

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

ein ereignisreiches Jahr liegt hinter uns. Eröffnet wurde es mit einer so genannten „Null-Runde“ im Gesundheitswesen, dann jagte ein Arbeitsentwurf zum „Gesundheitsmodernisierungsgesetz“ (GMG) den anderen. Schließlich einigten sich SPD, Bündnis 90/Die Grünen, CDU/CSU und FDP auf ein Gesetz, das die Finanzierungsprobleme des Gesundheitssystems vor allem zu Lasten der Versicherten zu lösen versucht. Zugleich gehen die Experten davon aus, dass diese Gesundheitsreform eine noch kürzere Halbwertszeit haben wird als die letzte. Erstmals gelang es den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten weitgehend einheitlich, ihre Reformforderungen vorzutragen. Dazu trugen die positiven Kooperationserfahrungen der letzten Jahre, die in der Gründung und dem Aufbau der Psychotherapeutenkammern gewonnen werden konnten, aber auch die – zwar nicht neue – Erkenntnis bei, dass im Gesundheitswesen nur mit einer starken Lobby Einfluss zu nehmen ist. Die Konstituierung der Bundespsychotherapeutenkammer im Mai dieses Jahres markiert damit eine entscheidende Wende auf dem Weg zu einer effizienteren Interessenvertretung unserer Berufsgruppen. Positiv zu vermelden ist aber auch die insgesamt konstruktive Zusammenarbeit der Psychotherapeutenverbände im Vorfeld der Gesetzesdiskussion.

Zugleich demonstrierte dieses Jahr aber auch, wie begrenzt die Einflussnahmen unserer Berufe in der Gemengelage der großen Interessengruppierungen im Gesundheitswesen zurzeit noch sind. Die wesentlichen Forderungen, die in zahlreichen Gesprächen mit Gesundheitspolitikern auf Landes- und Bundesebene erläutert wurden, fanden kaum Niederschlag im vorliegenden Gesetz. Gleichwohl unterstreichen unsere Präsenz bei den Anhörungen zum Gesetzentwurf und die explizite Erwähnung unserer Berufe und unserer Bundesvertretung im Gesetzestext die qualitativ neue Positionierung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Gesundheitssystem. Auch wenn wir uns ein erfolgreicherer Intervenieren gewünscht hätten, so wird es jetzt darauf ankommen, sich für die kommenden Auseinandersetzungen vorzubereiten. Die Debatten um weitere Veränderungen im Gesundheitsbereich haben schon begonnen. Unmittelbar vor uns steht die Notwendigkeit, sich an der Erarbeitung eines Präventionsgesetzes zu beteiligen, um die hohe Bedeutung psychologisch-psychotherapeutischer Qualifikationen in der Gesundheitsprävention nachvollziehbar darzustellen.

Mit dem Inkrafttreten des GMG erhält die Fortbildungsverpflichtung, die in den meisten Heilberufsgesetzen der Länder für die Angehörigen unserer Berufe schon festgelegt ist, eine neue Betonung. Vertragspsychotherapeutisch tätige Kolleginnen und Kollegen müssen ihre Fortbildung zukünftig inner-

halb von fünf Jahren nachweisen, wenn sie sich nicht Sanktionen bis hin zum Entzug der Zulassung ausliefern wollen. Die Fortbildungsanforderung wird voraussichtlich auch für die Berufsangehörigen gelten, die in der stationären Versorgung tätig sind. Für unsere jungen Kammern stellen die damit verbundenen Anerkennungs- und Zertifizierungsaufgaben eine nicht nur organisatorische, sondern auch inhaltliche Herausforderung dar. Denn bisher wurde noch nicht abschließend geklärt, wie eine für psychotherapeutische Tätigkeit spezifische Fort- und Weiterbildung aufeinander bezogen und gegeneinander abgegrenzt werden können. Die Artikel von Uta Cramer-Düncher und von Dr. Wolfgang Groeger stellen bisherige Diskussionsstände dazu dar, die sicher weitere Debatten auslösen werden. Die BPTK hat auf ihrem 2. Deutschen Psychotherapeutentag für diese beiden Themen Kommissionen eingerichtet. Insbesondere für die inhaltlichen Vorgaben zur Fortbildung wird es auf rasche Ergebnisse ankommen. In einem einleitenden Beitrag stellt Prof. Manfred Döpfner Forschungsergebnisse zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie dar. Er postuliert darin eine Überlegenheit von kognitiv-behavioralen Verfahren, die sicher von Vertretern psychodynamisch orientierter Ansätze so nicht geteilt wird. Ich hoffe, dass diese die Herausforderung für nachfolgende Aufsätze zu diesem Thema aufgreifen werden.

Für die bevorstehenden Weihnachts- und Silvestertage wünsche ich Ihnen im Namen des gesamten Redaktionsbeirates genügend Entspannung und Muße, um mit neuem Elan in das neue Jahr hineinzugehen: Alles Gute für 2004!



Karl Heinz Schrömgens
(Bremen)

Karl Heinz Schrömgens (Bremen)
für den Redaktionsbeirat des
Psychotherapeutenjournals

