenhänge zu erklären versuchen. Diese theoretischen Modelle werden in verschiedenen Diskursen (z.B. Konferenzen, Fachzeitschriften, etc.) kritisch diskutiert und modifiziert, wodurch eine integrativ-konzeptuelle Forschung entsteht. Die theoretischen Modelle haben

wiederum Einfluss auf die Wahrnehmung und Ausgestaltung der psychoanalytischen Behandlungssituation und auch auf die klinischen Falldiskussionen. Auf diese Weise entsteht ein sich fortwährend entwickelnder Kreisprozess, wobei sich die Weiterentwicklungen der klinischen Arbeit und der theoretischen Modelle gegenseitig unterstützen und beeinflussen.

Allerdings handelt es sich dabei um ein geschlossenes System, das unabhängig von anderweitigen wissenschaftlichen Erkenntnissen und Entwicklungen existiert. Deshalb kommt der außerklinischen und interdisziplinären Forschung besondere Bedeutung zu. Hier werden psychoanalytische Theorien und Modellannahmen durch die Hinzuziehung anderer Forschungsmethodologien hinreichend wissenschaftlich abgesichert, auch im Sinne einer externen Validierung (vgl. Strenger, 1991). Die außerklinisch erarbeiteten neuen Erkenntnisse erfahren schließlich auf der Konzept- und Theorieebene Eingang in den klinischen Diskurs und haben so indirekt Einfluss auf die konkrete klinische Situation.

¹ Empirische Forschungen zu psychoanalytischen Konzepten aus mehreren Jahrzehnten belegen, dass sich wesentliche Persönlichkeitsmerkmale in der Kindheit zu formieren beginnen, mentale Repräsentanzen von sich und anderen das zwischenmenschliche Beziehungsgeschehen beeinflussen, mentale Prozesse (kognitive, emotionale und affektive) simultan ablaufen, dass es eine Persönlichkeitsentwicklung vom unreifen, abhängigen Zustand der Kindheit hin zu einer erwachsenen, reifen Persönlichkeit gibt und dass ein Großteil des menschlichen mentalen Lebens unbewusst abläuft (vgl. Westen, 1999).

Gleichzeitig geben die Forschungen aber auch weitere Fragen auf, etwa nach erneuerten Konzepten für unbewusste Prozesse (vgl. Dixon, 1971, 1981; Erdelyi, 1985; Schacter, 1992, 1995; Barron et al., 1992; Shevrin, 1992, Leuschner, 1999).

Ergebnisse experimenteller Laborforschungen etwa, die oft allgemeines Grundlagenwissen betreffen, lassen sich jedoch nicht unmittelbar auf die analytische Therapiesituation rückbeziehen („Instantiierung“). Die experimentelle Traumforschung ist hierfür ein anschauliches Beispiel. Seit über 50 Jahren haben Psychoanalytiker an der Erarbeitung neuer Erkenntnisse über den Traum maßgeblichen Anteil. Aufgrund von Experimenten im Labor ließen sich Annahmen der psychoanalytischen Traumtheorie überprüfen. Neuerdings gibt es Versuche, psychoanalytische Konzepte auch mit neurophysiologischen Methoden zu erforschen, wodurch ein intensiver Dialog zwischen Hirnforschern und Psychoanalytikern entstanden ist (vgl. z.B. Beutel, 2004; Solms, 1998; Hau et al., 2004; Röckerath, 2004). Heute sind in vielen Forschungsfeldern Psychoanalytiker aktiv involviert und ein reger wissenschaftlicher Dialog mit den verschiedensten Nachbardisziplinen ist dabei, in Gang zu kommen (vgl. Leuzinger-Bohleber et al., 2004).

Probleme klinischer Forschung

Bei der Beforschung psychotherapeutischer Prozesse sind aus psychoanalytischer Sicht verschiedene, zum Teil komplexe Aspekte zu berücksichtigen. Dies betrifft sowohl die Nicht-Replizierbarkeit einzelner Ereignisse im Rahmen eines Behandlungsverlaufes (z.B. bestimmte Traum inhalte oder das Erscheinen bestimmter Symptome im Verlauf von regressiven Prozessen), die Lebenssituation des Patienten als auch die Erfahrungen im Therapieverlauf oder die Nicht-Linearität der Zusammenhänge einzelner Ereignisabfolgen und deren Auswirkungen (z.B. Interventionen). Weitere Probleme entstehen durch die Nachträglichkeit, die dynamische Umarbeitung und Veränderung von Erinnerungen, in Abhängigkeit vom Abwehrgeschehen und der individuellen Bedeutung für das einzelne Individuum, aber auch durch vielfache Bedeutungen von Begriffen, Wörtern und der Sprache. Es würde eine unzulässige Reduktion und somit eine mögliche Verfälschung bedeuten, diese klinischen Phänomene mit unterkomplexen Ansätzen zu untersuchen.

Gerade randomisiert-kontrollierte Studien werden oft unter Bedingungen durchgeführt, die von der klinischen Realität entfernt erscheinen. So wird das Komorbiditätsproblem häufig durch die Auswahl monosymptomatischer Patienten übergangen. Auch die Therapielänge der in den meisten Studien durchgeführten Therapien stimmt mit der klinischen Alltagspraxis oft nicht überein. Randomisiert-kontrollierten Studien liegt ein einheitswissenschaftliches Modell zu Grunde, das wissenschaftstheoretisch, angesichts der Vielfalt der Methoden, Theorien, Erfahrungen und der Diversität der verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen, seit langem als überholt gilt. Die jeweiligen Wissenschaftsdisziplinen haben ihre eigenen, spezifischen Methoden, Erkenntniswerte beziehungsweise Qualitätskriterien entwickelt, die ihren jeweiligen Forschungsgegenständen angemessen sind, so dass man heute von einem Methodenpluralismus der Wissenschaften ausgeht (vgl. u.a. Hampe und Lotter, 2000; Hau, 2003; Leuzinger-Bohleber, 2002; Leuzinger-Bohleber, Dreher und Canestri, 2003).

Insbesondere für Langzeitbehandlungen erscheint ein RCT-Untersuchungsschema unangemessen. Vielmehr bieten naturalistische Studien einen adäquaten Forschungszugang. Auch die kontrollierte Einzelfallstudie erweist sich dann als besonders wertvoll, wenn es um das Verständnis idiosynkratischer Patienten geht und wie diese individuell zum Beispiel auf Interventionen reagieren.

Die Komplexität der Heilwirkung einer Psychotherapie, eingebettet in ein Beziehungsgeschehen und beeinflusst durch zahlreiche Kontexteffekte, kann nicht als linear gedacht werden. Die Ergebnisse der Therapieforschung legen denn auch nahe, dass vor allem die Qualität der therapeutischen Beziehung als besonders bedeutsam für den Behandlungserfolg anzusehen ist, mithin ein Faktor, der schwer quantifizierbar erscheint.

Die psychotherapeutische Praxis erweist sich somit als „hyperkomplexes“ Forschungsfeld. Entsprechend paradox erscheint deshalb der Versuch der Anwendung von Forschungsprinzipien, wie sie

etwa im Rahmen einer EBM formuliert wurden. Leuzinger-Bohleber und Bruns (2004) schreiben dazu, „dass nicht situationsbezogen eine komplexe Situation aufgelöst wird, sondern eine Berufung auf situationsfern erstellte Vorgaben erfolgt. Ferner wird das bisher in der Medizin geltende ideelle Postulat der kausalen Begründung einer Maßnahme zugunsten eines epidemiologischen Wirksamkeitsnachweises aufgegeben. Dabei tritt das statistische Paradox ein: Gültigkeit bei großen Zahlen, Ungewissheit im Einzelfall. (...) Bei genauer Betrachtung zeigt sich auch, dass in Qualitätssicherungsentscheidungen, wie auch die für EBM eine ist, behandlungsfremde politische und ökonomische Interessen einfließen (Hafferty und Light, 1995; Haycox und Walley, 1999; Vogd, 2002, 303ff.). Schließlich führen die enorm hohen Kosten für randomisierte Studien dazu, dass sie nur noch durchgeführt werden können, wenn potente Geldgeber sie finanzieren. Das führt zu einer Selektion der von der Pharmaindustrie geförderten Forschungsvorhaben; andere Therapien haben deutlich geringere Chancen, den RCT-Standard zu erfüllen, da sie aus äußeren, finanziellen Gründen ein entsprechendes Studiendesign kaum mehr erstellen können (Kienle et al. 2003, A 2143). Mit der Verlegung auf statistische Designs wird ein klassisches Prinzip der medizinischen Forschung wie das singuläre Kausalerkennen außer Kraft gesetzt (ebd., A 2144 f).“ (a.a.O., S. 18)

Und weiter heißt es: „Daher sollten im Bereich der (psychoanalytischen) Psychotherapieforschung theoretisch elaborierte und empirisch abgestützte Prozess- und Einzelfallstudien, die sowohl bezüglich des methodischen Vorgehens als auch der Qualitätskriterien dem spezifischen Forschungsgegenstand der Psychoanalyse – unbewusste Prozesse und deren Beeinflussung durch therapeutische Interventionen – adäquat sind, vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie vermehrt berücksichtigt werden“ (a.a.O., S. 14).

Aus diesen Überlegungen ist leicht ersichtlich, dass sich für empirische psychoanalytische Forschung spezifische erkenntnistheoretische Bedingungen ergeben. Eine klinische Falldarstellung bedarf

einer anderen Vorgehensweise bei der Datenerhebung und -auswertung als eine Untersuchung von Erinnerungs- und Wahrnehmungsvorgängen im Labor. In

dem sich dadurch ergebenden Spannungsfeld bewegt sich auch die klinisch-psychoanalytische Psychotherapieforschung.

Es existieren zahlreiche empirische Untersuchungen, welche die Wirksamkeit psychoanalytischer Behandlungen belegen. Zwar wird immer wieder Gegenteiliges behauptet, wie etwa dass „die tiefenpsychologisch orientierte Kurzzeittherapie (...) häufig angewandt [werde], obschon der wissenschaftliche Nachweis ihrer Effektivität noch nicht gesichert“ sei (Härter et al., 2003, S. 30). Doch Metaanalysen (Leichsenring, 2001) haben gezeigt, dass es keinen Unterschied in der Erfolgsrate von psychodynamischen Kurztherapien und kognitiven Verhaltenstherapien gibt. Psychoanalytische Therapien weisen große Effekte (Prä-Post) im Sinne von Cohen (1988) bei der Reduzierung der depressiven Symptomatik (0.90 – 2.80) aber auch bei der allgemeinen psychiatrischen Symptomatik (0.79-2.65) auf. In

Die wissenschaftlichen Untersuchungsmethoden müssen dem Erkenntnisgegenstand angemessen sein

Doch welche spezifischen Merkmale kennzeichnen psychoanalytische Forschung? Psychoanalytische Behandlungen zeichnen sich, im Vergleich zu sonst in der Psychotherapieforschung untersuchten Behandlungsformen, durch eine Reihe von besonderen Merkmalen aus, die unter anderem zentrale psychoanalytische Konzepte betreffen. Dabei stehen Phänomene wie zum Beispiel unbewusste Prozesse, Übertragung und Gegenübertragung, freie Assoziationen, Träume oder die Reaktionen des Patienten auf Deutungen und andere Interventionen im Mittelpunkt des Interesses.

Im Rahmen des erlebten Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehens in der Therapie geht es um die Untersuchung von Phantasien und um die subjektive Rekonstruktion einer vom Individuum erinnerten Geschichte. Es geht um Phänomene der dynamischen Veränderung und Umarbeitung von Erinnerungen, der Nachträglichkeit oder der Vieldeutigkeit von Sprache.

Wie lassen sich diese beforschen? Welche Untersuchungsinstrumente können verwendet werden, um zum Beispiel Phänomene wie Übertragung, Gegenübertragung, Abwehrmechanismen oder die Untersuchung der inneren Repräsentanzen von beziehungsweise Interaktionen mit Objekten oder von reflexivem Denken zu „operationalisieren“ und mit extraklinischen Methoden untersuchbar zu machen?

In diesem komplexen Feld klinischer Forschung sind unterschiedlichste Forschungsmethoden entwickelt worden, von klinischen Falldarstellungen über systematische Einzelfallstudien angefangen bis hin zu randomisiert-kontrollierten oder naturalistischen Studien, je nach Fragestellung oder Untersuchungszweck.

Schwierigkeiten in der Beantwortung der Frage nach dem adäquaten Forschungsan-

satz kommen auch durch Forschungsmythen, Fiktionen und Legenden zustande. Die Frage nach der „Objektivität“ des Beobachters zählt hier ebenso dazu, wie die Frage nach der Objektivität der Messungen. Auch die im Rahmen der Psychotherapieforschung existierenden Uniformitätsmythen, welche die Vorstellungen vom (psychoanalytischen) Behandlungsprozess, die Vergleichbarkeit der Qualifikation der Therapeuten, die Schwere der Störungen der unterschiedlichen Patienten, die Reliabilität der Diagnostik oder die äußeren Rahmenbedingungen betreffen, um nur einige zu nennen, erschweren die Forschungsbemühungen. Ein ähnliches Problem stellt sich hinsichtlich der Schwierigkeiten, (psychoanalytische) Interventionen methodisch adäquat zu untersuchen. Wann „wirkt“ eine Deutung? Unmittelbar? Verzögert? Was machen die Patienten zwischen den Stunden? Oft wird die Frage übergangen, welche Bedeutung Ereignissen und Erlebnissen zwischen den Stunden zukommt und welchen Einfluss diese tatsächlich auf den psychotherapeutischen Prozess nehmen. Wie aussagekräftig sind dann Studien, die nur das unmittelbare Geschehen in den Stunden berücksichtigen?

Gibt man den Uniformitätsmythos einer Einheitswissenschaft auf und geht statt dessen von der Pluralität der Wissenschaften aus, so lassen sich die von Kächele (2004) beschriebenen verschiedenen Stadien der Psychotherapieforschung als gleichberechtigt nebeneinander verstehen, in denen jeweils unterschiedliche Forschungsmethoden zur Anwendung kommen. Dann können sowohl klinische Fallstudien, deskriptive Studien oder klinisch kontrollierte Studien zur Anwendung gelangen. Naturalistische Studien haben ebenso ihre Bedeutung, gerade wenn es um die Untersuchung längerer Behandlungen geht, wie auch experimentelle Analogstudien für die Theorieentwicklung wich-

zwei kontrollierten Studien (RCT) erwies sich die Kombination psychoanalytische Therapie und Psychopharmakotherapie als wirksamer als Psychopharmakotherapie alleine (de Jonghe et al., 1999; Burnand et al., 2002). Außerdem veranschaulichen kontrollierte Studien (RCT) von depressiven Patienten die Wirksamkeit psychoanalytischer Therapien (Hersen et al., 1984; Thomson et al., 1987; Gallagher-Thompson et al., 1990; Gallagher-Thompson und Steffen, 1994; Shapiro et al., 1994, 1995; Barkham et al. 1996; Leichsenring, 2004).

Therapieresistente, chronische, refraktäre Depression oder „Difficult to treat Depression“ – ein aktuelles Forschungsbeispiel

Zunächst die Datenlage: Laut WHO leiden 300 Millionen Menschen an depressiven Erkrankungen; in Deutschland erkranken 18% (ca. 10 Millionen Menschen) bis zum 65. Lebensjahr (Frauen: 24,5%, Männer: 12%). 11 000 Suizide pro Jahr stehen mit depressiven Erkrankungen in Zusammenhang. Majore Depressionen werden im Jahre 2020 die zweithäufigste Erkrankung nach der ischämischen Herzerkrankung darstellen (im Sinne von "disability adjusted life years"), dabei werden 50% der Patienten mit *Major Depression* chronisch erkranken (vgl. *Biological Psychiatry*, Vol. 53, 8, 2003).

50% der Patienten erleiden Rückfälle auf alle Formen der Kurztherapie (z.B. Kognitive Verhaltenstherapie, psychoanalytische Kurztherapie). 1/3 jener Patienten, die zunächst auf Antidepressiva reagieren, haben Rückfälle innerhalb eines Jahres, 75% innerhalb von 5 Jahren. 20-30% der Patienten reagieren nicht auf Antidepressiva und 20% der hospitalisierten depressiven Patienten sind auch nach zwei Jahren noch depressiv, trotz medikamentöser Behandlung. Weiterhin sind 60% der von Hausärzten behandelten depressiven Patienten auch noch nach 12 Monaten depressiv.

Hieraus leitet sich ein dringender Forschungsbedarf ab. Depressionen können demnach als rezidivierende Langzeiterkrankungen beschrieben werden (vgl. Linden, 2001). Von den 50% der Patienten,

Der wissenschaftliche Beirat Psychotherapie hat denn auch die psychoanalytischen Verfahren als wissenschaftlich begründet anerkannt, einschließlich der Behandlungen von depressiven Patienten. Eine Übersicht der auch von Psychoanalytikern durchgeführten empirischen Untersuchungen zu verschiedensten Krankheitsbildern findet sich im kürzlich veröffentlichten Bericht an den wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (vgl. Brandl et al. 2004). Dennoch besteht weiterer Forschungsbedarf, wie das folgende Beispiel verdeutlichen soll.

ten, bei denen es zu Rezidiven kommt, zeigen 1/3 nur unvollständige Remission (mit weiterem Rehabilitationsbedarf), bei 2/3 kommt es zu relevanten Funktionsbeeinträchtigungen, zum Beispiel vermehrter Arbeitsunfähigkeit.

Was die Nachhaltigkeit von Interventionen betrifft, gibt es bisher keine Evaluation der mittel- und langfristigen Behandlungserfolge (z.B. der langfristigen Wirkung von Patientenaufklärung, der Reduktion von Suizidraten durch Informationskampagnen, der besseren Erkennung durch Hausärzte, der empfohlenen Behandlungen). Eine Rückfallvorsorge wird zwar gefordert, doch ist deren Erfolg ebenfalls noch nicht hinreichend empirisch untersucht.

Angesichts dieser Zahlen wird deutlich, wie dringend der Bedarf an wirksamer Versorgung für diese große Gruppe von Patienten ist beziehungsweise sein wird, die über einen langen Zeitraum unter chronifizierten oder stark rezidivierenden Depressionen leiden und für die es keine adäquate Behandlung zu geben scheint. Es ist klar, dass diese Erkrankungen einen destruktiven Einfluss auf die Lebensqualität, die Arbeitsfähigkeit, auf die somatische Befindlichkeit der Patienten und auf die Beziehungen zu Partnern und Familienmitgliedern, insbesondere zu Kindern haben (vgl. u.a. Thase and Rush 1995; Souery et al. 1999; Kupfer & Frank, 2001; Mulder, 2002; Verheul, 2003). Diese Patienten werden als

therapieresistent, als chronische oder refraktäre Depression bzw. als "Treatment Non-Responder" bezeichnet.

Besonders bedenklich ist, dass bisher keine prospektiven Vergleichsstudien zwischen Langzeittherapien mit Psychopharmaka-Behandlungen, Psychoanalyse beziehungsweise Verhaltenstherapie bei dieser Patientengruppe existieren. Genau dies soll nun in einem Forschungsprojekt untersucht werden, in dem Psychoanalytiker, Verhaltenstherapeuten, Psychiater und andere Wissenschaftler zusammenarbeiten, um in einer prospektiven Studie die Auswirkungen unterschiedlicher Langzeitbehandlungen zu klären. Neben psychoanalytischen Untersuchungsinstrumenten kommen hier zahlreiche andere Instrumente wie Fragebögen zu Eingangs- und Verlaufsmessung zum Einsatz. Eine katamnestic Untersuchung ist ebenfalls geplant.²

Weitere Studien

Zur Langzeitbehandlung von (chronisch) Depressiven sind mehrere naturalistische Studien abgeschlossen worden oder befinden sich noch in der Durchführung wie zum Beispiel die Stockholmer Psychotherapiestudie (Sandell et al., 2001; Huber et al., 2001; Leuzinger-Bohleber et al., 2001; Rudolf et al., 2002; laufende Studien in London an der Tavistock Clinic, in Zürich und in Frankfurt/Main).

Zwei Untersuchungen seien hier kurz herausgegriffen, die als Beispiele für naturalistische Studien zur Nachhaltigkeit von Psychotherapien gelten können. Dies ist zum einen die *Stockholmer Psychotherapiestudie* (Sandell et al., 2001), in der 700 Patienten prospektiv untersucht wurden. Dabei zeigte sich als bedeutender Befund, dass erst nach Abschluss der Behandlung die psychoanalytischen Therapien bessere und stabilere Resultate aufwiesen als die Psychotherapien (was die

² Der psychoanalytische Teil der Studie wird von M. Leuzinger-Bohleber und H. Deserno im Sigmund-Freud-Institut, Frankfurt/Main, koordiniert und durchgeführt. Design und Instrumente der Studie sind auf ähnliche Forschungsvorhaben in Zürich und London abgestimmt.

Symptombelastung betrifft). Dieses Ergebnis war sowohl von Länge und Frequenz der Behandlung abhängig.

Die Nachhaltigkeit von psychotherapeutischen Behandlungen multimorbider Patienten in ambulanten Praxen (u.a. vieler depressiver Patienten) wurde in einer repräsentativen, multiperspektivischen Evaluationsstudie von psychoanalytischen Langzeitbehandlungen untersucht (Leuzinger-Bohleber et al., 2001, 2003). 401 ehemalige Patienten, die behandelnden Analytiker, zusätzlich psychoanalytische sowie externe Experten beurteilten die Behandlungsergebnisse. Dafür wurden auch Krankenkassendaten berücksichtigt.

Es zeigte sich, dass sich 65 – 84 % der Patienten mehrere Jahre nach Abschluss der Analysen in ihrem Befinden, ihren Beziehungen, ihrer Stimmung, ihren Bewältigungsmöglichkeiten, in der Lebenszufriedenheit oder in der Leistungsfähigkeit als verbessert einstufen. Vor allem das Wohlbefinden war bei über 80% der ehemaligen Patienten gestiegen. Deren aktuelle Symptombelastung lag nur leicht oberhalb der Normalbevölkerung, aber weit entfernt vom klinischen Bereich. Mit 7 Tagen Arbeitsunfähigkeit im siebten Jahr nach Abschluss der Behandlung lagen diese ehemaligen Patienten weit unter der Zahl für die Normalbevölkerung (19 Tage). Gleichzeitig wird deutlich, dass es sich bei den Patienten oft um multimorbide Störungsbilder gehandelt hatte. Viele depressive Patienten in dieser Studie wiesen ebenfalls eine Traumatisierung auf. Die Suizidalität war zu Beginn der Behandlung bei depressiven Patienten ausgeprägter, zum Katamnesezeitpunkt allerdings nicht häufiger als bei anderen Patienten. Eine Kombination mit Psychopharmaka war in akuten Krisen häufig.

Depressive Patienten aus erfolgreichen Therapien zeigten unter anderem bessere

adaptive Fähigkeiten, mehr Hoffnung, Lebensfreude, Verantwortlichkeit, Flexibilität, Vertrauen oder Selbstkohärenz.

Aus den Befunden dieser Katamnese studie lässt sich erkennen, dass in psychoanalytischen Langzeittherapien schwer gestörte depressive Patienten mit mehreren Diagnosen, langer Symptombelastung, häufigen frühinfantilen Traumatisierungen und meist nach mehreren anderen Therapieversuchen erfolgreich behandelt wurden. Es waren somit vor allem chronifizierende, multimorbide depressive Patienten, die, nach mehreren erfolglosen Kurztherapien, von Langzeitbehandlungen profitierten.

70 – 80 % der Resultate aus den Langzeitbehandlungen erweisen sich auch circa sieben Jahre nach Beendigung der Behandlung als stabil (übereinstimmende gesundheitsökonomische Daten, Urteile der ehemaligen Patienten, der Therapeuten, sowie der psychoanalytischen und nicht-psychoanalytischen Experten). Hochfrequente psychoanalytische Behandlungen haben demnach nachhaltige Verbesserungen der subjektiven und objektiven Befindlichkeit der Patienten zur Folge, was kurz-, mittel- und langfristige Kostenersparnis bei chronifizierenden Depressionen bedeutet. Die Aussage scheint berechtigt, dass durch Langzeitbehandlungen Wiedererkrankungen bei dieser Patientengruppe in 80 % vermieden werden konnten.

Ausblick

Für zukünftige „naturalistische Qualitätsverbesserungsstudien“ sind neben kontrollierten auch naturalistische und Patienten-fokussierte Studien von großer Bedeutung. Nur durch methodenübergreifende Untersuchungsansätze lässt sich eine unterkomplexe Psychotherapieforschung vermeiden. Nicht die „Laborbedingungen“ sind hier ausschlaggebend,

sondern die Erfassung naturalistischer Situationen. Dies bedeutet, dass Erkenntnisse aus allen fünf Stadien der Therapiefor schung bei der Erforschung von an Depression erkrankten Patienten berücksichtigt werden müssten.

Dabei sind nicht nur kurzfristige Evaluationen zu berücksichtigen. Nimmt man die Befunde aus den beiden kurz skizzierten (psychoanalytischen) Studien ernst, besonders was die Chronifizierung und die Rückfallquote bei Depressiven betrifft, dann sind mittel- und langfristige Evaluationen unverzichtbar. Genau dies ist in den oben erwähnten, von Psychoanalytikern durchgeführten prospektiven Psychotherapiestudien geplant (vgl. Leuzinger-Bohleber et al., 2005). Dies schließt auch Kostenanalysen mit ein – zur Klärung der Nachhaltigkeit.

Schließlich sollte in zukünftigen Forschungsprojekten auch die Patientenperspektive bei der Wahl und Bewertung therapeutischer Verfahren stärker berücksichtigt werden.

Viele Aspekte zur Frage empirischer Forschung in der Psychoanalyse ließen sich leider nur kurz skizzieren. Vieles blieb unvollständig oder auch ungesagt. Dennoch sollte deutlich geworden sein, wie komplex, aber auch wie reichhaltig empirische psychoanalytische Forschung im interdisziplinären Kontext sein kann.

Literatur

Leuzinger-Bohleber, M., Hau, S. und Deserno, H. (2005). Depression – Pluralismus in Praxis und Forschung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

PD Dr. phil. Stephan Hau, Dipl.-Psych.

Institutionen för beteendevetenskap, IBV
University of Linköping
S-581 83 LINKÖPING, SWEDEN
steha@ibv.liu.se

Recht: Aktuell

Praxistipps – Hinweise – Informationen

Hartmut Gerlach

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Aus dem Gerichtssaal: Sexuelle Kontakte nach Therapieende bleiben straffrei Recht lückenhaft: Was lässt das Strafrecht vom Abstinenzgebot übrig?

Wenig – wenn der Beschluss des Landgerichts Offenburg (Az.: 3 Qs 121/04 v. 30.11.2004) Schule macht. Denn folgender Fall stimmt nachdenklich:

Beschwerde des beschuldigten Psychotherapeuten erfolgreich

In einem Beschluss der Großen Strafkammer des Landgerichts (LG) heißt es u. a.: Der beschuldigte Psychotherapeut hatte fast genau einen Monat nach der letzten Therapiesitzung mit Abschlussgespräch sexuelle Beziehungen zu einer Patientin aufgenommen. Die Staatsanwaltschaft erwirkte beim zuständigen Amtsgericht einen Durchsuchungsbefehl für die Wohn- und Geschäftsräume des Beschuldigten sowie die Beschlagnahme sämtlicher Behandlungsunterlagen über die Therapie der Patientin. Der vom Verteidiger des Beschuldigten eingelegte Beschwerde gegen die Beschlagnahmeanordnung wurde seitens des LG stattgegeben, weil die Beschlagnahme von Behandlungsunterlagen zumindest einen Anfangsverdacht für eine strafbare Handlung voraussetze. Hieran – so das LG – fehle es angesichts des Ermittlungsstands. Zwar habe die Patientin beim Behandler 45 therapeutische Einzelgespräche wahrgenommen, diese seien aber einen Monat vor Aufnahme der sexuellen Beziehung mit einem Abschlussgespräch beendet worden.

Nach § 174 c Abs. 2 Strafgesetzbuch (StGB) müsse das Opfer aber zum Zeitpunkt der Tathandlung dem Täter zur Behandlung anvertraut gewesen sein. Maßgebend für ein „anvertraut sein“ sei,

ob das betroffene Behandlungsverhältnis (noch) bestehe. Hiervon könne aber im entschiedenen Fall nicht mehr ausgegangen werden. Es lägen nämlich keinerlei Anhaltspunkte dafür vor, dass eine Fortsetzung der Therapie seitens des Opfers gewünscht oder vom Beschuldigten empfohlen bzw. für notwendig erachtet worden sei. Demnach sei die Patientin dem beschuldigten Therapeuten nicht mehr im Sinne von § 174 c Abs. 2 StGB anvertraut gewesen, auch dann nicht, (wörtlich) „wenn zu diesem Zeitpunkt zwischen ihr und dem Beschuldigten möglicherweise noch ein „therapeutisches Abhängigkeitsverhältnis“ bestanden“ hätte.

Im Beschluss heißt es dann weiter: „§ 174 c Abs. 2 StGB bezweckt zwar den Schutz von Personen, die aufgrund eines Behandlungsverhältnisses in psychische Abhängigkeit zum Therapeuten gelangen können und der Gefahr sexueller Übergriffe mit erheblichen schädigenden Folgen in erhöhtem Maße ausgesetzt sind. Gleichwohl setzt die Tatbestandserfüllung dieser Vorschrift nicht voraus, dass im konkreten Tatzeitpunkt tatsächlich ein Abhängigkeitsverhältnis bestand. Würde man ein „anvertraut sein“ im Sinne von § 174 c StGB immer dann annehmen, wenn die besondere psychische Abhängigkeit zum Therapeuten fortbesteht, unabhängig davon, ob das Behandlungsverhältnis formal beendet würde, würde dies den Anwendungsbereich dieser Vorschrift zu weit ausdehnen. Gegen eine solche Auslegung spricht aber das gesetzliche Bestimmtheitsgebot. Anders wäre möglicherweise der

Fall zu beurteilen, wenn der Täter ein Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnis pro forma beendet, bevor es zu sexuellen Handlungen kommt ...“.

In dem Fall stellte damit das LG entscheidend darauf ab, dass die seitens des Gutachters bewilligten Stunden verbraucht waren, die Therapie also nicht vorzeitig beendet wurde, so dass ein „anvertraut sein“ im engeren Sinne nicht mehr bestanden habe.

Der § 174 c Abs. 2 StGB („Sexueller Missbrauch unter Ausnutzung eines Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses“) lautet:

„Ebenso wird bestraft, wer sexuelle Handlungen an einer Person, die ihm zur psychotherapeutischen Behandlung anvertraut ist, unter Missbrauch des Behandlungsverhältnisses vornimmt oder an sich von ihr vornehmen lässt.“.

Der führende Strafrechtskommentar (Tröndle/Fischer „StGB“, 51. Aufl. 2003, § 174 c, Rdnr. 7) formuliert: „... Anvertraut ist die Person, wenn das tatbestandliche Verhältnis tatsächlich besteht“. Und weiter heißt es: (Rdnr. 8): „Der Tatbestand ist auch dann erfüllt, wenn das Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnis pro forma beendet wird, bevor es zu sexuellen Handlungen kommt ...; nach dem Wortlaut („anvertraut ist“) kommt es nicht auf die formale Gestaltung des Verhältnisses oder die rechtliche Lage, sondern allein darauf an, ob das betreffende (Behandlungs-)Verhältnis tatsächlich besteht ...“.

Auch den Versuchstatbestand sieht der zitierte Strafrechtskommentar nicht als erfüllt an (§ 174 c Abs. 3 StGB), obgleich die sexuellen Handlungen im *unmittelbaren* Anschluss an die Beendigung der Therapie aufgenommen wurden. Auch wenn davon auszugehen ist, dass sich schon während des vorerwähnten *Behandlungsverhältnisses* die sexuelle Beziehung zumindest angebahnt haben wird.

Berufsordnungen der Kammern schließen Strafbarkeitslücke

Der restriktive Beschluss des LG macht mehr als deutlich, wie notwendig es war, dass sich die Berufsordnungen der Psychotherapeutenkammern dem Abstinenzgebot – auch und gerade *nach* Beendigung der Therapie – widmen mussten. Denn das vom LG zitierte im Strafrecht verfassungsrechtlich verbürgte „Bestimmtheitsgebot“ (Art. 103 Abs. 2 GG: *„Eine Tat kann nur bestraft werden, wenn die Strafbarkeit gesetzlich bestimmt war, bevor die Tat begangen wurde.“*) eröffnete insoweit eine Strafbarkeitslücke, die im Interesse der Patienten seitens der Kammern nicht hingenommen werden durfte.

Nochmals: Der Gesetzgeber hat sich beim § 174c Abs. 2 StGB also nicht von der Feststellung einer etwaigen psychischen Abhängigkeit des Pat. leiten lassen, sondern – formal – von dem „anvertraut sein“ innerhalb eines bestehenden Behandlungsverhältnisses. Dieses „anvertraut sein“ endet aber zugleich mit dem Ende des Behandlungsverhältnisses.

Die Berufsordnungen mancher Kammer hingegen setzen ein solches Abhängigkeitsverhältnis – als unwiderleglich – auch nach Beendigung der Therapie gerade voraus und haben deshalb insoweit Abstinenzfristen vorgegeben (vgl. bspw. § 8 Abs. 4 Satz 2 Berufsordnung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg: 3 Jahre).

§ 174c Abs. 2 StGB setzt aber noch auf ein anderes Kriterium, das, um eine Strafbarkeit zu begründen, erfüllt sein muss. Die sexuellen Handlungen müssen nämlich „**unter Missbrauch** des Behandlungsverhältnisses“ vorgenommen worden sein. Ein solcher liegt

„regelmäßig vor bei einem bewussten Ausnutzen spezifischer Abhängigkeits- und Vertrauenssituationen, wobei ein konkretes Abhängigkeitsverhältnis nicht vorausgesetzt wird“ (Tröndle/Fischer aaO Rdnr. 10). Der Kommentar fährt dann aber fort: „Innerhalb therapeutischer Verhältnisse stellen sich sexuelle Handlungen wohl ausnahmslos als missbräuchlich dar ...“. Das Wort „wohl“ verriet die Unsicherheit des Kommentators, schränkt es doch die apodiktische Verwendung des Wortes „ausnahmslos“ wieder ein. Anders die Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke) in ihrem Internetauftritt „Stellungnahmen und Hinweise“, Stand: 15.4.2005 (www.bke.de/sexueller-missbrauch). „Nach breitem fachlichen Konsens sind innerhalb psychotherapeutischer Verhältnisse sexuelle Handlungen ausnahmslos als missbräuchlich anzusehen“.

Nimmt man sich unter diesen Überlegungen nun einmal den § 6 Abs. 5 der Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer (MBO: Stand: 6.4.2005) vor, der da lautet: *„Jeglicher sexueller Kontakt von Psychotherapeuten zu ihren Patienten ist unzulässig.“*, dann kann dieser Satz nur im Sinne des Beschlusses des LG Offenburg verstanden werden: Ein Patient, dessen Psychotherapie beendet wurde, ist keiner mehr; mithin fehlt es an einem Behandlungsverhältnis. Abs. 5 findet damit keine Anwendung auf sexuelle Kontakte *nach* Beendigung der Therapie, soweit diese – so muss man hinzufügen – *lege artis* beendet wurde. Jetzt bleibt zu prüfen, ob denn wenigstens der Abs. 7 des MBO-Entwurfs (*„Die Verpflichtung, eine therapeutische Vertrauensbeziehung nicht zu missbrauchen, gilt auch nach Beendigung der Psychotherapie.“*) diesen Tatbestand erfasst? Nun ja: Der Schwerpunkt liegt hier auf dem „Missbrauch der Vertrauensbeziehung“, also dem „bewussten Ausnutzen spezifischer Abhängigkeits- und Vertrauenssituationen“ (s. o.). Fehlt es also an einem Missbrauch, so sind bspw. sexuelle Kontakte schon nach unmittelbarem Abschluss der Therapie erlaubt. Das könnte der Fall sein, wenn sich Patient/in und Therapeut/in lieben, ein Missbrauch im eigentlichen Sinne dieser Bestimmung ausgeschlossen scheint. Vertritt man aber die These, es handele sich in diesem Fall nur um das Phänomen einer „Übertra-

gungsliebe“, so kann der Missbrauchsvorwurf damit begründet werden, dass der/die Therapeut/in überhaupt eine solche Beziehung aufgenommen hat. Wie lange nach Beendigung einer Therapie kann dann aber noch ein „Missbrauch“ in Betracht kommen? Nach dem Wortlaut: solange die „psychotherapeutische Vertrauensbeziehung“ fortbesteht. Nur: Das Vertrauen kann durchaus lebenslang fortbestehen, die Beziehung hingegen sehr schnell einschlafen. Beziehung setzt i. Ü. persönliche Kontakte voraus, die ja gerade durch die Abstinenzregel beschränkt werden sollen.

Das oben zitierte Bestimmtheitsgebot des Art. 103 Abs. 2 GG gilt übrigens nicht nur für Kriminalstrafen i. S. des StGB, sondern auch für ehrengerichtliche Disziplinar- und berufsgerichtliche Strafen (BVerfGE 26, 186 „203 f.“; 60, 215 „233f.“). Ob also dieser Abs. 7 mehr sein kann als nur ein „Programmsatz“ und damit ggf. einer verfassungsrechtlichen Prüfung standzuhalten hat, soll hier unerörtert bleiben.

Die MBO wird im Oktober 2005 zur endgültigen Abstimmung gestellt. Es wird sich gewiss auch in diesem Punkt noch viel Diskussionsbedarf zeigen.

Ganz Recht:

Wissen Sie eigentlich, dass

- auch psychotherapeutische Praxen als „nicht-öffentliche Stellen“ i. S. des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) verpflichtet sind, einen **Datenschutzbeauftragten** schriftlich zu bestellen, wenn mindestens **fünf Arbeitnehmer** (Vollzeit- bzw. Teilzeitkräfte) automatisiert personenbezogene Daten (siehe *Psychotherapeutenjournal* 3/2004, S. 235 f.) erheben, verarbeiten oder nutzen? Verstöße gegen diese Pflicht können mit einem Bußgeld geahndet werden. Der oder die Datenschutzbeauftragte muss Rechtskenntnisse des Datenschutzrechts besitzen, zudem technischen Sachverstand. Die Bestellung eines externen Beauftragten (bspw. eines Anwalts) ist zulässig.
- die **private Krankenversicherung** auch solche Gutachten (einschl. der **Identi-**

tät des Sachverständigen) bekannt zu geben hat, denen keine körperliche Untersuchung zugrunde liegt? Dies entschied der Bundesgerichtshof (BGH) kürzlich (MDR 2003, S. 1111), wobei er sich auf § 178 m VVG berief. Denn erst die umfassende Kenntnis des Gutachtens einschließlich seines Urhebers erlaube dem Versicherten eine sachgerechte Beurteilung der Frage, ob der Anspruch auf Kostenerstattung Aussicht auf Erfolg habe. Ob diese Rechtsprechung des BGH auch auf psychotherapeutische Gutachten privater Krankenversicherungen zutrifft, die die Indikation für eine Psychotherapie nicht bestätigen, muss hier offen bleiben.

- krankhafte Störungen (z. B. **Tinnitus**), die eine organische Ursache haben, nicht o. w. vom Versicherungsschutz einer privaten Krankenversicherung ausgeschlossen sind? Dies gilt auch dann, wenn im Einzelfall das Ausmaß, in dem sich die organische Ursache auswirkt, von der **psychischen Verarbeitung durch den Versicherungsnehmer** abhängt (BGH MDR 2005, S. 144). Beim Kläger (Versicherungsnehmer) trat aufgrund psychischer Fehlverarbeitung eines Unfalls Tinnitus auf. Durch diesen Tinnitus waren wiederum seine körperliche und geistige Leistungsfähigkeit beeinträchtigt. Die Versicherung lehnte es im Hinblick auf § 2 Abs. 4 AUB 88 ab, Versicherungsschutz zu erteilen. Der BGH sah das anders und sprach dem Kläger Unfallversicherungsschutz zu. Der BGH begründete seine Entscheidung u. a. damit, dass die Klausel des § 2 AUB zwar eine umfassende Leistungsbeschränkung für alle krankhaften Störungen infolge psychischer Reaktionen beinhalte, nicht aber für organische Schädigungen, die ihrerseits zu einem psychischen Leiden führe.
- ein **Diplom-Sozialpädagoge (FH)**, der seit 1988 freiberuflich in einer eigenen Praxis für Verhaltenstherapie Erwachsene, Kinder und Jugendliche behandelt, gleichwohl **keinen Anspruch** darauf hat, **als Psychologischer Psychotherapeut (PP) approbiert** zu werden (Bundesverwaltungsgericht – BVerwG v. 09.12.2004 – Az. 3 C 11.04)? Der Kläger hatte geltend gemacht, dass das Erfordernis eines **abgeschlossenen Psycholo-**

giestudiums als Voraussetzung für die Approbation als PP bei denjenigen Personen, die bei In-Kraft-Treten des PsychThG bereits aufgrund einer Heilpraktikererlaubnis psychotherapeutisch tätig gewesen seien, nicht verlangt werden könne, sie aber dennoch als PP approbiert werden müssten. Das BVerwG vertritt eine andere Meinung, wenn es u. a. ausführt, dass die streitige Übergangsregelung (§ 12 PsychThG) schon deshalb nicht zu beanstanden sei, weil den in ihr nicht berücksichtigten psychotherapeutischen Heilpraktikern ohne Abschluss im Studiengang Psychologie die bisherige Tätigkeit unverändert weiter offen stehe. Der Kläger könne sich aber auch nicht auf den verfassungsrechtlich gebotenen Vertrauensschutz berufen, weil er im Wege der **Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V** gearbeitet habe. Diese Bestimmung und deren Auswirkungen betreffen aber nicht das Berufsrecht, sondern allein das Sozialversicherungsrecht (SGB V). Es ginge mithin nicht um die Schaffung eines neuen Berufsbildes, sondern um eine Änderung des Vertragsarztrechts. Dieses falle indes unter die Zuständigkeit der Sozialgerichte. Ein in diesem Bereich etwa durch die Beteiligung am Kostenerstattungsverfahren aufgebautes schutzwürdiges Vertrauen müsste dort entsprechend berücksichtigt werden. Das Bundessozialgericht (BSG) habe aber inzwischen entschieden, dass sich ein schutzwürdiges Vertrauen auf den Fortbestand der Berechtigung zur Behandlung von Kassenpatienten im Erstattungsverfahren nicht bilden können (Urteil v. 05.02.2003 – B 6 KA 42/02 R). Immerhin schrieb das BVerwG dem Gesetzgeber wörtlich ins Stammbuch: „Der Senat lässt offen, ob diese Erwägungen des BSG einer über Jahrzehnte gewachsenen Versorgungspraxis, auf die die Menschen zulässigerweise ihre Lebensplanung aufgebaut haben, vollauf gerecht werden. Es erscheint als Gerechtigkeitsdefizit, dass diese Menschen für die Zukunft von ihrer hauptsächlichen Einnahmequelle abgeschnitten und dadurch – wie der Kläger – faktisch an der weiteren Ausübung des Berufs gehindert werden, ohne dass die bisherige Berufsausübung Anlass für

konkrete Beanstandungen gegeben hätte.“

- Sie im Falle des **Verzichts** auf Ihre **Approbation**, die Sie nach § 12 PsychThG (Übergangsregelung) erlangt haben, diese nur dann wiederbekommen, wenn Sie **erneut eine Prüfung** ablegen? So jedenfalls das Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit, Rheinland-Pfalz, in einem Schreiben vom 01.04.2005 (Az. 624-1-80 311), unter Bezugnahme auf ein früheres Schreiben mit der gleichen Meinung (vgl. schon *Psychotherapeutenjournal* 3/2003, S. 198). Die gestellte Frage wird von Juristen durchaus kontrovers beantwortet. Die Meinung des Ministeriums bindet übrigens kein Gericht. Aus Gründen des sichersten Weges sollten Sie sich also im Falle eines geplanten Verzichts *zuvor* schriftlich zusichern lassen, dass Sie sie jederzeit ohne Prüfung wiedererteilt bekommen.
- derzeit für *freiwillig versicherte* Psychotherapeuten keine Chance besteht, eine **Herabsetzung ihrer Gefahrklasse** gegenüber der **Berufsgenossenschaft (BGW)** vor Gericht durchzusetzen? Bereits das BSG hatte in einem Urteil vom 06.05.2003 (NZZ 2004, 161) bestimmt, dass die Herabsetzung der Gefahrklasse unter Geltung des SGB VII nur für Einzelfälle in Betracht komme und nicht dazu führen dürfe, für eine bestimmte Art von Unternehmen eine niedrigere Gefahrklasse festzusetzen. Ähnlich argumentierte das Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg in der mündlichen Verhandlung Mitte März diesen Jahres. Es wies den Kläger (Psychologischer Psychotherapeut) darauf hin, dass seine Berufung keine Aussicht auf Erfolg habe, eine Herabsetzung der Gefahrklasse zu erreichen. Allerdings machte die Vertreterin der BGW deutlich, dass im Jahre 2007 eine Überprüfung der Gefahrklasse stattfinden werde und dass im Aufsichtsrat der BGW schließlich auch ein Vertreter der Psychotherapeuten säße, der deren Belange vertrete.
- bei einer **Gemeinschaftspraxis** der neue Gesellschafter, bei dem es sich erweist, dass er nicht mit dem oder den Gesellschaftern der Praxis harmoniert, auch wieder leicht herausgekündigt

werden kann („**Gesellschafter auf Probe**“)? Diese Entscheidung traf kürzlich der BGH (GesR 2004, 283). An sich darf ein Mitgesellschafter einer Gemeinschaftspraxis nicht ohne wichtigen sachlichen Grund aus der Gesellschaft ausgeschlossen werden. Tritt aber ein neuer Gesellschafter in eine seit langer Zeit bestehende Gemeinschaftspraxis ein, so muss den Altgesellschaftern eine angemessene Frist zugestanden werden zu prüfen, ob der neue Gesellschafter mit diesen harmoniert. Eine 10jährige Prüfungsfrist erkennt das Gericht indes nicht mehr an.