Inhalt

Editorial	255	
Artikel	258	
<i>Döpfner, M.</i> Wie wirksam ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie?	258	
<p>Eine Übersicht über empirische Ergebnisse zur Wirksamkeit von Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. Meta-Analysen belegen die Wirksamkeit vor allem kognitiv-behavioraler Verfahren und weisen darauf hin, dass durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Effekte erzielt werden, die mit den Effekten der Erwachsenenpsychotherapie vergleichbar sind. Mehrere Interventionen können mittlerweile als evidenzbasiert eingestuft werden. Weitere empirische Forschung ist – auch in Deutschland – dringend nötig.</p>		
<i>Groeger, W.</i> Berufspolitische Weichenstellungen	267	
<p>Ausgehend von einer Analyse der Ausgangsbedingungen hinsichtlich der Qualifikation Psychologischer PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen wird untersucht, welche Gestaltungsmöglichkeiten und –erfordernisse sich ergeben. Orientiert an den Zielen einer qualitativ hochstehenden Berufsausübung und Gesundheitsversorgung werden Schlussfolgerungen für die Weichenstellungen gezogen, die die Selbstverwaltungen der PsychotherapeutInnen aktuell zu treffen haben.</p>		
<i>Cramer-Düncher, U.</i> Weiterbildungsregelungen der Kammern – ein komplexes Feld	280	
<p>In einer Arbeitsgruppe mit Vertretern aus den Landeskammern wurden die gesetzlichen Grundlagen und die Ordnungen der anderen Heilberufe zur Weiterbildung und Fortbildung gesichtet und bewertet, um einen Vorschlag für eine Musterweiterbildungsordnung (MWBO) für Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen vorzulegen. Es wird ein Überblick über die verschiedenen Problemfelder, Vorteile und Gefahren einer MWBO gegeben und der Diskussionsprozess innerhalb der AG sowie der Erkenntnisstand am Ende der Arbeit wiedergegeben.</p>		
Recht: Aktuell	286	
<i>Gerlach, H.</i>		
Aktuelles aus der Forschung	290	
<i>Bunk, D.</i>		
Buchrezensionen	295	
<i>Bunk, D.</i>		
<i>Kusch, M.: Versorgungspsychologie. Wie Forschung zur Praxis wird!</i>		295
Dokumentationen	297	
Stellungnahme zur Versorgungssituation in der ambulanten Neuropsychologie Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen		
Kurznachrichten	300	
ver.di engagiert sich für Psychotherapeuten Neues vom wissenschaftlichen Beirat: Verhaltenstherapie und psychodynamische Psychotherapie anerkannt!		

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern	301
Bundespsychotherapeutenkammer	301
Baden-Württemberg	304
Bayern	308
Berlin	312
Bremen	316
Hamburg	320
Hessen	324
Niedersachsen	330
Nordrhein-Westfalen	336
Rheinland-Pfalz	342
Leserbriefe	346
Impressum	350

Die Broschüre zur „Wissenschaftlichkeit von Psychotherapieverfahren“ der Psychotherapeutenkammer Berlin ist erschienen. Sie enthält die Beiträge von Michael B. Buchholz, Bernd Fliegener, Robert Francke, Michael Linden und Dirk Revenstorf, die sie auf der Podiumsdiskussion am 22.6.03 in Berlin zu diesem Thema gehalten haben und die anschließende Diskussion. Sie ist zum Selbstkostenpreis in Form von drei Briefmarken à 1,44 € über die Psychotherapeutenkammer Berlin, Kurfürstendamm 184, 10707 Berlin zu beziehen.

PSYCHOHOLIC® Psychologie & Neue Medien EDV in der psychotherapeutischen Praxis schenkt Ihnen viel Zeit für das Wesentliche

<p>DiagnoPro Schnelle, individuelle und sichere Erstellung von Kassengutachten per PC</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Komplette integrierter ICD-10 Katalog ● Erstellen individueller Behandlungspläne ● Formulierungs- und Behandlungsvorschläge ● Beispielgutachten und Textbausteine ● EDV-Anamnesebogen 	<p>Psydea Fragebogendiagnostik schnell und einfach am Computer</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Generieren von Fragebogenbatterien ● Drucken formatierter Paper-Pencil-Formulare ● Automatisches Erstellen von Normtabellen ● Grafische und numerische Auswertungen ● Ausführliche Berichte zum Ausdrucken
--	--

alle Informationen auf www.psychoholic.de

PSYCHOHOLIC - Rheindorfer Str. 55 - 53225 Bonn - Tel.: 0228-9469780 - Fax: 0228-9469778 - info@psychoholic.de

Wie wirksam ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie?

Manfred Döpfner

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Klinikum der Universität zu Köln

Zusammenfassung

Die Arbeit gibt eine Übersicht über die empirischen Ergebnisse zur Wirksamkeit von Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. Meta-Analysen belegen die Wirksamkeit vor allem kognitiv-behavioraler Verfahren und weisen darauf hin, dass durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Effekte erzielt werden, die mit den Effekten der Erwachsenenpsychotherapie vergleichbar sind. Andere Psychotherapieformen sind wenig untersucht; die vorliegenden Ergebnisse weisen überwiegend darauf hin, dass nicht-behaviorale Methoden eher weniger effektiv sind. Bei der Behandlung von Depressionen, Phobien und Angststörungen, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen und oppositionellen/aggressiven Störungen sowie von Sauerkeitsstörungen können mehrere Interventionen mittlerweile als evidenzbasiert eingestuft werden. Weitere empirische Forschung ist – auch in Deutschland – dringend nötig.

Mittlerweile besteht ein Konsens darüber, dass auch Psychotherapie den empirischen Nachweis ihrer Wirksamkeit zu erbringen hat. Darauf haben vor allem unsere Patienten, aber auch diejenigen Anspruch, die die Behandlung finanzieren. Der Stand der Forschung zur Wirksamkeit von Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter liegt zwar in einigen Bereichen noch deutlich hinter dem bei Erwachsenen, doch sind die Fortschritte in den letzten Jahrzehnten beträchtlich, und zwar zumindest in vier Bereichen (vgl. Döpfner & Lehmkuhl, 2002):

1. In quantitativer Hinsicht lässt sich eine schier unübersehbare Anzahl von Studien konstatie-

ren – vorsichtige Schätzungen belaufen sich auf mittlerweile etwa 1500 kontrollierte Studien (vgl. Kazdin, 2000).