- jeder **Arbeitnehmer** einen Rechtsanspruch auf geeignete Maßnahmen zum **Nichtraucherschutz** aufgrund des § 5 Arbeitsstättenverordnung („Nichtraucherschutz“) hat? Danach hat der Arbeitgeber die erforderlichen Maßnahmen zu treffen, damit die nicht rauchenden Beschäftigten in Arbeitsstätten wirksam vor den Gesundheitsgefahren durch Tabak geschützt sind.
- das **Disziplinarrecht** für Vertragspsychotherapeuten/-ärzte, zumeist geregelt in den Satzungen der KVen, keine Regelungen über eine **Verfolgungsverjährung** enthalten müssen (BSG MedR 2003, S. 422)? Soweit also gegen einen Vertragspsychotherapeuten/-arzt erst nach Jahren disziplinarische Ermittlungen eingeleitet werden, kann sich dieser nicht o. w. auf Verjährung berufen. Es sei denn, Art. 6 Abs. 1 Satz 1 der Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (MRK) käme zum Zuge (Anspruch des Beschuldigten auf Anhörung in angemessener Frist).
- das OLG München (Beschl. v. 29.04.2004 – 16 UF 1764/03) im Rahmen der Berechnung des **Zugewinns** anlässlich eines Scheidungsverfahrens geurteilt hat, für eine **psychotherapeutische Praxis** sei **allein** deren **Sachwert** maßgeblich, **nicht aber** deren **Ertrags-**

wert? Denn eine psychotherapeutische Praxis verfüge über keinen Ertragswert. Dieser sei nur dann anzusetzen, wenn eine Praxis nicht mit dem derzeitigen Inhaber „stehe und falle“, sondern wenn sie, unabhängig davon, wer sie führe, Aussichten auf Ertrag in die Zukunft biete. Davon könne bei einer psychotherapeutischen Praxis nicht die Rede sein. Dass sich möglicherweise ein „grauer Markt“ entwickelt habe, bei dem es letztlich um den Handel der Zulassung gehe, ändere nichts daran. Ob diese Rechtsprechung des OLG München auf **Nachbesetzungsverfahren**, also auf den Verkaufspreis einer Praxis durchschlagend wird, erscheint zweifelhaft. So heißt es bspw. im *Psychotherapeuten-FORUM (RA Schildt in: 3/2004, S. 33)* unter Verweis auf eine Studie der APO-Bank/ Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI): „Im Rahmen der ... Studie gibt es leider keine gesonderte Sparte für ärztliche bzw. psychologische Psychotherapeuten; immerhin aber eine gemeinsame Arztgruppe „Psychotherapeuten/Psychiater“. Und die verzeichnet in den Jahren 2001/2002 für derartige Praxen einen durchschnittlichen Substanzwert von 5.561 Euro sowie einen durchschnittlichen ideellen Wert von 42.381 Euro ... (Praxen in Westdeutschland) ... Demnach ist die **durchschnittliche psychotherapeutische Kassenpraxis** West also rund **48.000 Euro** wert“. Im Rahmen eines Scheidungsverfahrens allerdings dürfte die Entscheidung des OLG München eher richtungweisend sein.

- der „**Integrationsvertrag**“ zwischen der Barmer Ersatzkasse, den Hausärzten und dem Deutschen Apothekerverband (Stichwort: **Hausarztmodell**) vom 3.12.2004 im § 4 Absatz 5 bestimmt, eingeschriebene Patienten könnten nur dann den direkten Zugang beim Psychotherapeuten in Anspruch nehmen, wenn ihnen die Psychotherapie „bereits

seitens der Krankenkasse bewilligt“ worden sei? Mit anderen Worten: Dieser Hausarztvertrag setzt voraus, dass die **probatorischen Sitzungen** einer **Überweisung seitens des Hausarztes bedürfen**. Faktisch ist damit das Erstzugangsrecht versperrt, es sei denn der Pat. zahlt die prob. Sitzungen privat. Dazu muss er sich aber freiwillig bereit finden, und der Psychotherapeut den § 18 BMV-Ä beachten.

- in Baden-Württemberg ein Urteil zum Kammerbeitrag bei halbtags beschäftigten Mitgliedern ergangen ist? Näheres dazu: siehe Seite 147 (in den Mitteilungen der Kammer Baden-Württemberg).
- das Verwaltungsgericht Karlsruhe in einem weiteren Urteil vom 14.02.2005 (Az. 8 K 1989/03) die **Klage eines Psychologischen Psychotherapeuten** abgewiesen hat, **zusätzlich** auch noch **als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut approbiert** zu werden? Der Kläger hatte seine Klage darauf gestützt, dass er schon vor dem 31.12.2003 seine Zusatzausbildung als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut beendet und er auch eine Abrechnungsgenehmigung für KJP erhalten habe. Das VG wies darauf hin, dass er die weitere Voraussetzung, bereits vor dem 01.01.1999 (= In-Kraft-Treten des PsychThG), mit der Zusatzausbildung begonnen zu haben, indes nicht erfülle. Das VG wies schließlich darauf hin, dass die Übergangsvorschrift des § 12 Abs. 1 Satz 2 PsychThG eng auszulegen sei.

RA Hartmut Gerlach

Justiziar der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg
Hauptstätter Str. 89,
70178 Stuttgart
Tel.0711/674470-50
gerlach@lpk-bw.de

Aktuelles aus der Forschung

Thomas Lecher

Psychotherapeutenkammer Berlin

Zur Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen mit Hilfe der Narrativen Expositionstherapie

Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, Ch., Karunakara, U. & Elbert, Th. (2004). A Comparison of Narrative Exposure Therapy, Supportive Counseling and Psychoeducation for Treating Posttraumatic Stress Disorder in an African Refugee Settlement. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 72, No. 4, pp. 579 – 587.

In Folge des Tsunamis am zweiten Weihnachtstag des vergangenen Jahres in Süd-asien ist die narrative Expositionstherapie (Narrative Exposure Therapy, NET) zur Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen (Posttraumatic Stress Disorder, PTSD) verstärkt in den Blickpunkt geraten. Diese ‚short-term‘ Behandlungsmethode wird seit 1999 von einer Gruppe von Psychologen und Neurowissenschaftlern von der Universität Konstanz entwickelt und basiert auf einer Kombination von Verhaltenstherapie und der ‚Testimony Therapy‘. Dabei soll ein feldtaugliches Verfahren entwickelt werden, das von geschulten Laien anwendbar und zugleich wissenschaftlich überprüfbar sein soll.

Die Wirksamkeit der Narrativen Expositionstherapie hat die Forschergruppe um den Psychologen Frank Neuner aus Konstanz in einem Camp in Uganda überprüft, in dem Bürgerkriegsflüchtlinge aus dem Sudan leben. Eine Besonderheit der Studie ist, dass NET in einer Situation angewendet worden ist, in der die Menschen weiterhin unter bedrohlichen Bedingungen leben. Das Wissen darüber, ob und wie in einer solchen Situation der Nutzen einer Kurzzeit-Psychotherapie für PTSD-Patienten einzuschätzen ist, ist bisher eher gering.

Die als PTSD bezeichneten Symptome sind gut bekannt und dokumentiert. Bildgebende Verfahren können zeigen, was im menschlichen Gehirn in der Folge von extrem traumatischen Ereignissen vor sich geht. Der Mensch speichert seine Erlebnisse in zwei verschiedenen Gedächtnissystemen. Das assoziative Gedächtnis registriert die Sinneswahrnehmungen, Gedanken und Gefühle und verknüpft sie zu einer Netzwerkstruktur. Zeit und Ort der Erlebnisse aber werden an anderer Stelle, im autobiografischen Gedächtnis, festgehalten. Dort wird die Chronologie des Geschehens abgespeichert. Erst durch die enge Koordination beider Gedächtnissysteme können vergangene Erlebnisse in ihrem Zusammenhang und ihrer Abfolge rekonstruiert werden. Die Historie und die damit verbundenen ehemaligen Gefühle sind normalerweise eng miteinander verknüpft. Sie tauchen beim Erinnern gemeinsam auf.

Bei traumatischen Erlebnissen, die völlig unvermittelt in das Leben einbrechen, gerät dieses Zusammenspiel durcheinander. Je stärker die Erregung, desto intensiver arbeitet die Amygdala, ein mandelförmiges Gebiet oberhalb des Hirnstammes. In Situationen höchster Erregung ist das assoziative Gedächtnis sehr viel aufnahmefähiger als normalerweise, alle Gefühle und sinnlichen Wahrnehmungen werden sehr intensiv miteinander verknüpft. Auf der anderen Seite wird der für die Raum-, und Zeitverarbeitung verantwortliche Hippocampus in Extremsituationen und der anschließenden Zeitspanne in seiner Aktivität blockiert. Verantwortlich für die Blockade sind Stresshormone wie Cortisol.

Gerade in nichtbeherrschbaren und völlig überraschend eintretenden Situationen (wie etwa bei Vergewaltigungen oder Folter, wenn man die Ermordung von nahen Angehörigen miterleben muss oder einem Tsunami) kann das Gehirn die autobiografische Gedächtnisstruktur kaum entwickeln. Deshalb kann ein im Furchtnetzwerk weiterwirkendes extremes Trauma örtlich und zeitlich nicht als Teil der individuellen Vergangenheit abgelegt und eingeordnet werden. Nach solchen traumatischen Geschehnissen genügt ein minimaler Hinweisreiz wie ein lauter an Schüsse erinnernder Knall oder – im Falle des Tsunami – der Geruch von Seewasser, um die gesamte Angststruktur zu aktivieren. Menschen erleben in solchen Situationen die gleichen Gefühle und körperlichen Reaktionen wie in der ursprünglichen, oft lebensbedrohenden Situation: Angstschweiß tritt auf die Stirn, der Puls ist deutlich erhöht und der ganze Körper zittert. Besonders dramatisch ist, dass eine solche Struktur, die unter extremer Belastung angelegt worden ist, für den Rest des Lebens virulent bleibt.

Im Rahmen ihrer Studie untersuchten Frank Neuner und Mitarbeiter/innen die Wirksamkeit von NET an 43 Probanden, die nach Zufallskriterien unter den unter PTSD leidenden Bewohnern des Lagers ausgesucht wurden. Ihre traumatisierenden Erlebnisse bestanden zum größten Teil in dem direkten Erleben der Verletzung und des Tötens von Menschen (52%). Weitere traumatische Erlebnisse waren die direkte Bedrohung mit Waffen oder Entführungen (17%), körperliche Angriffe (12%), Folter (7%) oder sexuelle Gewalt (5%). Die 43 Probanden wurden in drei Gruppen

aufgeteilt. Die erste Gruppe (N=17) wurde während vier Sitzungen mit NET behandelt, die zweite Gruppe (N=14) erhielt viermal eine unterstützende Beratung (supportive counseling, SC) und der dritten Gruppe (N=12) wurde im Rahmen einer Sitzung die Wirkung der PTSD lediglich erläutert (psychoeducation, PE), ein Treatment, das die anderen beiden Gruppe zu Beginn ebenfalls erhielten. Die Behandlung wurde von geschulten Therapeuten durchgeführt.

Bei der Behandlung mit NET werden die Klienten mit ihrer ursprünglichen Angst konfrontiert. Diese zunächst als Quälerei erscheinende Vorgehensweise ist gewollt. Die Therapeuten lassen sich die traumatisierende Situation bis ins kleinste Detail schildern und alles, was dabei erlebt und gefühlt, getan und gedacht wurde, wird in zeitlichen und örtlichen Zusammenhang mit den Geschehnissen gebracht. So sol-

len die Gefühle mit Ort und Zeit der Geschichte verbunden werden. Der traumatisierende Vorgang soll nachgespielt und noch einmal durchlebt werden, um so das assoziative und das autobiographische Gedächtnis zu verknüpfen.

Es zeigte sich, dass ein Jahr nach der Behandlung nur 29% der NET-Teilnehmer, aber 79% der SC-Gruppe und 80% der PE – Gruppe noch immer eindeutige PTSD-Symptome aufwiesen. Diese Resultate weisen darauf hin, dass NET ein Erfolg versprechender Ansatz für Flüchtlinge ist, die unter PTSD leiden und sich weiterhin in einer nicht ungefährlichen Lebenssituation befinden.

Kommentar: Die narrative Expositionstherapie beruht auf Erkenntnissen der neueren Hirnforschung und auf den Expositionsverfahren der Verhaltenstherapie. Sie steht damit theoretisch und empirisch auf einem recht stabilen Fundament. Die Untersu-

chung von Frank Neuner und Mitarbeitern/innen kann angesichts der außergewöhnlichen Bedingungen, unter denen sie durchgeführt worden ist, durchaus als Beleg für die Wirksamkeit von NET dienen. Dafür sprechen übrigens auch Erfahrungen, die das Konstanzer Team nach dem Tsunami auf Sri Lanka gemacht hat. Der Wert von NET liegt insbesondere darin, dass es sich dabei um eine Methode handelt, die durch ihre geringe Aufwendigkeit bei gleichzeitiger Wirksamkeit überzeugt. Ein solcher psychotherapeutischer Ansatz scheint vor allem dann angezeigt zu sein, wenn es darum geht, möglichst unauffällig für eine große Anzahl von traumatisierten Menschen psychotherapeutische Hilfe zur Verfügung zu stellen wie es bei kriegerischen Auseinandersetzungen oder bei Naturkatastrophen der Fall ist. Ob sich für NET weitere Anwendungsgebiete eröffnen, ist eine offene aber durchaus spannende Frage.

Zur Wirksamkeit der Funktionellen Entspannung

Sokoliuk, M., Loew, T.H. (2003). Veränderungen der Befindlichkeit durch Funktionelle Entspannung. Psychodynamische Psychotherapie, 2, 192-197.

In Anlehnung an die Studie, die M. Seligmann Anfang der 90er Jahre in den USA zur Wirksamkeit von Psychotherapie durchgeführt hat, haben Matthias Sokoliuk und Thomas H. Loew von der Universität Regensburg eine Untersuchung zur Wirkung der der Körperpsychotherapie zuzurechnenden Funktionellen Entspannung (FE) durchgeführt. Die Studie ist als retrospektive Befragung angelegt und zielt auf die Veränderung der Befindlichkeit, der psychischen Symptomatik, der sozialen Einbettung, der Berufstätigkeit, des Medikamentenverbrauchs, von Arztbesuchen und Hospitalisierung. Für die Erhebung wurde ein Fragebogen mit etwa 20 Items verwendet, der über psychotherapeutisch arbeitende Inhaber von FE-Zertifikaten an ehemalige Patienten versandt, deren Therapie mindestens seit 1 Jahr beendet war. 250 ehemalige Patienten (78 männlich, 172 weiblich) schickten ausgefüllte Fragebögen an eine anonyme Sammelstelle zurück. Das Ende der Therapie lag im Mittel 3,5 Jahre zurück (Standardabweichung: 2,99). Der Umfang

der Therapie betrug bei männlichen Patienten durchschnittlich 18 Stunden, bei den weiblichen 23 Stunden.

Die Ergebnisse zeigen insgesamt im subjektiven Vorher-Nachher- und auch im Vorher-Katamnese-Vergleich deutliche Verbesserungen. Das ‚Gesamtbefinden‘ (psychische Beschwerden, körperliche Gesundheit, Qualität der sozialen Kontakte) wurde jeweils auf einer Skala von 1 (sehr gut) bis 5 (sehr schlecht) vor Therapiebeginn mit 4,36 und nach Abschluss der Behandlung mit 2,24 (jeweils Mittelwert, MW) eingestuft (Katamnese: 2,02 MW) und weist somit einen hochsignifikanten Zusammenhang auf (Friedman-Test, $p < 0,01$). Eine auffälligste Verbesserung zeigt sich im Bereich des subjektiven Empfindens der ‚körperlichen Gesundheit‘. Hier geht der Mittelwert von 4,32 auf 2,24 zurück (Katamnese: 2,09 MW). Die Anzahl der therapeutischen Sitzungen hat allerdings keinen signifikanten Effekt auf die Gesundheit, die aufgewendete Zeit und der Therapieeffekt korrelieren nicht.

Auch das Gesundheitsverhalten (Arbeitsunfähigkeitstage, Anzahl der Arzt- und Facharztbesuche und der Krankenhaustage)

weist klare Fortschritte auf. So sank die durchschnittliche Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage von 14,5 vor Beginn der Therapie auf 6,84 nach Abschluss der Therapie und betrug zum Zeitpunkt der Katamnese 5,05 (jeweils MW).

Die Erhebungen zeigen zudem, dass die Funktionelle Entspannung überwiegend als eine Kurzzeitpsychotherapie und zumeist gemeinsam mit tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie eingesetzt worden ist. Da es keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem Zeitraum zwischen Ende der Therapie und den Befindlichkeiten zum Zeitpunkt der Befragung gibt, schließen die Autoren darauf, dass die durch FE erzielten Veränderungen über die Zeit recht stabil bleiben.

Kommentar: Mit ihrer empirischen Studie über die Wirksamkeit der Funktionellen Entspannung, einer Variante der körperpsychotherapeutischen Methoden, haben M. Sokoliuk und Th. Loew ein bisher doch eher vernachlässigtes Feld der Psychotherapieforschung betreten. Die überwiegende Zahl der bisherigen Evaluationsstudien bezieht sich auf die sog. Richtlinienverfahren, deren Effektivität vergleichsweise gut erforscht ist. Allerdings zeigt die vorliegende Studie

vereinzelt methodische Mängel. So weisen die Autoren selber darauf hin, dass ihre Studie „möglicherweise eine hohe Selektivität aufweist, und eher die zufriedenen Kli-

enten geantwortet haben“. Die Studie war ohne Kontrollgruppe konzipiert. Die Erhebung ist ein recht gutes Indiz dafür, dass die körperorientierte Psychotherapie wirk-

sam ist und ihr mit einer begründbaren Berechtigung ein Platz im Spektrum der psychotherapeutischen Behandlungsmethoden zusteht.

Hypnotherapie als Option bei Reizkolon

Gonsalkorale, W.M., Miller, V., Afzal, A. & Whorwell, P.J. (2003). Long term benefits of hypnotherapy for irritable bowel syndrome. GUT, 52, 1623-1629.

Zwar war bereits bekannt, dass Hypnotherapie für Patienten, die unter einem Reizkolon (irritable bowel syndrome) leiden, eine deutliche Erleichterung bringen kann, allerdings war unklar, wie lange die lindernde Wirkung anhält. Dieser Frage widmete sich ein Forscherteam unter der Leitung von Wendy Gonsalkorale vom Withington Hospital in Manchester. An der Studie nahmen 204 Patienten teil. Bekannt ist auch, dass psychische Einflüsse wie Stress diese Krankheit mit auslösen oder bei der Stärke der Symptome eine Rolle spielen können.

Unklar ist jedoch, ob und inwieweit psychische Faktoren die eigentlichen Auslöser dieser Erkrankung sind.

Die Behandlung mit Hypnotherapie erstreckte sich über 12 Wochen. Vor und nach der Behandlung sowie zu weiteren Erhebungszeitpunkten bis zu sechs Jahre nach Abschluss der Behandlung gaben die Patienten Auskunft über ihre Symptome, ihre Lebensqualität, ihr individuelles Ausmaß an Angst und Depression. Es zeigte sich, dass die Behandlung bei 71% der Patienten wirksam war; bei 81% dieser Gruppe blieb der Behandlungserfolg über die Zeit stabil, während die übrigen 19% angaben, dass sich ihre Symptome nur etwas verschlechtert hätten. Ausweislich der

erhobenen Befindlichkeiten zeigten sich bei allen Items in den Follow-up Erhebungen signifikante Verbesserungen ($p < 0,001$) im Vergleich zu den Daten, die vor der Behandlung mit Hypnotherapie erhoben worden waren.

Kommentar: Die Studie weist nach, dass zumindest für die genannten Zeiträume bis zu fünf Jahren nach Abschluss der Hypnotherapie die Symptome des Reizkolons deutlich reduziert werden können. Ob auf diesem Wege eine ursächliche Heilung oder nur eine Linderung der Symptome erreicht werden kann, wird wohl solange unklar bleiben, bis über die genauen Ursachen der Entstehung eines Reizkolons Klarheit herrscht.

Zur Behandlung von Depressionen im Alter

Callahan, C. (2005). Depressions can be treated in seniors. Journal of the American Geriatrics Society. Vol. 53, pp 367 – 373.

Eine erfolgreiche Behandlung von Depressionen trägt auch mit dazu bei, den körperlichen Abbauprozess von gebrechlichen alten Menschen zu verlangsamen. Zudem kann eine Therapie von Depressionen bewirken, dass ältere Menschen so lange wie möglich unabhängig von fremder Hilfe und weitgehend selbstständig ihren Alltag bewältigen können. Zu diesem Ergebnis gelangt das Team um den Geriater Christopher Callahan von der Indiana School of Medicine in Indianapolis.

Die Ergebnisse ihrer Studie legen die Schlussfolgerung nahe, dass Ärzte, Psychotherapeuten und andere Mitglieder von Heilberufen stärker auf depressive Symptome bei dieser Patientengruppe achten und deren Therapie vorantreiben sollten.

Bekannt ist, dass insbesondere bei älteren Menschen Depressionen das Risiko der Selbsttötung erhöhen. Vor allem unter Ärzten und teilweise bei Psychotherapeuten ist die irrtümliche Meinung verbreitet, dass eine Therapie bei depressiven älteren Menschen keine Erfolgsaussichten hätte. Zwar ist, so Callahan, die Behandlung bei dieser Klientengruppe anspruchsvoller als bei jüngeren depressiv Erkrankten, aber die Ergebnisse seiner und die von anderen Studien zeigen, dass ein Behandlungserfolg bei den meisten der älteren Kranken möglich ist. Nach dem Abklingen der depressiven Symptome sind sie wieder in der Lage, Alltagsroutinen, aber auch individuell bedeutsame Angelegenheiten wie Bankgeschäfte zu erledigen.

Callahan und seine Mitarbeiter haben für ihre Studie mehr als 1.800 Personen über 60 Jahre mit den Symptomen einer Major Depression wie etwa den Verlust des Interesses an jeglichen Aktivitäten untersucht.

Alle Teilnehmer der Studie zeigten über ein Jahr depressive Symptome und hatten zudem meistens weitere gesundheitliche Probleme. Die Hälfte von ihnen erhielt eine Standardbehandlung für Depressionen durch ihren Hausarzt. Die andere Hälfte wurde durch ein multidisziplinäres Team einschließlich des Hausarztes, einer Krankenschwester und einem psychologisch geschulten Experten behandelt.

Diejenigen, die die intensive Betreuung erhielten, zeigten die deutlichsten Verbesserungen. Das zeigte sich etwa beim Umgang mit Geld und bei der regelmäßigen Einnahme ihrer Medikamente.

Die Behandlung von Depressionen unterbricht eine Abwärtsspirale persönlicher Kompetenzen. Die Depression kann dazu führen, dass ältere Menschen zu Hause betreut werden müssen, dass sie ihre Alltagsroutinen nicht mehr ausführen und darüber hinaus körperlich erkranken oder

sich etwa bei einem Unfall verletzen. Bei einer unbehandelten und fortbestehenden Depression wird auch die erfolgreiche Behandlung eines körperlichen Leidens meist nicht dazu beitragen, dass ältere Menschen ihre normalen Verhaltensweisen wieder aufnehmen. Vielmehr, so die Studie, ist damit zu rechnen, dass sie etwa ihre Rechnungen nicht mehr bezahlen, sich keine Mahlzeiten mehr zubereiten und auf eine tägliche Betreuung angewiesen sind.

Die ersten, denen eine schwermütige Stimmung bei Älteren auffällt, sind Familienangehörige. Bei Senioren, die unvermittelt

Schlafstörungen haben, traurig erscheinen oder sich übermäßig sorgen, besteht ein begründeter Verdacht einer depressiven Erkrankung. Familienangehörige, denen so etwas auffällt sollten ihre Beobachtungen etwa dem behandelnden Arzt mitteilen, denn ältere Menschen fällt es meist schwer, zuzugeben, dass sie sich depressiv fühlen.

Kommentar: Eine Depression im Alter ist eine häufige Erkrankung, die zudem oft nicht als solche erkannt wird. Die Studie weist eindringlich darauf hin, dass Depressionen bei dieser Gruppe zwar mit mehr Aufwand behandelt werden müssen als bei

jüngeren Menschen, dennoch durchaus therapeutische Erfolge möglich sind. Die therapeutischen Erfolge in der ‚intensiv‘ betreuten Gruppe zeigen die Bedeutung eines interdisziplinären Ansatzes. Für einen therapeutischen Erfolg reicht eine medikamentöse Behandlung nicht aus, sie muss von einer psychotherapeutischen begleitet werden. Darüber hinaus betont die Studie die Bedeutung des sozialen Umfelds, insbesondere für die rechtzeitige Wahrnehmung der Krankheit, und die Notwendigkeit, vor allem Hausärzte für dieses Krankheitsbild zu sensibilisieren.

Meta-Studie zur Wirksamkeit von Psychoanalyse

Leichsenring, F., Rabung, S. Leibing, E. (2004). The Efficacy of Short-term Psychodynamic Psychotherapy in Specific Psychiatric Disorders. A Meta-analysis. Archives of General Psychiatry. 61: 1208-1216.

Die Wirksamkeit psychoanalytischer Therapien ist, wie einige Meta-Studien zeigen, umstritten. Um die Leistungsfähigkeit von psychoanalytischen Kurzzeittherapien (short-term psychodynamic psychotherapy STTP) zu überprüfen, haben die Leiter der Arbeitsgruppe Psychotherapie-Forschung der Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie des Bereichs Humanmedizin der Universität Göttingen, Falk Leichsenring und Eric Leibing, eine umfassende Meta-Analyse durchgeführt. Dazu haben die Autoren STTP-Studien, die zwischen 1970 und September 2004 publiziert worden sind, herangezogen. Da die Ergebnisse von Meta-Analysen sehr stark von der Qualität der zugrunde liegenden Primär-Studien abhängen, haben F. Leichsenring und seine Kollegen nur Studien in ihre Untersuchung aufgenommen, die hohen methodischen Anforderungen genügen. Als wichtiges Kriterium galt, dass die Zuweisung der Patienten zu den unterschiedlichen Therapieformen und den Kontrollgruppen zufällig erfolgt ist (Randomisierung). Weitere Kriterien für die Aufnahme in die Meta-Analyse waren, dass immer nur ein einziges Krankheitsbild behandelt und die Behandlung von einem erfahrenen bzw. besonders ausgebildeten Therapeuten durchgeführt worden ist. Insgesamt 17 Studien erfüllten

die Anforderungen und fanden Eingang in die Meta-Analyse.

Die psychoanalytisch ausgerichtete Therapie wirkt, so die Meta-Analyse, bei folgenden Krankheitsbildern: Angststörungen, depressive Störungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Essstörungen (Anorexie und Bulimie), Suchterkrankungen (u.a. Opiatabhängigkeit), Persönlichkeitsstörungen (wie etwa der Borderline-Persönlichkeitsstörung) und somatoformen Störungen. Aufgrund der Therapie wurden die primären Krankheitssymptome (1.39) und mögliche Begleitsymptome (0.90) deutlich reduziert. Deutliche Effekte wurden auch für die mit den psychischen Erkrankungen verbundenen sozialen Beeinträchtigungen festgestellt (0.80). Die Effektgrößen bleiben nach dem Ende der Therapie stabil und in Follow-up Untersuchungen zeigen sich sogar noch weitere Verbesserungen (1.57, 0.95, 1.19).

Ein deutlich geringerer Therapieerfolg zeigt sich bei Patienten, die eine psychiatrische Standardbehandlung erhalten haben oder die noch auf Wartelisten standen und bislang nicht behandelt worden sind. Keine Unterschiede zeigen sich allerdings bei Patienten, die verhaltenstherapeutisch behandelt worden sind.

Kommentar: Die Publikation in den „Archives of General Psychiatry“, die den wohl höchsten Impact-Faktor in den Fachgebieten Psychiatrie, Psychotherapie, Psycho-

somatik und Psychologie hat, spricht für die Qualität der Meta-Analyse. Und in der Tat zeichnen sich das Design und die Durchführung der Studie durch einen hohen methodischen Standard aus. Betrachtet man die Ergebnisse, so lässt sich festhalten, dass STTP bei den genannten Störungen deutlich wirksamer ist als andere nicht-psychotherapeutische Behandlungsformen bzw. Spontanremissionen. Allerdings, und auch das ist ein wesentliches Ergebnis der Meta-Analyse, ist unabhängig von den zwei untersuchten psychotherapeutischen Behandlungsformen – psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch – ein entscheidender Aspekt des Behandlungserfolgs das *psychotherapeutische* Bemühen eines erfahrenen Behandlers. Und hier zeigt sich zugleich eine relative Schwäche der Studie, nämlich die Beschränkung auf die zwei genannten psychotherapeutischen Ausrichtungen, deren Wirksamkeit sich als gleichwertig erwiesen hat. Mindestens genauso spannend wäre eine auf vergleichbarem methodischem Niveau durchgeführte Meta-Analyse, bei der es um den Vergleich der Wirksamkeit unterschiedlicher psychotherapeutischer Ansätze ginge.

Dr. Thomas Lecher

Freier Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Psychotherapeutenkammer Berlin
Brümmmerstr. 46a
14195 Berlin
thomas-lecher@versanet.de

Buchrezension

Rössler, W. (2004). Basiswissen: Psychologen in der psychiatrischen Klinik. Bonn: Psychiatrie Verlag. 141 Seiten.

Detlef Bunk

„Ihre klinischen Fähigkeiten bauen auf soliden theoretischen Grundkenntnissen auf, sei es Persönlichkeits-, Entwicklungs- oder Allgemeine Psychologie. Sie kennen verschiedene Testverfahren, die Ihnen standardisierte Beurteilungen der jeweiligen Krankheitsbilder ermöglichen. Kurzum: perfekt ...“, so urteilt der Buchautor, Psychiatrie-Professor und Diplom-Psychologe, Klinischer Direktor der bekannten psychiatrischen Universitätsklinik „Burghölzli“ in Zürich, über die psychologischen Mitarbeiter in der Psychiatrie. Wirklich perfekt? Das wesentliche Qualitätsmerkmal dieser Berufsgruppe wurde vergessen, nämlich die profunde psychotherapeutische Tätigkeit einer/s approbierten Psychologin/en. Und in der Tat, Psychotherapie kommt in dem Buch zu kurz. Kaum mehr als zwei Druckseiten widmet der Autor dem Abschnitt mit der Überschrift „Das psychotherapeutische Gespräch“ im Kapitel, das da endet: „Psychotherapie ist ein unerlässlicher Bestandteil der Gesamtbehandlungskonzeption einer psychiatrischen Klinik (S. 65)“. Die Beschreibung psychotherapeutischer Tätigkeiten, der Indikationen und Verfahren bleibt vage: Welche Behandlung von wem und mit welchem Ziel durchgeführt wird, erfährt der Leser nicht. Aber es ist ja auch kein Buch über die Psychotherapie im psychiatrischen Krankenhaus, sondern nur eine kurze Skizze über die klinischen Tätigkeiten, Versorgungsabläufe und Arbeitsbedingungen, mit denen der psychologisch – und auch psychotherapeutisch? – Tätige dort heute konfrontiert ist. Deshalb genug der einleitenden Kritik, der Autor sei entschuldigt. Denn inwieweit die Verände-

rungen des deutschen Gesundheitswesens mit dem Hinzukommen der beiden Heilberufe PP und KJP als Konsequenz des Psychotherapeutengesetzes auch in der Schweiz bekannt sind, ist hier nicht Gegenstand der Beurteilung. Das kurze, handliche Büchlein hat sich zum Ziel gesetzt, dem Berufsanfänger mit psychologischem Studienabschluss den Arbeitsalltag in einer psychiatrischen Klinik nahe zu bringen – sollte es Nicht-Approbierete außerhalb des praktischen Jahres in der Psychotherapie psychiatrischer Patienten noch geben.

Mit leicht verständlicher Sprache in kurze, übersichtliche Abschnitte gegliedert, wird der Leser gleich am Anfang in das Spannungsfeld der Berufsgruppenhierarchie einer solchen Einrichtung eingeführt. Es folgt ein Abriss der Psychiatriegeschichte, ihrer Behandlungsmethoden und ihres Missbrauchs in Zeiten totalitärer Ideologien.

Wie auf die Patienten mit akuten Psychosen, chronischen Depressionen, schwerem Substanzmissbrauch, aggressiven Erregungszuständen und Suizidalität auch unter zwangsweisen Aufnahmebedingungen therapeutisch einzugehen ist, wird gut nachvollziehbar und anschaulich von dem erfahrenen Psychiater geschildert. Der Leser wird mit diagnostischem Handwerkszeug, der Kunst psychopathologischer Befunderhebung und der Therapieplanung bekannt gemacht. Er bekommt Einsicht in die multiprofessionellen Behandlungsabläufe, die unter Wahrung der Patienten- und Angehörigenrechte bei gleichzeitiger Verpflichtung des Therapeuten zu einer nach

bestimmten Regeln ablaufenden Dokumentation umgesetzt werden. Das dabei zwischen verschiedenen Berufsgruppen entstehende Konfliktpotenzial wird nicht verschwiegen, insbesondere dann, wenn es um die Sexualität seelisch schwer Kranker geht oder das Team mit dem poststationären Suizid eines Patienten konfrontiert wird.

Das Taschenbuch soll sich an Psychologen richten, denen das Arbeitsfeld „Psychiatrie“ unbekannt ist. Es ist allerdings nicht mehr als ein Streiflicht, das gänzlich auf Zitate komplexer wissenschaftlicher Ergebnisse verzichtet. Dafür fasst der Autor ihm wichtige Aspekte in einfache, zum Teil recht triviale Merksätze: „Erst die Beobachtungen aus den verschiedenen therapeutischen Kontexten ergeben das Gesamtbild des Patienten (S. 70)“. Das Bändchen kann dem psychotherapeutischen Berufseinsteiger allenfalls einen beschränkten und manchmal etwas geschönten Einblick in die psychiatrische Behandlung gewähren. Die Wirklichkeit gestaltet sich oft härter als es die leicht lesbaren Kapitel nahe legen. Wer sich profund über das Behandlungssystem „Psychiatrie“ informieren möchte, sollte lieber auf andere bekannte Standardwerke zurückgreifen.

Dr. Detlef Bunk

Wissenschaftlicher Referent der
Psychotherapeutenkammer NRW
Willstätterstr. 10
40549 Düsseldorf
d.bunk@ptk-nrw.de

**Kernberg, O., Dulz, B. & Eckert, J. (Hrsg.) (2005).
WIR: Psychotherapeuten – über sich und ihren
„unmöglichen“ Beruf.
Stuttgart: Schattauer. 632 Seiten.**

Petra Kümmler

60 Autoren mit unterschiedlichem theoretisch-psychotherapeutischen Hintergrund beleuchten ein breites Spektrum von Aspekten, die mit dem Psychotherapeut-Sein assoziiert sind bzw. sein können. Da das Buch deutlich psychodynamischen Überhang hat, kommen hauptsächlich tiefenpsychologisch fundiert arbeitende Psychotherapeuten und Psychoanalytiker zu Wort, daneben aber auch Gesprächspsychotherapeuten, Körpertherapeuten, kognitive Verhaltenstherapeuten und Transaktionsanalytiker, ebenso systemisch und provokativ arbeitende Kollegen.

Prägendes und Widersprüchliches der Ausbildung wird offen benannt und auf den Punkt gebracht: fehlende Auswahlkriterien, subjektive Indikatoren über „gute psychotherapeutische Praxis“ und die zähen institutionellen Bedingungen. Das kreative Nutzbarmachen der eigenen Bedürfnisse wird diskutiert, das Spannungsfeld zwischen der praktischen Berufsausübung und der wissenschaftlichen Fundierung angesprochen, daneben viele Themen, die nicht im Curriculum der Ausbildung vorgesehen sind, und über die „auch sonst“ eher nicht gesprochen wird: Tabuisierte Gefühle wie Ekel und Verachtung den Patienten gegenüber, eigene Bindungsfähigkeit, eigene Bedürftigkeit, Lebensqualität, Suizidalität, Sexualität. Psychotherapeuten in ihren unterschiedlichen Rollen werden aus subjektiver Perspektive, eigener Erfahrung oder mit Hilfe statistischer Kennwerte oder einer

Mischung daraus vorgestellt: PT als Eltern, Ehepartner, Liebende, Freunde, Kollegen, professionelle Helfer. „Institutionelle“ Bedingungen und damit assoziierte Aspekte werden diskutiert, dabei persönliche Lebenswege reflektiert, das breite Spektrum psychotherapeutischer Berufe in unterschiedlichen Institutionen und ihren unterschiedlichen Bedingungen sichtbar gemacht, beispielsweise der Umgang mit Narzissmus, Macht, Geld, Autorität, aber auch mit Humor in der Therapie und Maßnahmen gegen „Burn-out“ beleuchtet. Eine Frau schreibt über Psychotherapeuten, ein Mann über Psychotherapeutinnen – das Buch spielt mit dem Spannungsverhältnis, mit Gegensätzen, wird daher nicht langweilig oder trocken. Reflektiert werden auch die Auswirkungen langjähriger Therapiearbeit auf die Persönlichkeit: Werden Psychotherapeuten letzten Endes rezeptiv zurückgenommen, öffnen sie sich im privaten Rahmen immer weniger? Haben Sie tatsächlich Probleme im Umgang mit Macht und Aggressionen?

Je nach Persönlichkeit, individuellen Erfahrungen und Lebensgeschichte bedienen sich die Autoren einer Vielzahl von Textformen: sie schreiben kritische Anmerkungen, verfassen theoretische Essays, humorvolle Anekdoten, liefern praxisnahe Tipps, oder bestärkende, positive Berichte über die eigene Arbeit. Gemeinsam ist dabei allen 59 Kapiteln des Buches, dass sie sehr persönlich geschrieben sind, dass eigene Er-

fahrungen, Lebenswege, persönliche Erfolge, aber auch Misserfolge offen dargestellt werden und der Leser daran großzügig teilhaben kann. Darin liegt auch die Stärke und Faszination dieses ungewöhnlichen und anspruchsvollen Buches: immer da, wo es persönlich und intim wird, wo es von Fakten und Zahlen weg geht und Einblicke gewährt. Mit den Worten von E. Wilke „ein eigenartiger, zugleich sehr spannender Beruf“ ist der des Psychotherapeuten und auch dieses Buch über die Menschen, die diesen Beruf wählen. Wer es lesen möchte, um Antworten zu finden, wird die Erfahrung machen, dass „die anderen“ auch Fragen und Sorgen bewegen, sie Freude und Lust an ihrem Beruf empfinden. Antworten und Lösungen dagegen können immer nur sehr persönliche sein. Nicht nur für jüngere Kollegen dürfte es daher bereichernd, großzügig, manchmal vielleicht „kathartisch“ erlebt werden: Zweifel und Ängste ausgesprochen sehen und feststellen, dass eben auch Psychotherapeuten immer ganz und gar individuell sind – wie ihre Patienten.

Petra Kümmler, Dipl.-Psych.

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

Zur Information

Weiteres Vorgehen zum Tariffrecht des öffentlichen Dienstes

Niens, W. & Vogel, H.

Nach der Einigung zur Reform des Manteltarifvertrages für die Beschäftigten im öffentlichen Dienst (TVöD) am 9.2.2005 gilt es nun, nach den bereits festgelegten Tabelleninhalten zu verhandeln, welche Berufsgruppe denn nun in welche Entgeltgruppe eingeordnet wird.

Zur Erinnerung: Es gibt eine einheitliche Tabelle für Angestellte und ArbeiterInnen. Es ist vereinbart, dass alle zur Zeit Beschäftigten am 1.10.2005 in die neue Tabelle übergeführt werden. Niemand wird dabei auf sein jetziges Einkommen verzichten müssen. Dafür gibt es – z.T. recht komplexe – Regeln, nach denen die neue Tabelle auf die "alten" Beschäftigten angewendet wird. Ganz wichtig ist dabei, daß die sog. Besitzstände dynamisch sind, d.h., die Entgelte nehmen auch weiterhin an der jeweils für den ÖD verhandelten Einkommensentwicklung teil. Der den regulären Betrag eines gleichwertig beschäftigten Kollegen übersteigende Betrag schmilzt dabei nicht einfach ab, sondern entwickelt sich nach festgelegten Regeln ebenfalls weiter.

Bis klar ist, wo etwa Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten einzugruppieren sind, wird allerdings noch etwas Zeit vergehen. Man muss die beängstigende Anzahl von ca. 17.000 Einreihungsmerkmalen (!!) verhandeln, die erstens auf eine übersichtliche Anzahl reduziert und zweitens nach neuen Kriterien aufgestellt werden sollen. Man sah sich nicht in der Lage, diese Aufgabe zeitgleich zu den Verhandlungen über die Mantelbestimmungen zu erfüllen und hat sich deshalb Zeit bis spätestens zum 31.12.2006 für die Festlegung dieser Kriterien genommen. Die Merkmale, anhand derer die PP und KJP eingruppiert werden sollen, müssen also noch festgelegt werden, da es sie bisher im BAT nicht gab. Hier kommt es jetzt ganz entscheidend darauf an, welche Argumentationshilfen die betrof-

fenen Berufsgruppen in die Verhandlungen für den TVöD eingeben können.

Die ver.di-Fachkommission PP/KJP arbeitet zur Zeit daran, eine sachgerechte und umfassende Darstellung der Aufgaben- und Tätigkeitsfelder der PP/KJP zu Papier zu bringen. So ist sie etwa aufgefordert, besondere Tätigkeitsmerkmale zu beschreiben, die die Tätigkeitsbeschreibung "übt Psychotherapie aus" näher differenzieren. Besondere Kompetenzen, mit denen sich die Tätigkeiten aus der Masse der akademischen Tätigkeiten hervorheben, helfen, das Berufsbild von PP/KJP zu beschreiben und damit zu begründen, warum gerade eine ganz bestimmte Entgeltgruppe zur Einordnung zu wählen ist.

Es wird in den künftigen Eingruppierungsvorschriften einen Katalog von Beispielen für Berufe geben, in denen unbedingt PP und KJP dezidiert erwähnt werden müssen, sonst haben wir dasselbe Dilemma wie in den vergangenen Jahren: es könnte dann passieren, dass PP und KJP mit einer im oben erwähnten Katalog genannten Berufsgruppe verglichen und gleichgesetzt werden, die dann möglicherweise erheblich niedriger einzustufen ist als PP und KJP eigentlich einzustufen sind. Letzteres müsste aus Gründen, die sich aus der Hochschulausbildung und dem besonderen Aufwand für die Ausbildung einerseits und der besonders hohen Verantwortung in einem Heilberuf andererseits für die ECKEINGRUPPIERUNG (die unterste anzunehmende Gruppe) die Entgeltgruppe 13 oder 14 sein.

Zu erwähnen ist nochmals, dass die Tarifgemeinschaft der Länder (TdL) an diesem Tariffabschluss bisher nicht beteiligt sind (sie wollte einst die Arbeitszeitregelungen für den Bund nicht akzeptieren). Landesbedienstete sind also unverändert ohne neuen Tarifvertrag und nur in der Nachwirkung des alten BAT. Die aktuelle Entwick-

lung ist trotz der bekannten Streikmaßnahmen im ÖD noch nicht so recht in Bewegung gekommen: ganz aktuell sind die ersten Gespräche nach den Streiks mit der TdL ohne Ergebnis auf Ende April 2005 verhandelt worden. Hier wird sich der Konflikt noch vor den Landtagswahlen in NRW weiter zuspitzen mit der Folge, dass es für die Beschäftigten in den Betrieben der Länder zunächst unbestimmt ist, ob der TVöD und wenn ja, in welchem Umfang, übernommen wird. Es wird ganz entscheidend darauf ankommen, wie stark die Beschäftigten organisiert sind.

Die ver.di-Fachkommission PP/KJP wird im Laufe dieses Sommers die Argumentationslinien für die Tariffkommission für den TVöD vorbereiten, während gleichzeitig die Vorbereitungen der Arbeitgeber und ver.di für die Umsetzung der "ersten Stufe" des umfangreichen Tarifwerkes zum 1.10.2005 laufen. Danach dann wird es sehr schnell weitergehen mit den Verhandlungen und Redaktionsgesprächen für die Eingruppierungsmerkmale im TVöD. Die Fachkommission wird weiter aktuell berichten.

Weitere Infos siehe www.verdi.de oder www.bptk.de.

Dipl.-Psych. Wolfgang Niens

Sprecher der ver.di-Fachkommission PP/KJP

Kontakt: ver.di-Bundesverwaltung
FB 3, Fachkommission PP/KJP
Paula-Thiede-Ufer 10, 10112 Berlin

Dipl.-Psych. Dr. phil. Heiner Vogel

Sprecher im Bundesausschuss Psychotherapie in Institutionen der BPTK
Institut für Psychotherapie und
Medizinische Psychologie
der Universität Würzburg
Klinikstr. 3, 97070 Würzburg
h.vogel@mail.uni-wuerzburg.de



Mitteilungen der Bundespsychotherapeutenkammer

Keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit - Ergebnisse des 5. Deutschen Psychotherapeutentages -

Am 23. April 2005 trafen sich in München die Delegierten der Psychotherapeutenkammern der Länder zum 5. Deutschen Psychotherapeutentag. Neben einer intensiven Diskussion sozial- und gesundheitspolitischer Themen ging es auch um die Gremienstruktur der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK).

Prävention und Gesundheitsförderung stärken

Die EU-Gesundheitsminister stellten im Januar 2005 in Helsinki gemeinsam fest: „keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit“. Auf europäischer Ebene wächst also das Bewusstsein für den Stellenwert der psychischen Gesundheit.

Auf nationaler Ebene findet diese Erkenntnis allerdings noch nicht ausreichend Anwendung. Gutes Beispiel für die Delegierten war das am 22. April 2005 vom Deutschen Bundestag verabschiedete Präventionsgesetz. Die Bundes- und Landeskammern der Psychotherapeuten haben gemeinsam versucht, inhaltliche Akzente zu setzen. Die zentralen Forderungen auch des 5. DPTs sind:

- Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen muss ein vorrangiges Präventionsziel werden.
- Für Prävention und vor allem Gesundheitsförderung sollte auf psychologisch-psychotherapeutischen Sachverstand nicht verzichtet werden.
- Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und sollte im Schwerpunkt über Steuern und nicht über Beitragsmittel der Sozialversicherungen finanziert werden.

Diese Forderungen hat die BPTK in vielen Gesprächen mit Abgeordneten aller Fraktionen, in Stellungnahmen zum Referenten-

und Kabinettsentwurf und in der Anhörung des Gesundheitsausschusses am 9. März 2005 dargelegt. Die Landespsychotherapeutenkammern haben die BPTK durch eigene Initiativen auf Landes- und Bundesebene unterstützt. Im Ergebnis beschränkt sich das nun verabschiedete Präventionsgesetz jedoch auf problematische Abstimmungs- und Finanzierungsregelungen. Zum Zeitpunkt des 5. DPT war das Schicksal des Präventionsgesetzes trotz des Beschlusses des Bundestages noch offen. Das Gesetz ist zustimmungspflichtig und es ist durchaus möglich, dass der Bundesrat am 27. Mai 2005 den Vermittlungsausschuss anrufen wird. Um gegenüber den Bundesländern noch einmal die Position der Psychotherapeuten zu verdeutlichen, verabschiedete der 5. DPT eine Resolution zum Präventionsgesetz (www.bptk.de).

Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Rund 20 % der Kinder und Jugendlichen leiden unter einer psychischen Störung. Schuleingangsuntersuchungen, sofern sie diesen Punkt erfassen, zeigen zunehmend psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Dem steht ein unzureichendes Versorgungsangebot in der Jugendhilfe und dem Gesundheitssystem gegenüber. Vor diesem Hintergrund wollen Länder und Kommunen sich aus der finanziellen Verantwortung für Kinder und Jugendliche mit psychosozialen Problemen verabschieden. Für die Delegierten des 5. DPT ist das Kommunalentlastungsgesetz, das zurzeit im Deutschen Bundestag beraten wird, daher ein sozialpolitischer Offenbarungseid der Länder und Kommunen.

Mit dem Kommunalentlastungsgesetz wird u. a. angestrebt, Erziehungsberatung und ambulante therapeutische Hilfen für Kin-

der und Jugendliche in der Jugendhilfe zuzahlungspflichtig zu machen. Wird jedoch der Zugang zu therapeutischen Hilfen und Beratungen erschwert, werden Familien auf eine Inanspruchnahme der Hilfen verzichten, entweder weil sie es sich nicht leisten können oder weil sie ihre Einkommensverhältnisse nicht offen legen wollen. Die Konflikte werden sich in der Regel zu einem späteren Zeitpunkt zuspitzen, ihre Lösung erfordert einen höheren Aufwand als in der Phase des Entstehens. Durch Leistungseinschränkungen werden die Kommunen nicht entlastet. Für Kinder kann dies jedoch zur Chronifizierung psychischer Störungen führen, die ihre schulischen und sozialen Chancen erheblich einschränken. Kinder- und Jugendhilfe muss präventiv ausgerichtet sein, das heißt, von Leistungseinschränkungen sollte sie politisch absehen. Niedrigschwellige, qualifizierte, breit gefächerte Angebote für Kinder und Jugendliche mit psychosozialen Problemen müssen erhalten bleiben.

Zum Zeitpunkt des 5. DPT gab es begründete Hoffnungen, dass das Kommunalentlastungsgesetz im Deutschen Bundestag keine Mehrheit finden wird. Die Delegierten verabschiedeten eine Resolution mit der Forderung, nicht zu Lasten von Kindern und Jugendlichen zu sparen (www.bptk.de).

Psychosoziale Kompetenz für die Behandlung chronischer Erkrankungen

70 % der Gesundheitskosten entfallen auf die Behandlung chronischer Erkrankungen. Die Suche nach einer effizienten Behandlung für chronisch kranke Menschen führte zur Entwicklung von Disease-Management-Programmen (DMP). Langsam setzt sich im Gesundheitssystem die Erkenntnis durch, dass hierfür – nicht nur mit Blick

auf psychische Komorbidität – auch psychotherapeutische Kompetenz erforderlich ist. Der Vorstand berichtete den Delegierten von Gesprächen der BPTK mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss. Der BPTK gehe es darum,

- dass künftig DMPs ein systematisches Screening auf psychische Komorbiditäten vorsehen,
- dass Patientenschulungen mit Blick auf Krankheitsbewältigung, Lebensstiländerung und Selbstmanagement verbessert werden
- und dass eine bedarfsbezogene Differenzierung der psychosozialen Angebote auch in Hinblick auf die Strukturierung und Operationalisierung der Behandlungspfade in Angriff genommen wird.

Diese Punkte hat die BPTK außerdem in einer Anhörung des Gesundheitssausschusses zu Wirkungen und Nebenwirkungen des GMGs am 16. März 2005 deutlich gemacht. Die Delegierten des 5. DPT unterstützten dieses Vorgehen und hoffen, dass der Grundstein für einen konstruktiven wissenschaftlichen Diskurs mit dem G-BA gelegt ist.

Evidenzbasierte Praxis – praxisbasierte Evidenz

Evidenzbasierte Medizin (EBM), bzw. in diesem Fall Psychotherapie ist aus Sicht des 5. DPT eines der Zukunftsthemen der Profession. Bei immer enger werdenden finanziellen Ressourcen ist der Nachweis der Wirksamkeit die politisch gesetzte Zugangsvoraussetzung zum solidarisch finanzierten Gesundheitssystem. Eine Schlüsselrolle spielen hier der Gemeinsame Bundesausschuss und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Die Psychotherapeuten haben, darin war sich der 5. DPT einig, mit dem Symposium zur evidenzbasierten Psychotherapie am 5. April 2005 deutlich gemacht, dass sie sich in die Debatte um Evidenzbasierung einmischen werden. Evidenzbasierung, so unterstrichen die Delegierten, darf nicht technokratisch verkürzt werden. Wirksamkeitsnachweise aus der klinischen Praxis (effectiveness) sind zu berücksichtigen. Die Debatte um das Leistungsangebot der GKV dürfe im Übrigen nicht bei Evidenzbasierung stehen bleiben. Sozial-

epidemiologische Befunde zur Bedarfs-gerechtigkeit des Gesundheitssystems, z. B. die soziale Ungleichheit von Krankheit und Tod, dürften nicht ausgeblendet werden und die Schlechtersversorgung von sozial Benachteiligten müsse in den Blickpunkt der Öffentlichkeit gerückt werden.

Hausärzte als Lotsen

Ein weiteres Schwerpunktthema der Arbeit der BPTK im zurückliegenden Halbjahr war die Hausarztzentrierte Versorgung. Krankenkassen, so die Ausgangslage, müssen ihren Patienten seit 2004 als Wahloption eine Hausarztzentrierte Versorgung anbieten. Der Vorstand der BPTK hat für die Delegierten die bisher vorliegenden Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung analysiert. Er kommt zu dem vorläufigen Fazit, dass die Verträge wenig Innovatives beinhalten. Die meisten Verträge betonen die gesetzlich und vertraglich bereits bestehenden Verpflichtungen der Hausärzte zu Fortbildung und Qualitätsmanagement. Viele versuchen die Disease-Management-Programme für Hausärzte und Patienten durch Honorarzusage und Boni attraktiver zu gestalten. Fast alle zielen darauf ab, die klassischen Anreizinstrumente für eine rationale Pharmakotherapie endlich wirksam zu machen. Und einige nutzen die Chance mit Hausarztverträgen, Angebote an gesunde bzw. gesundheitsbewusste Versicherte zu machen.

Auch wenn die Hausarztzentrierte Versorgung – Stand April 2005 – nichts anderes ist als alter Wein in neuen Schläuchen, bitten die Delegierten des 5. DPT den Vorstand, die Entwicklung intensiv weiter zu beobachten. Auf der Anhörung am 16. März 2005 zum Thema „Wirkungen und Nebenwirkungen des GMG“ hat die BPTK bereits deutlich gemacht, dass die Qualität der Hausärzte der erfolgskritische Faktor der Hausarztzentrierten Versorgung ist. Eine Verbesserung der Betreuung psychisch Kranker kann in Hausarztmodellen erreicht werden, wenn Hausärzte ausreichend qualifiziert sind und durch Screeninginstrumente in die Lage versetzt werden, psychische Erkrankungen bei Betroffenen frühzeitig zu erkennen. Die *Conditio sine qua non* ist die Gestaltung der Kooperation zwischen Hausärzten und Psychotherapeuten. Bei Hausarztverträgen ist insbesondere zu beachten, dass die Integrität

einer psychotherapeutischen Behandlung gewahrt bleibt. Eine quartalsbezogene Überweisungsabhängigkeit oder gar Berichtspflicht an den Hausarzt ist damit nicht zu vereinbaren. Zu überprüfen sind auch die Einschränkungen des Erstzugangsrechts zum Psychotherapeuten in Hausarztverträgen. Schließlich ist die Kooperation zwischen Psychotherapeut und Hausarzt aufgrund der Konsiliarpflicht bereits gesetzlich implementiert und bedarf keiner zusätzlichen vertraglichen Regelung.

Fazit von Vorstand und Delegierten: Hausarztmodelle sind eine Versorgungsoption für psychisch kranke Menschen – soweit und sofern es gelingt, Qualitätsanforderungen an Hausärzte, Kooperationsvereinbarungen und Screeninginstrumente zu vereinbaren, die einen qualitativen Unterschied für die Patienten ermöglichen.

Elektronischer Heilberufsausweis

Hier konnten die Psychotherapeuten seit dem letzten DPT einen Erfolg verbuchen. Es ist gelungen, mit dem Verwaltungsvereinfachungsgesetz die Psychotherapeuten neben anderen verkammerten Heilberufen in die gesetzlichen Regelungen aufzunehmen. Dies ist ein wichtiger Schritt zur Anerkennung der Psychotherapeuten als gleichberechtigter Heilberuf. Leider ist es nicht gelungen, den Gesetzgeber davon zu überzeugen, dass nun ein zweiter Schritt notwendig ist. Wenn Psychotherapeuten elektronische Heilberufsausweise haben und für ihre Arbeit Zugriff auf die elektronische Gesundheitskarte der Patienten brauchen, dann ist es logisch, sie auch gleichberechtigt an der Gestaltung einer bundesweiten Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur im Gesundheitswesen zu beteiligen. Dafür müssten die Psychotherapeuten Mitglieder der Gematik sein. Sie sind mit Unterstützung der Selbstverwaltung in den Beirat berufen worden, aber noch kein gleichberechtigter Gesellschafter. Hier liegt also, so machte der Vorstand deutlich, ein wichtiges Feld für Lobbyarbeit der Kammern auf Bundes- und Landesebene. Dabei geht es nicht nur um technische Lösungen, sondern auch um die gesundheitspolitische Einordnung der neuen Technologie.

Die Delegierten verabschiedeten auch dazu eine Resolution. Sie sehen in neuen Formen der elektronischen Kommunikation durchaus eine Chance für eine verbesserte interdisziplinäre und sektorenübergreifende Kooperation, die eine verbesserte Versorgung der Patienten ermöglicht. Allerdings nur, wenn das Recht zur informationellen Selbstbestimmung und der Schutz der Patientendaten gesichert bleibt. Ein Psychotherapeut muss seinen Patienten zusichern können, dass auch elektronisch gespeicherte Informationen über seinen Gesundheitszustand absolut vertraulich bleiben (www.bptk.de).

Strukturreform der BPTK

Neben den sozial- und gesundheitspolitischen Themen war der zweite wichtige Themenkomplex ein Vorschlag zur Strukturreform der BPTK. Der Vorschlag zielt darauf, dass künftig die Delegiertenversammlung einen fünfköpfigen geschäftsführenden Vorstand wählt. Dieser Vorstand führt die laufenden Geschäfte der BPTK auf der Basis der Beschlüsse der Deutschen Psychotherapeutentage und der Beschlüsse eines Bundesvorstandes, dessen „geborene“ Mitglieder die PräsidentInnen der Landeskammern werden. Der so um 13 Mitglieder erweiterte Bundesvorstand soll insbesondere die Kooperation zwischen Bundes- und Landesebene stärken. Die Antragsteller gehen davon aus, dass der künftig weisungsgebundene geschäftsführende Vorstand durch den erweiterten Bundesvorstand in seiner Handlungsfähigkeit gestärkt wird. Der zum jetzigen Zeitpunkt aus 11 PräsidentInnen zu bildende Bundesvorstand soll verstärkt werden durch zwei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die eine beratende Stimme haben sollen. Die Antragsteller gehen von einer für den Bundeshaushalt kostenneutralen Umsetzung ihres Antrages aus, da die mit der Erweiterung des Bundesvorstandes entstehenden Kosten durch die Landeskammern getragen werden sollen.

Der wichtigste Anlass für den Antrag ist Kritik am Bundesvorstand, der – so die Antragsteller – eine unzureichende Informationspolitik betreibt. Hieraus resultiert ein Demokratiedefizit und eine geringe Machtkontrolle des Bundesvorstandes.

Außerdem, so die Antragsteller, sei der Länderrat (Gremium der PräsidentInnen der Landeskammern) nur bedingt aktionsfähig, da er zwar ein Ort des Informations- und Meinungsaustausches der PräsidentInnen sei, jedoch seine Beschlüsse für den Bundesvorstand derzeit nur Empfehlungscharakter hätten. Erst mit der Bildung eines erweiterten Vorstandes wäre es möglich, wirklich alle Landesinteressen auf Bundesebene gebündelt zur Geltung zu bringen. Als Vorbild für den Strukturvorschlag gilt den Antragstellern die Bundesärztekammer.

In der anschließenden intensiven Diskussion sahen einige Delegierte ihrerseits in den neuen Strukturen die Gefahr eines Demokratiedefizits aufgrund geschmälerter Einflussmöglichkeiten der Delegierten. Ein Bundesvorstand aus LandespräsidentInnen werde nicht mehr direkt durch die Delegierten gewählt und könne damit auch nicht mehr direkt für seine Arbeit zur Verantwortung gezogen werden. Auch die Beteiligungsrechte der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten galten vielen als nicht adäquat berücksichtigt. Einzelne Delegierte kritisierten, dass die Stimmengewichtung im neuen Bundesvorstand (eine Stimme pro Kammer) nicht der länderspezifischen Stimmengewichtung in der Delegiertenversammlung entspreche. Problematisiert wurde auch die künftige Größe des Vorstandes, die wahrscheinlich zu einer eingeschränkten Handlungsfähigkeit und damit einhergehend einer Verlangsamung der Reaktionszeit im politischen Geschäft führen dürfte.

Letztlich verständigte sich der 5. Deutsche Psychotherapeutentag darauf, zu Strukturfragen keinen Beschluss zu fassen. Man verlängerte die in der Satzung vorgesehene Erprobungsklausel von zwei auf vier Jahre. Damit besteht die Möglichkeit, sich noch zwei Jahre intensiv mit der Struktur der BPTK auseinanderzusetzen und sie ggf. mit einfacher Mehrheit zu ändern. Ob und in welchem Umfang ein Änderungsbedarf besteht, soll ein Ausschuss klären. Die Delegierten einigten sich auf einen siebenköpfigen Ausschuss, in dem u. a. Vertreter der Antragsteller der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und des Bundesvorstandes vertreten sind. Arbeitsergeb-

nisse sollen auf dem 7. DPT vorgestellt werden.

Haushalt 2004 und Rücklagenbildung

Trotz der intensiven gesundheits- und berufspolitischen Diskussion erledigte der 5. DPT seine Hausaufgaben. Auf der Basis des vorliegenden Haushaltsberichtes für das Jahr 2004 und dem einstimmigen Votum des Finanzausschusses (2 Enthaltungen) wurde der Bundesvorstand einstimmig entlastet. Der 5. DPT griff die um die Rücklagenbildung der BPTK geführte Diskussion des 4. DPT auf. Auftragsgemäß hat der Finanzausschuss dem 5. DPT einen Vorschlag unterbreitet. Nach intensiver Diskussion und Unterstützung durch einen externen Experten kam der Finanzausschuss zu dem Ergebnis, dass zur Sicherung der Liquidität die BPTK eine Rücklage in Höhe von mindestens 25 % der Aufwendungen des Haushaltes ausreichen dürfte. Der 5. DPT forderte den Vorstand auf, durch Einsparungen im Haushalt 2005 sicherzustellen, dass bereits Ende dieses Jahres die Rücklage in Höhe von 25 % des Haushaltsvolumens erreicht wird. Auch dieser Beschluss wurde einstimmig gefasst.

Aktualisierung der Musterfortbildungsordnung

Der 5. DPT hat auf Vorschlag der Fortbildungskommission die Kategorien von Fortbildungsveranstaltungen und ihre Bewertung weiterentwickelt. Die Aktualisierung dient insbesondere dem Ziel, die gegenseitige Anerkennung von Fortbildungspunkten zwischen Psychotherapeuten- und Ärztekammern zu erleichtern und eine Gleichbehandlung von Psychotherapeuten und Ärzten zu garantieren. Der Vorschlag der Kommission wurde mit großer Mehrheit angenommen (Abdruck in dieser Ausgabe). Außerdem beauftragte der 5. DPT die Fortbildungskommission, sich in ihrer weiteren Arbeit den Schwerpunktthemen

- Pflege und Aktualisierung der Musterfortbildungsordnung,
- Curriculare Fortbildung,
- Abgrenzung von Fort- und Weiterbildung

zu widmen. Auch dieser Antrag wurde mit großer Mehrheit angenommen.

Novellierung GOÄ/GOP

Die notwendige Debatte um politische Themen, die aktuell in die entscheidende parlamentarische Beratungsphase laufen, und die intensive Diskussion um die Struktur der BPTK nahmen so viel Raum ein, dass für andere, auf der Tagesordnung stehen-

de Themen keine Zeit mehr blieb. Die Musterberufsordnung und Musterweiterbildungsordnung werden auf dem nächsten DPT in Hamburg am 15.10.2005 zu diskutieren sein. In eigener Sache verabschiedete der Deutsche Psychotherapeutentag noch eine Stellungnahme zur dringend

erforderlichen Novellierung der GOÄ/GOP. In einer gemeinsamen Aktion mit der Bundesärztekammer hoffen die Delegierten, das Bundesgesundheitsministerium davon zu überzeugen, dass es sich endlich dem dringend bestehenden Handlungsbedarf widmet (www.bptk.de).

Aktualisierung der Musterfortbildungsordnung

Die Delegierten des 5. DPT haben auf Empfehlung der Fortbildungskommission der BPTK folgende Änderungen der Musterfortbildungsordnung beschlossen:

■ Anhang 1, Kategorie C und D

Die bisherigen Kategorien C und D werden zusammengefasst zur neuen Kategorie C.

Der elektronische Datenaustausch zwischen Landespsychotherapeutenkammern und Landesärztekammern im Rahmen der Veranstaltungszertifizierung soll durch eine

Angleichung der Veranstaltungskategorien erleichtert werden.

■ Anhang 1, Kategorie C und D

Die Vergabe von Zusatzpunkten in den Kategorien C und D (Kategorie C neu) wurden entsprechend der Bepunktung der Ärztekammern geändert („Ein Zusatzpunkt für bis zu vierstündige Veranstaltungen“).

Mit der bisherigen Formulierung („Ein Zusatzpunkt für mindestens vierstündige Veranstaltungen“) wurden die von de Ärzte-

kammer zertifizierten Veranstaltungen höher bepunktet als die von den Psychotherapeutenkammern zertifizierten. Dies führte zu einer Benachteiligung der Psychotherapeuten.

Geschäftsstelle

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

Anlage 1 MFbO: Kategorien von Fortbildungsveranstaltungen und deren Bewertung

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



Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

im vierten Jahr der Kammerarbeit können wir Ihnen in diesem Heft erste Ergebnisse der beiden großen Mitgliederbefragungen vorstellen, die von den Ausschüssen ‚Psychotherapie in Institutionen‘ und ‚Qualitätssicherung‘ durchgeführt worden sind. Bereits jetzt liegen aufschlussreiche Zahlen vor, über deren Analyse und Bewertung wir in den nächsten Ausgaben weiter berichten werden.

2005 ist zugleich auch in Baden-Württemberg das Jahr, in dem die Amtsperiode aller Gremien der Landespsychotherapeutenkammer zu Ende geht. In der Zeit vom 17. Oktober bis 11. November 2005 finden die Kammerwahlen statt. Die Auslegung des Wählerverzeichnisses erfolgt ab 1. September in der Geschäftsstelle. Wahlvorschläge müssen bis zum 14. September vorliegen. Alle Kammermitglieder wurden darüber ausführlich schriftlich informiert.

Aus der laufenden Kammerarbeit ist folgendes zu berichten: Im Gemeinsamen Beirat der Landesärztekammer und der Landespsychotherapeutenkammer, der 2002 mit einer Amtsperiode von 4 Jahren konstituiert wurde, ging der Vorsitz 2005 turnusgemäß von Frau Dr. med. Birgit Clever an Frau Dipl.-Psych. Mareke de Brito Santos-Dodt über. Der Gemeinsame Beirat hat die Aufgabe, die Zusammenarbeit der Berufsgruppen zu fördern und die Organe beider Kammern bei deren Aufgabenerfüllung in den psychotherapielevanten Fragestellungen zu

unterstützen. Dementsprechend beschäftigte sich der Ausschuss zuletzt mit der Umsetzung der Fortbildungsordnung und Sicherstellung der gegenseitigen Anrechenbarkeit von Fortbildungsveranstaltungen. Aktuelles Thema ist die Begutachtungspraxis bei psychoreaktiven Traumafolgen; auch hier wurde beiden Kammern eine einheitliche Festlegung der Kriterien empfohlen. Wir werden im nächsten Journal ausführlich darüber berichten.

Zur Mitarbeit in der Arbeitsgruppe Prävention des Gesundheitsforums Baden-Württemberg wurde kürzlich Prof. Dr. Reiner Bastine vom Psychologischen Institut der Universität Heidelberg als Vorstandsbeauftragter benannt. Wir wünschen ihm für seine Arbeit viel Erfolg.

Für die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen brachte die Umstellung auf den EBM 2000 plus auch gleich Ärger mit sich: die Kassenärztliche Vereinigung hatte nämlich nicht dafür gesorgt, auch ihnen die ab 1. April gültigen neuen Abrechnungsscheine automatisch zuschicken zu lassen. Der Kammervorstand sah sich aufgrund der zahlreich und zu Recht eingegangenen Beschwerden veranlasst, in dieser Angelegenheit den Beratenden Fachausschuss Psychotherapie bei der KV einzuschalten.

Die Einladungen zu den Einführungsveranstaltungen zur Berufsordnung, die bis Ende Juli an insgesamt acht Orten im Land angeboten werden, finden eine erfreulich starke Resonanz und belegen das

Interesse der Kolleginnen und Kollegen, sich mit den nunmehr festgeschriebenen Rechten und Pflichten der Berufsausübung vertraut zu machen. Die Rückmeldungen bestätigen uns darüber hinaus, wie wichtig es ist, vor Ort mit den Kolleginnen und Kollegen in den Dialog zu treten und als Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen.

Auf Initiative der Landespsychotherapeutenkammer wurden die so genannten Indikatoren der Gesundheitsberichtserstattung unserer Berufsgruppen nun entsprechend korrigiert. In der bisherigen Fassung waren z.B. die beiden Berufsgruppen der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zusammen in der Rubrik „nichtärztliche Psychotherapeuten“ geführt. Dieser Missstand konnte behoben werden. Zugleich wurde in guter Kooperation mit dem Landesgesundheitsamt die gesamte Darstellung der Psychotherapie, die sich primär an zum Teil überholten Systematiken der Psychiatrie und Psychosomatik orientierte, entsprechend überarbeitet und ergänzt.

Mit freundlichem Gruß aus Stuttgart,

Ihr Kammervorstand:

*Detlev Kommer,
Dietrich Munz,
Thomas Fydrich,
Trudi Raymann,
Mareke de Brito Santos-Dodt*

Erste Ergebnisse der Befragung der in Institutionen tätigen Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen in Baden Württemberg

Um die Belange der in Baden-Württemberg in Institutionen arbeitenden PP und KJP effizienter vertreten zu können, wurde vom

Ausschuss PTI im Jahr 2004 eine Befragung durchgeführt. Der Rücklauf war erfreulich hoch: 1.014 Fragebögen wurden

zurückgeschickt, das entspricht einer Quote von ca. 55% (bei ca. 1.850 PP/KJP, die in BW in Institutionen arbeiten).

Im Folgenden werden einige wichtige Ergebnisse der Befragung vorgestellt.

52% der PP/KJP sind weiblich, 48% sind männlich. Das mittlere Lebensalter beträgt ca. 48 Jahre, wobei die weiblichen PP/KJP im Mittel ca. 2 Jahre jünger sind als die männlichen. Eine detaillierte Altersverteilung ist Abb. 1 zu entnehmen.

87% der KollegInnen verfügen über eine Approbation als PP, 23% als KJP; ca. 9% sind doppelapprobirt.

94% befinden sich in einem Angestelltenverhältnis, 5% in einem Beamtenverhältnis und 1% ist gegenwärtig ohne Beschäftigung. 12% der angestellten PP/KJP sind zusätzlich in einer niedergelassenen Praxis tätig. 92 % der KollegInnen befinden sich in einem unbefristeten Arbeitsverhältnis.

Bei der Nennung der Gehaltsstufen geben 79% der KollegInnen an, in BAT IIb, IIa, II, Ib, KR XIII, A13, oder A14 eingruppiert zu sein. Eine höhere Gehaltsstufe geben 8%, eine niedrigere 13% an.

51% der PP/KJP üben in ihrer Institution keine Leitungsfunktion aus, 22% haben die therapeutische Leitung, 17% eine institutionelle Leitungsfunktion, 9% üben die Leitungsfunktion institutionell und therapeutisch aus.

Die häufigste Fachaufsicht der PP/KJP wird mit 35% von Ärzten ausgeübt, dann folgt mit 26% die Fachaufsicht durch PP/KJP. Bei ca. 14% übt die Verwaltung die Fachaufsicht aus, bei ca. 7% sind dies Diplompsychologen ohne Approbation.

Bei den Angaben zur Wochenarbeitszeit gaben lediglich 48% an, in Vollzeit zu arbeiten, 52% der KollegInnen befinden sich in einer Teilzeitbeschäftigung mit sehr unterschiedlichen Wochenarbeitszeiten. Daher wurde noch eine Kategorisierung in halbe und dreiviertel-Stellen vorgenommen (vgl. Abb. 2).

Die Arten der Institutionen wurde zunächst durch Vorgabe der „Hauptinstitutionen“ Rehaklinik, Krankenhaus und Uniklinik erfasst. In Kliniken und Krankenhäusern ar-

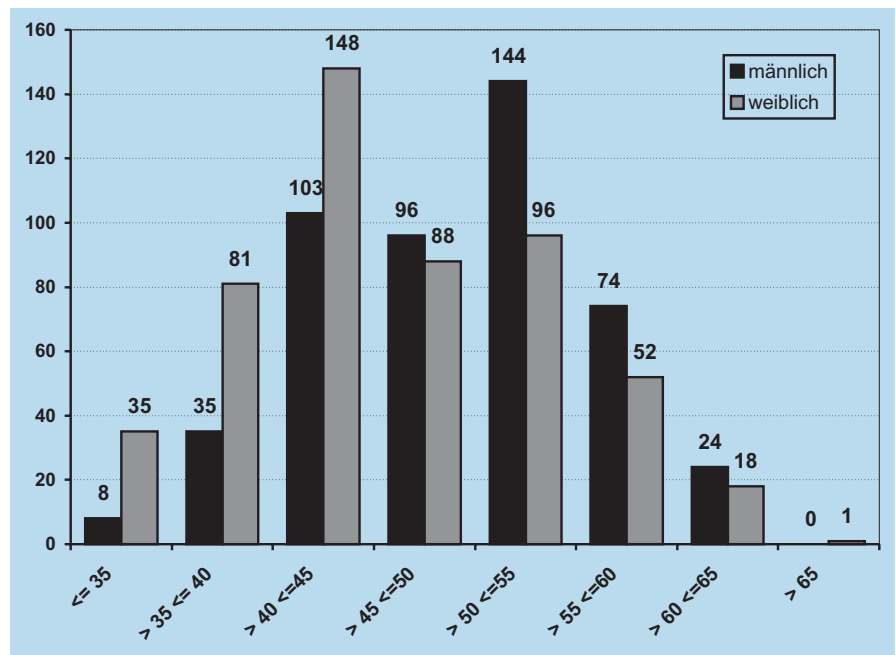


Abbildung 1: Altersverteilung der PP/KJP in Institutionen (Absolute Häufigkeiten)

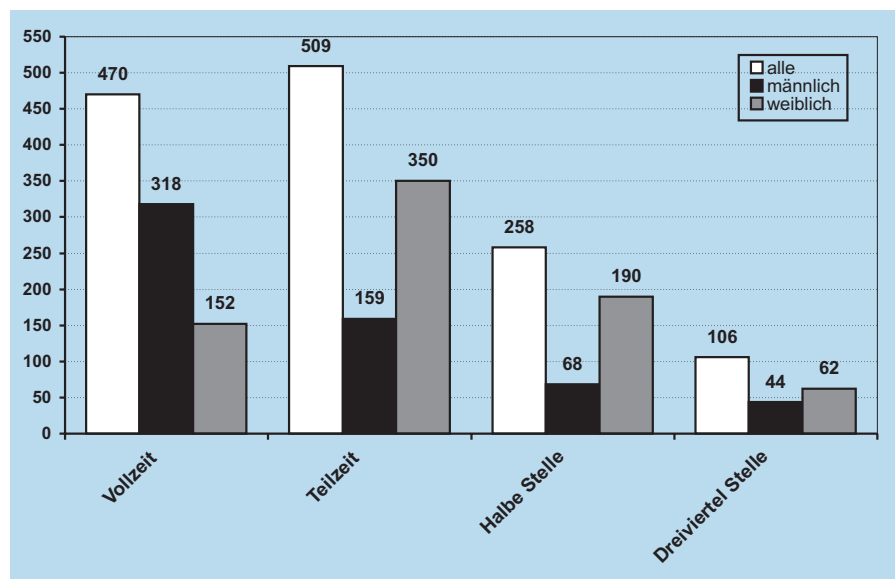


Abbildung 2: Voll- und Teilzeit der PP/KJP in Institutionen (Absolute Häufigkeiten)

Hauptinstitution	Häufigkeit	Prozent
Rehaklinik	261	25,7
Krankenhaus	200	19,7
Uniklinik	76	7,5
arbeitet dort im Bereich		
Psychotherapie/Psychosomatik	151	14,9
Psychiatrie Erwachsene	130	12,8
Sucht	128	12,6
Neurologie	64	6,3
Orthopädie	59	5,8
Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie	37	3,6
Herz-Kreislaufkrankungen	32	3,2
Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie	29	2,9

Tabelle 1: Anzahl der PP/KJP in „Hauptinstitutionen“ (im zweiten Teil „Bereich“ waren Mehrfachnennungen möglich)

andere Institutionen	Häufigkeit	Prozent
Psychologische Beratungsstelle	258	25,4
Suchtberatung	39	3,8
Sonstige Beratungsstelle	46	4,6
Heim	90	8,9
Sonstige Institution	54	5,3
Schule	37	3,6
Universität	33	3,3
Jugendamt	17	1,7
Strafvollzug	15	1,5
Verkehrspsychologie	1	0,1

Tabelle 2: Anzahl der PP/KJP in „anderen Institutionen“

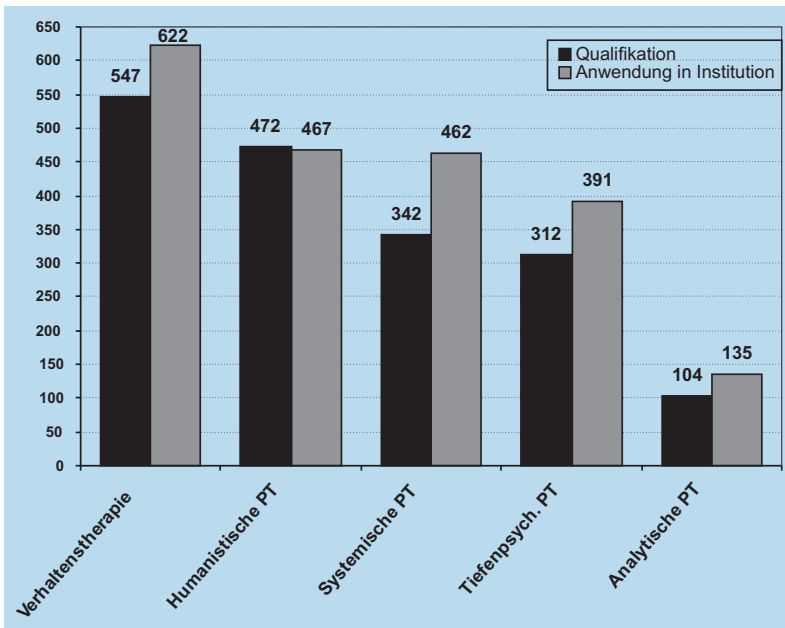


Abbildung 3: Qualifikation und Anwendung der PP/KJP in Psychotherapieverfahren (Absolute Häufigkeiten)

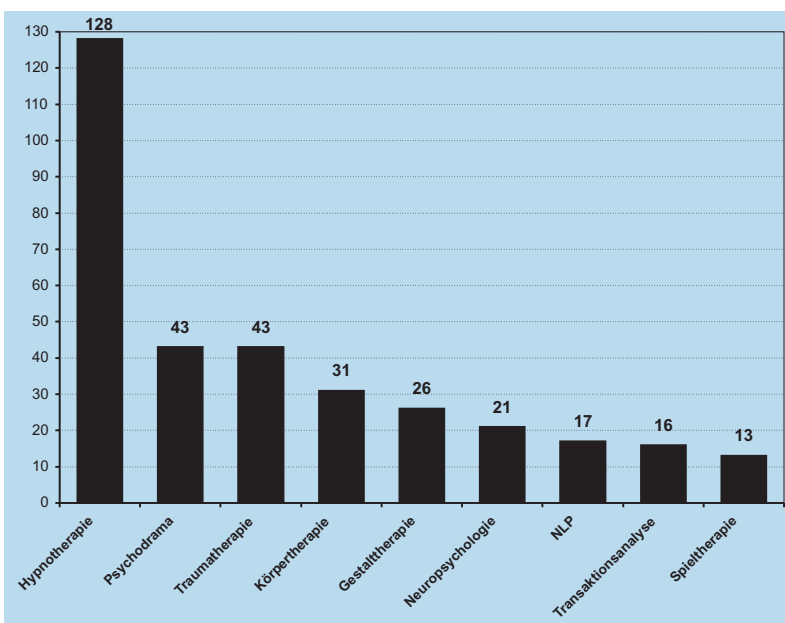


Abbildung 4: Qualifikation und Anwendung der PP/KJP in Psychotherapieverfahren; Verfahren in freier Nennung

beiten 53% der KollegInnen (vgl. Tab. 1). Bei den „anderen Institutionen“ (vgl. Tab. 2) fällt die hohe Anzahl der PP/KJP in Beratungsstellen auf; hier arbeiten fast 34% der KollegInnen.

Bei der Frage nach der Anwendung und Qualifikation in psychotherapeutischen Verfahren wurden zunächst die Hauptverfahren Analytische Psychotherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie / Kognitive Therapie, Humanistische Psychotherapie (inkl. Gesprächspsychotherapie) und Systemische Therapie erfasst. Am häufigsten wurde hier die Verhaltenstherapie genannt, gefolgt von humanistischen Psychotherapieverfahren und Systemischer Therapie. Fasst man aber die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die Analytische Psychotherapie zur „Psychodynamischen Psychotherapie“ zusammen, so wird diese am dritthäufigsten noch vor der Systemischen Therapie genannt (vgl. Abb. 3).

Bei den Psychotherapieverfahren, die frei genannt werden konnten, gab es sehr viele unterschiedliche Angaben für Qualifikation und Anwendung. Hier war eine aufwändige Kategorisierung notwendig. Am häufigsten wurden die hypnotherapeutischen Verfahren genannt. In Abb. 4. sind Verfahren mit mindestens 10 Nennungen berücksichtigt worden; dabei gaben alle KollegInnen mit Qualifikation in einem dieser Verfahren an, dass dieses auch in ihrer Institution zur Anwendung kommt.

Ausschuss für Psychotherapie in Institutionen: Dr. Roland Straub (Vors.), Dr. Karl-Eugen Graf (Stv.V.), Dr. Dieter Horch, Elisabeth Noeske, Jürgen Pitzing, Andreas Schale, Prof. Dr. Rudi Wagner, Dr. Dietrich Munz (Vorstandsbeauftragter).

Erste Ergebnisse der Befragung zu Methoden der Qualitätssicherung in der Psychotherapie

Im Mai 2004 wurde ein Fragebogen zur Nutzung und Beurteilung verschiedener Formen der Qualitätssicherung (QS) an die Mitglieder der LPK Baden-Württemberg versandt. Erste Ergebnisse beziehen sich auf die Gesamtstichprobe von $n=1.481$, wovon 62% weiblich sind. Das durchschnittliche Lebensalter beträgt 49,7 Jahre (28 – 82). Die durchschnittliche Berufserfahrung im psychotherapeutischen Bereich liegt bei 17,6 (0 – 49 Jahre). Im Mittel sind die an der Umfrage teilnehmenden Kolleginnen und Kollegen zu ca. 80% im Bezug zu ihrer Gesamtarbeitszeit psychotherapeutisch tätig. Fast 80% der Kolleginnen und Kollegen arbeiten dabei mehr als 50% ihrer Arbeitszeit psychotherapeutisch. Bei den psychotherapeutischen Tätigkeitsbereichen bildet die niedergelassene Tätigkeit mit 68,2% der antwortenden Kolleginnen und Kollegen einen Schwerpunkt. 9,5% der antwortenden Kolleginnen und Kollegen haben ihren psychotherapeutischen Schwerpunkt in einer Beratungsstelle und 15,0% in einer Klinik. 65,1% haben eine Kassenzulassung. Von ihnen haben 42,4% die Zulassung für Verhaltenstherapie, 37,8% die Zulassung für Psychoanalyse und Tiefenpsychologie und 17,5% die für Tiefenpsychologie alleine. Von denjenigen mit einer Kassenzulassung geben 57,8% an, nur mit Erwachsenen zu arbeiten, 19,8% arbeiten nur mit Kindern und 18,3% sowohl mit Kindern als auch mit Erwachsenen. Die

vorliegende Stichprobe ist somit für Aussagen im Hinblick auf Methoden der QS in der Psychotherapie gut geeignet.

Hinsichtlich der genutzten Methoden der QS bestehen Gemeinsamkeiten vor allem darin, dass fast alle eine Form der Supervision (97,1%) und dass fast alle Fort- und Weiterbildung (96,2%) als Methode von QS nutzen. Die Daten spiegeln wider, dass Supervision und Fort- und Weiterbildung zu den Methoden der persönlichen Weiterentwicklung und Erhaltung der therapeutischen Professionalität gehören. Unterschiede lassen sich hinsichtlich der gewählten Methoden der Dokumentation und Evaluation (Berichte im Rahmen des GAV, Psychometrische Verfahren, Basisdokumentation, Verlaufs- und Abschlussdokumentation, Katamnesen) finden, wenn gleich am Ende der Therapie Abschlussgespräche einen obligatorischen Charakter für 96,4% der Kolleginnen und Kollegen haben. Die Unterschiede scheinen einerseits über die Art der Zulassung (PA, VT, TP) bedingt zu sein, andererseits auch hinsichtlich des psychotherapeutischen Arbeitsgebietes (ambulant, Beratungsstelle, Klinik). Hier werden weitere differentielle Auswertungen nötig sein. Das Gutachterverfahren (GAV) wird von den zugelassenen Therapeutinnen und Therapeuten wegen des verpflichtenden Charakters genutzt, andererseits ist die Bewertung der Nützlichkeit im Vergleich zu den anderen

Methoden der Dokumentation und Evaluation über alle Verfahren hinweg eher gering. Etwa die Hälfte der befragten Kolleginnen und Kollegen nutzen psychometrische Verfahren regelmäßig. In der Begründung für die Nicht-Nutzung werden inhaltliche Gründe angeführt (keine Relevanz, andere Informationen bevorzugt, störender Charakter), aber auch wirtschaftliche (kein angemessenes Honorar).

Die Ergebnisse zum jetzigen Stand der Auswertung zeigen, dass Fragen der Qualitätssicherung – unabhängig von gesetzlichen Initiativen – die Kolleginnen und Kollegen beschäftigen und dass eine Vielzahl der Kolleginnen und Kollegen Qualitätssicherung auf einem hohen Niveau betreibt. Gleichzeitig gibt es hinsichtlich der Nutzung von Methoden der Qualitätssicherung deutliche Unterschiede. Diese werden vom Qualitätssicherungsausschuss noch detaillierter analysiert; ebenso wie die Vielfalt der frei gegebenen Antworten bei entsprechenden Fragen.

Ausschuss für Qualitätssicherung: Sibille Seeger (Vorsitzende), Prof. Dr. Franz Caspar (Stellv. Vorsitzender), Prof. Dr. Reiner Bastine, Dr. Lisbeth Klöß-Rottmann, Dr. Jan Meyerberg, Ursula Neumann, Werner Wiegand, Prof. Dr. Thomas Fydrich (Vorstandsbeauftragter), Dr. Jürgen Schmidt (Referat Fortbildung und Qualitätssicherung).

Urteil des Verwaltungsgerichtes Karlsruhe zum Kammerbeitrag

Das Verwaltungsgericht (VG) Karlsruhe (Az.: 9 K 1552/03) hat in seinem Urteil vom 16.03.2005 die Klage eines halbtags angestellt beschäftigten Kammermitglieds auf

Ermäßigung seines Kammerbeitrags abgewiesen. Das Gericht hat dabei festgestellt, dass unabhängig von Art und Umfang der Beschäftigung ein einheitlicher Mitgliedsbei-

trag vertretbar ist. Weiterhin ist bei Anträgen auf Ermäßigungen, sofern ein Härtefall geltend gemacht wird, das Familieneinkommen zu berücksichtigen.