2. In qualitativer Hinsicht kann eine kontinuierliche Verbesserung der Studien festgestellt werden. Zunehmend mehr Studien werden an klinischen Inanspruchnahmestichproben durchgeführt, nutzen elaborierte Methoden der Effektkontrolle, setzen Behandlungsmanuale ein, um die Behandlungsprozeduren zu operationalisieren, überprüfen die Interventionsdurchführung (Behandlungs-Integrität), bewerten neben der statistischen Signifikanz von Behandlungseffekten auch ihre klinische Bedeutsamkeit und überprüfen die Stabilität von Effekten. Auch die Erfolgskriterien decken ein breiteres Spektrum ab: neben Symptomminderung auch Steigerung von Kompetenzen, Verbesserung der psychosozialen Anpassung und der Lebensqualität, Veränderung familiärer Beziehungen und subjektive Zufriedenheit mit der Behandlung.
3. Mithilfe von Kriterien für empirische Evidenz wurden von mehreren Arbeitsgruppen für einzelne Störungen empirisch bewährte und möglicherweise effektive Interventionen identifiziert (Chambless & Ollendick, 2001), für die zumindest im angloamerikanischen, teilweise auch für den deutschen Sprachraum Behandlungsmanuale vorliegen.
4. Vor dem Hintergrund der Wirksamkeitsstudien, der Meta-Analysen und der Evidenzbeurteilungen konnten evidenzbasierte Leitlinien nicht nur zur Diagnostik, sondern auch zur Therapie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter entwickelt werden, und dies sowohl im internationalen Bereich (z.B. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997), als auch im deutschen Sprachraum (Deutsche Gesell-

schaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie et al., 2000). Allerdings ist die Kinder- und Jugendpsychiatrie hierbei Vorreiter und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bemüht sich erst seit kurzem intensiver um dieses Thema. Sowohl verhaltenstherapeutische Fachverbände als auch die Fachgruppe Klinische Psychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie haben den Prozess der Entwicklung von Leitlinien angeschoben. Die Zeitschrift „Kindheit und Entwicklung“ wird der Leitliniendiskussion ein eigenes Themenheft widmen (Döpfner & Esser, im Druck) und die Buchreihe „Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie“ orientiert sich an nationalen und internationalen evidenzbasierten Leitlinien und beschreibt ihre Umsetzung. Bislang wurden Leitfäden für Diagnostik psychischer Störungen (Döpfner et al., 2000a), für hyperkinetische Störungen (Döpfner et al., 2000b), aggressiv-dissoziale Störungen (Petermann et al., 2001), Enuresis (von Gontard & Lehmkuhl, 2002), Autismus (Poustka et al., im Druck) und Lese-/Rechtschreibstörungen (Warnke et al., im Druck) publiziert.

Die Probleme, die sich in der Therapiefor schung ergeben, sind vielfältig, vor allem dann, wenn man sich nicht mit der globalen Frage nach der Wirksamkeit von Psychotherapie zufrieden geben, sondern differenzierter nachfragen will (vgl. Richters et al., 1995): *Unter welchen Bedingungen* (z.B. Alter, Geschlecht, familiären Bedingungen, komorbiden Auffälligkeiten) *haben welche Behandlungen oder Behandlungskombinationen welche Effekte* (Verbesserung, Stabilisierung, Verschlechterung) *auf welche Funktionsbereiche des Kindes* (z.B. Symptome auf der kognitiven, der emotionalen der somatischen oder der Verhaltensebene; Entwicklungsstand

und Schulleistungen, Gleichaltri genbeziehungen, Familienbeziehungen, subjektive Zufriedenheit, Selbstwert, Lebensqualität) *für wie lange* (kurzzeitig, langfristig) *in welchem Ausmaß* (Effektstärke, Anteil der Kinder im unauffälligen versus pathologischen Bereich) *und warum* (Therapieprozess)? Die bei der Beantwortung dieser Fragen auftauchenden methodischen Probleme wurden auch bezogen auf Kinder und Jugendliche bereits vielfach diskutiert (z.B. Chambless & Ollendick, 2001; Döpfner, 1999; Döpfner & Lehmkuhl, 2002; Kazdin, 2000, 2001); sie können hier nicht ausführlich dargestellt werden.

Für die klinische Praxis von besonderer Bedeutung ist jedoch, ob die aus Therapiefor schungen gewonnenen Erkenntnisse sich auch auf den therapeutischen Alltag übertragen lassen, schließlich unterscheidet sich die Forschungssituation doch erheblich von den Routinebedingungen. Deshalb wird in zunehmendem Maße gefordert, dass neben gut kontrollierten so genannten Efficacy-Studien – am besten im randomisierten Kontrollgruppendesign – auch experimentell weniger gut kontrollierte Effectiveness-Studien unter Bedingungen durchgeführt werden, die dem klinischen Alltag eher entsprechen.

Dass solche Studien auch bei Beachtung wichtiger methodischer Gütekriterien tatsächlich möglich sind, das zeigt die Arbeit von Weiss und Mitarbeitern (1999), die die Wirksamkeit traditioneller Kinderpsychotherapie untersuchten. Zur Überprüfung der Wirksamkeit von Psychotherapie, wie sie üblicherweise (in den USA) durchgeführt wird, setzten sie praktizierende Psychotherapeuten ein, denen sie

die freie Wahl der Therapiemethode überließen; sie gaben ihnen kein zusätzliches Training, jedoch die übliche Supervision. Die behandelten Kinder zeigten ein breites Spektrum psychischer Auffälligkeiten. Insgesamt nahmen 160 Kinder mit einem Durchschnittsalter von 10 Jahren (63% Jungen) daran teil. Alle Kinder hatten eine klinische Diagnose und wurden klinisch als behandlungsbedürftig eingeschätzt. 76 per Zufall ausgewählte Kinder erhielten eine Psychotherapie mit einer Behandlungsdauer von bis zu 2 Jahren. Die Psychotherapie war schwerpunktmäßig psychodynamisch-humanistisch orientiert, jedoch auch kognitiv und in einem geringeren Maße behavioral. Die Kontrollgruppe erhielt durchschnittlich 53 Stunden Nachhilfe durch Studenten. Auf einer Vielzahl von Erfolgsvariablen, die sowohl das Elternurteil als auch das Lehrer- und das Selbsturteil der Patienten umfassten, wurden keine signifikanten Unterschiede in beiden Gruppen gefunden. Die Autoren konnten mit dieser aufwändigen Studie zeigen, dass traditionelle Therapie in der klinischen Routineversorgung einfacher Schüler nachhilfe bei der Verminderung von Verhaltensauffälligkeiten nicht überlegen ist – ein Befund, der uns aufschrecken lassen sollte, auch wenn er die amerikanische Situation widerspiegelt und der Replikation bedarf; die Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen in der Routineversorgung mit einem hohen Anteil an nondirektiven und tiefenpsychologisch orientierten Methoden ist jedenfalls nicht hinreichend belegt. Im Zweijahres-follow-up konnten nur sehr schwache Hinweise auf verzögerte Effekte (sogenannte sleeper Effekte) gefunden werden (Weiss et al., 2000)

Meta-Analysen zur Wirksamkeit von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Die generelle Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen

wurde im angloamerikanischen Sprachraum in vier globalen Meta-Ana-

Autoren	Altersbereich	Anzahl der Therapiegruppen	Publikationszeitraum	Effektstärke
Casey & Berman (1985)	3 – 12	64	1952-1983	0.71
Weisz et al.(1987)	4 – 18	163	1958-1984	0.79
Kazdin et al. (1990)	4 – 18	223	1970-1988	0.88 ¹⁾ 0.77 ²⁾
Weisz et al. (1995)	1,5 – 17,6	244	1967-1993	0.71

1) Effektstärke beim Vergleich von Therapiegruppe mit unbehandelter Kontrollgruppe
 2) Effektstärke beim Vergleich von Therapiegruppe mit aktiver Kontrollgruppe (Diskussionsgruppe, Aufmerksamkeits-Placebogruppe)

Tabelle 1: Übersicht über globale Meta-Analysen zur Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen.

lysen überprüft, die ein breites Spektrum an Studien einschlossen (siehe Tabelle 1). Die dabei berechneten Effektstärken setzen die Mittelwert-Differenzen zwischen Therapie- und Kontrollgruppe bei Behandlungsende in Beziehung zur Standardabweichung. Eine Effektstärke von 0.50 besagt also, dass sich die Therapiegruppe bei Behandlungsende von der Kontrollgruppe im Mittelwert um eine halbe Standardabweichungseinheit unterscheidet. Diese Effektstärken werden über die verschiedenen Studien hinweg zusammengefasst (gemittelt).

Die einzelnen Meta-Analysen unterscheiden sich im untersuchten Altersbereich, im Publikationszeitraum der analysierten Studien und in der Anzahl der analysierten Therapiegruppenvergleiche. Die Meta-Analysen von Casey und Berman (1985), von Weisz und Mitarbeitern (1987) und von Kazdin und Mitarbeitern (1990) überlappen sich hinsichtlich der untersuchten Studien, während in der Analyse von Weisz et al. (1995) nur Studien aufgenommen wurden, die nicht bereits in den Arbeiten von Weisz und Mitarbeitern (1987) oder Casey und Berman (1985) analysiert worden sind. Wie Tabelle 1 zeigt, liegen die mittleren (ungewichteten) Effektstärken über alle Therapieformen hinweg mit Werten zwischen 0.71 und 0.88 sehr nahe

beieinander. Beelmann und Schneider (2003) haben eine Meta-Analyse deutschsprachiger Studien zur Wirksamkeit von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie veröffentlicht. Sie konnten 47 Vergleiche zwischen Behandlungs- und Kontrollgruppen einschließen und errechneten eine Effektstärke von 0.54. Diese Effektstärke entspricht der von Weisz und Mitarbeitern (1995) ermittelten, wenn man die gleiche Methode der Effektstärkenberechnung anlegt. Aus diesen Analysen lassen sich global für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie mehrere Schlussfolgerungen ziehen (vgl. Döpfner, 1999; Döpfner & Lehmkuhl, 2002):

1. *Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen ist wirkungsvoll.* Folgt man der Einteilung der Effektstärken (ES) von Cohen (1977), dann liegen die ermittelten Effektstärken mit rund 0.8 an der Grenze von mittleren zu starken Effekten. Eine Effektstärke von 0.80 besagt, dass die behandelten Patienten im Durchschnitt weniger auffällig sind als 79% der Patienten aus der unbehandelten Kontrollgruppe.
2. *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen ist ähnlich wirkungsvoll, wie die Psychotherapie mit Erwachsenen.* Vergleicht man diese Werte mit den Ergebnissen von

Meta-Analysen über Psychotherapie bei Erwachsenen, so lässt sich global feststellen, dass die Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen ebenso wirkungsvoll ist, wie die Erwachsenenpsychotherapie.

3. *Therapieeffekte stabilisieren sich.* Über einen Zeitraum von durchschnittlich sechs Monaten bleiben die Effekte stabil. Dies gilt natürlich nur für jene Studien, die überhaupt die Stabilität der Effekte untersuchten (Weisz et al., 1987, 1995).
4. *Therapieeffekte sind spezifisch.* Bei jenen Problemen, deren Veränderung Hauptziel der Behandlungen war, sind die Effekte etwa doppelt so hoch wie bei anderen Problemen, auf die sich die Therapie nicht fokussierte (Weisz et al., 1995).

Das generell positive Bild der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapieforschung wird dadurch getrübt, dass sich die unterschiedlichen klassischen Therapierichtungen nicht gleichermaßen an der empirischen Prüfung ihrer Effektivität beteiligen. Während für kognitiv-behaviorale Verfahren eine Vielzahl auch methodisch zufriedensstellender Untersuchungen vorliegt, trifft dies für alle anderen Therapierichtungen – für die psychoanalytisch, die psychodynamisch, die non-direktiv und auch die familientherapeutisch orientierten Verfahren – nicht zu (vgl.

Shapiro, 1989) – mindestens drei Viertel der Studien stammen aus dem kognitiv-behavioralen Spektrum (Kazdin et al., 1990). Beim Vergleich der vorliegenden Studien zu verschiedenen Therapierichtungen wird deutlich, dass sich durch kognitiv-behaviorale Verfahren mittlere bis starke Effekte erzielen lassen, während durch nicht-behaviorale Methoden geringe bis mittlere Effekte belegt werden können. In den internationalen Studien liegen die Effektstärken für kognitiv-behaviorale Interventionen zwischen 0.76 und 0.91, während die Effektstärken nicht-behavioraler Methoden fast durchweg unter 0.50 liegen (vgl. Döpfner & Lehmkuhl, 2002). Beelmann und Schneider (2003) fanden in ihrer Analyse deutschsprachiger Studien zwischen behavioralen und non-behavioralen Verfahren keinen signifikanten Unterschied, wobei zu berücksichtigen ist, dass non-behaviorale Verfahren nur in wenigen Studien geprüft wurden. In Studien, die behaviorale und non-behaviorale Methoden direkt miteinander verglichen, erwiesen sich die behavioralen Methoden als tendenziell überlegen (z.B. Döpfner et al., 1981).