2. Landespsychotherapeutentag am 9. Juli 2005 in Stuttgart

Das Programm des 2. Landespsychotherapeutentages am 9. Juli 2005 im Haus der Wirtschaft in Stuttgart steht inzwischen fest. Die Veranstaltung findet unter dem Rahmenthema „Förderung psychischer Gesundheit – Prävention psychischer Störungen“ statt und umfasst Vorträge und eine Podiumsdiskussion am Vormittag so-

wie mehrere parallel stattfindende Workshops am Nachmittag. Wir laden Sie herzlich dazu ein. Für die Teilnahme am Landespsychotherapeutentag werden 10 Fortbildungspunkte anerkannt. Nähere Details zur Veranstaltung und zur Anmeldung entnehmen Sie bitte dem **Programm auf der Internetseite** der Kammer: lpk-bw.de.

Geschäftsstelle

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



Mitteilungen der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Versorgungswerk: Aller guten Dinge sind drei!

Zum dritten Mal hat sich die Delegiertenversammlung (DV), nunmehr bei einer außerordentlichen Sitzung am 4. Mai 2005, mit dem Thema Versorgungswerk beschäftigt. Nachdem bei den bisherigen Beratungen geklärt werden konnte, dass es ein Versorgungswerk unter dem Dach der bayerischen Versorgungskammer geben soll, stand nun die Frage der genauen Umsetzung im Mittelpunkt. Nach sorgfältigen Beratungen in der Versorgungskammer und mit dem Vorstand der Psychotherapeutenkammer schien ein Zusammengehen mit dem bereits bestehenden Versorgungswerk der Bauingenieure unter dem Dach der bayerischen Versorgungskammer die beste Lösung. Die außerordentliche DV war nunmehr notwendig geworden, um zu gewährleisten, dass die notwendigen Schritte zur Gesetzesänderung noch vor der Sommerpause gestartet werden können, damit der Start des Versorgungswerkes möglichst noch zum Jahresende erfolgen kann.

Die Versammlung wurde mit der Vorstellung der Umsetzungsalternativen (Anschluss an bestehendes Versorgungswerk, Gründung eines eigenen Versorgungswerkes) begonnen. Herr Baader und Herr König als Vertreter der bay. Versorgungs-

kammer stellten beide Modelle vor. Der Anschluss an ein bestehendes Versorgungswerk bietet eine Reihe von deutlichen Vorteilen. Durch die bereits bestehende Verwaltungsstruktur können die dort vorliegenden Erfahrungen genutzt und eine Einbindung in eine stärkere Versicherungsgemeinschaft erreicht werden. Vergleichsrechnungen zeigen zudem, dass mit dieser Version die Verwaltungskosten ganz erheblich gesenkt werden können und damit für jedes einzelne Mitglied eine deutlich höhere Rentenanswartschaft bei gleichen Einzahlungen zur Verfügung steht.

Nachteile sind die geringere berufsspezifische Eigenständigkeit, die geringeren Mitspracherechte und der etwas aufwendigere Gründungsprozess.

Eine intensive Diskussion und Abwägung der Vor- und Nachteile der Alternativen im Plenum schloss sich an. Schließlich haben sich die Delegierten einstimmig für den Anschluss an das Versorgungswerk der Bayerischen Ingenieurversorgung-Bau ausgesprochen. Über weitere Details zu den Planungen werden wir in einem Mitglieder-rundschreiben gesondert informieren.



Abstimmung zum Anschluss an das Versorgungswerk der Bauingenieure; Foto: Peter Lehndorfer

Erster Landespsychotherapeutentag am 12.11.05 in München

Die Planungen und Vorbereitungen für den ersten Landespsychotherapeutentag kommen gut voran. Wir haben das Thema „Psychotherapie im Wandel des Gesundheitssystems am Beispiel der Depression“ gewählt. Für eine angenehme universitäre Atmosphäre für diese Fachtagung haben

wir uns für Räumlichkeiten im Hauptgebäude der Ludwig-Maximilians-Universität in München entschieden, die zentral liegen und gut mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen sind. Das Programm finden Sie auf der Homepage und im nächsten Mitgliederrundschreiben.

Ausschuss „Psychotherapeuten in Institutionen“

Auf Initiative des Ausschusses fand am 16. Februar des vergangenen Jahres ein „Runder Tisch“ statt, an dem Vertreter des bayerischen Landtages, der bayerischen Bezirke, des bayerischen Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, der Krankenkassen, der Träger, der Be-

troffenen- und Angehörigenverbände und Mitarbeiter eines sozialpsychiatrischen Dienstes teilnahmen. Das Eingangsstatement und die anschließenden Diskussionsbeiträge sind in einer Broschüre der Landeskammer dokumentiert.

Ein Ergebnis dieser Veranstaltung ist die Anhörung am 04.03.04 im Ausschuss für Sozial-, Gesundheits- und Familienpolitik zum Thema „Sicherung der ambulanten sozialpsychiatrischen Versorgung psychisch Kranker und psychisch Behinderter“. Zu diesem Termin waren Vertreter der Kammer bzw. des Ausschusses „Psychotherapeuten in Institutionen“ eingeladen (siehe auch Sitzungsprotokoll des bayerischen Landtages).

In der Folge kam es dann nicht zu den befürchteten Radikalkürzungen bei den sozialpsychiatrischen Diensten, wohl aber zu einem Stellenabbau von ca. 26 Stellen in ganz Bayern. Da weiterhin eine Reduktion der Finanzen und eine damit verbundene Verschlechterung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter zu befürchten sind, hat sich der Ausschuss zum Ziel gesetzt, die Relevanz der Arbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDis) und der Suchtberatungsstellen für die Öffentlichkeit transparenter zu machen und den Stellen durch überregionale Veranstaltungen die Chance einer Selbstreflexion und Selbstorganisation zu ermöglichen.

Dazu plant der Ausschuss eine Bestandsaufnahme der Beratungsstellen und SpDis durchzuführen und Versorgungsaufgaben und -umfang durch die Dienste zu erfassen. In diesem Zusammenhang sind zentrale Veranstaltungen jeweils für die SpDis und die Suchtberatungsstellen angedacht. Dabei sollen Vertreter aller Leistungserbringer an einen Tisch gebracht werden, damit sie ihre Situation gemeinsam reflektieren und sich für die Zukunft besser positionieren können.

Kommunales Entlastungsgesetz

Die Kammer hat sich auf unterschiedlichen Ebenen gegen den von Bayern und anderen Bundesländern im Bundesrat eingebrachten Gesetzesentwurf zur Entlastung der Kommunen im Sozialen Bereich (KEG) engagiert.

Einsparungen im sozialen Bereich gehen vor allem zu Lasten der Kinder und Jugendlichen aus schwächeren Einkommensschichten, weil diese nicht mehr unmittelbaren Zugang zu Beratungsdiensten erhalten können. Geplant ist Kostenbeteiligung sowie Offenlegung der Einkommensverhältnisse der Eltern, so dass die Niedrigschwelligkeit, Verfügbarkeit und Erreichbarkeit der Angebote nicht mehr gewährleistet erscheint. Gerade vor dem Hintergrund, dass die beratenden Angebote im KJP-Bereich oft präventiven Charakter haben, erscheinen die Maßnahmen nicht zielführend. In Abstimmung mit der Bundespsychotherapeutenkammer wurde eine entsprechende Stellungnahme an die Vertreter der bayerischen Landes- und Bundespolitik versandt.

Ausschuss für „Aus-, Fort- und Weiterbildung“

Im Mittelpunkt der Ausschussarbeit stand die Entwicklung der Fortbildungsordnung und deren Anpassungen an die Musterfortbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer und an die Fortbildungsordnung der Bayerischen Landesärztekammer. Der Ausschuss hat die Geschäftsstelle der Landespsychotherapeutenkammer bei der Ausarbeitung der Antragsformulare unterstützt, an der Entwicklung eines Akkreditierungsvertrages mitgearbeitet sowie für die Homepage der Kammer häufig gestellte Fragen und zugehörige Antworten erarbeitet. Einzelne Ausschussmitglieder gaben Beratung bei der telefonischen Hotline.

In letzter Zeit befasste sich der Ausschuss detailliert mit der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer. Derzeit sieht er keine zwingende Notwendigkeit für die Verabschiedung einer Musterweiterbildungsordnung. Das Thema sollte sensibel und sorgfältig geprüft werden, da zu befürchten ist, dass mit einer Regelung der Weiterbildung das Psychologiestudium und die postgraduierte Ausbildung abgewertet werden.

Aktuelles zur Fortbildungsrichtlinie

Wir arbeiten derzeit am nächsten Mitgliederumschreiben, das auch die neuesten

Informationen zur Fortbildungsrichtlinie, neue Antragsformulare und „Segelabweisungen“ für die häufigsten telefonischen Anfragen beinhalten wird sowie die nächsten notwendigen Schritte fürs freiwillige Fortbildungszertifikat beschreiben wird.

Für unsere neue Homepage-Version, insbesondere für den geplanten aktuellen Veranstaltungskalender, müssen gegebenenfalls noch Nacherfassungen bei den Fortbildungsanbietern erfolgen.

Die **Vereinbarung zur gegenseitigen Anerkennung von Fortbildungsveranstaltung zwischen der PTK-Bayern und der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK)** ist zum 1.3.05 in Kraft getreten (vgl. Bericht von der Gemeinsamen Kommission mit der BLÄK).

Neuorganisation der Studiengänge

Nach intensiver Prüfung hat der Vorstand sich dafür ausgesprochen, dass als Eingangsvoraussetzung für die Ausbildung zum PP bzw. KJP weiterhin ein höher qualifizierter Studienabschluss gefordert werden soll. Um die notwendige Grundqualifikation sicher zu stellen und um eine Entwertung der Berufe zu vermeiden, sollte nach einer Reform der Studiengänge daher der „Master“-Abschluss verpflichtend sein. Weiterhin wird gefordert, dass Klinische Psychologie als Studienschwerpunkt in jedem Fall wichtiger Teil des Studiums sein soll. Entgegen der derzeitigen Entwicklung soll dabei auch eine breite Berücksichtigung aller für die Psychotherapie relevanten wissenschaftlichen Richtungen und Grundlagen (z.B. Psychoanalyse, Philosophie, Soziologie, Theologie, Pädagogik, qualitative Methoden) gefordert werden.

H. Vogel, P. Lehdorfer und *N. Melcop* haben zwischenzeitlich Kontakt mit Vertretern der psychologischen Institute der Universitäten und der sozialpädagogischen Abteilungen der Fachhochschulen aufgenommen mit dem Ziel, sich über die weitere Entwicklung auszutauschen. Geplant ist ein gemeinsames Treffen dieser Vertreter in der Kammer. Im nächsten Schritt soll dann für weitere Absprachen eine Kontakt-

aufnahme mit dem bayerischen Wissenschaftsministerium erfolgen.

Psychotherapeutische Notfallversorgung und Traumabehandlung in Bayern

Wie Sie wissen, engagierte sich die Kammer Anfang des Jahres intensiv bei der Organisation der psychotherapeutischen Hilfsangebote für Opfer der Flut in Asien. Diese Katastrophe hat uns allen deutlich die Mitverantwortung unseres Berufsstandes in diesem Bereich vor Augen geführt und die Notwendigkeit, für vergleichbare Fälle vorbereitet zu sein. Deshalb haben wir die Thematik u.a. auch bei einem Termin am 21.02.05 bei dem für den Katastrophenschutz zuständigen Minister Beckstein angesprochen. Das Interesse des Innenministeriums, unsere Berufsgruppe in den Katastrophenschutz in Bayern zu integrieren, kann als derzeit eher zurückhaltend beschrieben werden. Angedacht ist von Seiten des Ministeriums, die Kammer bei der geplanten Verbesserung der Koordination der Versorgung von Traumapatienten einzubeziehen.

Zwischenzeitlich hat der Vorstand eine Kommission „Psychotherapeutische Notfallversorgung und Traumabehandlung in Bayern“ eingerichtet. Ziel der Kommission soll die Erarbeitung von Vorschlägen zur Verbesserung der Versorgung in diesem Bereich unter Berücksichtigung der vorhandenen Strukturen, Organisationen und behördlichen Zuständigkeiten sein. Dabei sind natürlich auch die vorhandene und ggf. zu fördernde Fachkompetenz und Motivation unserer Mitglieder als potentiell Mitwirkende zu berücksichtigen. In die Kommission wurden Hr. Butollo, Hr. Waldvogel und Hr. Wetzstein berufen, zuständiges Vorstandsmitglied ist Peter Lehndorfer.

Psychoonkologie-Fortbildung am 11./12.03.05

Am 11./12.03.05 fand in den Räumen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) die erste im Rahmen des Disease Management Programmes (DMP) Brust-

krebs organisierte Fortbildung Psychoonkologie statt. Sie ist als Voraussetzung für eine etwaige Beteiligung an diesem DMP anerkannt. Die Realisierung wurde durch die KVB, die bayerische Psychotherapeutenkammer (zuständiges Vorstandsmitglied: Ellen Bruckmayer) und die bayerische Landesärztekammer vorbereitend unterstützt. Die Fortbildung steht allen approbierten Psychotherapeuten offen, das DMP Brustkrebs nur den zugelassenen.

Die Durchführung lag beim Münchner Seminar für psychosoziale Onkologie. Prof. Peter Herschbach, Dr. Pia Heußner und ihr Team boten in einem kompakten und umfassenden Curriculum eine gut strukturierte, äußerlich wie innerlich sehr engagierte Fortbildung an, ergänzt durch sorgfältig vorbereitete Materialien.

Wiederholungen des einführenden Curriculums sind in der zweiten Hälfte 2005 geplant; Erfahrungen aus der ersten Veranstaltung sollen einfließen. Die nächste Veranstaltung findet am 15. (nachmittags) und am 16. Juli (ganztags) statt, wieder in den Räumen der KVB.

Weitere Informationen zu den geplanten Veranstaltungen erhalten Sie unter der Tel. Nr. 089-57093-2502 (KVB).

Nachvergütung für Vertragspsychotherapeut/inn/en: Brief der Kammer an die KVB

Der Vorstand verfasste zum Thema „Nachvergütungen“ einen Brief an die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) und äußerte seine Bedenken bzgl. der Rechtmäßigkeit der Ausbezahlung der Nachvergütung nur an diejenigen niedergelassenen Mitglieder, die Widerspruch oder Klage gegen die Honorarbescheide eingelegt hatten. Im Brief wurde die KVB aufgefordert, „alle Spielräume, die die Rechtslage bietet, auszuloten und zu nutzen, damit alle Psychologischen Psychotherapeut/inn/en und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/inn/en und auch die psychotherapeutisch tätigen Ärzt/inn/e/n eine entsprechende Nachzahlung erhalten können.“

Informationen aus der Gemeinsamen Kommission mit der BLÄK

Die wichtigste Information aus der Gemeinsamen Kommission ist, dass am 17.01.05 eine „Vereinbarung über die gegenseitige Anerkennung von Fortbildungspunkten“ konsentiert und mit Wirkung zum 01.03.05 unterzeichnet wurde. Die Kammern sind dabei übereingekommen, dass die Regelung auch für Fortbildungsveranstaltungen gilt, die vor dem 01.03.05 jeweils anerkannt wurden.

Fortbildungsveranstaltungen, die von der PTK-Bayern anerkannt sind, werden damit auch von der BLÄK anerkannt und umgekehrt.

Hinweis für Veranstalter von Fortbildungen: Damit ist es auch nicht mehr nötig, die Veranstaltungen bei beiden Kammern anerkennen zu lassen.

Außerdem wurde vereinbart, eine Fortbildungskommission einzurichten, die aus je drei Mitgliedern der BLÄK und der PTK-Bayern bestehen wird. Diese wird sich in strittigen Anerkennungsfragen beraten. Ein Gutachten darüber, ob die Familienaufstellung nach Hellinger als Fortbildung gemäß der FoBiRiLi anerkannt werden kann, hat die PTK Bayern bereits verfasst. In einer Stellungnahme hat der Vorstand Veranstaltungen zur Familienaufstellung nach Hellinger als nicht anererkennungsfähig begründet. Diese Stellungnahme wird gemeinsam von BLÄK und PTK-Bayern verwendet.

Ein Vertrag zur Regelung der Anerkennung der von den jeweiligen Landesberufskammern zuerkannten Fortbildungspunkte durch die KVen wurde bereits auf Bundesebene zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV), Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und Bundesärztekammer (BÄK) geschlossen.

Bei der Fortbildung in Psychoonkologie haben die BLÄK und die PTK-Bayern bereits gemeinsam gehandelt (s. Bericht hierzu). Auch für die Fortbildung über psychische Traumafolgen und die Fortbildung bei der psychotherapeutischen Versorgung forensischer Patienten sind gemeinsame Aktionen geplant.

In Kooperation zwischen der BLÄK und der PTK-Bayern konnte auch mit den Telefonbuchverlagen eine neue, übersichtliche und sachgerechte Struktur zur Eintragung der akademischen Heilberufe vereinbart werden. Voraussetzung ist aber weiterhin, dass die Kammermitglieder sich zuvor selbst bei den Verlagen als niedergelassene Psychologische Psychotherapeut/innen bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen/en gemeldet haben. Nur dann können die Verlage unsere so bekannten Mitglieder auch richtig zuordnen.

Prävention

Am 14.02.05 fand in München ein Forum für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz zum Thema Prävention statt. Das Bayerische Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz lud zu einer Informations- und Diskussionsveranstaltung ein, die den Zweck hatte, einem breiten Fachpublikum das Konsenspapier zur Gesundheitsförderung und Prävention in Bayern vorzustellen und die Initiative „Gesund.Leben.Bayern“ zu diskutieren. Die Kammer wurde dabei von *Angelika Wagner-Link* und *Petra Kümmler* (Geschäftsstelle) vertreten.

Im Bayerischen Landesgesundheitsrat setzte sich *N. Melcop* für eine Beteiligung der Bundespsychotherapeutenkammer im Stiftungsrat der Präventionsstiftung im kommenden Gesetz ein. In einem Beschluss des Landesgesundheitsrates wurde dann, nach ähnlichen Forderungen anderer Heilberufvertreter, die „maßgebliche Mitentscheidungsfunktion der Heilberufe auf Bundesebene im Stiftungsrat“ gefordert.

Am 1.03.05 veröffentlichte die Kammer eine Presseerklärung (s. Homepage), bei der sie sich zwar vom Grundsatz her positiv, aber in der Konkretisierung kritisch zu dem von der Bundesregierung vorgelegten Gesetzentwurf zur Stärkung der Prävention äußert.

Die Kammer unterstützte dazu auch eine Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer zum Gesetzentwurf. Hauptkritikpunkt am Gesetzesentwurf ist, dass psychologisch-psychotherapeutischer Sachverstand zu wenig berücksichtigt wird und dass dies gerade bei einem Thema, bei dem es hauptsächlich um die Änderungen von Einstellungen und Verhaltensweisen geht, unverständlich erscheint. Weiterhin scheint lediglich eine Umverteilung der Finanzierung stattzufinden, vor allem im Kinder- und Jugendlichenbereich, so dass zu befürchten ist, dass keine zusätzlichen finanziellen Impulse gesetzt werden. Auch für die geforderte Qualitätssicherung der Maßnahmenkataloge erscheint die Finanzierung ungeregelt.

Beirat „Psychologie in der Schule“

Am 15.02.05 nahm die Psychotherapeutenkammer, vertreten durch die Vizepräsidenten *Gerda B. Gradl* und *Peter Lehndorfer*, an der Gründungsveranstaltung für einen Beirat „Psychologie in der Schule“ im Kultusministerium in München teil. Am Ende der Veranstaltung wurde der Beschluss gefasst, einen entsprechenden Beirat als Beratungsgremium für das Kultusministerium zu berufen. Ziele dieses Beirats sollen u.a. sein, Visionen für eine Weiterentwicklung von Schule zu entwi-

ckeln, die gesellschaftliche und politische Realität in ihrer Relevanz für die Schule aufzugreifen und eine Vernetzung der vorhandenen Ressourcen zu bewirken. Auf der nächsten Sitzung wird über den Namen des Beirats und die weitere Konkretisierung der Ziele und Inhalte (Psychologie in der Lehrerbildung, Psychohygiene bei allen Menschen, die in der Schule tätig sind – insbesondere Lehrer, Schüler) entschieden werden.

Gutachten im Bereich Strafrecht, Strafvollzug und Maßregelvollzug

Rainer Knappe und *Andreas Rose* haben als Vertreter der bayerischen Landeskommission am 26.01.05 an einem Meinungsaustausch der Psychotherapeutenkammern in Düsseldorf zur Frage der Leitlinien und Kriterien für Psychologische Sachverständige für die Begutachtung der Schuldfähigkeit und Prognose in Strafrecht, Strafvollzug und Maßregelvollzug mitgewirkt. Ein Ergebnis des Workshops war die Einrichtung einer entsprechenden Kommission durch die Bundespsychotherapeutenkammer zu diesem Thema. Als Vertreter für diese Kommission wurde von der PTK-Bayern *A. Rose* benannt, *R. Knappe* steht als Stellvertreter zur Verfügung.

Dieser Bereich ist nach unserer Einschätzung von hoher gesellschaftlicher Relevanz und kann für Kolleg/innen zukünftig ein wichtiges Arbeitsfeld darstellen.

Der Vorstand der Kammer:

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

Informationen per E-Mail:

Unsere Aktion zur Flutopferhilfe hat eindrucksvoll gezeigt, wie nützlich der Einsatz der modernen Kommunikationsmittel (kurzfristige Information und Umfrage per E-Mail) sein kann. Mit diesem Weg wird uns die rasche und auch kostengünstige Informationsweitergabe an Sie ermöglicht.

Damit wir zukünftig möglichst viele Mitglieder zur Weitergabe aktueller Informationen per E-Mail erreichen können, wenden wir uns an Sie mit folgendem Anliegen:

Falls noch nicht geschehen, **teilen Sie uns bitte Ihre E-Mail-Anschrift mit!**

Geschäftsstelle

St.-Paul-Str. 9
80336 München
Postanschrift: Postfach 151506
80469 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

Gesundheitsgesetze

Alles auf einer Scheibe!

Gesundheitsgesetze

2005. CD-ROM mit Booklet.
€ 49,- (zzgl. ca. 3-4 Updates
pro Jahr zu je € 25,-)
ISBN 3-87081-347-4

Die CD-ROM Gesundheitsgesetze bietet einen schnellen Zugriff auf eine Vielzahl von relevanten Normen für das Gesundheitswesen. Alle Bestimmungen der Gesundheitsreform 2004 sind enthalten. Die Sammlung wird regelmäßig aktualisiert und erweitert. Aktuell bietet Sie Ihnen einen Zugriff u.a. auf folgende Gesetze und Verordnungen:

- Apothekengesetz
- Arzneimittelgesetz
- Heilmittelwerbegesetz
- Heimgesetz
- Krankenhausentgeltgesetz
- Krankenhausfinanzierungsgesetz
- Krankenpflegegesetz
- Medizinproduktegesetz
- Mutterschutzgesetz
- Sozialgerichtsgesetz
- Sozialgesetzbuch: Erstes Buch, Fünftes Buch, Zehntes Buch, Elftes Buch, Zwölftes Buch

- Apothekenbetriebsordnung
- Arzneimittelpreisverordnung
- Arzneimittel-Richtlinien
- Ärzte- und Zahnärzte-Zulassungsverordnung
- Bundespflegesatzverordnung
- Fallpauschalenverordnung 2004
- Gebührenordnung für Ärzte

Die CD-ROM ist unter Mitarbeit von
Medizinrecht.de entstanden.



BESTELLCOUPON

Bitte bestellen Sie über Ihre Buchhandlung oder per Fax: 089/54852-8137

Firma/Institution:

Abteilung:

Name/Vorname:

Straße:

PLZ/Ort:



Gesundheitsgesetze. CD-ROM mit Booklet.
€ 49,- (zzgl. ca. 3-4 Updates pro Jahr zu je € 25,-)
ISBN 3-87081-347-4

Datum/Unterschrift:

Economica Verlag
Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH
Kundenbetreuung München
Emmy-Noether-Str. 2
80992 München



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Berlin

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

diesen Bericht aus dem Vorstand erhalten Sie nach Abschluss der Wahl zur neuen Delegiertenversammlung. Da zwischen dem Verfassen dieser Zeilen und ihres Erscheinens eine recht große Zeitspanne liegt, kann auf diesem Weg kein Wahlergebnis vermittelt werden. Das lässt Raum für eine kurze Bilanz der Arbeit der letzten Wochen.

Viel Aufwand erfordert die Bearbeitung von **Beschwerden** und **Patientenanfragen**. Dabei geht es z. B. um Abrechnungsfragen, Schweige- bzw. Auskunftspflicht, Gestaltung der Sitzungen (Unterbrechungen durch Anrufe oder Dauer der Sitzungen) und als herabwürdigend empfundene Äußerungen von Therapeuten. Zunehmend zielen Beschwerden auf Gutachten, die für behördliche oder gerichtliche Verfahren erstellt werden. In 2004 konnten 23 Fälle abgeschlossen werden, neu hinzu kamen 36 Beschwerden. Der Untersuchungsführer wurde mit drei Verfahren wegen Verstoßes gegen das Abstinenzgebot betraut, zwei davon sehr schwerwiegend. Ein Verfahren ist noch nicht abgeschlossen, eins musste ohne Sanktion beendet werden, da der Übergriff vor Errichtung der Kammer lag. Es wurde zwecks Entziehung der Approbation an das LaGeSo abgegeben.

Als Vertreter der Senatsverwaltung besuchten Frau Meseberg und Herr Hurek die Kammer zu einem Gespräch, das in einer sehr zugewandten und kooperativen Atmosphäre stattfand. Unsere Geschäftsführerin Katrin Struck wird seit Mitte Januar von Antje Liesener (Dipl. Sozialpädagogin (FH) und Magister Public Health (MPH)) unterstützt.

Die Ärzte-, Zahnärzte- und Apothekerkammer streben eine Änderung des Berliner Heilkammergesetzes an. Die Senats-

verwaltung hat zugesagt bei der Einbringung dieses Gesetzentwurfes unseren Änderungsantrag (Ermöglichung eines **Versorgungswerks** durch Streichung des § 35 Abs. 3) aufzunehmen. Zudem will die FDP einen eigenen Gesetzentwurf in unserem Sinne ins Abgeordnetenhaus einbringen.

Mit der Berliner **Zahnärztekammer** gibt es eine konkrete Kooperation (s. unten stehenden Artikel).

Seit Inkrafttreten der **Fortbildungsordnung** (FbO) sind sehr viele Anträge bei uns eingegangen. Im Sommer soll eine neue Software und im Herbst ein elektronisches Punktekonto eingeführt werden. Bis dahin reichen Sie bitte keine Teilnahmebescheinigungen ein!! Wir geben Bescheid, ab wann das möglich sein wird. Die von der DV Anfang des Jahres novellierte FbO kann im Internet eingesehen werden.

Über den Erfolg des **Servicetelefons** wurde an dieser Stelle bereits berichtet. In Folge der Flutkatastrophe in Asien wurde die Sprechzeit zeitweise ausgedehnt. Insgesamt ist die Nachfrage größer, als wir bewältigen können, wohl auch ein Erfolg der Imagekampagne. Um die Bearbeitungszeiten weiter auszubauen, wird ein approbierter Kollege eingearbeitet. Der Ergänzungsfragebogen zum Servicetelefon lag dem Rundbrief Anfang des Jahres bei. Sein Rücklauf liegt bei ca. 300, der des Fragebogens anlässlich des Tsunamis bei ca. 90.

Die Novellierung des Berliner Ausführungsgesetzes zum **KJHG** (AGKJHG) wird zurzeit parlamentarisch diskutiert. Während der Anhörung im federführenden Ausschuss ‚Jugend, Familie, Schule und Sport‘ hat H. Bertram die Position der Kammer erläutert und darauf verwiesen, dass Psychotherapie für eine qualitätsgerechte Jugendhilfe unabdingbar ist. Statt den § 27 AGKJHG

zu streichen, seien vielmehr brauchbare Steuerungsinstrumente und Indikationskriterien zu entwickeln, wann Psychotherapie nach SGB V und wann im Rahmen der Jugendhilfe geboten ist. Der Ausschuss ‚Gesundheit, Soziales, Migration und Verbraucherschutz‘ hat sich dem Vorschlag der Fraktionen von SPD und PDS angeschlossen, den Inhalt von § 27 in leicht modifizierter Form beizubehalten, ihn aber an § 26 als Abs. 7 anzufügen. Dem hat sich inzwischen auch der Jugendausschuss angeschlossen. Die kammerinitiierte Kommission KJHG wird ihre Arbeit fortsetzen und Indikationskriterien für Psychotherapie in der Jugendhilfe formulieren. Die Kammer wurde inzwischen vom Senat in die AG zur Entwicklung neuer Ausführungsbestimmungen berufen, ein deutliches Signal, dass die Berliner KJHG-Regelung weitergeführt werden wird.

Die drei Vorstandsmitglieder Christoph Stößlein, Dr. Manfred Thielen und Monika Basqué haben im Auftrag des Vorstands eine kritische Position zur **Musterweiterbildungsordnung** (MWBO) der Bundespsychotherapeutenkammer erarbeitet (s. Homepage der Kammer).

Die Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich (FOGS) erstellt in enger Kooperation mit Dr. M. Thielen als Projektleiter eine **Versorgungsstudie** zur Situation von psychosekranken und alten Menschen ab 65 Jahren (s. Rundbrief 1/05). Unsere darauf bezogene Bitte um Kooperation wurde von der KV-Berlin und der Berliner Ärztekammer abschlägig beschieden. FOGS hat einen Fragebogen für eine Primärbefragung entworfen und der Kammer eine erste Auswertung überreicht.

Im Januar kam unter der redaktionellen Gesamtleitung von Marga Henkel-Gessat

der erste von zwei für dieses Jahr geplanten **Berliner Rundbriefen** heraus. Besonders der von Dr. M. Thielen verantwortete Teil zum Landespsychotherapeutentag fand weite Beachtung.

Im April haben der Vorstand und die Ausschüsse „Wissenschaft, Forschung, Qualitätssicherung“ und „Aus-, Fort- und Weiterbildung“ eine **Infoveranstaltung und Podiumsdiskussion** zum Thema: „Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der psychotherapeutischen Praxis“ durchgeführt (s. unten stehenden Bericht).

Am 25./26. August wird der **2. Landespsychotherapeutentag** unter dem Motto ‚Einheitliches Berufsbild – Vielfalt im Vorgehen‘ stattfinden. Im Mittelpunkt stehen Vorträge und Diskussionen, die unterschiedliche methodische Positionen zu Berufsbild, Aus- und Fortbildung verdeutlichen. Ähnlich wie beim 1. Landespsychotherapeutentages werden in der Form von Methodenvignetten verschiedene psychotherapeutische Vorgehensweisen für Psychosen, Depressionen, der Begleitung somatischer Erkrankungen und Essstörungen dargestellt und diskutiert.

H. Bertram nahm am **Arbeitskreis ‚Alter und Gesundheit‘** von Gesundheit e.V. teil. Im Mai behandelt der AK das Thema ‚Alter und Psychotherapie‘. Dazu hält ein Vertreter der Kammer einen Leitvortrag.

H. Bertram hat sich einer Initiative der **Mehrheit der Präsidenten** der Landespsychotherapeutenkammern angeschlossen, die durch eine **Satzungsänderung der BPTK**, den nur beratenden Länderrat auflösen wollen. Stattdessen soll der Bundesvorstand der BPTK um die Präsidenten aller Länderkammern erweitert werden. Der gegenwärtige Vorstand ist in diesem Modell ein geschäftsführender Vorstand. Dadurch soll eine bessere Kooperation und Kommunikation zwischen der BPTK und den Länderkammern gewährleistet werden.

Im Namen des Vorstandes haben Dr. M. Thielen (Vorstand) und Dr. Wieland Knobbe (Sitzungsleitung der DV) an der Veranstaltung der BPTK zum Thema: „**Hausarztzentrierte Versorgung**“ teilgenommen.

Beide kritisierten die übergebührliche Dominanz verhaltensorientierter Modelle und Vorstellungen. Psychoanalytische, tiefenpsychologische, systemische und andere Konzepte dagegen fanden kaum Erwähnung. Der Grund dieser Ungleichverteilung liegt nach ihrer Ansicht in der allzu einseitigen Planung.

Eine **Liste der Gutachter** für die Begutachtung des erweiterten Förderbedarfs steht nach einem zweiten Fachtag im März im Internet. Dort findet sich auch die Liste der Kollegen, die mit geistig behinderten Menschen psychotherapeutisch arbeiten.

Gemeinsam mit Prof. Rainer Richter (Hamburg) hat **H. Bertram als Europabeauftragter** der Bundespsychotherapeutenkammer im Januar in Brüssel eine Reihe von Gesprächen geführt und Kontakte schließen können. Beim Meinungsaustausch mit wichtigen Entscheidungsträgern des Europäischen Parlaments und der Europäischen Kommission ging es u.a. um die Berufsanerkennungsrichtlinie, die Dienstleistungsrichtlinie (Herkunftsland – oder Aufnahmestaatsprinzip). Die Position der deutschen Psychotherapeutenkammern konnte erfolgreich vermittelt werden.

Die Vorstände von Kammer und **KV** haben einen Vertragsentwurf abgesprochen, der die Zusammenarbeit bei den Qualitätszirkeln und die Anerkennung der Fortbildungszertifikate regeln soll. Hinsichtlich der monatlichen Gesundheitsprechstunde der KV wird eine stärkere Beteiligung von PP angestrebt.

Im Dezember hat der Kammervorstand dem neuen KV-Vorstand zu seiner Wahl gratuliert und zu einem gemeinsamen Informationsaustausch eingeladen, das Anfang Februar in den Räumen der KV stattfand. Es stand ganz im Zeichen der **Nachvergütung**. Der KV-Vorstand hatte zuvor in unterschiedlichen Briefen an Psychotherapeuten und Fachärzte in einem regelrechten ‚Horrorszenario‘ einen Zusammenbruch der fachärztliche Versorgung vorhergesagt und das in einen kausalen Zusammenhang mit den Nachzahlungen an die Psychotherapeuten gestellt. Diese Darstellung stiftet nach Meinung vieler Kollegen Unfrieden zwischen Psychotherapeuten und Fachärzten. Das zeigt sich auch an den

berichteten Reaktionen von Fachärzten, die etwa Konsiliarberichte ablehnen, und in Meinungsäußerungen von Fachärzten und Facharztfunktionären im Internet. Der Vorstand der Kammer hatte in einem Brief an den KV-Vorstand (s. Homepage) seine Besorgnis darüber ausgedrückt und den KV-Vorstand auf seine Mitverantwortung für die entstandene Situation hingewiesen. Das hat der Vorstand der KV in einer Pressekonzferenz (PK) zurückgewiesen. Nach Meinung des Kammervorstands wurde durch eine verzerrte Darstellung auf der PK der Eindruck einer psychotherapeutischen Überversorgung suggeriert und dadurch einer für die Psychotherapeuten nachteiligen Stimmung Vorschub geleistet. Wichtige Daten wie z.B. die Zahl der Patienten, deren Behandlung früher durch die Kosten erstattung finanziert wurde, tauchen in der Darstellung der KV nicht auf. Das anschließende Gespräch zwischen beiden Vorständen verlief recht kooperativ. In einer gemeinsamen Presseerklärung wurde die Überzeugung zum Ausdruck gebracht, dass die Kassen die Mittel der Nachvergütung in vollem Umfang zur Verfügung stellen müssen. Die KV geht davon aus, dass nach den Terminen mit dem Schiedsamt im Mai abschließende Entscheidungen getroffen werden. Im Anschluss daran sind die Auszahlungen an alle ohne aufschiebende Wirkung zu leisten, auch an die, die keinen Widerspruch eingelegt haben.

Da der Bewertungsausschusses (Bundesebene) den **Wert der Praxiskosten** geringer als erwartet veranschlagt, geht der Kammervorstand davon aus, dass ein Widerspruch sinnvoll sein wird. Davon unabhängig ist die Frage, wie die Umsetzung und Umrechnung des Beschlusses auf der Landesebene durch die KV erfolgt. Der Kammervorstand wird – sobald alle Daten vorliegen – die Plausibilität der Berechnung nochmals überprüfen. Je nach Ergebnis kann ein Widerspruch sinnvoll sein. Dazu fand im März ein erstes Treffen der Kammer mit der KV-Berlin statt. Sobald alle Details geklärt und die einzelnen Auszahlungsschritte verhandelt sind, wird die Kammer Vorschläge zum weiteren Vorgehen unterbreiten.

*Heinrich Bertram
Kommissarischer Präsident*

Bericht von der 12. Delegiertenversammlung

Die 12. Delegiertenversammlung fand am 3. März statt.

Zusammenarbeit mit KV und Zahnärztekammer

Heinrich Bertram berichtet über die Aktivitäten des Vorstandes (s. Bericht aus dem Vorstand) und Marga Henkel-Gessat von der erfolgreichen Zusammenarbeit mit der Zahnärztekammer (s. Artikel).

Aus den Ausschüssen

Der Vorstand hat zusammen mit dem Ausschuss **Wissenschaft, Forschung und Qualitätssicherung** am 14. April eine Podiumsdiskussion „Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der psychotherapeutischen Praxis“ durchgeführt (s. Artikel).

Der Ausschuss **Öffentliche psychotherapeutische/psychosoziale Versorgung** plant, seine Arbeit schwerpunktmäßig auf drei Segmente zu konzentrieren: Psychotherapie in Institutionen (Ausführungsvorschriften), Psychotherapie in Niederlassung, Öffentliche Psychotherapeutische Versorgung (fachpolitische Aspekte).

Der Ausschuss **Ethik, Berufsordnung, Menschen- und Patientenrechte** wird zu „Wucherpreisen“ (35.000 und 100.000 €) bei Verkäufen von KV-zugelassenen Praxen eine Stellungnahme erarbeiten. Ferner beschäftigt sich der Ausschuss mit der Datensicherheit in Institutionen und der Musterberufsordnung auf Bundesebene. Seine Kommentare zur Berufsordnung finden bundesweit Beachtung.

Kooperation der Psychotherapeutenkammer mit der Zahnärztekammer

Am 10. Februar 2005 fand das erste – überraschend gut von ca. 80 Patienten und einigen Zahnärzten besuchte – Patientenseminar mit Vorträgen und einer Podiumsdiskussion statt. Der Titel lautete: „Seele und Zähne: Wenn der Druck zu groß wird!“ Der Zahnärztekammerpräsident Dr. Wolfgang Schmiedel hielt den Eröffnungsvortrag und wies auf die dringende Notwendigkeit des stärkeren Miteinanders der beiden Berufsgruppen hin. Für die Psychotherapeuten-

Der neue Ausschuss **Angestellte** ist, so Christian Remmert, arbeitsfähig und hat sich zunächst mit einer Themensammlung – potenzielle Konflikte im Angestellten/Vorgesetzten-Verhältnis, Stabilisierung des institutionellen Bereichs, Fragen zur Situation von Ausbildungskandidaten – beschäftigt. Ein zentrales Thema ist die Integration der Angestellten in die Kammer. Um auch namentlich eine Abgrenzung zum Ausschuss „Öffentliche Versorgung“ deutlich zu machen, werden beide Ausschüsse sich ins Benehmen setzen.

Der Ausschuss **Satzung** hat seine Arbeit beendet und wurde Ende 2004 aufgelöst.

Novellierung der Fortbildungsordnung

Die Fortbildungsordnung wurde aufgrund erster Erfahrungen novelliert. Zukünftig bestehen mehr Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Kategorien von Veranstaltungen und es gibt wesentliche Veränderungen bei der Bewertung. So werden FE für Dozententätigkeit – auch an staatlich anerkannten Ausbildungsinstituten – vergeben. Aufgewertet wurden u.a. Klinikkonferenzen, Qualitätszirkel, Supervision und Intervision. Die Veränderungen erhöhen zugleich die Kompatibilität zwischen den verschiedenen FbOen. Positiv ist, dass die Ärztekammer und die KV Berlin die Zertifizierung durch unsere Kammer anerkennen. Die KV will Einzelnachweise nicht selbst prüfen, ihr brauchen nur die Zertifikate der Berliner Kammer(n) vorgelegt werden. Die Delegierten stimmten der Novellierung mit großer Mehrheit zu.

kammer haben das Vorstandsmitglied Marga Henkel-Gessat und die Geschäftsführerin K. Struck, für die Zahnärztekammer deren Präsident, der Geschäftsführer Reinhard Biker und die Pressereferentin Birgit Dohlus die Vorarbeit geleistet.

Wegen des großen Erfolgs sind weitere Patientenseminare geplant. Zuvor wird es noch einen 2. „Runden Tisch“ mit folgenden Themen geben:

Entschädigungsregelung

Da nach dem vorzeitigen Ausscheiden von G. Borgmann als Präsidentin diese Position vakant blieb, haben die übrigen Mitglieder des Vorstands ihre Arbeitsleistung deutlich erhöht. Eine Mehrheit der Delegierten stimmte deshalb einer Erhöhung ihrer Aufwandentschädigung zu. Ferner wird eine Entschädigungsregelung nach Amtsende diskutiert. Die Delegierten beschließen, dass 1. die Entschädigung des Präsidiums nach Amtsende für die Dauer von drei Monaten in voller Höhe bzw. für sechs Monate auf 50% der Aufwandsentschädigung begrenzt ist und 2. die rückwirkende Gültigkeit dieser Regelung (für die ausgeschiedene Präsidentin G. Borgmann).

Gesundheitskarte/HPC

Die Geschäftsführerin K. Struck informiert über die Gesundheitskarte/HPC (Health Professional Card). Beide Karten bilden die Basis für eine Telematikinfrastruktur und werden nach den Vorgaben des GMG zum 1.1.2006 eingeführt. Nach Diskussion und trotz zahlreicher Bedenken geben die Delegierten ein positives Votum zusammen mit einem kritischen Statement zur Beteiligung der BPTK als eigenständiger Gesellschafter der Gematik (Gesellschaft für Telematik Anwendungen der Gesundheitskarte) ab. Nur so scheint es möglich, Einfluss auf die Entwicklung des Projekts zu nehmen.

- Einmal monatlich soll im Zahnärztehaus eine spezielle Sprechstunde stattfinden, bei der ein Psychotherapeut und ein Zahnarzt eine gemeinsame Beratung für von Zahnärzten überwiesene Patienten durchführen.

- Im Rahmen der für die Zahnärzte traditionellen „Dienstagsveranstaltung“ wird es am 7. Juni um 20h in der Zahnklinik Süd, Aßmannshäuser Str. 4-6, einen weiteren Infoabend mit Podiumsdiskussion geben.

sion geben, zu dem spezialisierte Zahnärzte/innen sowie Psychotherapeuten/innen eingeladen werden. Dr. Schmiedel wird die Einführung übernehmen, die Zahnärztin Dr. Gabriele Blumenthal-Barby und Dipl.-Psych. Michael Nahler werden je einen Vortrag halten.

- Bis zum Sommer soll ein Patientenratgeber erstellt werden, der in Praxen und anderswo ausliegen soll.
- Eine erste vertiefende fachliche Fortbildungsveranstaltung für beide Berufsgruppen in Zusammenarbeit mit den Fortbildungseinrichtungen der ZÄK

und der PPTK ist für den Spätherbst avisiert.

Alle Kollegen/innen sind herzlich zum 7. Juni und zur Unterstützung des Projekts eingeladen – es handelt sich um ein neues interessantes Berufsfeld für Psychologische Psychotherapeuten!

Aktuelle Entwicklungen zum Thema QM/QS besorgniserregend

Seit Anfang 2004 besteht für niedergelassene Psychotherapeuten die Verpflichtung zum Qualitätsmanagement¹. Gemäß § 136a SGB V soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Richtlinien festlegen, die niedergelassene Psychotherapeuten zu konkreten Maßnahmen der Qualitätssicherung verpflichten.

Bereits im vergangenen Jahr hatte der G-BA einem Kreis von ihm benannter Experten einen entsprechenden Entwurf nebst Fragenkatalog zukommen lassen. Diese Gruppe wurde dann am 15.12.04 zum Gespräch geladen, um den Katalog bewerten zu lassen. Der G-BA wird wohl in diesem Frühjahr einen Entwurf für verbindliche Grundsätze zum QM in ambulanten Praxen veröffentlichen. Die Bundesärzte- und die BPTK haben dann ca. 4 Wochen Zeit für eine Stellungnahme. Voraussichtlich im Sommer wird der G-BA eine gültige Regelung beschließen. Diese wird allgemeine Vorgaben und einen umfassenden Katalog von Mindestanforderungen enthalten, die nach einer Übergangsphase zu erfüllen und vermutlich jährlich von jedem niedergelassenen Psychotherapeuten nachzuweisen sind.