Wie dramatisch schlecht die Forschungslage für psychodynamisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist, wird in dem von Fonagy und Mitarbeitern (2002) publizierten Buch *What works for whom* deutlich. Fonagy, der als Direktor des Anna-Freud Centres in London nun nicht gerade als jemand betrachtet werden kann, der zu kritisch mit der Tiefenpsychologie ins Gericht geht, kommt insgesamt zu folgendem Schluss (S. 388):

„... there is little evidence either for or against the effectiveness of psychodynamic therapies, but there are some suggestions that they may be useful, particularly in situations where other treatments have failed.“

Da jedoch die Wirksamkeit einer Therapieform erst bewiesen werden muss, ist die Beweislast doch erheblich. Noch deutlicher wird die Situation, wenn einzelne Störungen genauer betrachtet werden (vgl. Fonagy et al., 2002):

- Angststörungen: „*There is some evidence that psychodynamic psychotherapy may be effective...*“ (S. 88)
- Depressive Störungen: „*There is so far little research evidence of psychodynamic therapy for depressive disorders...*“ (S. 103)
- Aggressive Störungen: „*Psychodynamic treatments have not been shown to be effective for children with conduct problems relative to untreated or alternative treatment control group. Rates of clinically significant improvement appear to be lower in psychodynamic therapy than in other treatments, whereas treatment length and number of sessions are greater*“ (S. 144).
- Hyperkinetische Störungen: „*There is no evidence either for or against effectiveness of systemic or psychodynamic therapy*“ (S. 226).

Es besteht also dringender Handlungsbedarf in der Erforschung der Wirksamkeit dieser Therapieformen.

Auch die Beurteilung der Wirksamkeit systemisch orientierter Therapie fällt aufgrund methodischer Probleme schwer, wie die jüngste Übersichtsarbeit von Cottrell und Boston (2002) zeigt:

- kaum gute randomisierte Kontrollgruppenstudien
- Patienten sind nicht repräsentativ, Stichproben klein, Altersspannen groß
- Fehlen von zuverlässigen nicht oder alternativ behandelten Kontrollgruppen

- Fehlen von konzeptuell relevanten Maßen, um zugrunde liegende interaktionelle Prozesse zu erfassen.

Am häufigsten wurden Kombinationen aus systemischen/strukturellen und psychoedukativ-behavioralen Familientherapien untersucht. Cottrell und Boston (2002) kommen zu dem Schluss, dass bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens und/oder Substanzmissbrauch die Funktionelle Familientherapie nach Alexander & Parsons (1982), die Multisystemische Therapie nach Henggeler und Mitarbeitern (1998) und die modifizierte strukturelle Familientherapie nach Minuchin (Sczapocznik et al., 1988) als wirkungsvoll eingeschätzt werden können. In allen drei Therapieformen spielen behaviorale Ansätze eine bedeutende Rolle. Auch bei der Behandlung von Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa haben sich strukturell-behavioral-systemische Familieninterventionen als wirkungsvoll und im Vergleich zu ichorientierter Individualtherapie zumindest bei nicht chronifizierten Formen als wirkungsvoller erwiesen (Robin et al., 1999).

Evidenzbasierte Interventionen

Meta-Analysen alleine können die Frage nicht beantworten, welche spezifischen Interventionen für einzelne Störungsbilder sich empirisch bewährt haben. Um diese Frage zu beantworten, haben verschiedene Arbeitsgruppen Kriterien für evidenzbasierte Interventionen (Empirically Supported Treatments, EST) entwickelt und danach die einzelnen Interventionen bewertet. Die meisten Publikationen orientieren sich an den von der Arbeitsgruppe der American Psychological Association entwickelten Kriterien für eine Bewertung des Grades

der empirischen Bewährung (Chambless et al., 1998):

- Eine Intervention wird danach als *empirisch gut bewährt* beurteilt, wenn sie sich in mindestens zwei durchgeführten Kontrollgruppen-Studien im Vergleich zu medikamentöser oder psychologischer Placebobehandlung oder zu einer Alternativtherapie als überlegen bzw. im Vergleich zu einer bereits bewährten Alternativtherapie als ebenso wirkungsvoll erwiesen hat.
- Eine Intervention wird als *vermutlich effektiv* beurteilt, wenn sie sich in zwei Studien gegenüber einer nicht behandelten Kontrollgruppe (z.B. Warteliste-Kontrollgruppe) als überlegen erwiesen hat. Außerdem wird eine Intervention auch dann als vermutlich effektiv bewertet, wenn zumindest eine Studie mit einem Kontrollgruppen-Design nach den Kriterien für empirisch gut bewährte Studien (s.o.) vorliegt.

Internale Störungen

Tabelle 2 fasst die Ergebnisse mehrerer Übersichtsarbeiten zu empirisch begründeten Interventionen für internale Störungen auf der Basis der genannten Kriterien zusammen.

Zur Behandlung von *Depression* im Kindes- und Jugendalter liegen im angloamerikanischen Sprachraum mittlerweile mehrere kognitiv-behaviorale Interventionsprogramme vor, die in Kontrollgruppenstudien geprüft wurden und nach den genannten Kriterien als *vermutlich effektiv* klassifiziert werden (z.B. Clarke et al., 1999; Lewinsohn et al., 1990; Stark et al., 1987). Analog zu den Interventionen bei Erwachsenen werden in diesen Therapieprogrammen Interventionen zur Steigerung angenehmer Aktivitäten, soziale Problemlöse- und Kompetenztrainings zur Verbesserung sozialer Interaktionen, progressive

Intervention	Evidenzgrad ^{a)}
Depression	
Kognitiv-behaviorale Therapie für Kinder	2
Kognitiv-behaviorale Therapie für Jugendliche	2
Phobien	
Teilnehmendes Modelllernen	1
Verstärkung von Annäherungsverhalten (reinforced practice)	1
Klassische systematische Desensibilisierung (Vorstellung)	2
In vivo Desensibilisierung	2
Modelllernen (Live-Modell, Film-Modell)	2
Kognitiv-behaviorale Intervention mit Selbstinstruktion	2
Angststörungen (generalisierte Angst, Trennungsangst)	
Kognitiv-behaviorale Intervention nach Kendall	2
Kognitiv-behaviorale Intervention nach Kendall mit familienzentrierten Interventionen	2
a) Evidenzgrad: 1 = empirisch gut bewährt 2 = vermutlich effektiv	

Tabelle 2: Empirisch begründete Interventionen für internale Störungen (zusammengestellt nach den Übersichtsarbeiten von Kaslow & Thompson (1998), Ollendick & King (1998), Weisz & Jensen (2001), Hibbs (2001) und Chambless & Ollendick (2001)).

Muskelentspannung zur Reduktion von Anspannungen und kognitive Interventionen zur Änderung depressionsfördernder Kognitionen eingesetzt. Auch die Interpersonelle Psychotherapie hat sich in einer Studie als wirksam erwiesen (Mufson et al., 1993). Im deutschen Sprachraum liegen keine Studien mit entsprechender Güte vor. Ihle und Mitarbeiter (2002) beschreiben erste positive Verlaufsergebnisse einer deutschen Fassung des „Adolescent Coping with Depression Course“ nach Clarke et al. (1999). Mittlerweile liegen zwei Übersetzungen und Bearbeitungen von international geprüften Manualen vor (Harrington, 2001; Ihle & Herrle, 2003). Weitere auf den international geprüften Methoden beruhende Therapiemanuale sind in Vorbereitung (Hautzinger, 2000; Rademacher et al., 2002).

Bei der Behandlung von *Phobien* können Methoden des teilnehmenden

Modelllernens und die Verstärkung von Annäherungsverhalten an den gefürchteten Reiz (reinforced practice) als *empirisch gut bewährt* eingestuft werden. Beim teilnehmenden Modelllernen geht das Kind gemeinsam mit dem Modell in die gefürchtete Situation. Dieses Verfahren hat sich gegenüber anderen Formen des Modelllernens und der klassischen systematischen Desensibilisierung (in sensu) als wirkungsvoll erwiesen. Bei der Verstärkung von Annäherungsverhalten an den gefürchteten Reiz (reinforced practice), wird das Kind dafür verstärkt, die gefürchtete Situation aufzusuchen. Beide empirisch gut bewährten Methoden beinhalten also Exposition als wesentliche Komponente. Weitere Verfahren aus dem Bereich des Modelllernens und der Desensibilisierung sowie umfassende kognitiv-behaviorale Programme werden gegenwärtig als *vermutlich effektiv* beurteilt. Bei der Behandlung von Angststörungen (generalisierte Angststö-

Intervention	Evidenzgrad ^{b)}
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen	
Elternt raining	1
Behaviorale Interventionen in der Schule	1
Oppositionell-aggressive Störungen	
Elternt raining	1
Eltern-Kind-Interaktionstherapie nach Eyberg et al. (1995)	2
Delinquenz-Präventions-Programm nach Tremblay et al. (1995)	2
Multisystemische Therapie nach Henggeler et al. (1998)	2
Ärger-Kontroll-Training (Lochman et al., 1998)	2
Problemlösetraining, soziales Kompetenztraining	2
a) Evidenzgrad:	
1 = empirisch gut bewährt	
2 = vermutlich effektiv	

rungen, Störungen mit Trennungsangst, teilweise auch soziale Phobie) haben sich ebenfalls kognitiv-behaviorale Programme als *vermutlich effektiv* bewährt. Diese Programme bestehen im Wesentlichen aus einer kognitiven/psychoedukativen Komponente und einer Expositionsbehandlung. Vor allem die Arbeitsgruppe um Kendall (1997) hat hierzu Therapiematerialien entwickelt und evaluiert. Im deutschen Sprachraum konnte die Wirksamkeit eines sozialen Kompetenztrainings bei sozial ängstlichen Kindern im Vergleich zur nondirektiven Spieltherapie belegt werden (Döpfner et al., 1981). Programme, die entweder auf vergleichbaren Prinzipien beruhen (Petermann & Petermann, 2000) oder die sich eng an die evaluierten internationalen Programme anlehnen (Barrett et al., 2003; Döpfner & Suhr, im Druck), sind publiziert bzw. in Vorbereitung.

Externale Störungen

Die Ergebnisse von Übersichtsarbeiten zu empirisch begründeten Interventionen für externale Störungen (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen und aggressiv-dissoziale Störungen) sind in Tabelle 3 zusammengefasst. Bei der Therapie von Auf-

merksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen werden Elternt rainings und behaviorale Interventionen in der Schule als *empirisch gut bewährt* beurteilt. In Elternt rainings werden im Wesentlichen neben Psychoedukation Methoden zum Aufbau positiver Eltern-Kind-Interaktionen und Methoden des Stimulusmanagements (Aufforderungen und Grenzsetzungen) eingesetzt. Dazu kommen Methoden der Anwendung positiver und negativer Konsequenzen zum Aufbau von erwünschtem Verhalten und zur Verminderung von Problemverhalten. Diese Methoden finden auch bei den behavioralen Interventionen in der Schule Anwendung. Im deutschen Sprachraum wurden beide Ansätze evaluiert und haben sich ebenfalls als erfolgreich bewährt (Frölich et al., 2002, Döpfner et al., im Druck). Das Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP) verbindet beide bewährten Interventionen miteinander (Döpfner et al., 2002).