Man gewinnt den Eindruck, als stecke hinter der schrittweisen Einführung von QM/QS-Maßnahmen eine verdeckte Strategie. Zurzeit wird das Thema Praxisführung und -organisation in den Vordergrund gestellt, um damit – quasi als praktische Unterstützung der ambulant arbeitenden Psychotherapeuten – Akzeptanz für die geplanten Maßnahmen zu gewinnen. Mittel- bis langfristig sind jedoch verbindliche psychometrische Kontrollen der Ergebnisqualität zu erwarten, die auch ein Benchmarking, also einen direkten Leistungsvergleich² zwischen den Praxen hinsichtlich Ergebnis-

qualität (Erfolg und Dauer, d.h. Kosten) umfassen werden.

Selbst wenn solche Daten zunächst von einem unabhängigen Institut gesammelt und verwaltet würden, wäre es absehbar, dass Krankenkassen und Gesundheitspolitiker diese zunächst nur für QS-Zwecke an zentraler Stelle existierenden Daten zur Kostendämpfung missbrauchen würden. Sollten die Kassen zukünftig einen anonymisierten Zugang zu diesen Daten erhalten, würde die Vorschrift, psychometrische Verfahren zur externen QS zu verwenden, einer ökonomischen Bewertung einzelner Praxen durch die Krankenkassen Tür und Tor öffnen. Gerade angesichts gesetzlich vorgesehener Einzelverträge zwischen Praxen und Krankenkassen erscheint das besonders heikel.

Bereits jetzt werden komplette Qualitätsmanagementsysteme und Schulungen angeboten. Zertifizierungen werden zunächst freiwillig erfolgen. Später soll dann, so die KBV, die Zertifizierung Pflicht und die Anwendung eines zertifizierten QM-Systems bindend sein. Das Angebot freiwilliger Zertifizierungen wird Kollegen veranlassen, mit diesen Zertifikaten zu werben und so einen Wettbewerbsvorteil gegenüber nicht zertifizierten Kollegen zu verschaffen. Auf diese Weise könnten sogar übermäßig umfangreiche und aufwendige QM-Systeme eingeführt werden. Die Entscheidung, wie umfangreich und aufwendig QM in ambulanten psychotherapeutischen Praxen betrieben werden muss, würde im schlimmsten Falle weniger nach sachlicher Abwägung, sondern (evtl. sogar über die Vorgaben des G-BA hinausgehend) durch einen aus quasi vorauseilendem Gehorsam resultierenden ökonomischen Marktdruck entschieden werden.

Jedes QM/QS-Konzept soll zweifelsohne in dem betreffenden Aufgabenfeld Qualität gleichermaßen erhalten und verbessern. Eine solche Wirkung von QS/QM-Maßnahmen kann jedoch nicht per se als gegeben unterstellt werden. So stellte sich in einem Langzeit-Follow-Up des Qualitätssicherungsprogramms des Council of Physicians and Surgeons of Ontario heraus, dass durch Einführung dieses Programms eine generelle Anhebung des Qualitätsniveaus nicht erreicht werden konnte. (Norton P.G., et al. 1998)

Es ist daher wohl höchst problematisch, dass der G-BA einen bürokratischen Moloch in Gang setzen will, dessen Wirksamkeit zur Verbesserung der Ergebnisqualität nicht erwiesen ist. Die vorgeschlagenen QM/QS-Konzepte bedürfen vor ihrer Etablierung selbst der Überprüfung und des Nachweises, ob sie ihre selbst gesetzten Ansprüche erfüllen.

Die aktuellen Entwicklungen zu Qualitätsmanagement/Qualitätssicherung besitzen eine hohe Brisanz für die Zukunft der Psychotherapie. Denn davon, welche der heute diskutierten Konzepte und Modelle sich politisch durchsetzen werden, wird es abhängen,

1 In der Fachterminologie wird der Begriff Qualitätsmanagement verwendet, um Mittel und Wege zur Erreichung hoher Qualität zu beschreiben, der Begriff Qualitätssicherung für den Nachweis von Qualität verwendet.

2 Wer häufiger mit „besonders schwierigen“ Patienten arbeitet, würde in einem solchen Leistungsvergleich schlechter abschneiden, als andere Kollegen. Selbst durch eine nach Diagnosegruppen abgestufte Bewertung würde dieses Problem nur gemildert, aber nicht aufgehoben.

- ob mit viel Aufwand wenig zusätzliche Verbesserung gegenüber der jetzigen Qualität von Psychotherapien erreicht wird,
- inwieweit zukünftige QM/QS-Maßnahmen zu einer zusätzlichen Belastung für Patienten und die Kollegenschaft einhergehen wird,
- inwieweit zukünftige QM/QS-Maßnahmen die Arbeitsbedingungen der Psychotherapeuten negativ beeinträchtigen,
- ob das Thema QS für andere Ziele wie z.B. Kostendämpfungsinteressen missbraucht werden kann,
- ob der Rechtsanspruch von Patienten auf eine angemessene psychotherapeutische Versorgung aufgeweicht bzw. aufgehoben werden wird und
- ob die Einführung neuer QM/QS-Konzepte nicht sogar zu einer Verschlechterung der Versorgung führen kann, oder ob
- die in Zukunft realisierten Konzepte tatsächlich zu einer relevanten Verbesserung der bisherigen psychotherapeutischen Arbeit der Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität führen wird,
- die in Zukunft vom Gesetzgeber, dem Bundesausschuss, den Kammern oder

den KVen empfohlenen oder für verbindlich erklärten Konzepte zu Sicherung von Qualität von den Psychotherapeuten angenommen und umgesetzt werden kann,

- der Rechtsanspruch von Patienten auf eine angemessene psychotherapeutische Versorgung erhalten bleibt, um die Versorgungsqualität, wenn schon nicht zu verbessern, so doch wenigstens weitgehend zu erhalten.

Literatur

s. Homepage der Kammer

Podiumsdiskussion zu den geplanten Qualitätsmanagementmaßnahmen

Am 14.4.05 hat die Berliner Psychotherapeutenkammer eine Podiumsdiskussion zu dem Thema: „Welche Qualitätsmanagement-/sicherungsmaßnahmen sind zu erwarten und wie sind sie einzuschätzen?“ durchgeführt. Mit ca. 300 Teilnehmern/innen war sie sehr gut besucht. An der Podiumsdiskussion nahmen Dr. Beatrice Piechotta (Psychoanalyse, Düsseldorf), Prof. Dr. Thomas Fydrich (VT, HU Berlin), Dr. Rainer Mannheim-Rouzeaud (TP, Karlsruhe), Dr. Manfred Thielen (Methodenvielfalt, Vorstand der PtkB) und Bernd Fliegenger (Sprecher des Ausschusses "Wissenschaft, Forschung, Qualitätssicherung" WFQ) teil. Moderiert wurde sie von Karl Wahlen (WFQ).

B. Fliegenger erläuterte in seinem Eröffnungsreferat die wesentlichen Begrifflichkeiten und stellte dann kritisch die aktuelle Entwicklung dar. U.a. stellte er heraus, dass sich nach etwa fünf Jahren der Fokus auf die externe Qualitätskontrolle verschoben wird. Dann ist mit einer vergleichenden Überprüfung der Ergebnisqualität und des Praxisoutcomes (Wirkung und Dauer) mit Hilfe standardisierter Tests zu rechnen. Von allen KV-Praxen soll ein jährlicher Qualitätsbericht über die Qualitätsziele und ihre Umsetzung verfasst werden. Zunächst soll eine Selbst- später auch eine Fremdbewertung erfolgen. Das würde bedeuten, dass das QM einer psychotherapeutischen Praxis von der KV überprüft werden könnte (s. vorherigen Artikel).

B. Piechotta, die mehrere kritische Artikel zur Qualitätssicherung veröffentlicht hat,

plädierte für sinnvolle und praxisnahe QM. Obwohl auch sie sich gegen zuviel bürokratische Kontrolle aussprach, sah sie keine Möglichkeit, die zu erwartenden Maßnahmen abzuwenden. Sie möchte sie so weit wie möglich sinnvoll ausgestalten, deshalb bietet sie selbst QS/QM-Seminare an und hat auch an dem QS-Konzept der KBV "Qualitätsentwicklung in der Praxis" (QEP) mit gearbeitet.

T. Fydrich sah in den geplanten Maßnahmen eine Chance, die Qualität der psychotherapeutischen Arbeit und der Praxisführung zu verbessern und nach außen zu dokumentieren. Als einer der Initiatoren des TK-Modells in Hessen zur Einführung psychometrischer Verfahren und Modifizierung des bisherigen Gutachterverfahrens bewertet er Patientenfragebögen als eine Maßnahme zur Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität. In den dann geforderten Qualitätsberichten werde in der Regel das dokumentiert, was die Psychotherapeuten in den meisten Fällen bereits tun.

R. Mannheim-Rouzeaud erhob prinzipielle Bedenken gegen die QM. Da das Modell der Qualitätskontrolle aus der Industrie übernommen sei, sei es auf soziale Prozesse bzw. Interaktionsprozesse nicht wirklich übertragbar. Aus seiner Sicht bilden Fragebögen den realen psychotherapeutischen Beziehungs- und Prozessverlauf nicht adäquat ab, da sie primär symptomatisch orientiert sind. Er plädierte dafür, die geplanten QM generell abzulehnen.

M. Thielen vertrat die Auffassung, dass im Mittelpunkt der QM/QS-Diskussion die Verbesserung der psychotherapeutischen Arbeit zum Wohle des Patienten stehen müsse. Psychotherapie ist primär ein Beziehungsgeschehen und das wichtigste Mittel der psychotherapeutischen Arbeit ist der Therapeut selbst. Seine therapeutische Kompetenz bedarf einer kontinuierlichen Weiterentwicklung. Deshalb sind die wichtigsten und effektivsten Formen der QS die Teilnahme an Supervision, Intervision und sonstigen Fortbildungsmaßnahmen. Trotz berechtigter Kritik ist das Gutachterverfahren als externe Qualitätskontrolle gegenüber psychometrischen Verfahren vorzuziehen. M. Thielen plädierte dafür, die externe Kontrolle so gering wie möglich zu halten und Kammerfortbildungsseminare zu QM/QS nach selbst erarbeiteten Kriterien durchzuführen.

Redaktionsteam

M. Henkel-Gessat, H. Bertram, Dr. W. Knobbe, Dr. Th. Lecher, Ch. Stöblein, Dr. M. Thielen.

Beiträge lieferten: Bernd Fliegenger (Aktuelle Entwicklungen zu QM/QS)

Geschäftsstelle

Kurfürstendamm 184
10707 Berlin

Tel. 030/8871 40-0, FAX -40

info@psychotherapeutenkammer-berlin.de
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Bremen

Heilberufsgesetz geändert: Ausbildungsteilnehmer können Kammermitglieder werden

Am 11.2.05 trat eine wichtige Änderung im Bremer Heilberufsgesetz in Kraft. In § 2, Abs. 1, in dem Kammermitgliedschaft geregelt wird, wurde unter Punkt c) angefügt:

„Personen, die sich in der praktischen Ausbildung nach der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten oder Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten befinden, steht der freiwillige Beitritt offen.“

Schon vor der Gründung der Psychotherapeutenkammer hatten die Vertreter der Bremer psychotherapeutischen Berufsverbände sich für die Beteiligung der Ausbildungsteilnehmer am Kammerleben ausgesprochen. Mit der jetzigen Novellierung ist deshalb eine wichtige Forderung zumindest teilweise in Erfüllung gegangen. Denn die Kammer hatte sich stets für eine

Pflichtmitgliedschaft dieser Gruppe ausgesprochen. In der Begründung vom 26.3.04 hieß es: „Diese Personengruppe übt in dieser Phase ihren Beruf schon aus. Sie sollte deshalb auch den Bestimmungen des Heilberufsgesetzes und der Ordnungen der Kammer unterliegen. Dies gilt auch deshalb, weil diese Personen im Rahmen der Institutsambulanzen regelhaft zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen. Mit einer Verpflichtung zur Mitgliedschaft würden sie auch von den Leistungen der Kammern profitieren können. Gerade die Berufsaufsicht scheint uns für diese Gruppe relevant zu sein. Es wäre z.B. denkbar, dass ein Angehöriger dieser Gruppe im Falle einer Berufsverfehlung, wenn er freiwillig Mitglied geworden wäre, wieder aus der Kammer austreten könnte, um die Verantwortung der Kammer dadurch aufzuheben. Das kann unseres Erachtens nicht im Sinne des Gesetzgebers sein. Ebenfalls

könnte durch die Pflichtmitgliedschaft die Möglichkeit der Kammer, sich um die besonderen Belange dieser Gruppe zu kümmern, verstärkt werden.“ Leider konnten sich Gesundheitsbehörde und Bürgerschaft nicht zur Pflichtmitgliedschaft durchringen. Die Kammer wertet die Möglichkeit der freiwilligen Mitgliedschaft jedoch als einen wichtigen Teilerfolg.

Vorteile für die Ausbildungsteilnehmer, z.B.:

- Eintritt in das Versorgungswerk frühzeitig möglich;
- regelmäßige Zusendung des Psychotherapeutenjournals;
- Aufnahme in den Info-Verteiler der Kammer;
- Informationen zur künftigen beruflichen Tätigkeit;
- Teilnahme an Kammerversammlungen, aktives und passives Wahlrecht.

Psych KG: Vorschläge der Kammer nur zum Teil berücksichtigt

Im 2. Entwurf des „Gesetzes zur Änderung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten“ (Psych KG) legte die Bremer Gesundheitsbehörde einige Änderungen vor. In der Kernfrage der Novellierung, der Neudefinition des Gefahrenbegriffes und der Verordnung ambulanter Behandlungen (Stichwort: Zwangsmedikation), gab es inhaltlich keine Änderungen. Allerdings wurden Vorschläge der Psychotherapeutenkammer aufgegriffen. Sie hatte die anstehende Novellierung genutzt, um auf die Notwendigkeit der Einbeziehung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten hinzuweisen. So wurden jetzt überall da, wo es um die Koopera-

tion mit niedergelassenen tätigen Behandlern geht, die Psychotherapeuten gleichberechtigt neben den Ärzten, insbesondere den Psychiatern, aufgeführt.

Allerdings sah sich die Gesundheitsbehörde offenbar nicht in der Lage, auch im Bereich der für Hilfe- und Schutzmaßnahmen zuständigen Einrichtungen (Sozialpsychiatrischer Dienst, regionales Behandlungszentrum) die analoge Qualifikation der Psychologischen Psychotherapeuten zu den Fachärzten für Psychiatrie zu berücksichtigen.

In einer erneuten Stellungnahme schlug die Psychotherapeutenkammer vor, „in allen

Absätzen, in denen die Begriffe ärztlich, Arzt, Facharzt für Psychiatrie und analoge Formulierungen vorkommen, die Begriffe psychotherapeutisch bzw. Psychologischer hinzuzunehmen.“ Im Rahmen von kinder- und jugendpsychiatrischen Maßnahmen sei entsprechend die Berufsgruppe der Kinder- und Jugendpsychotherapeuten zu berücksichtigen.

In der Begründung wird auf die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychotherapeuten verwiesen. In der staatlich anerkannten Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten finde eine umfassende psychiatrische Qualifikation statt. Die Ausbildungsteilnehmer leisten im Rah-

men ihrer praktischen Tätigkeit mindestens 2000 Stunden an einer psychiatrischen klinischen Einrichtung ab. Die Ausbildungsteilnehmer haben dabei Kenntnisse und Erfahrungen über die akute, abklingende und chronifizierte Symptomatik unterschiedlicher psychiatrischer Erfahrungen zu erwerben. In der theoretischen Ausbildung seien insbesondere psychologische, psychopathologische und medizinische Zusammenhänge herauszuarbeiten. Der Erwerb eingehender Kenntnisse in der Psychopharmakologie sei ebenfalls Bestandteil der Ausbildungscurricula. Schlussfolgernd heißt es: „Die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten ist deshalb der Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie“ bezogen auf die Behandlung psychischer Störungen entsprechend der Auflistung in der

Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD 10) Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen (FO – F 99) gleichzusetzen. Zudem ist ein Psychologischer Psychotherapeut gegenüber nicht einschlägig fachärztlich weitergebildeten Ärzten infolge seiner Ausbildung als deutlich überlegen anzusehen.“

Entsprechend müsse die Qualifikation zum Psychologischen Psychotherapeuten als ausreichend angesehen werden, um eine Sprechstunde innerhalb von psychiatrischen Einrichtungen zu leiten, entsprechende Untersuchungen und Behandlungen vorzunehmen. Ebenfalls spreche aus Sicht der Kammer nichts dagegen, diese Einrichtungen im Bedarfsfalle auch von einem Psychologischen Psychotherapeuten leiten zu lassen. Eingewendet werden

könnte, dass das SGB V im Rahmen der GKV-Versorgung dem Psychotherapeuten bisher nicht die Möglichkeit der Verordnung von Psychopharmaka zuspricht, also in solchen Fällen die Einbeziehung eines Arztes zwingend notwendig ist. Aus Sicht der Kammer handele es sich an dieser Stelle lediglich um ein Organisationsproblem, das im Einzelfall über Delegation gelöst werden kann und das nicht den weitgehenden Ausschluss der Berufsgruppe der Psychotherapeuten aus der Aufgabenstellung des PsychKG rechtfertige.

Leider folgte die Gesundheitsdeputation nicht diesen erweiterten Vorschlägen. Der Entwurf wurde bei Enthaltung der Fraktion Bündnis 90/Grüne an die Bürgerschaft weitergeleitet und beschlossen.

5. Juli: Nächstes Forum der Angestellten und Beamten

Das für die Angestellten und Beamten zuständige Vorstandsmitglied Axel Janzen lädt am **5. Juli 2005** zum nächsten ‚**Angestellten und Beamtenforum**‘ ein. Es soll in den (neuen) Räumen der Psychotherapeutenkammer (Hollerallee 22) um 20.00 Uhr stattfinden. Als Vorschläge zur Tagesordnung liegen bislang vor:

- Vergütung der Ausbildungsteilnehmer während der praktischen psychiatrischen Tätigkeit (Vorschlag aus der Gesundheitsbehörde)
- Stand und Information zum neuen ‚Tarifvertrag Öffentlicher Dienst‘ (Referent von ver.di ist angefragt)
- Umstrukturierung der Bremer Krankenhäuser; Situation der KollegInnen in den Kliniken.

Angestellten- und Beamtenforum der PK Bremen

Dienstag, 5. Juli

20.00 Uhr

Hollerallee 22

28209 Bremen

Präventionsgesetz: Auswirkungen für Bremen

In den „Eckpunkten für ein Präventionsgesetz“ wird konstatiert, dass es im deutschen Gesundheitswesen „insgesamt besonders an Transparenz und Vernetzung, an Koordinierung und Zielorientierung“ fehle. Nun liegt der Entwurf des „Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention“ vor und soll zum 1.7.05 in Kraft treten.

Statt nur auf Kostendämpfungsmaßnahmen zu setzen, wird mit diesem Gesetz angestrebt, durch eine stärkere Zielorientierung mehr Nachhaltigkeit und Synergieeffekte zu erreichen. Neben der Akutbehandlung, der Rehabilitation und Pflege sollen Prävention und Gesundheitsförderung zu einer eigenständigen 4. Säule der

gesundheitlichen Versorgung ausgebaut werden.

Prävention und Gesundheitsförderung sollen sich besonders an Bevölkerungsgruppen wenden, die bisher wenig erreicht wurden.

Was bedeutet das konkret ?

Die Sozialversicherungsträger werden durch das Gesetz verpflichtet, Mittel in Höhe von 250 Mio. Euro für Leistungen der primären Prävention und Gesundheitsförderung bereitzustellen.

40% fließen in eigenverantwortliche Leistungen der verschiedenen Kassen, also z.B. in Kurse, die die Kassen selber anbieten.

Hierzu sind mittlerweile einige „eigene“ PsychologInnen eingestellt worden.

40% fließen in „Setting-Leistungen“ auf Landes – bzw. kommunaler Ebene (z.B. Kindergärten, Schulen), 20 % verbleiben auf Bundesebene und stehen einer „Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung“ zur Verfügung, vor allem wohl Kampagnen der BzGA. (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)

Für Bremen heißt das, 800.000 Euro sollen für entsprechende Maßnahmen und Projekte noch 2005 ins Land fließen.

Wie, von wem und wozu wird dieser Plan in die Realität umgesetzt ?

Die Entscheidung, wohin Mittel fließen, haben die, die einzahlen, also die Versicherungsträger. Diese werden auf Länderebene in einem Beirat über die Vergabe der Gelder entscheiden. Aber wer berät bei der Vergabe der Gelder? Das ist noch offen.

„Landesvereinigung für Gesundheit“ will koordinieren

Auf einer Veranstaltung des „Zentrums für Public Health“ an der Universität Bremen im März 04 entstand die Idee, in Bremen eine „Landesvereinigung für Gesundheit“ (LVG) zu gründen, um ein Ansprechpartner zu sein, falls Gelder für Projekte im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung fließen sollten. Am 23.5. 05 wurde dieser Verein nun gegründet. In 14 Bundesländern gibt es bereits „Landesvereinigungen für Gesundheit“, in Niedersachsen z.B. bereits seit 100 Jahren, mit jeweils recht unterschiedlichen Strukturen. Die Mitglieder der LVG wollen bei der Vergabe von Geldern für regionale Projekte fachlich beratend tätig werden. Dort soll der „Sachverstand“ gesammelt werden. Das Geld würde also nicht an Mitgliedsorganisationen des Vereins gehen, sondern nach außen an als fachlich sinnvoll anerkannte Projekte.

Nach Gründung der LVG soll es dort Arbeitsgruppen geben, (z.B. zu Themen „Altern und Gesundheit“, „Kinder und Jugendliche“, etc.) die sich an den strukturierenden Vorstand angliedern. Von Fall zu Fall arbeiten verschiedene Gruppen zusammen, um z.B. Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen durch gezielte Vernetzung und Koordination auf den Weg zu bringen. Für solche Maßnahmen ist das Geld gedacht. Um zu bewerten, wo es

Bedarf gibt und wer ihn erfüllen könnte, bedarf es eben des „Sachverstandes.“

Wer arbeitet bisher in der Gründungsphase der LVG kontinuierlich mit?

Hauptsächlich getragen wird der Gründungsprozeß vom „Zentrum für Public Health“, dort – vor allem ehrenamtlich – von Prof. Petra Kolip. Besonders aktiv sind derzeit die Volkshochschule Bremen, Bereich Gesundheit, das Zentrum für Sozialpolitik, die Arbeitnehmerkammer, das Netzwerk e.V., die PatientInnenstelle, die gesetzlichen Unfallkasse, der Frauen-Gesundheitstreffpunkt Tenover und entsprechende Stadtteilprojekte. Auch das Hauptgesundheitsamt ist vertreten. Ebenso nehmen Vertreterinnen der Ärztekammer und der Psychotherapeutenkammer Bremen an den vorbereitenden Sitzungen teil.

Im ersten Halbjahr 2005 soll der Schwerpunkt der Arbeit in Bremen im Bereich benachteiligte Kinder und Jugendliche liegen.

Erste Einschätzung

Es wird im Gesetz die bisher im Präventionsbereich übliche medizinialisierte Sicht übernommen, wenn auch vorneweg die WHO – Definition von Gesundheit als Rahmen benannt wird, die wesentlich umfassender und lebensweltbezogener ist. So machen wieder „Krankheiten“ Karriere, statt die Bedeutung psychischer Belastungen bei gesundheitlichem „Risikoverhalten“ zu bedenken und so an den auch psychosozialen Ursachen anzusetzen, die Gesundheit erschweren und Krankheit begünstigen. Das Gesetz greift zu kurz. Die Bedeu-

tung einer psychologisch- psychotherapeutischen Begleitung im Präventionsbereich kommt folgerichtig in diesem Gesetz gar nicht vor. Konsequenterweise ist auf Bundesebene zwar die Ärztekammer, aber nicht die Bundespsychotherapeutenkammer für wichtige beratende Gremien vorgesehen.

Das an sich begrüßenswerte Gesetz steckt in einem Dilemma: Einerseits tritt es mit umfassendem, aber sehr allgemein gehaltenem Anspruch an. (siehe Artikel v. J.Hardt im PTJ 1/05) Es soll ja sogar ein „Paradigmenwechsel“ durch das Gesetz erfolgen. Andererseits geht es aber wohl darum, bessere Kostendämpfungseffekte als bisher zu erzielen. Denn Untersuchungen der Kassen haben gezeigt, dass die bisher angebotenen Präventionskurse nur zu etwa 10 % derjenigen erreichen, die angesprochen werden sollen. Die Vermutung liegt nahe, dass hier mit „Problemgruppen“ vor allem die gemeint sind, die hohe Kosten verursachen könnten.

Die Bedeutung einer besseren Vernetzung und Koordination der im Gesundheitsbereich Tätigen ist in jedem Fall ein sinnvolles und zu unterstützendes Projekt. Insofern gilt es, die Möglichkeiten dieses Gesetzes zu nutzen und auch zu versuchen, mehr psychologischen Sachverstand beizusteuern. Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Bremen hat sich für eine Mitgliedschaft der Kammer entschieden und wird in der LVG mitarbeiten. Wer sich für diesen Bereich interessiert bzw. dort schon tätig ist, möchte sich doch an die Psychotherapeutenkammer Bremen und dort an Frau Ursula Kappelhoff wenden.

Weitere Erfahrungen mit Fortbildungsanträgen Hinweise zum Procedere

Seit dem Inkrafttreten der Fortbildungsordnung (FBO) Mitte letzten Jahres nutzen Fortbildungsveranstalter und Kammermitglieder in erfreulich großem Umfang das Procedere, im Rahmen der Akkreditierung Fortbildungen im Voraus anzumelden und daran teilzunehmen. Bis April 2005 wurden bereits 142 Anträge auf Fortbildung in der Geschäftsstelle bearbeitet. 141 Anträge konnten positiv beschieden werden, ledig-

lich ein Antrag wurde zurückgegeben, da er nicht das psychotherapeutische Berufsfeld zum Inhalt hatte. Diesen Bereich der Fortbildung (Akkreditierung und Zertifizierung) hat im Vorstand Hans-Otto Platte verantwortlich übernommen, er wird von Frau Kühlenborg als Mitarbeiterin unterstützt.

Die beantragten Fortbildungen verteilen sich auf die drei Antragsformulare (1) Inter-

vision, (2) Supervision, (3) Vorträge/Kongresse/Workshops/Seminare sowie nachträgliche Anerkennung der Teilnahme an Kongressen im Ausland wie folgt. Während 82 Anträge (58%) sich auf Intervention und 27 Anträge (19%) sich auf Supervision/Qualitätszirkel beziehen, wurden 26 Anträge (18%) für die Akkreditierung von Vorträgen/Kongressen /Workshops/Seminare und weitere 7 Anträge (5%) zur nachträg-

lichen Anerkennung von psychotherapeutischer Fortbildung durch die Teilnahme an Kongressen im Ausland gestellt.

Anfragen in der Geschäftsstelle veranlassen uns, einige Klarstellungen zu geben.

Die **Akkreditierung** regelt formal die Einreichung und Bearbeitung der Fortbildungsanträge. In Übereinstimmung mit der FBO werden die möglichen Fortbildungspunkte festgelegt. Dazu ist es unbedingt notwendig, die auf der Homepage der PTK vorgehaltenen Formulare und Formblätter zu benutzen. Die dort abgefragten Informationen zur Fortbildungsmaßnahme und der Qualifikation der Anbieter sowie die Erklärungen werden zur Bearbeitung des Antrags benötigt.

Nach der Teilnahme an der Fortbildungsmaßnahme (bei reflexiven Veranstaltungen, die über ein Jahr hinausgehen, am Ende des Kalenderjahres) bekommt der Teilnehmer eine **Teilnahmebescheinigung** mit ausgewiesenen Punkten durch den **Veranstalter**. Diese Teilnahmebescheinigung nimmt der Teilnehmer zu seinen persönlichen Unterlagen.

Nach spätestens fünf Jahren stellt das Kammermitglied bei der PTK HB einen Antrag auf Ausstellung eines **Fortbildungszertifikats**. Dazu ist es dann notwendig, die gesammelten Bescheinigungen, die zusammen mindestens 200 Punkte ergeben müssen, der PTK HB im Original einzureichen.

Weitere 50 Punkte für das Literaturstudium werden auf dem Antrag zum Fortbildungszertifikat durch Selbsterklärung erfragt, sie müssen nicht vorweg beantragt werden.

Dieses von der PTK HB ausgestellte Fortbildungszertifikat über mindestens 250 Punkte wird von dem Kammermitglied als Nachweis der gesetzlich vorgeschriebenen Fortbildung der Kassenärztlichen Vereinigung bzw. der Krankenhausleitung zur Kenntnis gegeben.

Bitte reichen Sie uns gegenwärtig keine Bescheinigungen über Fortbildungen ein.

Bitte bewahren Sie bis zu dem Zeitpunkt, an dem Sie Ihr Zertifikat beantragen, ihre Bescheinigungen auf.

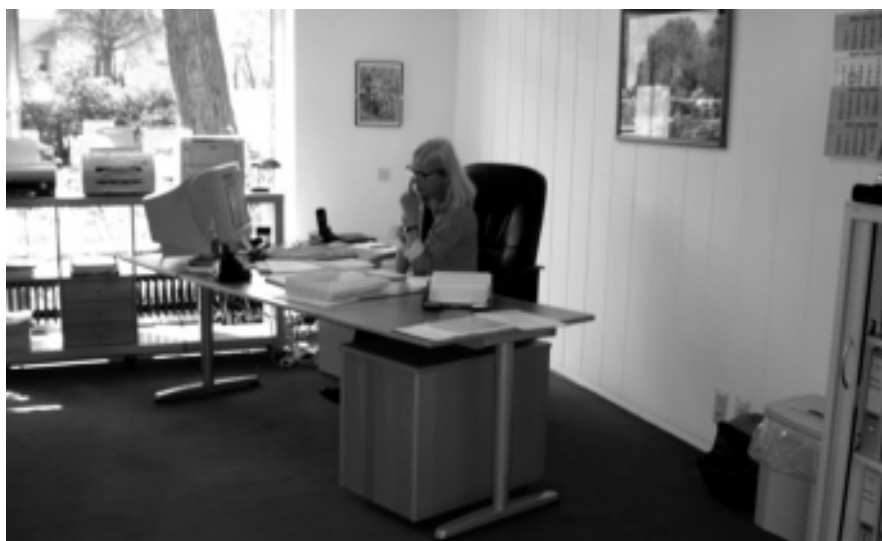
Einweihung der neuen Räume der Geschäftsstelle: Empfang am 9. Juli: Alle Mitglieder sind willkommen

Seit März sind die neuen Räume der Kammergeschäftsstelle in der Hollerallee in Bremen bezogen. Heller und geräumiger, einfach schöner präsentieren sie sich. Der Kammervorstand lädt aus diesem Anlass zu einem Empfang in die Geschäftsstelle ein:

Samstag, 9. Juli 2005
12 – 15 Uhr
Hollerallee 22

Mit einem kleinen Rahmenprogramm möchte die Kammer Mitglieder und Akteure im Bremer Gesundheitswesen ansprechen. Wir hoffen auf angeregte Gespräche im lockeren Umfeld.

Es wäre schön, wenn Sie sich anmelden würden.



Blick in die neuen Räume: Unsere Mitarbeiterin Marlies Kühlenborg (Fortbildung)

Redaktion Bremer Kammerseiten

An diesen Seiten arbeiteten mit:
Axel Janzen,
Hans-Otto Platte
Karl Heinz Schrömgens
Ursula Kappelhoff

Geschäftsstelle:

Psychotherapeutenkammer Bremen
Hollerallee 22
28209 Bremen
Fon: 0421 – 27 72 000
Fax: 0421 – 27 72 002
verwaltung@psychotherapeutenkammer-hb.de
www.psychotherapeutenkammer-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

Wir trauern um

Raymund Ohrmann

Psychologischer Psychotherapeut

geb. 12.3.61 – gest. 23.4.05

Psychotherapeutenkammer Bremen



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hamburg

Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Hamburg möchte an dieser Stelle zukünftig alle Kammermitglieder über die wichtigsten Ereignisse der letzten Monate informieren und Hintergrundwissen zur Kammerarbeit vermitteln. Bedingt durch die Redaktionszeiten sind dann manche Dinge vielleicht schon „überholt“, wenn Sie sie an dieser Stelle lesen, aber vieles lässt sich dann auch im Nachhinein noch nachvollziehen.

Zu den wichtigsten Themen und Aktivitäten seit der Kammerversammlung im Januar zählten:

- Nachapprobationsverfahren – Erteilung der Approbation als Psychologischer Psychotherapeut/Psychologische Psychotherapeutin ohne Psychologie-Diplom,
- Bedarfsplanung und Zulassungsverfahren – Gespräch Frau Kühn-Mengel (MdB)
- Einheitliches Hamburgisches Heilberufekammergesetz – Senatsdrucksache
- Versorgungswerk – Umsetzung und Information
- Notfallpsychotherapie – Ergebnis der Umfrage
- Beitragsordnung – Umsetzung und Beitragsbescheide
- Elektronische Gesundheitskarte – Beitritt der BPTK zur Gematik GmbH
- Kammerhomepage – Interner Bereich – Akkreditierungsdatenbank

Nachapprobationsverfahren

Wie schon an anderer Stelle kurz berichtet, hatte die Behörde für Wissenschaft und Gesundheit (BWG) die Kammer im Dezember 2004 gebeten, sich an der Nachapprobation von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Rahmen der Wiederaufnahme des Approbationsverfahrens nach § 12 PsychThG zu beteiligen. Grund-

lage sollte der Vergleich vor dem OVG Düsseldorf bzw. der weitgehend identische vierfache Vergleich vor dem BVerwG sein. Dem hatte die Kammer grundsätzlich zugestimmt. In den folgenden Wochen hat sich eine eingangs konstruktive Diskussion über die Regelung des Verfahrens der Prüfung in das Gegenteil verkehrt. Die Behörde hat dann trotz der ihr bekannten Bedenken am 7. Februar eine nicht abgestimmte und in mehreren Punkten strittige bzw. rechtlich bedenkliche Verfahrensrichtlinie an die Betroffenen und das Verwaltungsgericht Hamburg mit der wahrheitswidrigen Behauptung geschickt, die Kammer hätte dieser Verfahrensrichtlinie zugestimmt. Zwischenzeitlich ist das ganze Verfahren von der BWG abgebrochen worden und die Betroffenen müssen mit Widersprüchen und Verwaltungsgerichtsklagen die Wiederaufnahme erstreiten. Zwischen BWG und Kammer sind die Gespräche über eine Neufassung und Korrektur der inakzeptablen Verfahrensrichtlinie ebenfalls ins Stocken geraten. Für Ende Mai ist ein Termin vor dem Verwaltungsgericht Hamburg angekündigt, der vielleicht neue Erkenntnisse bringen wird.

Bedarfsplanung und Zulassungsverfahren – Gespräch mit Frau Kühn-Mengel (MdB)

Am 14. Februar haben Prof. Richter und Herr Grabenkamp im BMGS wegen der Unterversorgung von Kindern und Jugendlichen in Hamburg ein Gespräch mit der Patientenbeauftragten der Bundesregierung, Helga Kühn-Mengel, geführt. Frau Kühn-Mengel war mit den Versorgungsdefiziten in diesem Bereich aufgrund zahlreicher Einzelhinweise durchaus vertraut und begrüßte sehr, dass mit der Expertise unserer Kammer nun erstmalig belastbare Daten für eine Versorgungsregion vorgelegt worden seien. Seitens der Kammer

wurde die Notwendigkeit vorgetragen, die Bedarfsplanungsrichtlinie in der Weise zu ändern, dass zukünftig der PP- und KJP-Bedarf getrennt errechnet wird. Weiterhin sollte die Zulassungsverordnung in der Weise geändert werden, dass zukünftig auch Teilzeit-KV-Zulassungen und Sonderbedarfszulassungen für fremdsprachliche Psychotherapeuten möglich sind. Frau Kühn-Mengel hat zugesichert, diese Forderungen – die wir zusätzlich nochmals in schriftlicher Form nachgereicht haben – der Bundesregierung weiterzuleiten.

Heilberufekammergesetz

Inzwischen wurde der Entwurf des Heilberufekammergesetzes in die Bürgerschaft gegeben. In diesem als endgültig anzusehenden Gesetzesentwurf sind alle Änderungsvorschläge der PTK-Hamburg nicht berücksichtigt worden: Weder die Kammermitgliedschaft der PiAs noch die Beibehaltung des bisherigen Wahlrechts. Selbst inhaltlich nicht gravierende Dinge, wie die Begrenzung der Beitrittsmöglichkeiten zu Versorgungswerken auf Heilberuferversorgungswerke, wurden nicht geändert. Gleichzeitig sind im Begeittext für die Bürgerschaft sogar unwahre Behauptungen enthalten. So wird dort ausgeführt „...dass die Änderung des Wahlverfahrens auf das Verhältniswahlrecht (Listenwahl) auf Wunsch der PTK-Hamburg erfolgt sei.“ Das Gegenteil ist richtig. Wir haben unser Unverständnis zwischenzeitlich dem Präses der Behörde mitgeteilt und suchen weiterhin das Gespräch mit dem zuständigen Staatsrat Dr. Wersich. Es wurde ein Gespräch mit dem Vorsitzenden des Gesundheitsausschusses vereinbart, und die Fraktionen in der Bürgerschaft wurden ebenfalls informiert. Der Gesetzesentwurf ist zwischenzeitlich in der vorliegenden Form der Bürgerschaft und dem Gesundheitsausschuss der Hamburger Bürgerschaft zugeleitet worden.

Versorgungswerk

Der Staatsvertrag über den Beitritt zum PVW ist zum 1. März in Kraft getreten. Zwischenzeitlich sind alle Kammermitglieder vom PVW angeschrieben und um Mitteilung über die eigenen Beitrittsabsichten gebeten worden. Zudem haben vier Informationsveranstaltungen mit zusammen knapp 400 Teilnehmern stattgefunden. Zur Erinnerung: Alle derzeitigen Kammermitglieder sind aus Satzungsgründen automatisch beitragspflichtige (!) Mitglieder des Versorgungswerkes, es sei denn, sie erklären ihren Austritt. Die **Frist** für diese Erklärung **endet am 31. August 2005**. Weiterhin hat die Kammer nunmehr einen Vertreter für den Verwaltungsrat des PVW benannt. Die Kammerversammlung hat entsprechend dem Beschluss des Kammervorstandes das Kammerversammlungsmittglied Claus Gieseke als Vertreter im Verwaltungsrat des PVW bestätigt.

Notfallpsychotherapie

Auf die Umfrage nach Kammermitgliedern, die bei Großschadensereignissen sowohl in der Akutversorgung als auch in der Nachversorgung durch kurzfristige Bereitstellung von Therapieplätzen zur Verfügung stehen, haben sich 165 Kammermitglieder gemeldet. Dieser Personenkreis hat vor kurzem einen weiteren, differenzierteren Fragebogen erhalten, auf dessen Basis dann eine Datenbank von PsychotherapeutInnen aufgestellt wird, die in Notfällen einsetzbar sind. Weiterhin ist versucht worden, mit dem zuständigen Staatsrat für den Katastrophenschutz in der Innenbehörde einen Gesprächstermin zu vereinbaren. Die zuständige Innenbehörde hat allerdings zwischenzeitlich mitgeteilt, dass sie gerade die Arbeiten an einem neuen umfassenden Katastrophenschutzplan begonnen hat und diesen vor Aufnahme weiterer Gespräche erst fertig stellen möchte. Gleichwohl werden wir das Thema weiter vorantreiben und haben für den 28./29. Oktober eine Fortbildungsveranstaltung zu dem Thema mit Frau Prof. Dr. Beerlage (Magdeburg) und Dipl.-Psych. Klaus Barré (Bundeswehrkrankenhaus Hamburg) geplant.

Beitragsordnung – Beitragsbescheide

Erfreulicherweise sind nach insgesamt drei Anschreiben von fast allen Kammermit-

gliedern die Beitragsfragebögen ausgefüllt zurückgesandt worden. Lediglich ca. 60 Kammermitglieder (weniger als 5%) haben nicht geantwortet und wurden mit dem Höchstbeitrag veranlagt. Da von diesen dann in fast allen Fällen die Einkommensangaben nachgereicht wurden, konnten korrigierte Beitragsbescheide erstellt werden. Insgesamt hat nur eine verschwindend geringe Zahl von Kammermitgliedern schriftlich oder telefonisch Kritik an der neuen Beitragsordnung und deren Umsetzung geäußert. In allen Fällen wurden detailliert auf die Kritik reagiert und alle aufgeworfenen Fragen beantwortet. Die Umstellung des Kammerverwaltungsprogramms auf die neue Beitragsordnung ist erfolgt und die Beitragsrechnungen wurden inzwischen erstellt. Aufgrund der Umstellung der Beitragsberechnung wird das Beitragsaufkommen geringer ausfallen als im Jahr 2004.

Elektronische Gesundheitskarte – Beitritt zur Gematik GmbH

Die Interventionen der BPTK waren erfolgreich und die Psychotherapeuten sind im neuen Verwaltungsverfahrenvereinfachungsgesetz (das heißt tatsächlich so!) aufgenommen. Damit ist auch den Psychotherapeuten der Zugang zu den Angaben auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) möglich.

Daneben hat die Bundesregierung die Gründung der Gematik GmbH per Gesetz veranlasst, die die Einführung der eGK vorbereiten und umsetzen soll. Als Gesellschafter waren neben den Spitzenverbänden der Krankenkassen die Bundesheilerkammern mit Ausnahme der BPTK vorgesehen. Durch einen kurzfristigen Beschluss der Landespsychotherapeutenkammern konnte die BPTK ermächtigt werden, die Aufnahme als Gesellschafter der Gematik anzustreben. Ob die Kosten für diesen Beitritt von der BPTK oder den Länderkammern zu tragen sind, steht noch nicht fest. Durch die Mitgliedschaft in der Gematik wäre sichergestellt, dass auch die Belange der Psychotherapeuten bei der Einführung und Umsetzung der Infrastruktur der eGK berücksichtigt sind, die sonst von den anderen Akteuren in diesem Bereich bestimmt würden.

Kammerhomepage – interner Bereich – Akkreditierungsdatenbank

Seit kurzem ist der interne, passwortgeschützte Mitgliederbereich der **Kammer-Homepage www.ptk-hamburg.de** verfügbar. Der Zugriff auf die Inhalte erfordert die Vergabe eines Passwortes durch das System, das später individuell geändert werden kann.

Die Akkreditierungsdatenbank für die Anmeldung von Fortbildungsveranstaltungen und die Info-Datenbank für akkreditierte Fortbildungsveranstaltungen ist aus zeitlichen und technischen Gründen (Probleme mit dem Mailserver) bislang noch nicht umgesetzt worden. Die Arbeiten an einer ersten Testversion haben durch die beauftragte Firma jedoch begonnen.

Interview mit Dr. Frank Schulz-Kindermann:

Psycho-Onkologie am Knochenmarktransplantationszentrum Hamburg

(Gerda Krause) Herr Schulz-Kindermann, Sie sind als Psychoonkologe und Psychologischer Psychotherapeut im Transplantationszentrum des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf beschäftigt und leiten dort den Psychosozialen Dienst in der Knochenmarktransplantation. Was ist Ihr Hauptaufgabengebiet?

(SK) Die Knochenmarktransplantation ist ein äußerst eingreifendes, unter intensivmedizinischen Bedingungen durchgeführtes Verfahren in der Hämato-Onkologie. Sie dient ausschließlich einem kurativem Zweck: Der Heilung von der malignen Grunderkrankung, z.B. der Leukämie oder dem Lymphom. Das große Behandlungsrisiko und die extremen Behandlungnebenwirkungen machen die Mitbetreuung der Patienten und ihrer Angehörigen durch psychosoziale Experten notwendig. Wir begleiten die Betroffenen von der Vorbereitung der Transplantation über die anstrengende Akutphase bis in die Rehabilitation. Dazu nutzen wir die unterschiedlichsten Unterstützungsmöglichkeiten: Psychotherapie, Psychoedukation, So-

zialarbeit, Kreative Therapien, wie Musik- oder Kunsttherapie und die Selbsthilfe. Diese Maßnahmen koordiniere ich, in einem Team, das in die medizinisch-pflegerischen Abläufe vollkommen integriert ist.

(GK) Was sind aus Ihrer Sicht die wichtigsten Erkenntnisse der Psychoonkologie in den letzten Jahren?

(SK) Die Psychoonkologie hat sich in den letzten Jahren immer intensiver damit beschäftigt, differenzielle Indikationen und Interventionen für die betroffenen Patienten und deren Umfeld zu entwickeln. Wir sprechen nicht mehr von „dem Krebspatienten“, sondern versuchen, den Einzelnen in seiner jeweils individuellen Situation, bezogen auf Krankheit, persönliche Entwicklung und Behandlung, wahrzunehmen. So entstehen zunehmend differenzierte Interventionsprogramme und -ansätze etwa für junge Brustkrebspatientinnen in adjuvanter Behandlungssituation. Frauen, denen eine eingreifende Therapie zugemutet wird, die „lediglich“ die Prognose etwas verbessern helfen sollen. Andere Ansätze richten sich auf Gruppenprogramme, die der Schulung und Prävention gelten. Ein Fokus der Forschung sind ferner breit angelegte Untersuchungen zur besseren Erfassung der psychischen „Komorbidität“: Wie viele Patienten leiden unter psychischen Reaktionen, die direkt auf die Belastungen von Erkrankung und Behandlung zurückzuführen sind? Sind diese Probleme wirklich sinnvoll mit den hergebrachten psychiatrischen Kategorien von „Anpassungsstörung“ und „Belastungsreaktion“ zu beschreiben? Heute sprechen wir eher von „krebs- und behandlungsspezifischen Stressoren und Ängsten“. Wie viele Menschen zeigen nach Abschluss von eingreifenden Behandlungen schwere psychische Reaktionen, wie Posttraumatische Belastungsreaktionen? Warum verarbeiten die meisten Betroffenen diese Ereignisse offensichtlich problemlos: Nur 5 – 15% haben anhaltende, schwere psychische Störungen? Was schützt die Nicht-Betroffenen? Dazu gibt es noch sehr wenige gesicherte Erkenntnisse. Diskutiert werden als Prädiktoren für die Ausbildung einer anhaltenden PTBS nach KMT Prä-Traumatisierungen als protektive Bedingungen u.a.

„passende“ soziale Unterstützung. Die „objektive“ Stärke des Traumas hat eher eine untergeordnete Bedeutung.

(GK) Was sind die psychotherapeutischen Inhalte dieser Interventionsprogramme? Ich frage das auch auf dem Hintergrund, was Ihrer Meinung nach psychotherapeutisch arbeitende niedergelassene Kolleginnen und Kollegen bei der ambulanten Therapie von zum Beispiel an Brustkrebs erkrankten Patientinnen berücksichtigen sollten?

(SK) Eines der spezifischen Gruppentherapieprogramme, die bereits seit Ende der siebziger Jahre entwickelt und bis heute kontinuierlich, auch in prospektiven randomisierten Studien überprüft wurden, hat heute die Bezeichnung „supportiv-expressive Therapie“. Die von David Spiegel und Irving Yalom initiierten Ansätze vereinen die oben genannten Elemente, die wir auch in unserer Arbeit verwenden: Support, Begleitung der Patienten und Angehörigen durch alle Phasen der Erkrankung und Behandlung. Einbeziehung expressiver Bausteine, Ausdruck von Emotionen im Gruppengespräch und durch kreative Therapieansätze. Fokussierung von behandlungs- und erkrankungsassoziierten Symptomen, wie Schmerzen, Übelkeit oder Fatigue. Mit letzterem wird eine – vom allgemeinen „Chronischen Fatigue Syndrom“ abzugrenzende – tumor- und behandlungsspezifische anhaltende Erschöpfung bezeichnet. Daneben stehen edukative Elemente, die den Umgang mit erkrankungsspezifischen Problemen, im Falle von Brustkrebs z.B. den Umgang mit körperlich entstellenden Eingriffen, den Nutzen kosmetischer Möglichkeiten etc. beinhalten. Die ersten Arbeiten von Spiegel deuteten darauf hin, dass über ein Jahr durchgeführte Gruppentherapien sogar die Lebenszeit der Betroffenen positiv zu beeinflussen schienen. Mehrere groß angelegte Replikationsversuche konnten das zwar nicht bestätigen. Durchgehend zeigte sich jedoch, dass die Lebensqualität der Patientinnen, inklusive der psychischen Stabilität, signifikant gegenüber unbehandelten Kontrollgruppen verbessert werden konnte. Bezogen auf die psychotherapeutische Praxis scheint mir ein zentrales Anliegen, dass Kollegen ihr breites psychotherapeutisches Handwerkszeug

auf die fluktuierenden, häufig unberechenbaren Krankheits- und Behandlungsverläufe einstellen können.

(GK) Gibt es aus Ihrer Sicht bestimmte typische Klippen bzw. Probleme bei der psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit Krebs? Ich stelle mir vor, dass die Frage des Umgangs mit der Todesangst hier eine wichtige Rolle spielen könnte – ist das so?

(SK) Krebspatienten „fallen aus ihrer normalen Wirklichkeit“: Nichts ist mehr, wie es vorher war, die existenzielle Unversehrtheit wird sich nie wieder einstellen. Sie suchen dennoch nach diesem Heil-Sein. Sie suchen das auch im therapeutischen Gegenüber. Sie tasten in der Person des Therapeuten oder der Therapeutin nach Strukturen, nach Hoffnungen, sehnen sich nach der Überwindung des Unüberwindlichen. Das ist verlockend: Angebote der Heilung zu machen, Zusammenhänge herzustellen zwischen psychischer Genesung und körperlicher Wiederherstellung. Diese unermüdliche und lebensnotwendige Suche nach der Wiederherstellung der persönlichen Kohärenz hat Angebote hervorgebracht, die dem entgegenkommen, dies befriedigen. Ansätze, die über individuelle Anstrengungen, wie das Imaginieren von Krebszellen und deren vorgestellte Zerstörung, einen Heilungsprozess anstoßen sollen. Das halte ich für eine Falle, ein vordergründiges Suchen nach Wiederaneignung von Kontrolle. Die Angst des Krebspatienten vor dem Tod kann ich, auch nach fast 20 Jahren Arbeit in diesem Bereich, nicht wirklich teilen. Ich kann mich „nur“ in einem guten Abstand daneben stellen und aushalten.

(GK) Das bedeutet doch, Menschen mit Krebs müssen aushalten, was uns Menschen am schwersten fällt – aushalten, dass wir keine wirkliche Kontrolle über unser Leben haben – würden Sie das so sehen?

(SK) Ja, so könnte man das wohl so sehen. Jedoch: Jede vorschnelle „Teilbarkeit“ – denen geht es also so wie eigentlich uns allen – verbietet sich meines Erachtens. Gefragt ist eher ein respektvolles gegenseitiges Lernen und vorsichtiges Anbieten von Bewältigungshilfen.

(GK) Wenn Sie sich die psychoonkologische Praxis der Angebote für Krebspatientinnen und ihre Angehörigen anschauen: Wo sehen Sie zur Zeit den größten Verbesserungsbedarf?

(SK) Onkologische Therapie vollzieht sich fast ausschließlich in hochspezialisierten medizinischen Settings, sowohl im ambulanten, wie im stationären Bereich. Regelmäßige psychosoziale Angebote sind bis heute eher die Ausnahme als die Regel. Im stationären Bereich besteht die Gefahr, dass bestehende Angebote unter dem Druck der Einsparungen im Gesundheitswesen immer weiter zurückgedrängt werden. Funktionierende Kooperationen etwa zwischen onkologischen Schwerpunktpraxen und niedergelassenen PsychotherapeutInnen sind nur vereinzelt zu finden; hier sehe ich eine nachhaltige beiderseitige Annäherungsvermeidung. Bei der immensen und immer weiter ansteigenden Zahl von Krebsbetroffenen ist eine eklatante psychosoziale Unterversorgung festzustellen. Deshalb wünsche ich mir eine qualifizierte Vernetzung psychoonkologisch gut ausgebildeter Kolleginnen und Kollegen mit den medizinischen Institutionen – katalysiert von den regionalen und überregionalen psychoonkologischen Fachgruppen etwa der Deutschen Krebsgesellschaft/AG Psychosoziale Onkologie oder der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie.

GK: Herr Dr. Schulz-Kindermann, herzlichen Dank für das Interview.

1. Hamburger Angestelltentag

Am 16. April fand unter Beteiligung von 70 angestellten und beamteten Kammermitgliedern der 1. Hamburger Angestelltentag statt. Die Resonanz auf die angebotenen Themen war so groß, dass in der Endphase der Vorbereitung Anmeldungen nicht mehr angenommen werden konnten, da der Platz im Kulturhaus Eppendorf sonst nicht gereicht hätte. Dank der professionellen Organisation und Vorbereitung der Veranstaltung durch Dr. Schulz-Kindermann, Dr. Manfred Bogun, Dr. Rainer Thiel und Maren Jensen, die seitens des Verbandes der in Kliniken angestellten PsychotherapeutenInnen die

Vorarbeiten geleistet haben, war der 1. Angestelltentag ein voller Erfolg.

Dr. phil. Heiner Vogel (wiss. Mitarbeiter des Instituts für Psychotherapie und Med. Psychologie der Universität Würzburg), der den Hauptvortrag zu der zugespitzten Frage hielt „Gibt es 2015 noch angestellte Psychotherapeuten?“ machte pointiert deutlich, wie sich aus seiner Sicht das Arbeitsumfeld der angestellten Psychotherapeuten verändern wird. Er stellte dabei speziell auf die Einflussmöglichkeiten ab, die Angestellte über die Kammern und die BPTK auf den sich abzeichnenden Entwicklungsprozess haben. Dabei wies er auch darauf hin, dass die angestellten Kammermitglieder im Bundesschnitt ca. 50% aller Kammermitglieder ausmachen (in Hamburg sind ca. 30% der Kammermitglieder angestellt), aber in den Gremien der Kammern und der BPTK unterrepräsentiert sind. Die Möglichkeiten und Chancen für angestellte Psychotherapeuten sind laut Heiner Vogel stark abhängig von der Entwicklung des Gesundheitssystems. Bei weiter schwindendem Beitragsaufkommen der gesetzlichen Krankenkassen und rückläufigem Engagement des Staates im Bereich der ergänzten psycho-sozialen Hilfen können Beschäftigungsmöglichkeiten schwinden, obwohl der Bedarf wächst, wie viele

Studien über die Entwicklung psychischer Erkrankungen aufzeigen. Im Rahmen von DMP-Programmen und Konzepten zur integrierten Versorgung bestehen aber neue Chancen. Im Bereich der Rehabilitation und der Prävention sieht Heiner Vogel ein weites Betätigungs- und Aufgabenfeld auch für angestellte Psychotherapeuten.

Im weiteren Verlauf des Angestelltentages wurde in Arbeitsgruppen über die Möglichkeiten einer stärkeren Versorgungsnetzwerk im Rahmen integrierter Versorgungskonzepte, neue Aufgaben und Finanzierungsmodelle für Psychologen und Psychotherapeuten in Institutionen, die Aufgaben von angestellten Psychotherapeuten in der Notfallpsychotherapie, die Entwicklung und Veränderung der Bundestarife im öffentlichen Dienst und die dienstrechtlichen Perspektiven im Lichte der sich veränderten Klinikstrukturen diskutiert.

Im Zuge der abschließenden Diskussion wurde auch das von den CDU/CSU-Ländern über den Bundesrat in das Gesetzgebungsverfahren eingebrachte Kommunale Entlastungsgesetz (KEG) vorgestellt und in seinen Konsequenzen erörtert. Die nachfolgende Resolution ist dabei als Ergebnis einstimmig von den anwesenden Kammermitgliedern beschlossen worden:

Resolution

der Vertreter des 1. Angestelltentages der Psychotherapeutenkammer Hamburg am 16. April 2005 zum Kommunalen Entlastungsgesetz (KEG) und der Einführung von Gebühren für die Inanspruchnahme sozialer Beratungs- und Hilfeleistungen

Nach intensiver Diskussion haben die im Angestelltenverhältnis in Kliniken und Sozialen Einrichtungen in Hamburg tätigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Ablehnung der mit dem Kommunalen Entlastungsgesetz (KEG) geplanten Einführung von Gebühren beschlossen.

Die angestellten und beamteten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten stellten fest, dass das dieser Tage auf Initiative der CDU/CSU-Bundesländer über den Bundesrat eingebrachte Gesetz zur Entlastung der Kommunen im Sozialen Bereich (KEG), mit Maßnahmen wie

- der Einführung einer Eintrittsgebühr für Erziehungsberatung,
- der Erschwerung der Eingliederung von seelisch behinderten Kindern und Jugendlichen,
- der Streichung von Krisenhilfen für junge Erwachsene

unakzeptabel hart Kinder und Jugendliche aus einkommensschwachen Familien trifft. Auch wenn viele Kommunen finanziell klamm sind, stecken sie bei weitem nicht annähernd in solchen finanziellen Notlagen wie die Eltern und Kinder, denen die CDU/CSU-Bundesländer jetzt dringend notwendige psychosoziale Hilfen streichen wollen.

Das KEG negiert alle Grundsätze einer präventiven Gesundheitspolitik. Moderne Erziehungsberatung hilft Eltern und Kindern, ihr Leben besser zu meistern, um Drogensucht, Kriminalität und Depressionen zu begegnen. Bereits jetzt ist jedes fünfte Kind in Deutschland psychisch krank. Gerade an armen Familien zu sparen, ist den Betroffenen gegenüber rücksichtslos und gesamtgesellschaftlich verantwortungslos.

Die mit dem KEG ohne große öffentliche Schlagzeilen von Bayern über den Bundesrat eingebrachten Maßnahmen, mit denen bundesweit rund 250 Millionen Euro bei der kommunalen Jugendhilfe eingespart werden sollen, lehnen die Hamburger Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten kategorisch als unsozial und kontraproduktiv ab. Mit diesen Maßnahmen werden die sozial Schwächsten von dringend benötigter Hilfe ausgeschlossen. Damit besteht die Gefahr der Verschärfung und Chronifizierung von psychischen Erkrankungen, die am Ende die Krankenversicherungen belasten oder gerade bei nicht frühzeitig behandelten Kindern und Jugendlichen zu gesamtgesellschaftlichen Belastungen führen, die keiner will.

Überlegungen zu Auswirkungen der Gesundheitsreform auf das Berufsethos der Psychotherapeuten

Die so genannte Gesundheitsreform wird zunehmend Ihre Berufswirklichkeit bestimmen.

Maßnahmen wie *Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement* werden die therapeutischen Gestaltungsmöglichkeiten einschränken und Standards unterwerfen, deren Sinn unter fachlichen Gesichtspunkten oft schwer nachvollziehbar ist. Ob es darum geht, auf dem Stand der Entwicklung Ihres Faches zu sein (dokumentierte Fortbildungspflicht) oder auch darum, den Patienten angemessene Behandlungsbedingungen zu bieten (Qualitätsstandards von Praxen), überall werden einheitliche und verbindliche Normen gelten.

Diese gesetzlichen Normen sind zwischen verschiedensten Interessengruppen ausgehandelt worden, und sie werden kaum noch individuellen Spielraum für eigene Einsicht, eigene Entwicklung und eigene Vorlieben für die Gestaltung der Berufsrealität vorsehen. Sie werden zugleich die *Eigenverantwortung* mindern. Sie werden dann nicht mehr selbst nachdenken, nur noch nachlesen müssen, was richtig und geboten ist. Es wird nur darum gehen, Vorgaben nachweisbar zu erfüllen.

Verordnete Dokumentationsweisen Ihrer Tätigkeit werden so gestaltet sein müssen, dass sie für fachliche Laien plausibel und nachvollziehbar sind; fachliche Standards werden demgegenüber zurücktreten. Das fachspezifische Nachdenken wird zunehmend durch die Logik von allgemeinen Verwaltungs- und Steuerungsvorgängen ersetzt. Das wird notgedrungen zu einer *Entdifferenzierung des psychotherapeutischen Nachdenkens* führen.

Alle wegen der Standardisierung zu erwartenden Veränderungen betreffen die Belange der Kammer insofern, weil externalisierte Kontrollmaßnahmen als *Nebenwirkung* – um einen therapeutischen Begriff zu verwenden, man könnte auch drastischer von *Kollateralschaden* sprechen – ein wesentliches Gut, das die Kammer zu schützen hat, tangieren: *das Ethos der freien Berufe*.

Müssen wir das einfach so hinnehmen, weil es vorgeschrieben ist? Oder, wenn wir schon nichts dagegen unternehmen können, müssen wir nicht zumindest auf diese zu befürchtenden psychologischen Vorgänge verweisen?

Mit den Kammergründungen wurde die fachliche Aufsicht dem Berufsstand selbst übertragen, die externen (staatlichen) Kontrollen gingen in demokratische von den Berufsangehörigen selbst gewählte Organe über. Dieser *Emanzipationsprozess*, der gerade erst ins Leben gerufenen Berufe der psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist mit den neuen Regelungen im Gesundheitsversorgungssystem *gefährdet*. Das ist ein besorgniserregender Prozess: ist doch fachliche Selbstverantwortung, Selbstverpflichtung zur Weiter- und Fortbildung, sachgerechte Entscheidung in den Behandlungsprozessen und umsichtiger Gebrauch der zu Verfügung gestellten Mittel eine *ethische Verpflichtung des Berufsstandes und jedes einzelnen Berufsangehörigen*. Die Kammer soll als Institution der Berufsangehörigen die ethische Verpflichtung bewahren und fördern und muss sie im Notfall, bei Verfehlungen, über berufseigene Organe einfordern.

Was den Berufsstand als ganzes betrifft, kann gravierende *Auswirkungen auf jeden*

Einzelnen haben. Wir wissen als Psychotherapeuten sehr genau, welch wichtigen kulturellen Fortschritt es bedeutet, wenn im Laufe eines gelungenen Erwachsenwerdens *äußere Aufsicht und Kontrolle zunehmend durch innere Instanzen* (Selbstverantwortung, Selbstverpflichtung und Gewissensbildung) *abgelöst werden*. Wir wissen, wie sensibel das Gleichgewicht zwischen äußerer Kontrolle und Selbstverantwortung ist und dass ein einmal erreichter Fortschritt schnell verloren gehen kann.

Ein Übermaß an äußerer Kontrolle, wie bei den allgegenwärtigen Regelungen für Qualitätssicherung und Qualitätsmaßnahmen zu erwarten ist, kann kollateral zu einer *Verunsicherung der inneren Verpflichtungen* führen. Die Bereitschaft zum und die Lust am lebenslangen Lernen wird dann zu einer genormten Fortbildungsverpflichtung, der mehr oder weniger bereitwillig Folge geleistet wird und die mit dem Sammeln von Punkten erledigt werden kann. Der Geschmack an der Gestaltung eines Ambientes, in dem sich Behandler und Patienten förderlich und angenehm begegnen können, wird zur Erfüllung von ISO-Normen für kundenfreundliche Praxen.

Entscheidend ist aber, dass die *klinische Kompetenz in der therapeutischen Beziehung*, die treffend mit einer *ethischen Haltung* beschrieben werden kann, gefährdet werden kann.

Leider ist das Verständnis der Kostenträger und der kassenärztlichen Vereinigung für die fachlichen und ethischen Belange unserer Berufe sehr gering und der Standardisierungsdruck von allen Seiten sehr groß. Fast wie eine Erpressung mutet es an, wenn uns – wie zum Beispiel

von Kassen- und KV-Vertretern – nahe gelegt wird, sich den Normierungen zu unterwerfen, weil sonst die Existenz der Psychotherapie gefährdet sei. *Als könnte man Freiheit und Selbstbestimmung, die für Psychotherapie notwendig sind, durch das Hinnehmen von Zwang erkaufen.*

Auf Initiative der Landespsychotherapeutenkammer Hessen haben die Heilberufekammern des Landes Hessen eine Arbeitsgruppe gebildet, die sich mit der Auswirkung von gesetzlich vorgeschriebener Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement auf das freiberufliche Ethos beschäftigen wird. Wir werden nach gründlicher Vorarbeit unsere Sorgen in angemessener Form an die Öffentlichkeit herantragen.

Eine solche öffentliche Kampagne hat aber nur dann einen Sinn, wenn Sie als Berufsangehörige sich mit diesen Fragen, die Ihr Berufsverständnis im Grunde betreffen, auseinandersetzen. Ich bitte Sie, sich zu informieren und sich die zu erwartenden Veränderungen plastisch vorzustellen und dann *alle formellen und in-*

formellen Kontakte zu benützen, um auf diese gesellschaftlich relevanten Prozesse hinzuweisen.

Denken Sie daran, dass, was im gesundheitspolitischen Bereich passiert, *alle angeht*. Auch in anderen Berufen ist eine Ablösung, Aushöhlung von Selbstverantwortung durch Maßnahmen der Normierung und Standardisierung zu befürchten. Man muss sich ernsthaft fragen, *wie viel Verwaltungsoptimierung und Effizienzkontrolle eine demokratische Gesellschaft unbeschadet vertragen kann, lebt sie doch letztendlich von der Selbstverantwortung der Bürger.*

Die *psychologischen Auswirkungen der Gesundheitsreform* auf die beteiligten Menschen werden kaum beachtet, alleine ökonomische und administrative Gesichtspunkte bestimmen Denken und Entscheidung. Bei den meisten Gesetzesvorhaben – auch beim Präventionsgesetz – ist ein völliger Mangel an psychologischer, sogar anthropologischer Reflexion zu beobachten. Die angeblich effizienzoptimierte Versorgung der Patienten wird ausschließlich

unter dem Gesichtspunkt der Bereitstellung (Kostendämpfung) von (Finanz-) Mitteln betrachtet.

Was fehlt, ist eine *Besinnung auf leitende Bilder vom Menschen und der Gesellschaft* sowie auf gesellschaftliche und kulturelle Prozesse. Diesem Mangel an psychologischem und anthropologischem Denken in der Gesundheitspolitik müssen/wollen wir entgegenwirken. *Dabei werden wir aber nur Erfolg haben, wenn Sie sich an den notwendigen Diskussionen beteiligen.*

Im Zusammenhang mit dieser Thematik werden wir auf dem **Dritten Hessischen Psychotherapeutentag** in Frankfurt eine öffentliche Podiumsdiskussion mit Gesundheitspolitikern veranstalten, bei der es nicht nur um die besorgniserregende Auswirkungen auf die Behandler, sondern darüber hinaus auf alle Menschen im Gesundheitsversorgungssystem gehen soll. Bitte merken Sie sich vor: **Der Dritte Hessische Psychotherapeutentag wird am 23. und 24.09.05 in Frankfurt** in der Fachhochschule stattfinden.

Jürgen Hardt, Präsident

Bericht des Vorstandes

Geschäftsstelle und Akkreditierungs- und Zertifizierungskommission haben seit Inkrafttreten der Fortbildungsordnung insgesamt ca. 590 Anträge auf **Akkreditierung von Fortbildungsveranstaltungen** (bzw. Anerkennung als Supervisor/in, Selbsterfahrungsleiter/in oder Interventionsgruppe) bearbeitet. Ca. 555 Anträge führten davon bisher zur Anerkennung, ca. 30 konnten z.B. wegen fehlender Nachweise noch nicht abschließend bearbeitet werden, 9 wurden abgelehnt. Das individuelle Punktekonto der Mitglieder ist in Arbeit. Es werden Möglichkeiten erarbeitet, mit denen die Mitglieder sich über ihren individuellen Punktestand informieren können.

Seit Sommer 2004 ist die LPPKJP Mitglied des „**Gemeinsamen Qualitätssicherungsausschuss der LÄKH / LPPKJP / KVH**“. Im Februar wurde dieses Gremium neu

Errata:

Leider hat es beim Druck des letzten Psychotherapeutenjournals eine Panne gegeben: Berufsordnung sowie Änderungen der Beitrags- und Kostenordnung waren nicht, wie angekündigt, im Mittelteil des Heftes eingeklebt. Der Verlag hat diesen Fehler inzwischen behoben und Ihnen die Ordnungen mit separater Post zugesandt. Wir bitten, den Fehler zu entschuldigen.

besetzt. Der Ausschuss besteht aus insgesamt neun Mitgliedern. Je drei werden von jeder Institution entsandt:

Für die LPPKJP sind dies:

- Herr Dipl.-Psych. Bauer, Vizepräsident,
- Frau Dipl.-Psych. Schneider-Reinsch, Beisitzerin im Vorstand,

- Herr Rautschka-Rücker, Geschäftsführer.

Für die KVH:

- Herr Dr. Zimmermann, stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der KVH,
- Herr Dr. Herholz, Leiter Abteilung Ärztliche Qualitätssicherung,
- Herr März, stellvertretender kaufmännischer Geschäftsführer.

Für die LÄKH:

- Herr Dr. Leimbeck, Vizepräsident der LÄKH,
- Herr Dr. von Knoblauch zu Hatzbach, Mitglied des Präsidiums der LÄKH,
- Herr Prof. Dr. Loch, Vorsitzender der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der LÄKH.

Der Vorsitz liegt turnusgemäß bei Hans Bauer, Vizepräsident der LPPKJP.

Aufgabe des Gemeinsamen Ausschusses Qualitätssicherung ist es, Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zum Qualitätsmanagement zwischen den verschiedenen Gremien abzustimmen. Während sich die bisherige Tätigkeit auf die Befassung mit Qualitätszirkeln beschränkte, soll künftig auch die sozialrechtliche Fortbildungsverpflichtung und das Qualitätsmanagement Gegenstand der Arbeit sein.

Die hochrangige Besetzung des Gremiums eröffnet die Chance auf eine verbindliche und zielorientierte Arbeit, mit der die Selbstverwaltungskörperschaften der Ärzte und Psychotherapeuten ihr Vorgehen im Sinne

ihrer Mitglieder abstimmen können. Wir werden uns bemühen, dass unsere fachspezifischen Aspekte berücksichtigt werden.

Der Vorstand hat eine Arbeitsgruppe gebildet, die sich mit der Situation der **PsychotherapeutInnen in Ausbildung** (PiA) befassen soll. PiA können seit Februar 2004 freiwillige Mitglieder der Kammer werden. Allen ist bewusst, dass die Situation der PiA, insbesondere die Tatsache, dass die praktische Tätigkeit überwiegend ohne Bezahlung erbracht werden muss, skandalös ist und dringend Abhilfe geschaffen werden muss.

Die Arbeitsgruppe will sich zunächst einen Überblick über den Status Quo in Hessen verschaffen. Auch die Belange der Ausbildungsinstitute müssen hierbei in den Blick genommen werden. Der Vorstand hat daher die Institute bereits zweimal zu einem Erfahrungsaustausch eingeladen.

Nach der Delegiertenversammlung vom 10. und 11. Juni 2005 werden der Vorstand und die Gremien der Kammer einen detaillierten **Tätigkeitsbericht für das Jahr 2004** vorlegen, der im Internet oder über die Geschäftsstelle angefordert werden kann.

Uta Cramer-Düncher und Jürgen Hardt für den Vorstand

Beitritt zum Versorgungswerk Niedersachsen auf den parlamentarischen Weg gebracht

Wie schon berichtet, hat die Delegiertenversammlung den **Beitritt zum Versorgungswerk Niedersachsen** beschlossen. Die Kammer ist zur Realisierung des Beitrittes an das Sozialministerium des Landes Hessen herangetreten und hat um den Abschluss eines Staatsvertrages gebeten. Der Abstimmungsprozess zwischen den Ländern Hessen und Niedersachsen ist im

Gange, an dessen Ende die Zustimmung der beiden Landtage stehen soll.

Der Versand ausführlicher Unterlagen an die hessischen Kammermitglieder sowie die in verschiedenen Städten in Hessen geplanten Informationsveranstaltungen wurden bis zur Verabschiedung des Staatsvertrages zurückgestellt. Sofern der Beitritt

zum Versorgungswerk Niedersachsen noch 2005 den parlamentarischen Weg nehmen wird, wird die entstandene Verzögerung keine Nachteile für die Mitglieder der LPPKJP mit sich bringen. Dann können nämlich Beiträge und damit Versorgungsansprüche für das Jahr des Beitritts rückwirkend ab 1. Januar entrichtet und erworben werden.

Neues Tarifrecht im Öffentlichen Dienst

Die Eckpunkte des Manteltarifvertrages für die Beschäftigten im Öffentlichen Dienst (TVöD) wurden am 9. Februar 2005 mit einem öffentlichen Händedruck zwischen ver.di-Chef Bsirske und Bundesinnenminister Schily bekräftigt. Es gibt nun ein einheitliches Tarifrecht für Angestellte und Arbeiter(innen), eine neue, einheitliche Tabelle mit 15 Entgeltgruppen, Bestandsschutz für bestehende Dienstverhältnisse und künftig eine zusätzliche leistungsorientierte Bezahlung. Die Ortszuschläge und die Zuschläge für Verheiratete fallen weg und wurden in die Gehälter mit eingerechnet. Der Manteltarifvertrag, der bis zum 15.9. ausformuliert werden und zum 1.10. 2005 in Kraft treten soll, gilt für die Beschäftigten des Bundes und der Kommunen, aber nicht für die Landesbediensteten und höchstens mittelbar für die Beschäftigten bei den Kirchen. Wichtig ist: Es gibt einen **individuellen** Bestandsschutz für bestehende Arbeitsverträge. Das Niveau der Vergütung konnte

im Großen und Ganzen gehalten werden. Für die Entgeltgruppen 13-15 (BAT IIa + b alt wird Entgeltgruppe 14 neu) wird ab 2007 das Weihnachtsgeld auf 60% reduziert.

Urlaubstage und Lohnfortzahlung im Krankheitsfall bleiben wie bisher, allerdings setzt der Zeitpunkt der Zahlung des Krankentagegeldes durch die Krankenkassen früher ein als bisher. Die Differenz zum Gehalt muss vom Arbeitgeber übernommen werden. Für den Arbeitnehmer ändert sich dadurch nichts, der Arbeitgeber wird finanziell entlastet, die Krankenkassen belastet.

Für neue Verträge gilt, dass die Einstufung nach Lebensalter entfällt und durch die Jahre der Berufstätigkeit ersetzt wird. Die Aufstiegszeiten von einer Stufe zur nächsten sind gegenüber dem alten BAT deutlich verkürzt.

Es ist mit der Reform aber nicht gelungen, grundsätzlich wegzukommen von einer

Eingruppierung nach Berufsabschluss hin zu einer Eingruppierung rein nach Tätigkeiten und Leistungsmerkmalen.

Die entscheidende Frage, in welchen Entgeltgruppen PP und KJP einsortiert werden, wird mit Gewissheit erst Ende 2006 zu beantworten sein; bis dahin brauchen die Kommissionen, um die zur Zeit existierenden ca. 17.000 Einreihungsmerkmale (!) für alle Berufe zu clustern. Die ver.di Fachkommission PP / KJP wird sich an der Reform der Eingruppierung beteiligen. Wenn Sie selbst überprüfen wollen, ob sich etwas an Ihren Bruttoeinkünften verändern wird, können Sie die unter www.verdi.de im Internet veröffentlichte „Tabelle – West“ zur Rate ziehen: Ziehen Sie von ihrem jetzigen Bruttogehalt die Kinderzuschläge ab (diese werden künftig separat ausbezahlt) und vergleichen Sie das Ergebnis mit dem in der Tabelle aufgeführten Betrag.

Thomas Merz

Sparprogramm der Regierung gefährdet Kinder- und Jugendhilfe für Sozialschwache

Gesetzentwurf zur Entlastung der Kommunen im sozialen Bereich (KEG) von LPPKJP scharf kritisiert – Stellungnahmen der Kammer gingen an den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend des Deutschen Bundestages sowie das Hessische Sozialministerium

Die Bundesregierung sieht in einem Gesetzentwurf weitreichende Veränderungen in der Struktur der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe vor. Infolge der geplanten Streichung des § 35a SGB VIII sehen Vertreter der LPPKJP die Gefahr, dass niedrigschwellige ambulante, präventiv wirkende Beratungsangebote künftig nur noch Familien

offen stehen, die in der Lage sind, sich an deren Kosten zu beteiligen. Die LPPKJP widerspricht dem Argument der Initiatoren des Gesetzentwurfes, die öffentlichen Haushalte würden vermehrt belastet, weil Erziehungsberatungsstellen stärker frequentiert werden. Kammerpräsident Jürgen Hardt und Vorstandsmitglied Thomas Merz in ihrer Stellungnahme: „Die Arbeit der Erziehungsberatungsstellen mindert als niedrigschwellige und niederfrequente, frühzeitige und vernetzte Beratung die Kosten der Hilfen zur Erziehung der öffentlichen Hand. Die Finanzierung erfolgt in der Regel nicht durch die Kommunen alleine, sondern in einer Komplementärfinanzierung aus kommunalen Mitteln und Eigen-

mitteln der freien Träger.“ Experten sehen die Gefahr, dass die geplanten „sozialverträglichen“ Kostenbeiträge Eltern davon abhalten werden, Hilfe für ihre Kinder rechtzeitig in Anspruch zu nehmen. Vertreter der LPPKJP halten es für widersinnig, einerseits die Niedrigschwelligkeit in primär-präventiv arbeitenden Institutionen zu gefährden und andererseits mit dem Präventionsgesetz das Ziel zu verfolgen, Menschen besser als bisher zu erreichen und zu einem Mehr an Selbsthilfe und Eigenverantwortung zu befähigen. Den gesamten Text der Stellungnahme finden Sie unter www.psychotherapeutenkammerhessen.de in der Rubrik „Aktuelles, Nachrichten, Berichte“.

Neues aus der Geschäftsstelle

Beitragserhebung und Bürokratie

Die Kammer unterliegt anderen rechtlichen Vorgaben als Berufsverbände. Wenn wir die Beitragsforderungen rechtlich durchsetzbar machen wollen und müssen, sind wir an die Form von Bescheiden etc. gebunden. Mit der Einführung der an den Einkünften orientierten Beiträge ist zwangsläufig die

Erhebung und Verarbeitung zusätzlicher Informationen verbunden, was ohne Bürokratie nicht umsetzbar ist und ohne Ihre Mitwirkung nicht gelingen kann. Hierfür erbitten wir Ihr Verständnis. Die ungewohnten Begriffe und Sachverhalte, die wir an Sie herantragen, führen zu manchem Missverständnis. Zum Beispiel kommen wir nicht umhin, Ihnen einen Beitragsbescheid

auch dann zuzusenden, wenn Sie sich zutreffend eingruppiert und bereits gezahlt haben. Dieser Bescheid ist auch für Sie wichtig, weil Sie ja ein Dokument für die steuerliche Geltendmachung des Beitrages als Werbungs- oder Betriebskosten benötigen. Senden Sie ihn uns deshalb bitte nicht zurück.

Ihre Geschäftsstelle

Gedenken

Wir gedenken unserer verstorbenen Kollegin:

Frau Ursula Barbara Richter, Lauterbach, geb. 31.08.1958, gest. 21.01.2005.

Termine

Delegiertenversammlungen

10. und 11. Juni 2005
4. und 5. November 2005

3. Hessischer Psychotherapeutentag

23. und 24. September 2005, Frankfurt, Fachhochschule.

Redaktion Hessische Kammerseiten:

Uta Cramer-Düncher, Stefan Baier

Geschäftsstelle

Gutenbergplatz 3
65187 Wiesbaden
Tel 0611. 53168 – 0
Fax 0611. 53168 – 29
post@psychotherapeutenkammerhessen.de
www.psychotherapeutenkammerhessen.de

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

im Februar dieses Jahres hatten Sie Ihre Vertreterinnen und Vertreter in der Kammerversammlung neu zu wählen – eine Möglichkeit, von der rund 50% der KJP und 62% der PP Gebrauch gemacht haben. Wir sind mit dieser Wahlbeteiligung alles andere als zufrieden – vielleicht helfen Sie uns bei der Analyse der Ursachen, indem Sie uns über Ihre Gründe informieren, wenn Sie zur Gruppe der Nicht-Wähler gehören.

Es waren 40 Sitze zu besetzen – zwei mehr als in der vergangenen Wahlperiode, weil sich die Zahl der Kammermitglieder auf 2.861 (Stand 30.09.04) erhöht hat. Hauptgrund dafür ist die Tatsache, dass seit Dezember 2003 auch die im praktischen Teil ihrer Ausbildung befindlichen angehenden PP und KJP sozusagen „automatisch“ Mitglieder der Kammer sind – und erfreulicherweise entscheiden sich immer noch viele zur Ausbildung Berechtigte, trotz mancher Hürden den Weg zum PP oder KJP zu gehen.

Die abgegebenen Stimmen verteilen sich auf die Listen der PP wie folgt:

Liste	Prozent	Sitze
Koalition für Psychotherapie	47,81	15
Kooperation	25,26	8
BDP/VPP	10,18	3
KrankenhauspsychotherapeutInnen	8,37	3
Sprecherrat Osnabrück	4,37	1
Schulpsychologie	2,41	1
Pro Psychotherapeutische Privatpraxen	1,58	0
Summe		31

Für die KJP sind entsprechend ihrem Anteil an der Mitgliedschaft 9 Sitze vorgese-

hen; da diese Gruppe mit einer Liste angetreten ist, wurden die Sitze nach dem Stimmenanteil vergeben, den die einzelnen Kandidaten und Kandidatinnen erreicht hatten.

Gewählt wurden (jeweils in der alphabetischer Reihenfolge und mit Angaben des Ortes der Berufsausübung) für die Berufsgruppe der Psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen:

Koalition für Psychotherapie:

Barthe, Hans-Jürgen, Lüneburg
Brendel, Lars, Nienburg
Dietzfelbinger, Monika, Wilhelmshaven
Engelhardt, Matthias, Dr., Hannover
Greve, Gabriele, Hannover
Hahlweg, Kurt, Prof. Dr., Braunschweig
Hauer, Wilfried, Braunschweig
Hermann, Jörg, Wolfenbüttel
Könning, Josef, Dr., Osnabrück
Köthke, Werner, Braunschweig
Kriz, Jürgen, Prof. Dr., Osnabrück
Schwartz, Hans-Joachim, Prof. Dr., Braunschweig
Werther, Frauke, Oldenburg
Winter, Eckhard, Goslar
Wittmann, Lothar, Dr., Otterndorf

Kooperation:

Corman-Bergau, Gertrud, Hannover
Haberstroh, Dieter, Hannover
Liebeck, Heinz, Dr., Göttingen
Marahrens-Schürg, Christa, Hannover
Nunnendorf, Wilhelm, Göttingen
Rokahr, Christiane, Hannover
Scheferling, Uta, Hannover
Seidel, Ulrich, Dr., Kirchhatten

BDP/VPP:

Franzen, Georg, Dr., Celle
Hellmann, Heiner, Schwanewede
Ismar-Mävers, Sigrid, Hannover

KrankenhauspsychotherapeutInnen:

Bückmann, Rüdiger, Hildesheim
Stein, Ingeborg, Bad Essen
Sweers, Barbara, Oldenburg

Sprecherrat Osnabrück:

Büren-Lützenkirchen, Gerlinde, Osnabrück

Schulpsychologie:

Stiller-Steffan, Beate, Braunschweig

Für die Berufsgruppe der KJP sind in die Kammerversammlung gewählt worden:

Berns, Inge, Hannover
Brünjes, Anne, Lüneburg
Brylla, Kurt, Hannover
Hauss-Labouvie, Michael, Helmstedt
Kilimann, Astrid, Dr., Osnabrück
Reiffen-Züger, Bertke, Osnabrück
Ruß, Katrin, Hannover
Siems, Kerstin, Göttingen
Wetzorke, Friederike, Braunschweig

HKG und Satzung der PKN sehen die Möglichkeit vor, innerhalb der Kammerversammlung Gruppen zu bilden, die bestimmte Rechte haben, so etwa das Recht, entsprechend ihrer Größe Mitglieder in Ausschüsse zu entsenden. Als Gruppen wurden in der neuen Kammerversammlung benannt:

- die Gruppe „Koalition plus“ (die Liste Koalition erweitert um Frau Stiller-Steffan von der Liste „Schulpsychologie“) mit 16 Mitgliedern
- die Gruppe Kooperation/Krankenhaus-PP mit 11 Mitgliedern
- die Gruppe VERBUND als Zusammenschluss der Listen BDP/VPP und Sprecherrat Osnabrück mit 4 Mitgliedern
- die Gruppe KJP mit 9 Mitgliedern.

Bei der konstituierenden Sitzung am 09.04.05, bei der 26 Kolleginnen und Kollegen aus der „alten“ Kammerversammlung auf 14 neue Mitglieder trafen, wurde zunächst der Vorstand entlastet, dessen Amtszeit mit dieser Sitzung zu Ende ging (ohne Gegenstimmen). Im Vordergrund stand dann die Wahl des Vorstands und die Bildung und Besetzung der Ausschüsse und sonstigen Gremien; die Wahlleitung übernahm Frau Berns, die sich entschieden hatte, nicht wieder für den Vorstand zu kandidieren.

Vorstandswahl

Für die Wahl zum Präsidenten wurde Dr. Lothar Wittmann vorgeschlagen, der dieses Amt auch in den letzten 4 Jahren innegehabt hatte. Dr. Wittmann wurde mit nur 1 Gegenstimme (ohne Enthaltungen) wieder gewählt.

Für die Wahl zum Vizepräsidenten bzw. zur Vizepräsidentin wurden Gertrud Corman-Bergau und Werner Köthke vorgeschlagen. Im 1. Wahlgang erhielt Frau Corman-Bergau 20 Stimmen, Herr Köthke 17 Stimmen bei 1 Enthaltung. Da für eine Entscheidung im 1. Wahlgang mehr als die Hälfte der Mitglieder der Kammerversammlung (also 21 Stimmen) benötigt worden wären, wurde ein 2. Wahlgang erforderlich, in dem Herr Köthke 16 Stimmen und Frau Corman-Bergau 21 Stimmen erhielten (bei 1 Enthaltung). Damit war Frau Corman-Bergau zur neuen Vizepräsidentin gewählt.

Da im Präsidium die Gruppe der KJP nicht vertreten ist, musste satzungsgemäß zunächst aus dieser Gruppe eine Beisitzerin bzw. ein Beisitzer gewählt werden. Vorgeschlagen und gewählt wurde Friederike Wetzorke mit 33 Ja-Stimmen, 2 Nein-Stimmen und 2 Enthaltungen.

Für die Wahl zu weiteren Beisitzern wurden Werner Köthke und Prof. Dr. Hans-Joachim Schwartz vorgeschlagen, über die – da für 2 Positionen nur 2 Kandidaten antraten – in einem Wahlgang abgestimmt wurde mit folgendem Ergebnis für Herrn Köthke: 34 Ja-Stimmen, 3 Nein-Stimmen, für Prof. Dr. Schwartz: 32 Ja-Stimmen, 3 Neinstimmen, 2 Enthaltungen.

Die 5 gewählten Vorstandsmitglieder nahmen die Wahl an und dankten für das ihnen entgegengebrachte Vertrauen.

Gremienbesetzung

Laut HKG und Kammerstatut sind 3 ständige Ausschüsse zu bilden und mit je 7 Mitgliedern zu besetzen. Es sind dies mit ihren neuen Mitgliedern, die von den jeweiligen Gruppen benannt wurden:

Ausschuss für Finanz- und Beitragsangelegenheiten:

Brendel, Hellmann, Hermann, Dr. Liebeck, Ruß, Stein, Stiller-Steffan

Ausschuss für Satzung- und Geschäftsordnungsfragen:

Brünjes, Dietzfelbinger, Ismar-Mävers, Rokahr, Scheferling, Stiller-Steffan, E. Winter

Ausschuss für psychotherapeutische Aus-, Fort- und Weiterbildung:

Brylla, Dr. Franzen, Dr. Könning, Prof. Dr. Kriz, Prof. Dr. Schwartz, Dr. Seidel, Sweers

Nach kurzer Diskussion wird die Einrichtung von 3 weiteren Ausschüssen mit jeweils 7 Mitgliedern beschlossen:

Ausschuss für Qualitätssicherung:

Brendel, Dr. Franzen, Greve, Prof. Dr. Hahlweg, Nunnendorf, Siems, Stein

Ausschuss für Fragen der Angestellten / Beamten:

Bückmann, Haberstroh, Hauss-Labouvie, Hermann, Ismar-Mävers, Prof. Dr. Schwartz, Stiller-Steffan

Ausschuss für Berufsordnung und Berufsethik:

Barthe, Berns, Büren-Lützenkirchen, Rokahr, Scheferling, Werther, E. Winter

Gemeinsamer Beirat:

Zur Erörterung von Themen und zur Vorbereitung von Entscheidungen, die PP/KJP und ärztliche Psychotherapeuten betreffen, ist nach HKG ein Gemeinsamer Beirat mit der Ärztekammer zu bilden, in den von der

Kammerversammlung der PKN entsandt werden: Berns, Greve, Hauer, Dr. Liebeck

BPtK-Delegiertenversammlung:

In die Delegiertenversammlung der Bundespsychotherapeutenkammer werden von der PKN entsandt (in Klammern: stellvertretende Delegierte): Hermann (Greve), Dr. Könning (Hauer), Köthke (Werther), Dr. Wittmann (Prof. Dr. Schwartz)

Schlichtungsstelle:

Als Mitglieder der Schlichtungsstelle für die Schlichtung von Streitigkeiten aus dem Behandlungsverhältnis werden gewählt: Vorsitzender: Kai Witthinrich (Gabriele Beyer)

Patientenvertreter: Olaf Weinel (Thomas Altgeld)

Beisitzer aus der PKN, unter denen je nach Berufsgruppe, Verfahren und Region eine/einer zu bestimmen ist:

Hans-Jürgen Barthe, Anne Brünjes, Cord Cramer, Heiner Hellmann, Christa Marahrens-Schürg, Bertke Reiffen-Züger, Katrin Ruß, Kerstin Thormann-Hoffmann, Eckhard Winter, Frauke Werther.