Bei der Behandlung von *oppositionellen und aggressiven Störungen* haben sich vor allem Elternt rainings als effektiv erwiesen, die auf den gleichen Methoden beruhen, wie die Elternt rainings für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hy-

Tabelle 3: Empirisch begründete Interventionen für externale Störungen (zusammengestellt nach den Übersichtsarbeiten von Pelham et al., (1998), Brestan & Eyberg et al., (1998), Weisz & Jensen (2001), Hibbs (2001) und Chambless & Ollendick (2001)).

peraktivitätsstörungen. Die Programme der Gruppen um Patterson und um Webster-Stratton (Patterson & Guillon, 1968; Webster-Stratton, 1994) sind besonders intensiv evaluiert worden und werden als *empirisch gut bewährt* eingeschätzt. Andere Programme, die auf den gleichen Prinzipien beruhen, werden beim gegenwärtigen Stand der Forschung als vermutlich effektiv eingeschätzt. Für dissoziale Jugendliche wird die multisystemische Therapie nach Henggeler et al. (1998) als *vermutlich effektiv* beurteilt. Dieses multimodale Verfahren kombiniert jugendlichenzentrierte mit familien- und schulzentrierten Interventionen sowie psychosozialem Management. Zur Behandlung von aggressivem Verhalten haben sich zudem verschiedene kind- und jugendlichenzentrierten Ansätze als *vermutlich effektiv* bewährt, die auf die Verbesserung der Ärger-Kontrolle, der sozial-kognitiven Problemlösung, der sozialen Kompetenz und der Selbstbehauptung abzielen. Im deutschen Sprachraum liegen keine Studien mit entsprechender Güte vor. Als Elternt raining kann das Therapieprogramm THOP eingesetzt werden, für das auch Verminderungen von oppositionellem und aggressivem Verhalten bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen belegt ist (Döpfner et al., im Druck). Als kindzentriertes Verfahren liegt das Training mit aggressiven Kindern vor (Petermann & Petermann, 2001).

Neben den genannten Störungen werden in den angeführten Übersichts-

arbeiten behaviorale Interventionen zur Behandlung von Enuresis und Enkopresis als *empirisch bewährt* bzw. als *vermutlich effektiv* eingeschätzt. Interventionen bei anderen Störungen mit anderen körperlichen Symptomen und bei somatischen Störungen werden in dieser Übersichtsarbeit nicht thematisiert.

Schlussfolgerungen

Die berichteten Evidenzgrade der einzelnen Interventionen sind teilweise bereits durch neue Studien überholt, die noch nicht in die zitierten bewertenden Übersichtsarbeiten eingegangen sind. So liegen weitere Studien zur Wirksamkeit kognitiv-behavioraler Interventionen für Angststörungen vor (Beidel et al., 2000), so dass diese Interventionen bei neuen Bewertungsrunden vermutlich den Status einer empirisch bewährten Therapie erhalten werden. Auch im Bereich der Zwangsstörungen verbessert sich die empirische Basis (vgl. Döpfner, 2002), wenngleich randomisierte Kontrollgruppenstudien noch nicht abgeschlossen sind.

Obwohl insgesamt der Stand der empirischen Psychotherapieforschung doch recht ermutigend ist, so muss die Forschungssituation im deutschsprachigen Raum als bedrückend bezeichnet werden – empirische Psychotherapieforschung findet in nur wenigen Zentren statt und wird international kaum wahrgenommen. Die Ergebnisse internationaler Psychotherapieforschung können jedoch nicht ohne weiteres auf den deutschen Sprachraum übertragen werden. Zwar sollte man nicht unbedingt das Rad neu erfinden wollen, indem man international gut bestätigte Prinzipien nochmals repliziert, doch sollte bei der Anwendung von komplexen Therapieprogrammen ein Effektivitätsnachweis auch für den deutsch-

sprachigen Raum vorliegen. Davon sind wir noch weit entfernt. Wichtig erscheint zudem eine theoretische Integration verschiedener Therapieformen in eine *multimodale Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*, die unabhängig von Therapieschulen die empirisch bewährten Therapieprinzipien zusammenfasst.

Literatur

- Alexander, J. F. & Parsons, B. V. (1982). *Functional family therapy*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997). Practice Parameters for assessment and treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, whole supplement.
- Barrett, P., Haylesy, W. & Turner, C. (2003). *Freunde für Kinder. Gruppenleitermanual*. München: Reinhardt.
- Beelmann, A. & Schneider, N. (2003). Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Eine Übersicht und Meta-Analyse zum Bestand und zu Ergebnissen der deutschsprachigen Effektivitätsforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32, 129-143.
- Beidel, D. C., Tumer, S. M. & Morris, T. L. (2000). Behavioral treatment of childhood social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1072-1080.
- Brestan E. V. & Eyberg, S. M. (1998). Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 180-189.
- Casey, R. J. & Berman, J. S. (1985). The outcome of psychotherapy with children. *Psychological Bulletin*, 98, 388-400.
- Chambless, D. L. & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Chambless, D. L. & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Clarke, G. N., Rohde, P., Lewinsohn, P. M., Hops, H. & Seeley, J. R. (1999). Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: efficacy of acute group treatment and booster sessions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 272-279.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd. ed.). New York: Academic Press.
- Cottrell, D. & Boston, P. (2002). Practitioner Review: The effectiveness of systemic family therapy for children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 573-586
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland, Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2000). *Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Döpfner, M., Schlüter, S. & Rey, E.-R. (1981). Evaluation eines sozialen Kompetenztrainings für selbstunsichere Kinder im Alter von neun bis zwölf Jahren – ein Therapievergleich. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 9, 233-252.
- Döpfner, M. (1999). Ergebnisse der Psychotherapieforschung zur Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 1: Grundlagen* (S. 153-188). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Heubrock, D. & Petermann, F. (2000a). *Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Band 2*. Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., Frölich, J. & Lehmkuhl, G. (2000b). *Hyperkinetische Störungen. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Band 1*. Göttingen: Hogrefe.