Schlichtungsausschuss:

Als Mitglieder des Schlichtungsausschusses für die Schlichtung von Streitigkeiten zwischen Kammermitgliedern werden gewählt:

Vorsitzender: Dr. Helmut Weidemann (Dr. Helms)

Mitglied Gruppe PP: Monika Dietzfelbinger (Frau Wöbbe-Mönks)

Mitglied Gruppe KJP: Gaby Derichs (Dr. Astrid Kilimann)

Leitfaden zum Qualitätsmanagement

Es gab zum Ende der Sitzung nach den vielen personellen Entscheidungen auch noch etwas Inhaltliches: Die konstituierende Sitzung der Kammerversammlung in der 2. Wahlperiode beschäftigte sich erstmalig mit dem vom Ausschuss für Qualitätssicherung vorgelegten Entwurf „Qualitätsrelevante Aspekte in der ambulanten psychotherapeutischen Praxis – Leitfaden zum Qualitätsmanagement“. Es gab viel Anerkennung für die geleistete Arbeit und Zustimmung zur grundlegenden Tendenz die-

ses Entwurfs sowie einige Ideen für die weitere Arbeit des Ausschusses.

Nach der Wahl

Die überzeugenden Voten bei der Vorstandswahl, die uns als „alte“ Vorstandsmitglieder bestätigt hat, haben wir zum einen als Bestätigung der bisher geleisteten Arbeit verstanden und als Auftrag, diese Arbeit in den kommenden 5 Jahren in ähnlicher Weise engagiert fortzusetzen; zum anderen haben wir darin aber auch ein deutliches Signal gefunden, dass die neue Kammerversammlung an dem „niedersächsischen Modell“ einer ausgesprochen konstruktiven Zusammenarbeit festhalten will, die über verbandspolitische Interessen hinaus um von der Sache her gebotene Lösungen ringt.

Aus der Zeit nach der Wahl ist zu berichten, dass Frau Wetzorke sich entschieden hat, von ihrer Funktion als Beisitzerin zurückzutreten. Der Vorstand hat daraufhin Kontakt zur Gruppe KJP aufgenommen und vereinbart, dass bis zur Neuwahl auf der nächsten Kammerversammlung im August ein Gruppenmitglied benannt wird, das bei den Vorstandssitzungen die Interessen der KJP artikulieren kann.

Außerdem hat der Vorstand als Vorstandsbeauftragte benannt bzw. bestätigt:

- Herrn Dr. Bernd Borchard für den Bereich Forensik
- Frau Prof. Dr. Nina Heinrichs für Fragen der Palliativversorgung.

Darüber hinaus hat sich Dr. Matthias Engelhardt bereit erklärt, für die Behandlung von Honorarfragen zur Verfügung zu stehen.

Wir wünschen uns und Ihnen, dass wir in den nächsten fünf Jahren neben der Wahrnehmung berufsrechtlicher Aufgaben die Interessen aller PP und KJP erfolgreich verfolgen können; dabei liegt uns besonders am Herzen, dass sich die angestellten PP und KJP mit ihren Anliegen als gleichberechtigt vertreten sehen.

Ihr alter und neuer Vorstand:

Dr. Lothar Wittmann, Gertrud Corman-Bergau, Werner Köthke, Prof. Dr. Hans-Joachim Schwartz

Satzung des PVW: Änderungen

Die folgende Änderung der Satzung des PVW haben Sie wegen Eilbedürftigkeit bereits per Post erhalten – aus rechtlichen Gründen müssen wir sie im PTJ noch einmal veröffentlichen.

Die Satzung des Psychotherapeutenversorgungswerks (PVW) wird durch Beschluss der Kammerversammlung vom 24.11.2004 und nach Genehmigung durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit am 14.12.2004 (Az.: 405 – 41936) wie folgt geändert

§ 16 Ausscheiden aus dem Psychotherapeutenversorgungswerk Freiwillige Mitgliedschaft

§ 16 Abs. 3 wird wie folgt geändert:

(3) Die freiwillige Mitgliedschaft kann durch schriftliche Austrittserklärung beendet werden. Beiträge (§§ 17,18), Beiträge aus Nachversicherungen (§ 25) und freiwillige Mehrzahlungen werden nicht erstattet.

§ 16 erhält einen neuen Abs.

(4) Endet die freiwillige Mitgliedschaft nach Abs. 3, so bleibt die Anwartschaft auf Versorgung nach Maßgabe des § 34 aufrechterhalten.

§ 17 Pflichtbeitrag

§ 17 erhält einen neuen Absatz

(5) Bezieher von Arbeitslosengeld II, die sich von der Pflichtmitgliedschaft in der gesetzlichen Rentenversicherung haben befreien lassen, sind verpflichtet, den Regelpflichtbeitrag in Höhe des Zuschusses, der ihnen von der Bundesagentur für Arbeit oder von einem zugelassenen kommunalen Träger gewährt wird, zu zahlen.

§ 19 Beitragspflichtiges Einkommen

§ 19 erhält einen neuen Absatz

(4) Beitragspflichtiges Einkommen für Bezieher von Arbeitslosengeld II ist das dem Min-

destbeitrag in der gesetzlichen Rentenversicherung zu Grunde liegende Bemessungsentgelt.

§ 24 Ruhen der Beitragspflicht

§ 24 Abs. 1 und Abs. 3 werden wie folgt geändert:

(1) Bei Mitgliedern, die Arbeitslosengeld, Krankengeld oder Unterhaltsgeld beziehen und bei Mitgliedern, die während der Dauer ihrer Arbeitslosigkeit oder Krankheit keinen Leistungsanspruch haben, ruht die Beitragspflicht auf Antrag. Dies gilt auch für Mitglieder, die Wehr- oder Ersatzdienst leisten, und für Mitglieder, die während des Zeitraums, der der Dauer eines gesetzlichen Beschäftigungsverbots vor und nach der Entbindung entspricht, nicht erwerbstätig sind oder nach den Vorschriften des Bundeserziehungsgeldgesetzes dem Grunde nach Anspruch auf Erziehungsgeld haben.

(3) Bei Mitgliedern, die Arbeitslosengeld, Krankengeld oder Unterhaltsgeld beziehen, sind die Lohnersatzleistungen das beitragspflichtige Einkommen.

§ 26 Überleitung von Beiträgen

§ 26 Abs. 3 wird wie folgt geändert:

(3) Abweichend von Absatz 2 kann das bisherige Mitglied Beitragsrückgewähr beantragen, wenn es für weniger als 60 Monate Beiträge entrichtet hat und die Anwartschaft auf die Altersrente im Zeitpunkt der Beendigung der Mitgliedschaft eine Monatsrente von einem Fünftel der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze nicht erreicht, oder die Antragstellerin oder der Antragsteller nicht Deutsche oder Deutscher im Sinne des Art. 116 des Grundgesetzes ist und die Bundesrepublik Deutschland auf Dauer verlässt.

§ 27 Versorgungsleistungen

§ 27 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

(2) Die Hinterbliebenen von Mitgliedern erhalten Witwen- und Witwerrente sowie Waisenrente (§ 32 Abs. 2).

§ 27 erhält einen neuen Abs.

(3) Die Hinterbliebenen von Mitgliedern erhalten Partnerinnen- und Partnerrente nach Maßgabe des § 46 Abs. 2 dieser Satzung.

§ 27 Abs. 3 wird Abs. 4:

(4) Die Bewilligung von Zuschüssen zu Rehabilitationsmaßnahmen ist in das Ermessen des PVW gestellt.

§ 27 Abs. 4 wird Abs. 5 und wie folgt geändert:

(5) Renten, die einen Monatsbetrag von eins von Hundert der monatlichen Bezugsgröße in der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 18 SGB IV) nicht überschreiten, werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen abgefunden und erlöschen mit Zahlung der Abfindung.

§ 32 Witwen-, Witwer-, Partnerin-, Partner- und Waisenrente

§ 32 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

(1) Anspruch auf Witwen- oder Witwerrente hat der überlebende Ehegatte eines Mitglieds, wenn die Ehe bis zum Tod des Mitglieds bestanden hat. Der Anspruch besteht nicht, wenn die Ehe erst nach Eintritt der Berufsunfähigkeit oder nach der Vollendung des 60. Lebensjahres geschlossen wurde. Die Witwen- oder Witwerrente beträgt 60 von Hundert der sich nach § 29 oder § 31 ergebenden oder dem verstorbenen Mitglied zuletzt gezahlten Rente.

§ 32 erhält einen neuen Abs. 2

(2) Nach Maßgabe des § 46 Abs. 2 hat Anspruch auf Partnerinnen- oder Partnerrente die überlebende Partnerin oder der überlebende Partner einer eingetragenen Partnerschaft eines Mitglieds, wenn die Partnerschaft bis zum Tod des

Mitglieds bestanden hat. Der Anspruch besteht nicht, wenn die Partnerschaft erst nach Eintritt der Berufsunfähigkeit oder nach der Vollendung des 60. Lebensjahres geschlossen wurde. Die Partnerinnen- oder Partnerrente beträgt 60 von Hundert der sich nach § 29 oder § 31 ergebenden oder dem verstorbenen Mitglied zuletzt gezahlten Rente.

§ 32 Abs. 2 wird zum neuen Abs. 3

§ 32 Abs. 3 wird zum neuen Abs. 4

§ 32 Abs. 4 wird zum Abs. 5 und wie folgt geändert:

(5) Der Anspruch auf Hinterbliebenenversorgung erlischt für jeden Berechtigten mit Ablauf des Monats, in dem er stirbt, für Witwen, Witwer außerdem mit Ablauf des Monats, in dem die oder der Berechtigte heiratet.

§ 32 erhält einen neuen Abs. 6

(6) Der Anspruch auf Partnerinnen- oder Partnerrente erlischt mit Ablauf des Monats, in dem der Berechtigte stirbt oder eine andere eingetragene Partnerschaft oder Ehe eingeht.

§ 34 Aufrechterhaltene Anwartschaft

§ 34 Abs. 1 und 2 werden wie folgt geändert:

(1) Wird die Anwartschaft auf Versorgung nach Wechsel in ein anderes Versorgungswerk ohne

Überleitung (§ 26) oder nach Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft (§ 16 Abs. 3) aufrechterhalten, so hat das frühere Mitglied Anspruch auf Berufsunfähigkeits- und auf Altersrente in der bei Ende der Mitgliedschaft unter Berücksichtigung zeitlich nachfolgender Anpassungsmaßnahmen erreichten Höhe, bei Berufsunfähigkeit jedoch ohne Berücksichtigung von Zurechnungszeiten (§ 31 Abs. 3).

(2) Beim Tod des früheren Mitglieds besteht Anspruch auf Witwen-, Witwer-, und Waisenrente, sofern die Voraussetzungen des § 32 vorliegen. Die Höhe der Hinterbliebenenbezüge errechnet sich aus der Altersrente nach Absatz 1 dieser Vorschrift.

§ 34 erhält einen neuen Abs. 3:

(3) Beim Tod des früheren Mitglieds besteht Anspruch auf Partnerinnen- und Partnerrente, sofern die Voraussetzungen der §§ 32 und 46 Abs. 2 vorliegen. Die Höhe der Hinterbliebenenbezüge errechnet sich aus der Altersrente nach Absatz 1 dieser Vorschrift.

§ 34 Abs. 3 wird zum neuen Abs. 4

§ 46 In-Kraft-Treten

§ 46 Satz 1 wird zum neuen Abs. 1

§ 46 erhält einen neuen Abs. 2:

(2) Die §§ 27 Abs. 3, 32 Abs. 2 und 6 und § 34 Abs. 3 finden Anwendung mit dem In-Kraft-Treten vergleichbarer Ansprüche auf Partnerinnen- und Partnerrenten in der gesetzlichen Rentenversicherung im Sozialgesetzbuch VI.

Geschäftsstelle

Psychotherapeutenkammer
Niedersachsen

Roscherstr. 12

30161 Hannover

Tel.: 0511/850304-30

Fax: 0511/850304-44

Mo, Mi – Fr: 09.00 – 12.00 Uhr

Mo – Do: 13.30 – 15.00 Uhr

Beitragsangelegenheiten:

Mo, Mi-Fr: 09.00 – 12.00 Uhr

Mo-Do 13.00 – 13.30 Uhr

Mail-Anschrift: info@pk-nds.de

Mail-Anschrift für Fragen der

Akkreditierung: Akkreditierung@pk-nds.de

Internet: www.pk-nds.de



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

13. Kammerversammlung am 12.03.05 in Dortmund

Hausarztzentrierte Versorgung

Die Mitglieder der Kammerversammlung beschäftigten sich zunächst mit der Bedeutung der hausarztzentrierten Versorgung für die zukünftige Berufstätigkeit. Referiert wurden Ergebnisse und Erfahrungen mit hausärztlichen Versorgungsmodellen im In- und Ausland. Kernelemente bisheriger klassischer Hausarztmodelle waren die Einschreibung der Patienten, Überweisung durch den Hausarzt als Gatekeeper in fachärztliche oder stationäre Behandlungen und die pauschale Vergütung des Hausarztes. Internationale Vergleiche ergaben, dass die Zugangskontrolle zu stationären und fachärztlichen Leistungen den Anstieg ambulanter Gesundheitskosten zwar mildern können, die gesamtwirtschaftliche Entwicklung und Anteil der Steuerfinanzierung des Gesundheitssystems aber weit stärkere Effekte auf die Höhe und die Steigerungsraten der Gesundheitsausgaben haben. Konsultationszeiten bei den ärztlichen Leistungserbringern waren insgesamt kürzer. Die Kenntnis der Behandler vom Patienten war aber nicht besser und die Arzt-Patientenbeziehung nicht stabiler als im herkömmlichen Versorgungssystem. Insofern ist weiterhin fraglich, ob und vor allem unter welchen Bedingungen Hausarztmodelle zu einer Verbesserung der Versorgung führen können.

Allerdings hat der Gesetzgeber mit den Regelungen im GMG (§ 73b SGB V) die hausarztzentrierte Versorgung eingeführt und die Krankenkassen verpflichtet, zur Sicherstellung der hausarztzentrierten Versorgung mit besonders qualifizierten Hausärzten Verträge zu schließen. Im Rahmen solcher Verträge ist auch der Zugang zum Psychotherapeuten an eine Überweisung durch den Hausarzt gebunden. Wie aktuell beim Vertrag zwischen Barmer Ersatzkasse und dem Hausärzterverband, können die Versicherten wählen, ob sie sich in den Vertrag einschreiben. Die Krankenkassen

sehen solche Verträge als Einstieg in den Aufbau integrierter Versorgungsmodelle mit stärker standardisierten Behandlungspfaden insbesondere für chronisch kranke und ältere Patienten und nutzen daher auch die Möglichkeit, durch Bonusmodelle die Versicherten für die Teilnahme an diesen Verträgen zu motivieren.

Dadurch eröffnen sich hier auch Chancen, die Psychotherapie stärker in die Behandlungsleitlinien zu integrieren. Die Zugangswege zur Psychotherapie hängen von der jeweiligen Vertragsgestaltung ab. Besonders wichtig wird daher für die Zukunft sein, dass die Psychotherapeuten sich stärker in die Diskussion um die hausarztzentrierte und die integrierte Versorgung einschalten und konkrete Konzepte entwickeln, wie einerseits eine rechtzeitige Verweisung von Patienten mit psychischen und psychisch mitbedingten Erkrankungen zum Psychotherapeuten erreicht werden, andererseits eine fachgerechte Behandlung ohne ständige Eingriffe durch Berichtspflichten oder Überweisungsnotwendigkeiten während einer laufenden Behandlung gewährleistet werden kann.

Psychotherapeuten-Versorgungswerk NRW (PTV) vergrößert sich

Einstimmig beschlossen wurde auf Antrag des PTV-Verwaltungsrates eine Satzungsänderung des Versorgungswerks. Sie ermöglicht, dass alle dem PTV beigetretenen Länderkammern zukünftig paritätisch in der Vertreterversammlung des PTV vertreten sind. Die Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg hat im November 2004 beschlossen, dem PTV Nordrhein-Westfalen beizutreten. Um diesen Beitritt zu ermöglichen, muss ein Staatsvertrag zwischen den Ländern Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg geschlossen werden.

Der Verwaltungsrat des PTV NRW und der Vorstand der PTK NRW arbeiten zusammen mit den zuständigen Aufsichtsministerien darauf hin, dass dieser Vertrag baldmöglichst abgeschlossen werden kann.

Weiterbildungsordnung auf dem Weg

Die Diskussion um Notwendigkeit, Struktur und Inhalte einer Weiterbildungsordnung wurde weitergeführt. Kontroverse Positionen gibt es dabei vor allem hinsichtlich der Bedeutung von Weiterbildungsregelungen für die zukünftige Entwicklung der Berufstätigkeit, die Chancen und Risiken der Einführung von definierten Zusatzqualifikationen im Hinblick auf die Approbation und die Abgrenzung zwischen Fort- und Weiterbildung. Der Antrag des Vorstands, den Ausschuss für Fort- und Weiterbildung in Kooperation mit dem Vorstand zur Erarbeitung einer Weiterbildungsordnung zu beauftragen, wurde einstimmig angenommen. Ein erster Entwurf für eine Weiterbildungsordnung liegt bereits vor und wird auf der 14. Kammerversammlung beraten.

Keine Kostenbeteiligung von Eltern und Kindern an Beratungsleistungen!

Die Kammerversammlung lehnte den Entwurf eines Kommunalen Entlastungsgesetzes einhellig ab und schloss sich der entsprechenden Stellungnahme der BPTK vollinhaltlich an.

Sie begrüßte die Initiative des Kammervorstands, zu diesem Thema alle Landtags- und Bundestagsabgeordneten sowie die Landesjugendämter und die Landesregierung anzuschreiben und ebenfalls zur Ablehnung aufzufordern.

Der von Bayern gemeinsam mit den kommunalen Spitzenverbänden vorgelegte

Entwurf eines kommunalen Entlastungsgesetzes (KEG) fand im Bundesrat mehrheitlich Zustimmung. Den Bundesländern soll es mit dem KEG ermöglicht werden, für ambulante Hilfen zur Erziehung nach § 27 SGB VIII und die Erziehungsberatung nach § 28 SGB VIII eine Kostenbeteiligung in Form pauschalierter Beiträge zu erheben. Vor dem Hintergrund des steigenden Bedarfs an Erziehungsberatung, seiner präventiven Funktion und Bedeutung für die Früherkennung und rechtzeitige Behandlung psychosozialer Entwicklungsstörungen hätte eine Kostenbeteiligung fatale Wirkung. Gerade Kinder sozial benachteiligter Familien bedürfen verstärkter Gesundheitsvorsorge. Durch die geringe Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen in sozial schlechter gestellten Bevölkerungsgruppen ist das Entstehungsrisiko psychischer und psychosomatischer Erkrankungen erhöht. Dem ist nur mit niederschweligen Angeboten zu begegnen. Denn, wie sich aktu-

ell im medizinischen Sektor zeigt, führen Kostenbeteiligungen der Patienten eher zur Reduktion der Inanspruchnahme.

Mit der Begründung, Abgrenzungs- und Zuständigkeitsprobleme zwischen Jugend- und Sozialhilfe zu lösen, soll künftig die Zuständigkeit für seelisch behinderte und von einer Behinderung bedrohte Jugendliche aus der Jugendhilfe (SGB VIII) gänzlich in die Sozialhilfe (SGB XII) verlagert werden. Hierbei wird übersehen, dass Kinder mit Entwicklungsstörungen vom Grade einer Behinderung zum Erhalt oder der Verbesserung ihrer sozialen Integration psychosoziale und psychotherapeutische Hilfen benötigen, die nur in Kooperation mit der Jugendhilfe oder anderer Kostenträger des Gesundheitswesens realisiert werden können. Zur Verbesserung dieser Kooperation hilft allein eine formale Zuständigkeitsregelung in der Sozialgesetzgebung nicht weiter. Dagegen sollte die Nach-

haltigkeit der Kinder- und Jugendhilfe durch eine rechtzeitige und sachgerechte Hilfgewährung sowie das Angebot einer adäquaten Infrastruktur durch gesetzliche Regelungen gesichert werden.

Auf die entsprechenden Schreiben der PTK NRW hin hat die Landesregierung versichert, dass das Land NRW den Entwurf des KEG ablehnt und sich auch im Bundesrat entsprechend verhalten hat. Von Seiten verschiedener Bundestagsabgeordneter aus NRW wurde mitgeteilt, dass man das Vorhaben ebenfalls ablehnen wolle.

Landtagsabgeordnete verschiedener Fraktionen haben die Bereitschaft signalisiert, die Forderungen der Kammer hinsichtlich eines angemessenen Versorgungsangebots für Kinder und Jugendliche auch in Zukunft zu unterstützen. Hierzu wird der Kammervorstand nach den Landtagswahlen Gespräche vereinbaren.

Tagung Maßregelvollzug: Mehr Psychotherapie – Strukturreform überfällig

Die Psychotherapeutenkammer NRW veranstaltete am 24. Februar 2005 an der Universität Duisburg-Essen eine Tagung mit der Frage „Wie viel Krankenhaus braucht der Maßregelvollzug?“ Psychisch kranke Straftäter brauchen mehr Therapie, darin waren sich alle Teilnehmer einig. Anders als im normalen Strafvollzug kann ein Häftling im Maßregelvollzug nicht einfach nach einer festgelegten Zeit entlassen werden. Voraussetzung für die Entlassung ist, dass vom Patienten keine Gefahr mehr für andere Menschen ausgeht. Der Maßregelvollzug muss daher Inhaftierte wirksam behandeln, bevor er sie entlässt. Aus diesem Grund bekommt die therapeutische Arbeit mit den psychisch kranken Straftätern im forensischen Vollzug einen besonderen Stellenwert. Mehr Sicherheit ist auch durch mehr Therapie zu erzielen.

„In der Versorgung psychischer Störungen und Krankheiten wird seit Jahrzehnten erhebliches geleistet“, betonte Cornelia Prüfer-Storcks, Staatssekretärin im NRW-Gesundheitsministerium. Dies geschieht in

der Regel, ohne dass die Therapeuten dafür besonders viel Aufmerksamkeit und Anerkennung erhielten.

Traditionell ist die Auseinandersetzung um den Maßregelvollzug durch das Spannungsfeld zwischen Gefängnis und Krankenhaus geprägt. Die klassische Unterbringung von psychisch kranken Straftätern kenne vorrangig das psychiatrische Krankenhaus, das nach ärztlichen Gesichtspunkten gestaltet sei, führte der Kriminologe Hellmut Pollähne aus. Die Wirksamkeitsforschung bei forensischen Patienten hat dagegen in den vergangenen Jahren gezeigt, wie entscheidend psychotherapeutische Konzepte bei der Behandlung der Häftlinge sind. „Als unverzichtbar“, betonte Prof. Peter Fiedler von der Universität Heidelberg, „wird inzwischen eine gründliche und sorgsame Vorbereitung der Straftäter auf die Zeit nach der Entlassung betrachtet.“ Letztlich ist jedoch auch nicht davon auszugehen, dass alle psychisch kranken Straftäter geheilt entlassen werden können. Vielmehr steigt die Zahl der Langzeitpatienten ständig.

„Der Maßregelvollzug muss stärker seiner Kernaufgabe gerecht werden und das kann er nur, wenn die psychotherapeutischen Kompetenzen in die Krankenbehandlung einfließen“, stellte Monika Konitzer, Präsidentin der Psychotherapeutenkammer NRW, auf dem Essener Forum klar. „Das erfordert auch, mehr Psychologische Psychotherapeuten in Leitungsfunktionen zu heben. Das Maßregelvollzugsgesetz in NRW ermöglicht dies seit dem 1. Januar 2004.“ Diese bisher in Deutschland einmalige Möglichkeit wird jedoch von den Vollzugsträgern bisher kaum genutzt, wurde auf der Tagung übereinstimmend festgestellt.

Die PTK NRW und die Maßregelvollzugskommission haben mit der Veranstaltung einen weiteren Vorstoß gemacht, die entscheidende Bedeutung der Psychotherapie an der Umsetzung der Behandlungsziele im Maßregelvollzug hervorzuheben und notwendige, gesetzlich vorgesehene Strukturveränderungen in den Einrichtungen einzufordern.

Entziehung ohne psychotherapeutische Behandlung und Nachsorge erfolglos – Bericht vom 3. Kooperationstag Sucht und Drogen

Im Horion-Haus, Köln, der Hauptverwaltung des Landschaftsverbandes Rheinland, fand am 13.04.2005 der 3. Kooperationstag „Sucht und Drogen“ statt. Die vom NRW-Gesundheitsministerium geförderte und von der Landeskoordinationsstelle Sucht durchgeführte Veranstaltung war eine Aktivität im Rahmen des Landesprogramms gegen Sucht. Zu Einführungsvorträgen und nachmittäglichen Workshops kamen ca. 400 Teilnehmer, die sich im Foyer über die Arbeit von Psychotherapieeinrichtungen, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen und Forschungseinrichtungen informieren konnten. Das Forum stand unter dem viel versprechenden Motto „Wissen sucht Wege“. Auf der Veranstaltung wurde eine Erkenntnis in den Vordergrund gerückt, die für Psychotherapeuten alles andere als neu ist. Entscheidend für eine erfolgreiche Suchtbehandlung mit wirksamer Entwöhnung des Substanzkonsums sind Psychotherapie und psychosoziale Nachsorge, was in dem Eingangsreferat noch einmal durch empirische Forschungsergebnisse unter-

mauert wurde. Studien zur Evaluation von Behandlungsprogrammen bei substanzbedingten Suchterkrankungen haben in verschiedenen Ländern stets zu gleichen Ergebnissen geführt: Die reine körperliche Entgiftung oder Entwöhnung bleibt nutzlos und senkt nicht die Rückfallrate, wenn sich daran nicht eine auf die individuelle Problemlage zugeschnittene Psychotherapie und psychosoziale Nachsorge anschließen. Im Gegenteil: Insbesondere bei der Alkoholabhängigkeit führt die wiederholte Entwöhnung bei Rückfällen zu einem so genannten Kindling-Effekt, wobei sich die psychopathologischen und somatischen Störungen als Folge des Substanzmissbrauchs verschlimmern. Zur Reduktion von Rückfällen spielen Psycho- und Verhaltenstherapie neben Beratungsmaßnahmen eine entscheidende Rolle.

Für die Entwicklung übergreifender Hilfeverbundsysteme müssen die klassischen Einrichtungen der Drogenhilfe und Beratung, die Angebote der Jugendhilfe und des Gesundheitsversorgungssystems stär-

ker einbezogen und miteinander verzahnt werden, betonte die Staatssekretärin Cornelia Prüfer-Storcks beim Pressegespräch. Die vier Millionen suchgefährdeten Jugendlichen in NRW gezielt anzusprechen, sei vorrangig für die Früherkennung von Suchtrisiken. Gerade in dieser Altersgruppe steigt der Drogen- und Tabakkonsum, dazu haben 40 % Erfahrung mit der Einstiegsdroge Cannabis. Vor dem Hintergrund der zu erwartenden Präventionsgesetzgebung sehe die Landesregierung einen zukünftigen Handlungsschwerpunkt darin, Präventions- und Hilfsangebote vor allem für Kinder und Jugendliche in das bestehende örtliche Suchthilfesystem einzubauen. Sofern die Entwicklung dahin geht, werden das qualifizierte Wissen und das Tätigkeitsfeld von PP und KJP in den entsprechenden Einrichtungen weiter an Bedeutung gewinnen. In diesem Zusammenhang gilt es auch dafür zu sorgen, dass Gesetzesinitiativen wie das KEG, die im Endeffekt zur Hörschwelligkeit der Beratungsangebote führen, nicht Raum greifen.

Notfallpsychotherapie in NRW: Gut gerüstet für Großschadensereignisse

Erfolgreiche Kommissionsarbeit

Zur Unterstützung des Vorstands bei der Umsetzung des Runderlasses des nordrhein-westfälischen Gesundheitsministeriums wurde die Kommission „Großschadensereignisse“ eingerichtet. Sie berät den Vorstand in Fragen der Vorsorgeplanung für die gesundheitliche Versorgung bei Großschadensereignissen. Der Erlass sieht vor, dass die untere Gesundheitsbehörde mit Hilfe der zuständigen Heilberufskammern Leitende Notfallpsychologinnen und -psychologen vorsieht und PP und KJP in ihrem Bezirk erfasst.

Im Fall der akutpsychotherapeutischen Versorgung bei Großschadensereignissen sind im Benehmen mit der Psychothe-

rapeutenkammer, den Kreisstellen/Bezirkstellen der KVen und den Hilfsorganisationen Maßnahmen zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von leichter psychisch Verletzten in den Praxen niedergelassener ärztlicher und psychologischer PPs und KJPs vorzusehen.

Derzeit werden von der Kommission folgende Aufgaben wahrgenommen.

- Beratung bei der Integration und Einbindung der beiden neuen Heilberufe in die Strukturen des Katastrophenschutzes, insbesondere in die Strukturen der Feuerwehren und des Rettungswesens.
- Beschreibung und Definition der Schnittstellen zu allen anderen am Rettungseinsatz beteiligten Berufsgruppen.

- Vorschläge zu einem Anforderungsprofil für zukünftige Notfallpsychologinnen / Notfallpsychotherapeutinnen der Landespsychotherapeutenkammer NRW, unter Berücksichtigung vorhandener notfallpsychologischer und -psychotherapeutischer Kompetenzen der Kammermitglieder.
- Beratung bei der Entwicklung einer Fortbildung für zukünftige Notfallpsychotherapeuten verschiedener Funktionen in NRW gemäß den Empfehlungen der Bundespsychotherapeutenkammer und Durchführung einer ersten Fortbildungsveranstaltung.
- Teilnahme der Kommissionsmitglieder an einer Großschadensübung der Einsatzkräfte in Köln.
- Beratungen bei der geplanten Einbeziehung notfallpsychotherapeutischer

Versorgung im Rahmen des Weltjugendtages in Köln und weitere Veranstaltungen 2006.

Die Kommission intensivierte den Kontakt zu den Verantwortlichen der Einsatzleitung. Auf der Fortbildung der PSU-Kräfte (PSU= Psychosoziale Unterstützung) am Institut der Feuerwehr in Münster zum Thema der „Psychosozialen Unterstützung bei Großschadensereignissen“ wurde zur notfallpsychologischen und -psychotherapeutischen Versorgung referiert, was im Herbst dieses Jahres auf der Tagung der Fachberater Seelsorge im Landesfeuerwehrverband in Bergneustadt wiederholt wird.

Das Einsatzkonzept der Feuerwehr wurde von dem verantwortlichen Einsatzleiter auf einem Treffen in der Kammergeschäftsstelle der Kommission vorgestellt. Diskutiert wurde die Einbindung der Notfallpsychotherapeuten neben dem Notärztlichen in den Dienst der psychosozialen Unterstützung und Versorgung. Notfallpsychotherapie wird hier ein eigenständiges, eng in den Rettungsplan eingebundenes Versorgungsfeld sein, welches eine eigene hierarchische Struktur im Bereich der psychosozialen und Unterstützungsdienste (PSU) hat.

Bündnis Depression in Düsseldorf: Kammer ruft zur aktiven Mitarbeit auf

Das „Düsseldorfer Bündnis gegen Depression“ ist das erste in Nordrhein-Westfalen. Es verfolgt das Ziel, durch Wissensvermittlung, Informationsaustausch, Projektierung von Aktivitäten und Öffentlichkeitsarbeit alle Bereiche des Versorgungssystems, der psychosozialen Betreuung, des Bildungs- und Erziehungssystems einschließlich der Betroffenen selbst enger zu vernetzen. Unterstützt wird das Bündnis unter Federführung der Ärztekammer Nordrhein von weiteren Institutionen des Gesundheitswesens. Auch die Psychotherapeutenkammer ist im Unterstützerkreis vertreten. Ein Schwerpunkt soll insbesondere auf Informations- und Präventionsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche sowie Senioren gelegt werden, so wurden die projektierten Aktivitäten auf der Auftaktveranstaltung des Bündnisses beschrieben. Zu den Vorträgen am 16.

Eine Fortbildungsveranstaltung zur Einführung in die Notfallpsychotherapie wurde entwickelt, terminiert und den Kammermitgliedern bekannt gegeben. Diese stieß auf überwältigende Nachfrage und wird deshalb wiederholt angeboten werden. Weiterqualifizierende Fortbildungsangebote für angehende leitende Notfallpsychotherapeuten sind in Vorbereitung.

Engagiert und qualifiziert fortgebildet

Der aus traurigem Anlass durchgeführten Anfrage bei allen Kammermitgliedern nach freien Psychotherapieplätzen für akut Traumatisierte der Flutkatastrophe in Ostasien wurden Fragen zu beruflichen Erfahrungen in Leitungs- und Versorgungsfunktionen bei notfallpsychotherapeutischen Einsätzen angefügt. Mit dieser Umfrage erhielt die Kammer alle erforderlichen Basisdaten, um auch mittelfristig psychotherapeutische Ressourcen im Falle von Großschadensereignissen einzubinden. Die Ergebnisse der Umfrage weisen auf ein hohes Fortbildungsniveau von PP und KJP hin: Von den knapp 2.000 Rückmeldungen der „Flutanfrage“ gaben 25 % qualifizierte Fortbildungen in Psychotraumatologie als auch Behandlungserfahrungen in diesem Bereich an. Viele verfügen über Erfahrungen aus Rettungseinsätzen.

April 2005 kamen knapp 290 Teilnehmer aus allen Bereichen der psychotherapeutischen Versorgung und anderen Institutionen des Gesundheitswesens, darunter die Kammervertreter aus den Arbeitskreisen des Bündnisses.

Die Bedeutung depressiver Erkrankungen für das Individuum und die Gesellschaft zeigt sich nicht nur in ihren steigenden Zahlen, den dadurch bedingten Arbeitsausfalltagen und Frühberentungen, sondern gerade in ihrem hohen Suizidrisiko. Die 11.000 Suizide pro Jahr in der Bundesrepublik bei 100.000 Suizidversuchen rangieren in der Todesursachenstatistik noch deutlich vor den Verkehrstoten und Aidsopfern.

Um die Kammermitglieder der Region Düsseldorf über die Bündnisaktivitäten zu informieren, sowie Fortbildungswünsche

und ihre Bereitschaft zu erfragen, als Informationsvermittler aktiv zu werden, wurden die über 300 in Düsseldorf berufstätigen Psychotherapeuten (KJP/PP) angeschrieben. Nach ca. 10 Tagen haben mehr als 1/3 der angeschriebenen Psychotherapeuten ihr Interesse an den Bündnisaktivitäten der Geschäftsstelle gemeldet. Knapp 20 % davon zeigten ihre Bereitschaft an, sich aktiv an Fortbildungsaktivitäten und der Informationsvermittlung zu beteiligen, worauf sich die Kammer für ihre Aktivitäten stützen kann. Erste Abstimmungsgespräche wurden initiiert. Die Kammeraktivitäten werden drei Stoßrichtungen verfolgen:

- Unterstützung von Aufklärung und Information über Krankheitsbild und Behandlung depressiver Störungen,
- Unterstützung der Foren zur Lösung von Versorgungsfragen und der Entwicklung innovativer Konzeptideen,
- begleitende Presse- und Öffentlichkeitsarbeit.

Im Verlauf depressiver Erkrankungen sind psychotherapeutische Behandlungsformen immer indiziert. Bei einem Großteil depressiver Syndrome sind sie die wirksamsten Therapiemethoden. Deshalb müssen die Kompetenzen der Psychotherapeuten mit entsprechendem Gewicht in die Aktivitäten der Depressionsbündnisse eingebunden werden. Hierbei wird der Erfolg der Kammerarbeit durch das Engagement der Kammermitglieder bestimmt. Dafür bestehen Möglichkeiten: Weitere Initiativen für regionale Bündnisse gegen Depression entwickeln sich zurzeit in Bochum, Aachen und sind in weiteren Städten Nordrhein-Westfalens in Planung.

Am Rande bemerkt

Mit Einfallsreichtum wird die Öffentlichkeit der Stadt Essen für das Thema „Häusliche Gewalt“ sensibilisiert. Die Kooperation von örtlicher Gleichstellungsstelle, lokalen Betreuungseinrichtungen für Frauen und Kinder mit einem Essener Unternehmen hat zu einer einprägsamen, ungewöhnlichen Lösung geführt, um die Handlungsempfehlungen des Gesundheitsministeriums NRW zur Bekämpfung häuslicher Gewalt umzusetzen. „Gewalt kommt nicht in die Tüte!“ liest man auf den Brötchentüten einer Großbäckerei, auf der Rückseite Adressen von Hilfseinrichtungen.

Beratung am Telefon

Beratung durch Rechtsanwalt

Mi.: 14.00-15.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 0

Mitgliederberatung durch den Vorstand

Mo: 12.30-14.00 Uhr;
17.30-18.00 Uhr
Di: 12.30-14.00 Uhr;
18.30-20.00 Uhr
Fr: 11.00-12.00 Uhr;
12.30-14.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 27

Sprechstunde der Präsidentin

Mo: 12.00-13.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 0

Beratung von Angestellten für Angestellte:

Mi: 13.00-14.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 0

Veranstaltungs- ankündigung

Gemeinsame **Veranstaltung des Hochschulverbund Fortbildung Psychotherapie NRW** und der **Psychotherapeutenkammer NRW**:

1. Universitärer Fortbildungskongress Psychotherapie NRW

14. /15. Oktober 2005 in Bochum

Der Kongress wird neben einigen Plenarvorträgen aus ca. 25 5-stündigen Workshops bestehen, in denen aktuelle Forschungsentwicklungen für die Praxis vermittelt werden sollen. Das genaue Programm wird im Sommer 2005 vorliegen. Alle Kammermitglieder werden rechtzeitig zur Tagung eingeladen.

Kontakt:

Dipl.-Psych. Christoph Koban, Ruhr-Universität Bochum, Fakultät für Psychologie, 44780 Bochum, E-mail:
koban@kli.psy.ruhr-uni-bochum.de

Geschäftsstelle

Willstätterstr. 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211 522847-0
Fax 0211 522847-15
Mo – Do 8.30 – 16.30 Uhr
Fr 8.30 – 14.30 Uhr
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz

Befragung der Kammermitglieder in Rheinland Pfalz zu qualitätssichernden Maßnahmen und Aspekten der Bedarfsplanung

Der Ausgangspunkt

Das Sozialgesetzbuch V zur Gesetzlichen Krankenversicherung schreibt für angestellte und niedergelassene Psychologische Psychotherapeuten ab dem 1. Januar 2004 vor, „einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln“ (SGB V, §135a, Abs. 2). Weiterhin sorgen aktuell bekannt gewordene Überlegungen einer Expertenkommission des *Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen* für tendenzielle Besorgnis. Hierzu muss man wissen, dass dieser Bundesausschuss vom Gesetzgeber beauftragt ist, verbindliche Grundsätze zur Qualitätssicherung und Mindestanforderungen für ein Qualitätsmanagement festzulegen. Es mehren sich hierbei Anzeichen, dass über die Einführung des Qualitätsmanagements, die Akzeptanz weitreichender sog. qualitätssichernder Maßnahmen wie das eines Benchmarkings gebahnt werden soll. Gemeint sind direkte Vergleiche zwischen verschiedenen Praxen oder Kliniken hinsichtlich Dauer, Kosten, Therapieerfolg etc.

Bemerkenswert ist in dem Kontext, dass die Wirksamkeit der in der Diskussion befindlichen Maßnahmen zum Qualitätsmanagement und zur Qualitätssicherung wissenschaftlich nicht eindeutig nachgewiesen sind, was aber realistischerweise nichts an der Festschreibung von Richtlinien durch den gemeinsamen Bundesausschuss voraussichtlich im Frühsommer d. J. ändern dürfte.

Dass sich die überwiegende Zahl der Kammermitglieder durch Supervisionen, durch Fort- und Weiterbildungen o. ä. um eine gute Qualität ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit bemühen, steht außer Frage, sollte jedoch offensiv belegt und dokumen-

tiert werden. Denn zunehmend sehen wir uns einem stetig wachsenden und von außen an uns herangetragenem Bestreben um Kostenreduktion im Gesundheitswesen gegenüber, bei denen vermeintlich qualitätssichernde Maßnahmen zum Mittel der Durchsetzung genutzt werden. Ob hierdurch die Qualität der psychotherapeutischen Tätigkeit für den Patienten wirklich verbessert wird, muss doch stark bezweifelt werden.

Andererseits wittern eine Reihe von kommerziellen Anbietern mit ihren teilweise auch recht teuren Schulungen hier ihre ökonomische Chance.

Unser Anliegen

Viele Kolleginnen und Kollegen, die in den Kammern in Ausschüssen mit Fragen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung beschäftigt sind, kennen die mehr oder weniger verdeckten aversiven Reaktionen der Kammermitglieder, wenn solche Aspekte thematisiert bzw. aufgrund der Gesetzeslage thematisiert werden müssen. Die Reaktionen der Kammermitglieder sind letztlich durchaus verständlich, wenn man sich vergegenwärtigt, dass die Psychotherapeuten jahrelang um ihre Anerkennung als Berufsgruppe gerungen haben und sich jetzt wieder in die Lage zurückversetzt fühlen, die befürchtete oder angenommene Infragestellung der Qualität ihrer psychotherapeutischen Arbeit wiederholt belegen zu müssen. Andererseits verlangt die Rechtslage von den Psychologischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wie von allen anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen den Nachweis qualitätssichernder Maßnahmen.

Um sozusagen aus der Position des „verlängerten Zeigefingers“ des Gesetzgebers

herauszutreten als auch um unsere Kammermitglieder für die Problematik zu sensibilisieren, erwuchs im Ausschuss die Idee, zuallererst einmal diejenigen, die es betrifft, nach ihren bisherigen Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu befragen.

Die Umsetzung

Bei der Umsetzung haben wir versucht, einen guten und praktikablen Kompromiss zu finden, der Abstriche von einer ausführlichen und umfassenden Erhebung erforderlich machte, die sicherlich nur ein Bruchteil der Kammermitglieder beantwortet hätten und damit wenig aussagefähig gewesen wäre. Ziel der Erhebung war ein Fragebogen, der möglichst schnell auszufüllen und statistisch auswertbar war, andererseits aber Raum für Klartextmitteilungen bot.

Wir wählten folgende Fragenbereiche aus:

- Persönliche Angaben wie Alter, Geschlecht, Fachkunde, Arbeitsverhältnis, Fachgruppe (PP, KJP) etc.
- Erfassung der QS-Maßnahmen und deren persönliche Relevanz
- Verwendung standardisierter diagnostischer Verfahren
- Behandlung ausgewählter Patientengruppen
- Wartezeiten für Erstgespräche und Behandlungsbeginn
- Zusatzqualifikationen der Kammermitglieder

Das Ergebnis

Stichprobe / Repräsentativität

Anfang 2004 wurde allen Mitgliedern der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz ein dreiseitiger Fragebogen mit 20 Fragen zugeschickt. Von den zurückge-

sandten Fragebögen konnten insgesamt 443, d.h. 37,4 % statistisch ausgewertet werden, 2% der Fragebögen mussten wegen mehr als 20% fehlender bzw. fehlerhafter Angaben unberücksichtigt bleiben.

Weder das Alter der Stichprobe mit 47,2 noch der Anteil von 66 % Frauen unterschieden sich signifikant¹ von den Werten aller Kammermitglieder. Gleiches gilt für das Verhältnis von Psychologischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Hinsichtlich der sozialrechtlich relevanten Richtlinienverfahren war uns ein direkter Vergleich nicht möglich, da die Kammer nicht nur zwischen den verhaltenstherapeutischen und psychoanalytisch begründeten Verfahren spezifiziert, sondern mit der Systemischen Familientherapie (12,9%) und der Gesprächspsychotherapie (13,1%) zwei weitere Kategorien berücksichtigt.

Betrachtet man die Angaben zum Arbeitsverhältnis in unserer Stichprobe, so fällt auf, dass sich bei unserer Befragung etwas mehr Niedergelassene beteiligt hatten, als zu erwarten gewesen war.

Über ¾ der Befragten gaben an, Vollzeit beschäftigt zu sein, auch hier fehlen zum Vergleich verlässliche Angaben aller Kammermitglieder.

Es bleibt festzuhalten, dass sich trotz der vermeintlich geringen Rücklaufquote, die in dieser Größenordnung bei postalischen Befragungen nicht unüblich ist, unsere Stichprobe in wesentlichen Merkmalen nicht von denen aller Kammermitglieder unterscheidet. Spekuliert man über die Gründe der geringeren Rücklaufquote der angestellten Kollegen, so könnte dies als ein Hinweis für die immer mal wieder vermutete geringere Identifikationsneigung der angestellten Kollegen mit der Kammer gewertet werden.

Da es bei der hier vorgelegten Befragung der Kammermitglieder letztlich nicht um die inferenzstatistische Prüfung verschiedener Hypothesenkomplexe ging, haben wir auf die Verwendung einer ausgefeilten statistischen Analyse der Daten erst einmal verzichtet.

1 Abschätzung der Signifikanz 2. Ordnung am hohen α -Fehler

	Stichprobe	Kammermitglieder
Alter in Jahren	47,2 ($\pm 7,19$)	47,7 ($\pm 6,15$)
Geschlecht (?)	66%	62,5%
Fachgruppe (PP/KJP/PP+KJP)	75%/11%/14%	79%/10,6%/10,4%
Richtlinienverfahren (VT/TP+PA)	61,4%/31,4%	-
Arbeitsverhältnis (angestellt/niedergelassen/sonstige)	33%/60%/7%	46,6%/52,6%/0,8%
Beschäftigung (Vollzeit/Teilzeit)	76%/24%	-

Tabelle 1: Charakterisierung der Stichprobe

Inanspruchnahme qualitätssichernder Maßnahmen

Zur besseren Übersicht und Auswertung hatten wir bei der Befragung den Kammermitgliedern eine Reihe von QS-Maßnahmen vorgegeben.

Vergleicht man hierzu die angestellten und niedergelassenen Kollegen hinsichtlich der mitgeteilten qualitätssichernden Maßnahmen, so ergibt sich unter Berücksichtigung der am häufigsten markierten Bereiche folgende Verteilung:

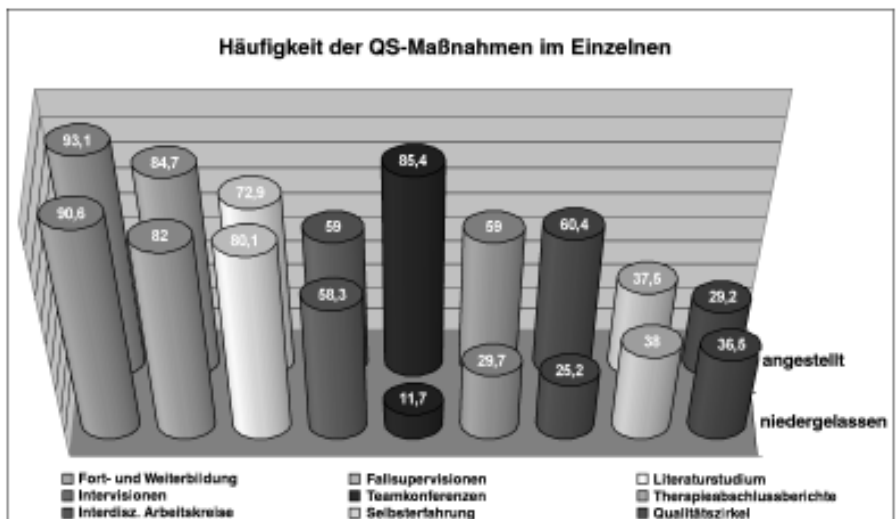


Abbildung 1: Häufigkeit der einzelnen QS-Maßnahmen

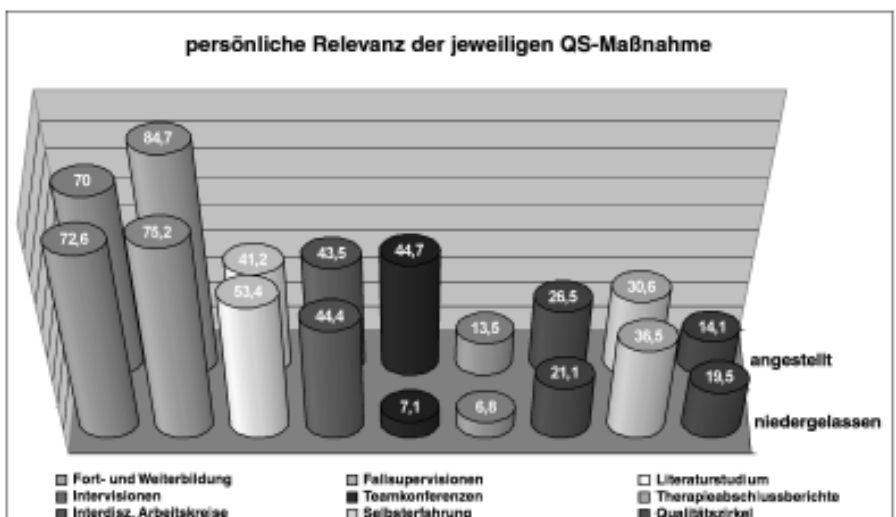


Abbildung 2: persönliche Relevanz der QS-Maßnahmen

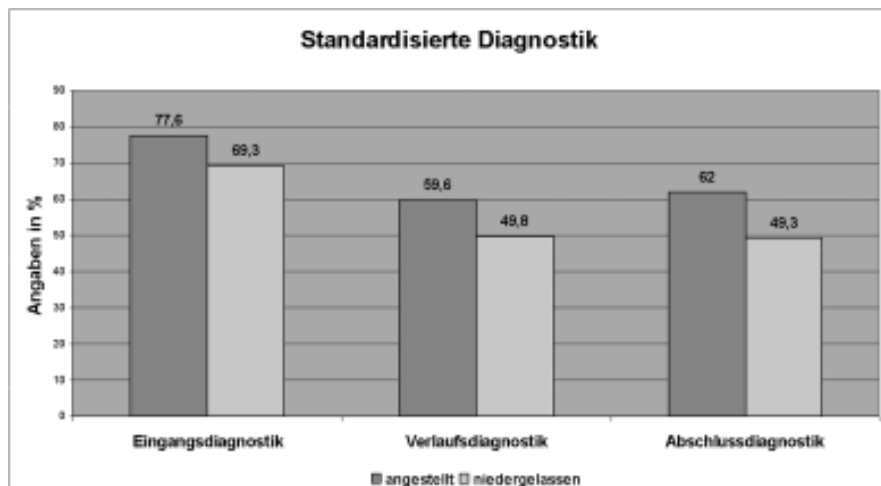


Abbildung 3: standardisierte Diagnostik

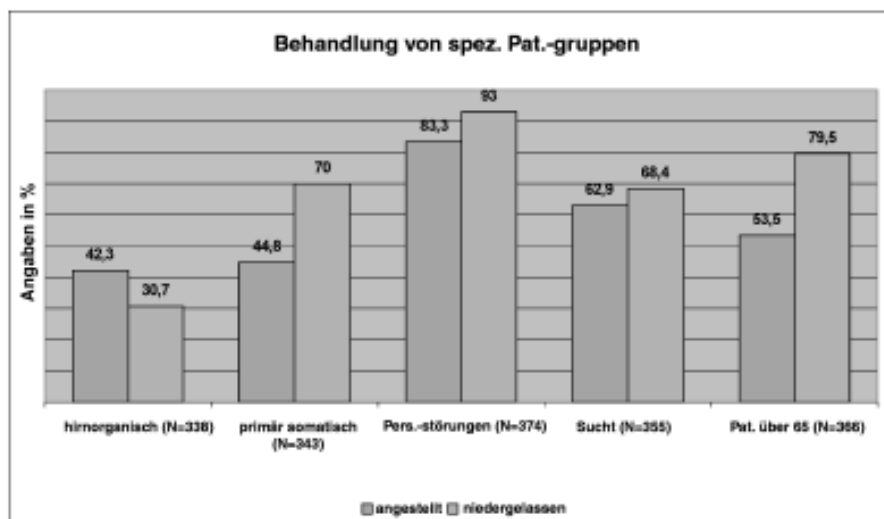


Abbildung 4: Behandlung von speziellen Pat.-gruppen

Die Ergebnisse bestätigen und unterstreichen den hohen Aufwand, den unsere Kammermitglieder bereits schon jetzt zur Sicherung und Verbesserung ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit betreiben.

Über 90% beteiligen sich regelmäßig an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, über 80% nehmen an Fallsupervisionen und nahezu 60% an Interventionen teil. Fast 40% betrachten die Selbsterfahrung als wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit. Beide Berufsgruppen unterscheiden sich erwartungsgemäß bei der Teilnahme an Teamkonferenzen und interdisziplinären Arbeitskreisen sowie der Anfertigung von Therapieabschlussberichten, häufig fälschlicherweise noch „Arztbriefe“ genannt.

Persönliche Relevanz der Maßnahmen

Weiterhin baten wir die Kolleginnen und Kollegen, die verschiedenen qualitätssichernden Maßnahmen hinsichtlich ihrer persönlichen Priorität zu bewerten und fanden folgendes Ergebnis:

Neben den Fort- und Weiterbildungsangeboten sind den Kammermitgliedern die Fallsupervisionen mit Abstand am wichtigsten. Es folgt das Literaturstudium und die Interventionen, sowie für die Angestellten die Teamkonferenzen. Interessant und bemerkenswert ist, dass beide Berufsgruppen der Selbsterfahrung hohe persönliche Relevanz zuschreiben.

Obleich fast 60% der angestellten Kolleginnen und Kollegen Therapieabschluss-

berichte schreiben, schätzen sie für sich selbst deren Bedeutung als qualitätssichernde Maßnahme eher nachrangig ein. Ähnliche Veränderungen lassen sich auch bei der Bedeutung von interdisziplinären Arbeitskreisen finden, die ebenfalls von über 60% genutzt, aber nur von 27% der Angestellten als bedeutsam eingestuft wurden.

Standardisierte diagnostische Verfahren

Des Weiteren befragten wir die Kammermitglieder nach dem Einsatz von standardisierter Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik:

Hierbei zeigt es sich, dass im Schnitt über die Hälfte der Antwortenden standardisierte diagnostische Verfahren zu verschiedenen Zeitpunkten einsetzen, der Anteil bei den angestellten Kolleginnen und Kollegen liegt erwartungsgemäß etwas höher.

Behandlungsangebote

Zweifelsohne muss für bestimmte Patientengruppen (z.B. solche mit hirnorganischen oder primär somatischen Erkrankungen usw.) insbesondere im ambulanten Bereich eine Unterversorgung diagnostiziert werden. Die häufig hieraus abgeleitete Annahme, dass Kolleginnen und Kollegen gemäß der so genannten YAVIS-Hypothese solche Patienten tendenziell nicht behandeln wollen, gingen wir mit einer weiteren Frage nach. Hierbei zeigte sich folgendes Ergebnis:

Von den 338 Kammermitgliedern, die Stellung bezogen, bejahten insgesamt 35% der Befragten, Patienten mit hirnorganischen Störungen psychotherapeutisch zu behandeln. Institutionell bedingt ist der Anteil bei den Angestellten mit 42% etwas höher.

Ansonsten liegt die Bereitschaft, beispielsweise bei niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen, solche letztlich psychotherapeutisch unterversorgte Patientengruppen zu behandeln, zwischen 70 und 93% und damit außerordentlich hoch. Einschränkend sei jedoch darauf hingewiesen, dass wir in dieser ersten Auswertung und der Übersichtlichkeit wegen nicht die Anzahl der behandelten Patienten spezifizierten.

Wartezeiten

Trotz anders lautender Beteuerungen der Kassenärztlichen Vereinigungen gibt es nicht nur eine spezifische, sondern besonders außerhalb der Ballungszentren auch eine generelle Unterversorgung, die sich in langen Wartezeiten für ein Erstgespräch sowie für einen Therapieplatz niederschlagen. Die von uns befragten Kammermitglieder in Rheinland-Pfalz gaben an, dass bei ihnen Erwachsene im Schnitt fast 6 Wochen (N=296, \bar{x} = 5.7, s = 6.84) auf ein Erstgespräch und nahezu 13 Wochen (N=300, \bar{x} =12.84, s =12.02) auf einen Therapieplatz warten müssen. Die Wartezeiten im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie liegt für ein Erstgespräch ebenfalls bei 6 (N=155, \bar{x} =6.2, s =7.46), für einen Therapieplatz bei 12 Wochen (N=150, \bar{x} =11.9, s =14.07). Wenn man sich bei diesem gemittelten Wert vergegenwärtigt, dass eine große Zahl von Patienten durchaus auch mit einer sehr viel längeren Wartezeit zu rechnen hat, so ist dieser Befund doch sehr erschreckend und letztlich nicht tolerabel.

Zusatzqualifikationen

Befragt man die Kolleginnen und Kollegen, inwieweit sie neben regelmäßigen Fortbildungen und neben der Fachkunde zusätzliche Qualifikationen erworben haben, so geben 75% der Befragten eine Fülle von Zusatzqualifikationen an, die nach ihrer Häufigkeit aufgelistet folgende Nennungen ergab:

Mit Abstand am häufigsten wurde die Systemische bzw. Familientherapie, die Hypnotherapie und neben dem EMDR eine nicht weiter spezifizierte Traumatherapie genannt.

Fortbildungsordnung

Bereits Ende vergangenen Jahres erreichten uns die ersten Unterlagen zum Fortbildungsnachweis. Damit verbunden waren sehr viele Fragen, u. a. jene, ob denn diese teilweise sehr umfangreichen Unterlagen von den niedergelassenen Psychotherapeuten der Kassenärztlichen Vereinigung in fünf Jahren erneut vorgelegt werden müssen.

Um in diesem Punkt eine verbindliche Regelung für alle zu treffen, haben Landes-

	Anteil in %
system. Th. / Fam.therapie	16,9
Hypnotherapie	12,6
Traumatherapie	9,5
EMDR	6,8
psych. Schmerztherapie	3,8
Körperpsychotherapie	3,2
Neuropsychologie	2,7
Paartherapie	2,5

Tabelle 2: Zusatzqualifikationen (N=443)

Zusammenfassung und Ausblick

Wie jede Erhebung, so kann auch diese nicht frei von kritischen Einwänden sein. Trotz der für solche postalischen Befragungen durchaus üblichen Rücklaufquote von fast 40% hätte sich der Ausschuss sicherlich eine noch bessere Beteiligung gewünscht. Allerdings stützt der Vergleich einzelner Stichprobendaten mit den Werten aller Kammermitglieder die Annahme, dass unsere Stichprobe mit Abstrichen repräsentativ ist. Kritisch bemerkt werden dürfte weiterhin, dass die Angaben der Befragten nicht nachprüfbar oder belegt werden mussten. Diese Argumentation beinhaltet letztlich einen Betrugsvorwurf und kann nur bedingt greifen, zumal sich aus der Erhebung aufgrund der Anonymität für die Befragten keinerlei Konsequenzen ergeben, weder im Sinne wie grandios viel oder aber wie erschreckend wenig an qualitätssichernden Maßnahmen die Befragten für sich etabliert haben.

Insgesamt belegt die Befragung der Kammermitglieder in Rheinland-Pfalz ein-

drucksvoll das enorme Engagement, das die Kolleginnen und Kollegen für die Sicherung und Verbesserung ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit unternehmen. D.h. sie brauchen gar nicht die vom Gesetzgeber geforderten Maßnahmen zu fürchten, da sie bereits schon jetzt wie auch in der Vergangenheit sich sehr um die Sicherung und Verbesserung ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit bemüht haben. Nicht unerwähnt sollte bleiben, dass diese Zahlen auch für ein hohes finanzielles Engagement stehen, dass die Kammermitglieder hier zur eigenen Qualitätssicherung aufbringen.

Die in unserer, wie in anderen Kammern verabschiedete Fortbildungsordnung und die damit verbundene Fortbildungsverpflichtung wird dieses Engagement der Kammermitglieder künftig nochmals eindrucksvoll bestätigen und belegen können.

Abschließend danken wir allen denjenigen, die sich die Mühe gemacht und sich die Zeit genommen haben, ausführlich zu unseren Fragen zur Qualitätssicherung und Bedarfplanung Stellung zu nehmen, besonders herzlichst. Sie haben damit eindrucksvoll belegen können, wie engagiert und letztlich auch unabhängig von den Forderungen des Gesetzgebers sich die Psychologischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten um die Aufrechterhaltung und Verbesserung ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit bemühen.

Für Hinweise, Kritik und Anregungen sind wir sehr dankbar (Email: praxis@u-porsch.de).

den können. Diese Daten werden erfasst und die nachgewiesenen Punkte für jedes Mitglied auf dessen Punktekonto gespeichert. Die KV Rheinland-Pfalz erhält jedes Jahr einen Auszug zum aktuellen Punktestand. Dies bedeutet, dass eine gesonderte Einreichung der Belege bei der KV entfällt; denn diese wird selbst keine weitere Überprüfung vornehmen. Die Punktzahl, die die Kammer letztendlich an die KV weitergibt, wird so von dieser übernommen. Dies gibt den Mitgliedern die Sicher-

heit, dass auch solche berufsrelevanten Veranstaltungen als Fortbildung anerkannt werden können, die – z. B. weil es vergessen oder vom Veranstalter nicht für notwendig erachtet wurde – nicht zertifiziert wurden, aber den Inhalten unserer Fortbildungsordnung entsprechen. Wir wollen hier unsere Mitglieder nicht die Versäumnisse der Veranstalter „ausbaden lassen“.

Nach wie vor nicht berücksichtigt werden können allerdings Fortbildungsveranstaltungen, an denen jemand vor 2004 teilgenommen hat. Die Fortbildungsordnung der Kammer gilt erst seit 2004, und die gesetzliche Regelung stellt ausdrücklich ab das Jahr 2004 ab. Der Vorstand der Kammer hat sich eingehend mit der abweichenden Regelung der Ärztekammern auseinandergesetzt und ist zu dem Schluss gekommen, dass er auf keinen Fall provozieren möchte, dass das Aufsichtsministerium wegen eines Verstoßes gegen das Gesetz in fünf Jahren die KVen anweist, die vor 2004 erworbenen Punkte nicht zu berücksichtigen, mit dann eventuell auch finanziellen Nachteilen für den Einzelnen. Der Vorstand ist dabei von der Überlegung ge-

leitet worden, dass die Psychotherapeuten traditionell so viele Fortbildungen besuchen, dass sie es nicht nötig haben, sich auf diese angreifbare Gesetzesinterpretation einzulassen, was die Umfrage des Ausschusses „Qualitätssicherung und Bedarfsplanung“ eindrucksvoll belegt.

Eine weitere häufig gestellte Frage war, warum es notwendig ist, diese Daten tatsächlich jährlich zu erfassen. Zum einen gibt dies jetzt schon Sicherheit über die Höhe der anerkannten Fortbildungspunkte, es können Unstimmigkeiten zeitnah abgeklärt bzw. ergänzende Belege nachgereicht werden, zum anderen bekommt die Kammer dadurch auch einen noch besseren Überblick über die Art der Fortbildungen allgemein. Und wir können durch die Erhebung der Daten auch nach außen dokumentieren, dass Psychotherapeuten nach wie vor zu der Berufsgruppe gehören, die sich am meisten fortbildet. Damit können die Vorarbeiten, die mit der Untersuchung unseres Ausschusses geleistet wurden, in diesem Bereich mit ganz validen Daten aufbereitet werden. Darauf wird die Kammer auch in Zukunft verstärkt nach außen hin aufmerksam machen.

Ein weiterer Diskussionspunkt war die Be-punktung, die zu der der Ärztekammern unterschiedlich und oft geringer ausgefallen ist. Grund ist einmal, dass man sich bei der Verabschiedung der Fortbildungsordnung zunächst um Gleichklang mit den anderen Psychotherapeutenkammern bemüht hat, die zum damaligen Zeitpunkt bereits eine solche verabschiedet hatten, und zum anderen, dass man noch nicht absehen konnte, wie die Musterfortbildungsordnung der Ärzte geändert wird. Heute ist dies klar, die Musterfortbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer wurde zwischenzeitlich auch verabschiedet, so dass der Vorstand der Vertreterversammlung in ihrer Sitzung am 30. April empfohlen hat, die Angleichung der Anlage 1 an die ärztliche Fortbildungsordnung vorzunehmen. Ebenso wurde noch die Akkreditierung von Veranstaltern eingeführt, um eine Vereinfachung und damit personelle Entlastung zu erreichen. Die geänderte Fortbildungsordnung finden Sie als Einhefter in der Mitte des Heftes ebenso wie die weiteren beschlossenen Satzungsänderungen.

Fortbildungscurriculum „Psychoonkologie“

Am 23.03.2005 fand in den Räumen der LPK ein kurzfristig anberaumtes Gespräch zwischen dem Kammerpräsidenten, Herrn Kappauf, Frau Dr. Scharfenstein sowie der Geschäftsführerin, Frau Heinrich, mit Dr. Andreas Werner, Internist/Onkologe, dem Leiter der „Koordinationsstelle Integrierte psychosoziale Versorgung von Tumorpatienten“ des Tumorzentrums in Mainz, statt. Dr. Werner stellte das mittlerweile im 5. Jahr stattfindende Fortbildungscurriculum „Psychoonkologie“ vor und erläuterte seine Konzeption und Zielsetzung. Das Curriculum wird von den interessierten psychotherapeutisch tätigen Kolleginnen und Kollegen gut angenommen. Es besteht aus 6 Einheiten zu je 3 x 90 Minuten Unterricht, in dem die Vermittlung medizinischer Grundlagen, spezieller Behandlungsmethoden bzw. Problemstellungen sowie Fallvorstellungen zu gleichen Anteilen vertreten sind. Damit stellt das Curriculum eine Alternative zu den Fortbildungsangeboten der Arbeitsgemeinschaft Psychoonkologie der Deutschen Krebsgesellschaft oder der

Deutschen Arbeitsgemeinschaft Psychoonkologie dar.

Frau Dr. Scharfenstein berichtete von ihrer Erfahrung als Teilnehmerin des Curriculums im Tumorzentrum in Mainz sowie von Rückmeldungen anderer psychologischer Teilnehmerinnen.

Auf dieser Grundlage wurde in dem sehr freundlichen, produktiven Gespräch über mögliche sinnvolle inhaltliche Modifikationen der Fortbildung in praktischer psychosozialer Onkologie diskutiert. In einem nächsten Schritt soll überprüft werden, inwieweit Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ihre Kompetenzen noch mehr in das Curriculum einbringen können.

Beide Seiten zeigten sich an einer Vertiefung der Zusammenarbeit sehr interessiert. Die LPK unterstützt einen Antrag Dr. Werners auf Förderung eines Projektes zur Implementierung einer landesweiten, qua-

litativ hochwertigen und vergleichbaren psychoonkologischen Versorgung von Brustkrebspatientinnen an den Brustzentren in Rheinland-Pfalz gemäß § 140 SGB V (Integrierte Versorgung).

An diesen Seiten arbeiteten mit:

Birgit Heinrich, Barbara Kaleta, PD Dr. Udo Porsch, Dr. Annelie Scharfenstein

Geschäftsstelle

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30
55130 Mainz
Tel. 06131 / 5703813
Fax 06131 / 5700663
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de
Mo-Fr 10.00 – 12.30 Uhr
Di und Do 14.00 – 16.00 Uhr



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

es gehört zu den Aufgaben des Vorstands, über das abgelaufene Geschäftsjahr den Kammermitgliedern und der Aufsichtsbehörde gegenüber einen Tätigkeitsbericht abzugeben. Dieser Verpflichtung kommen wir in den folgenden Mitteilungen aus der Kammer nach. Des Weiteren berichten wir über eine Veränderung des Anrechnungszeitraumes für das Fortbildungszertifikat sowie über neue Entwicklungen im Tarifsystem der Angestellten.

Tätigkeitsbericht 2004

Der Vorstand der PKS H hat im letzten Jahr 21 Mal getagt. Einen erheblichen Teil der Arbeit des Vorstands machte die kontinuierliche Beantwortung von Anfragen von Mitgliedern, von Bürgern und von anderen Institutionen aus. Derartige Anfragen kamen aus den unterschiedlichsten Bereichen: Zu Gesetzesvorschriften der Berufsausübung, zur Kosten erstattung, zum Eintrag in das Psychotherapeutenregister, zur Ausbildung, Fort- und Weiterbildung, zu den Rechten und Pflichten von Angestellten, zur Nachqualifikation und Niederlassung, zur zukünftigen Berufsordnung und zum Versorgungswerk. Daneben wird die Kammer immer häufiger um Stellungnahmen zu geplanten Gesetzesänderungen und zu neueren Entwicklungen im Gesundheitswesen gebeten. Eine detaillierte Beschreibung aller dieser Aktivitäten und Betätigungsfelder der Kammerarbeit würde schnell den vorliegenden Rahmen sprengen. In diesem Tätigkeitsbericht können daher nur die wichtigsten Termine und Aktivitäten des Vorstands im Rahmen seiner Kammerarbeit dargestellt werden.

Interne Aktivitäten

Im vergangenen Jahr wurden vier Kammerversammlungen vorbereitet und durchge-

führt. Die Mitglieder der Kammerversammlung haben sich dabei unter anderem mit der Diskussion und Beschlussfassung zu einer Fortbildungsordnung, mit der Gründung eines Versorgungswerks und der Verabschiedung einer neuen Beitragssatzung beschäftigt.

Aktualisierung der Mitgliederkartei durch Meldebogen

Gemäß Heilberufegesetz des Landes Schleswig-Holstein sind die Kammern verpflichtet, eine Kartei über ihre Mitglieder zu führen. Da die bisher zur Verfügung stehenden Daten noch im wesentlichen auf alten Unterlagen der Approbationsbehörde basierten und unvollständig waren, hat der Vorstand im letzten Jahr einen Meldebogen zur Aktualisierung der Mitgliederdatei versandt. In diesem Meldebogen wurden auch Daten erfasst, die bisher nicht vorlagen, aber für die Erfüllung der Aufgaben der Kammer erforderlich sind.

Fragebogenerhebung zur Eingruppierung angestellter PP und KJP

Im Frühjahr letzten Jahres führte die Kammer eine Erhebung zur tariflichen Eingruppierungssituation bei ihren angestellten Mitgliedern durch (siehe hierzu auch PTJ 3/2004). Das Fazit dieser Untersuchung war, dass nur ca. 31 % der Psychologischen Psychotherapeuten angemessen entsprechend BAT I b (oder analoger Tarifsyste me wie KAT, AVR o.ä.) eingestuft sind und der überwiegende Teil der Kollegen, ca. 64 %, entsprechend BAT II a bezahlt wird. Ein Teil der KollegInnen, ca. 4 %, wird sogar nur analog BAT IV vergütet.

Bei den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die von ihrer Grundprofession ein Studium der Sozialpädagogik oder Päd-

agogik absolviert haben, werden nur ca. 40 % gemäß BAT III vergütet. Der überwiegende Teil von ca. 60 % dieser KollegInnen muss sich mit BAT IV zufrieden geben.

Da die genannten Eingruppierungen in einem krassen Missverhältnis zu anderen akademischen Berufen stehen, hat sich die Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein an die zuständigen Stellen gewandt und eine angemessene Vergütung für angestellte Psychotherapeuten gefordert.

Die PKS H hat sich auch die Bundespsychotherapeutenkammer auf die Ergebnisse dieser Erhebung hingewiesen und die BPTK gebeten, auf eine angemessene Vergütung angestellter Psychotherapeuten im neuen Tarifsyste m TVÖD hinzuwirken.

Erhebung des Leistungsverhaltens selbständiger PP und KJP

Parallel zu der Fragebogenaktion bei den Angestellten wurde von den niedergelassenen KollegInnen deren Leistungsverhalten in der ambulanten Psychotherapie im Hinblick auf den Punktwertverfall bei den nicht-antragspflichtigen Leistungen erfragt.

Dabei zeigte es sich, dass die niedergelassenen PsychotherapeutInnen auf die desolate Honorarsituation mit einer deutlichen Reduzierung ihres Leistungsangebots im Bereich der Probatorik und der Krisenintervention reagieren, da diese Leistungen nicht mehr kostendeckend erbracht werden können. Indikationsstellung, Diagnostik und akute Kriseninterventionen werden somit zwangsläufig in die antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapie verlagert. Dies wiederum führt einerseits zu einer Ausweitung der Therapiedauer (mehr Langzeittherapien) bei gleich bleibender oder sogar rückläufiger Fallzahl und andererseits zu vermehrten Therapieabbrüchen aufgrund von voreiliger Indikationsstellung und verspäteter Diagnostik.

Auf eine daraus resultierende mögliche Zunahme der Chronifizierung psychischer Störungen sowie der Verlagerung der Behandlung von der ambulanten in die finanziell aufwendigere stationäre Versorgung und damit insgesamt auf eine Gefährdung der Sicherstellung im Bereich der ambulanten Psychotherapie hat der Vorstand der PKS in zahlreichen Gesprächen aufmerksam gemacht.

So hat es bereits im Februar letzten Jahres eine Anhörung zu dieser Problematik im Sozialausschuss des Landtages gegeben. Es folgten verschiedene Gespräche mit Mitgliedern des Sozialausschusses der SPD, der CDU und Bündnis 90/die Grünen. Im April 2004 wurde die PKS zu einer Anhörung vor dem Sozialausschuss des Landtages eingeladen. Es folgten Gespräche mit der Aufsichtsbehörde sowie mit Vertretern der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung.

Fortbildungsordnung

Auf Grundlage der Vorgaben des GMG wurde vom der Kammerversammlung eine Fortbildungsordnung verabschiedet, die zum 1. Juli 2004 in Kraft treten konnte. Vorangegangen waren intensive Vorarbeiten des Fort- und Weiterbildungsausschusses sowie mehrere Gespräche des Vorstands mit den anderen Nordkammern. Ziel dieser Gespräche war die Angleichung der Fortbildungsordnungen, um Möglichkeiten für gemeinsame Akkreditierungen und Zertifizierungen und damit die Nutzung von Synergieeffekten zu schaffen. Dieses Ziel konnte in Kooperation mit den Nordkammern erreicht werden.

Obwohl gemäß Regelung des GMG die Verpflichtung zur Fortbildung erst mit dem Inkrafttreten des Gesetzes am 1. Januar 2004 beginnt, können aufgrund neuerer Vorgaben der KBV im Rahmen einer Übergangsregelung diejenigen Vertragspsychotherapeuten, die bereits vor dem 30. Juni 2004 zugelassen waren, auch Teilnahmebescheinigungen von Fortbildungsmaßnahmen anerkennen zu lassen, die nach dem 31. Dezember 2001 begonnen wurden. Wurden z. B. derartige Fortbildungsveranstaltungen seinerzeit für das freiwillige

Fortbildungszertifikat der Ärztekammern akkreditiert, so können die dabei erworbenen Fortbildungspunkte auch für das neue für alle Vertragstherapeuten und Vertragsärzte obligatorische Fortbildungszertifikat angerechnet werden.

In diesem Zusammenhang möchten wir an dieser Stelle eine Bitte von unserer Geschäftsstelle weitergeben: Vorläufig wird darum gebeten, alle bereits erworbenen Teilnahmebescheinigungen selbst aufzubewahren und diese noch nicht bei der Geschäftsstelle der Kammer einzureichen. Wenn alle nötigen technischen Voraussetzungen für die Führung eines Fortbildungskontos geschaffen sind und sie verwaltungstechnisch zu verarbeiten, werden wir Sie darüber informieren.

Zusammenarbeit mit den Nordkammern

Auf einem Treffen der Vorstände und Geschäftsführer der Nordkammern im Dezember 2004 in Bremen wurde vereinbart, die Zusammenarbeit der Nordkammern weiter zu intensivieren, um gemeinsame Ressourcen und Synergieeffekte zu nutzen. So soll noch in diesem Jahr die Möglichkeit einer Online-Akkreditierung für Fortbildungsveranstaltungen geschaffen werden, um den Verwaltungsaufwand von der Akkreditierung einzelner Veranstaltungen über die Teilnahmebescheinigung bis zur Führung von Fortbildungskonten und der Ausstellung des Fortbildungszertifikates computergestützt zu vereinfachen.

Psychotherapeuten-suchdienst

Ein weiteres Projekt, das in Zusammenarbeit mit den Nordkammern im letzten Jahr vorangebracht wurde, ist die Gründung eines gemeinsamen internetbasierten Psychotherapeuten Such- und Informationsdienstes der Nordkammern – „PsychInfo“.

Es soll damit die Möglichkeit für Ratsuchende geschaffen werden, einerseits fundierte und zuverlässige Informationen über Psychotherapie und ihre Durchführung zu erhalten und andererseits gezielt nach Psy-

chologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu suchen. Dabei ist es beabsichtigt, neben freiberuflich tätigen Kollegen auch in Institutionen tätige Kollegen einzubeziehen.

Neu gegenüber bereits bestehenden Suchdiensten anderer Kammern wird die Online-Erfassung der „Anbieter“ sein.

Dadurch soll diesen mit wenig Aufwand ermöglicht werden, sich ein persönliches Leistungsprofil mit spezifischen Tätigkeitsschwerpunkten zu geben und gegebenenfalls auch aktuelle Wartezeiten bzw. freie Therapieplätze mitzuteilen.

Nach mehreren Arbeitssitzungen und Telefonkonferenzen ist die Arbeitsgruppe der Nordkammern nunmehr soweit, die Freigabe und öffentliche Vorstellung von „PsychInfo“ zum Herbst 2005 zu terminieren.

Nach Fertigstellung wird „PsychInfo“ dann als Teil des Internet-Angebotes jeder einzelnen Nordkammer öffentlichkeitswirksam zur Verfügung stehen.

Bundespsychotherapeutenkammer

Im letzten Jahr hat es vier Sitzungen des Länderrats der BPTK gegeben. Diese Treffen der Präsidenten der Länderkammern sollen die Koordination zwischen Bundespsychotherapeutenkammer und Länderkammern fördern und gemeinsame Initiativen der Länderkammern untereinander koordinieren. Weiterhin soll dieses Gremium den Vorstand der BPTK in allen Angelegenheiten, die die Länder betreffen, beraten.

Da es in der Vergangenheit immer wieder zu Reibungsverlusten als Folge der lediglich beratenden Funktion des Gremiums Länderrat gegenüber dem Bundesvorstand gekommen ist, wurde vom Vorstand der PKS eine Initiative unterstützt, in der die Länderkammern mehr in die Verantwortlichkeit ihrer eigenen Interessenvertretung auf Bundesebene mit eingebunden sind. Diese Initiative hat einen Antrag auf Änderung der Satzung der BPTK erarbeitet, in der durch

Abschaffung des Gremiums Länderrat und Einbindung der Länderkammern in die Vorstandsarbeit der BPTK diese Reibungsverluste vermieden werden können und zugleich eine Bündelung der Kräfte durch eine gemeinsame Verantwortung der Mitglieds-kammern der BPTK erreicht wird.

Dieser Satzungsänderungsantrag wurde auf dem letzten Deutschen Psychotherapeu- tentag ausführlich diskutiert und hat die Delegierten dazu bewogen, einen Aus- schuss zu gründen, der sich mit dem The- ma Satzungsänderung und Strukturreform näher befassen und das Ergebnis seiner Arbeit zum übernächsten Deutschen Psy- chotherapeutentag vorlegen soll.

Versorgungswerk

Der Vorstand der PKS H hat sich bereits seit Anfang des letzten Jahres intensiv mit den Vorarbeiten für die Gründung eines eigenen Versorgungswerks für die Kammermitglieder beschäftigt. So hat es mehrere Gespräche mit und Hospitationen beim PVW, dem Psychotherapeutenversorgungswerk Nieder- sachsen, gegeben. Auch von Seiten des Dachverbandes Arbeitsgemeinschaft berufs- ständischer Versorgungswerke und dem Ver- sorgungswerk der Zahnärzte in Schleswig- Holstein wurde der Vorstand der PKS H aus- führlich informiert und beraten.

Die Ergebnisse dieser Recherchen hat der Vorstand im Mai letzten Jahres der Kam- merversammlung vorgelegt. Die Kammer- versammlung hat daraufhin einen Grund- satzbeschluss zur Gründung eines eigenen Versorgungswerks der PKS H gefasst und den Vorstand beauftragt, alles für diese Gründung Notwendige in die Wege zu leiten.

Bei der Erarbeitung eines Satzungsentwurfes hat sich der Vorstand an den Satzungen des PVW Niedersachsen und des VW der Zahnärztekammer orientiert, um aus beiden Regelungswerken eine optimale Lösung für die Mitglieder der PKS H zu finden.

Schließlich wurde ein versicherungsmathe- matisches Gutachten eingeholt, um zu prü- fen, ob nach versicherungsmathematischen Rechenmodellen unter Berücksichtigung der vorhandenen Mitgliederstruktur die Grün-

dung eines eigenen Versorgungswerks für eine solch kleine Kammer, wie die PKS H, überhaupt möglich ist. Dies wurde durch das eingeholte Gutachten bestätigt. Die entspre- chenden Tabellen für die zu erwartenden Rentenleistungen wurden inzwischen an alle Kammermitglieder versandt.

Im Oktober 2004 wurde eine Informations- veranstaltung zum Thema Versorgungswerk für die Mitglieder der Kammerversammlung durchgeführt. Als externe Experten standen auf dieser Info-Veranstaltung die Ge- schäftsführerin des PVW Niedersachsen, ein Vertreter der Arbeitsgemeinschaft der beru- fständischen Versorgungswerke sowie der versicherungsmathematische Gutach- ter für Fragen zur Verfügung.

Im Ergebnis führten diese intensiven Vor- arbeiten des Vorstands und die ausführli- chen Beratungen dazu, dass die Kammer- versammlung die Ihnen inzwischen vorlie- gende Satzung verabschiedet hat und nach Zustimmung der zuständigen Aufsichts- behörden des Landes und Veröffentlichung im Schleswig-Holsteinischen Amtsblatt am 14. Februar 2005 das Versorgungswerk der PKS H formal gegründet wurde.

Haushaltsabschluss 2004

Der Haushaltsabschluss für das Jahr 2004 weist auf der Einnahmenseite Mitgliedsbei- träge in Höhe von 400.040 Euro aus. Hin- zu kommen sonstige Einnahmen aus Ge- bühren und Erstattung dritter Institutionen in Höhe von 8.105 Euro.

An Ausgaben fielen im letzten Jahr ins- gesamt 329.664 Euro an. Diese Ausgaben verteilen sich auf die Kosten der Geschäfts- stelle einschließlich Gehälter in Höhe von 142.352 Euro, für Aufwandsentschädigun- gen einschließlich Reisekosten des Vor- stands in Höhe von 83.335 Euro, Auf- wandsentschädigungen für die Ausschüs- se in Höhe von 17.513 Euro und die Kammerversammlungen in Höhe von 12.117 Euro, Rechtsberatung und Buchfüh- rung in Höhe von 22.721 Euro, anteilige Kosten für die Berufsgerichtsbarkeit der Heilkammern in Höhe von 1.724 Euro, Kosten im Zusammenhang mit der Bun- despsychotherapeutenkammer (Mitglieds- beiträge, Länderrat und Dt. Pt-Tag) in Höhe

von 34.460 Euro, PTJ in Höhe von 5.477 Euro, Mitgliederbriefe und Veröffentlichun- gen im Amtsblatt in Höhe von 5.784 Euro, Gerichts- und Vollstreckungsgebühren in Höhe von 620 Euro sowie sonstige Aus- gaben (u.a. Internet und Re-/Präsentations- kosten) in Höhe von 3.562 Euro.

Bei dieser Aufstellung der Ausgaben sind diejenigen Kosten nicht enthalten, die zwar bereits in 2004 entstanden sind, deren Rechnung aber erst Anfang des neuen Jah- res vorlagen. Um diese stets zum Jahres- beginn anfallenden Kosten decken zu könn- en, hielt die Kammerversammlung in ih- rer letzten Sitzung eine Liquiditätsrück- stellung in Höhe von mindestens 25 % des Jahreshaushalts für angemessen.

Angestelltentag

Zum Schluss sei noch darauf hingewiesen, dass die PKS H für den Herbst diesen Jah- res (voraussichtlich im November) einen Angestelltentag plant, wo von ausgewie- senen Experten über neuere Entwicklun- gen des Tarifrechts und aktuelle Probleme und Fragen der Eingruppierung angestell- ter PsychotherapeutInnen berichtet wird.

Einen ersten Einblick in diese Problematik gibt der folgende Aufsatz von Heiko Bor- chers zum Tarifrecht im öffentlichen Dienst.

Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein wünscht allen Mitgliedern eine schöne und sonnige Sommerzeit.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen
Dr. Oswald Rogner
Dr. Angelika Nierobisch
Lea Webert
Heiko Borchers
Peter Koch

Tarifrecht im öffentlichen Dienst – Abschied vom BAT

Wo bleiben die Psychotherapeuten?

Dem Tarifrecht im öffentlichen Dienst ste- hen große Veränderungen bevor. Nach 45

Jahren mit zuletzt 17000 Tätigkeitsmerkmalen, einer enorm hohen Regelungsdichte und der längst überholten Unterscheidung nach Arbeiter/innen und Angestellten erwies sich der Bundes-Angestelltentarifvertrag (BAT) als veraltet und ineffektiv. So soll ab 1. Oktober 2005 ein neues Tarifrecht für Beschäftigte im öffentlichen Dienst gelten. Auf eine weitreichende Neugestaltung des Tarifvertragswerks hatten sich die Tarifparteien bereits im Januar 2003 geeinigt und seitdem arbeitete eine Lenkungsgruppe daran, dieses Reformwerk zu vollbringen. Im Laufe der Zeit scherte die Tarifgemeinschaft deutscher Länder aus und machte durch Kündigungen von Tarifverträgen weitere gemeinsame Verhandlungen unmöglich. So ist der neue „Tarifvertrag öffentlicher Dienst“ TVöD letztlich allein mit der Einigung von Gewerkschaften und den Arbeitgebern von Bund und Kommunen auf den Weg gebracht worden. Für die Gewerkschaften ist es weiter erklärtes Ziel, alles dafür zu tun, dass die Tarifreform auch auf die Länder übertragen wird.

Der TVöD macht das Vergütungssystem mit einer neuen Entgelttabelle, bestehend aus 15 Gruppen und sechs Stufen, durchschaubarer. Jüngere Beschäftigte und Berufseinsteiger profitieren am meisten von dem reformierten Entgeltsystem im öffentlichen Dienst. Das neue Recht beinhaltet Rahmenregelungen für leistungsorientierte Einkommensbestandteile, die zusätzlich zum regulären Entgelt gezahlt werden können. Integriert sind nun auch Beschäftigte in der Kranken- und Altenpflege. Bis zum Ende 2007 werden die neuen Tätigkeitsmerkmale verhandelt. Ein Überleitungsverfahren in das neue Tarifrecht sowie Besitzstandsregeln sollen Beschäftigte vor Einkommensnachteilen schützen. Die Arbeitszeiten wurden für Beschäftigte des Bundes einheitlich auf 39 Stunden festgelegt. Mit kommunalen Arbeitgebern können im Einzelfall längere Arbeitszeiten vereinbart werden.

Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein befasst sich seit längerer Zeit mit diesem Thema.

Einerseits wurden entsprechende Vertreter des Landes Schleswig-Holstein angesprochen, andererseits wurde die Bundespsychotherapeutenkammer aufgefordert, die Interessen der angestellten Psychotherapeuten auf der Bundesebene zu vertreten. Wichtigstes Anliegen dabei ist es, dafür zu sorgen, dass die Tätigkeitsmerkmale von Psychotherapeuten richtig erfasst werden und somit Psychotherapeuten eine ihrer Ausbildung, Qualifikation und Tätigkeit angemessene Einstufung erfahren.

Heiko Borchers

Geschäftsstelle

Walkerdamm 17
24103 Kiel
Tel. 0431/661199-0
Fax 0431/661199-5
Mo, Mi, Fr 9.00 – 13.00 Uhr
Di, Do 9.00 – 16.00 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

Für Ihren erfolgreichen Start:

Niederlassung für Psychotherapeuten Berufs- und vertragsrechtliche Fragen

Von **Dr. jur. Martin H. Stellpflug**.
IX, 194 Seiten. Gebunden. € 46,
ISBN 3-7685-0537-5

Wenn sich ein Psychotherapeut als Freiberufler zur Selbstständigkeit in der eigenen Praxis entscheidet, trägt er ein erhebliches unternehmerisches Risiko. Fehler in der frühen Phase der Niederlassung haben oft gravierende Folgen und sind nur sehr schwer nachträglich zu beheben.

Der vorliegende Band dient dem Psychotherapeuten als konkrete Handreichung, unterstützt ihn bei zulassungsrechtlichen Fragen und informiert über die allgemeinen Pflichten und die Berufspflichten.

Den Kooperationsmöglichkeiten, die sich einem Psychotherapeuten bieten, wird ein eigener Abschnitt gewidmet.



R.v. Decker, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH
Im Weiher 10, 69121 Heidelberg
Kundenbetreuung München: Tel. 089/54852-8178
Fax 089/54852-8137
E-Mail: kundenbetreuung@hjr-verlag.de

 **R.v. Decker**
www.rvdecker-verlag.de

70331176