- Döpfner, M. (2002). Zwangsstörungen. In G. Esser (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters* (S. 243-262). Stuttgart: Enke.
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (in Druck). Die Wirksamkeit von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Psychologische Rundschau*, 53, 184-193.
- Döpfner, M., Breuer, D., Schürmann, S., Wolff Metternich, T., Rademacher, C. & Lehmkuhl, G. (im Druck) Effectiveness of an individually tailored multimodal intervention in ADHD children. *European Child and Adolescent Psychiatry*.
- Döpfner, M. & Esser, G. (im Druck). Evidenzbasierte Leitlinien zur Diagnostik und Psychotherapie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter wozu? *Kindheit und Entwicklung*.
- Döpfner, M. & Suhr, L. (Hrsg.) (im Druck). Therapieprogramm für Angst- und Zwangsstörungen (THAZ). Göttingen: Hogrefe
- Fonagy, P., Cottrell, D. & Allison, L. (2002). What Works for Whom?: A Critical Review of Treatments for Children and Adolescents. New York: Guilford.
- Frölich, J., Döpfner, M., Berner, W. & Lehmkuhl, G. (2002). Effects of combined behavioural treatment with parent management training in ADHD. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 111-115.
- Harrington, R. C. (2001). Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Kindern und Jugendlichen. Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M. (2000). Depression. In F. Petermann (Hrsg.), *Fallbuch der klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie* (2. überarbeitete Aufl., S. 161-72). Göttingen: Hogrefe.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D. & Cunningham, P. B. (1998). *Multi-systemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. New York: Guilford.
- Hibbs, E. D. (2001). Evaluating empirically based psychotherapy research for children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 10, Suppl. 1, 1/3-1/11.
- Ihle, W., Jahnke, D., Spieß, L. & Herrle, J. (2002). Evaluation eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppenprogramms für depressive Jugendliche und junge Erwachsene. *Kindheit und Entwicklung*, 11, 238-246.
- Ihle, W. & Herrle, J. (2003). *Stimmungsprobleme bewältigen. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm zur Prävention, Behandlung und Rückfallprophylaxe depressiver Störungen im Jugendalter nach Clarke, Lewisohn und Hops. Manual für Kursleiter*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Kaslow, N. J. & Thompson, M. P. (1998). Applying the criteria for empirically supported treatments to studies of psychosocial interventions for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 146-155.
- Kazdin, A. E. (2000). Developing a research agenda for child and adolescent psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 57, 829-835.
- Kazdin, A. E. (2001). Bridging the enormous gaps of theory with therapy research and practice. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 59-66.
- Kazdin, A. E., Bass, D., Ayres, W. A. & Rodgers, A. (1990). Empirical and clinical focus of child and adolescent psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 729-740.
- Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S. M., Southam-Gerow, M., Henin, A. & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: a second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 366-380.
- Lewisohn, P. M., Clarke, O. N., Hops, R. & Andrews, J. (1990). Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. *Behavior Therapy*, 21, 385-401.
- Mufson, L., Moreau, D., Weissman, M. M. & Klerman, G. L. (1993). *Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents*. New York: Guilford.
- Ollendick, T. H. & King, N. J. (1998). Empirically supported treatments for children with phobic and anxiety disorders: current status. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 156-167.
- Patterson, G. R. & Gullion, M. E. (1968). *Living with children: New methods for parents and teachers*. Champaign: Research Press.
- Petermann, U. & Petermann, F. (2000). *Training mit sozial unsicheren Kindern* (7. überarbeitete Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Pelham, W. E., Wheeler, T. & Chronis, A. (1998). Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 190-205.
- Petermann, F. & Petermann, U. (2001). *Training mit aggressiven Kindern* (9. überarbeitete Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Petermann, F., Döpfner, M. & Schmidt, M. H. (2001). *Aggressiv-dissoziale Störungen. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Band 3*. Göttingen: Hogrefe.
- Poustka, F., Bölte, S., Feineis-Matthews, S. & Schmötzer, G. (im Druck). Autistische Störungen. *Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Band 5*. Göttingen: Hogrefe.
- Rademacher, C., Walter, D. & Döpfner, M. (2002). SELBST – ein Therapieprogramm zu Behandlung von Selbstwert-, Leistungs- und Beziehungsstörungen. *Kindheit und Entwicklung*, 11, 107-118.
- Richters, J. E., Arnold, L. E., Jensen, P. S., Abikoff, H., Conners, C. K., Greenhill, L. L., Hechtman, L., Hinshaw, S. P., Prelham, W. E. & Swanson, J. (1995). NIMH collaborative multisite multimodal treatment study of children with ADHD: I. Background and rationale. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 987-1000.
- Robin, A. L., Siegel, P. T., Moye, A. W., Gilroy, M., Baker-Dennis, A. & Sikard, A. (1999). A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of the American*

- Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1482-1489.
- Shapiro, T. H. (1989). The psychodynamic formulation in child and adolescent Psychiatry. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 675-680.
- Stark, K. D., Reynolds, W. M. & Kaslow, N. J. (1987). A comparison of the relative efficacy of self-control therapy and a behavioral problem-solving therapy for depression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 91-113.
- Szapocznik, J., Perez-Vidal, A., Brickman, A. L., Foote, F. H., Santisteban, D., Hervis, O., & Kurtines, W. M. (1988). Engaging adolescent drug abusers and their families in treatment: A strategic structural systems approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 552-557.
- von Gontard, A. & Lehmkuhl, G. (2002) *Enuresis. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Band 4*. Göttingen: Hogrefe.
- Warnke, A., Hemminger, U. & Plume, E. S. (im Druck). Lese- und Rechtschreibstörung. *Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Band 6*. Göttingen: Hogrefe.
- Webster-Stratton, C. (1994). Advancing videotape parent training: A comparison study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 583-593.
- Weiss, B., Catron, T., Harris, V. & Phung, T. (1999). The effectiveness of traditional child psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 82-94.
- Weiss, B., Catron, T. & Harris, V. (2000). A 2-year follow-up of the effectiveness of traditional child psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1094-1101.
- Weisz, J. R., Weiss, B., Alicke, M. D. & Klotz, M. L. (1987). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: A meta-analysis for clinicians. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 542-549.
- Weisz, J. R., Weiss, B., Han, S., Granger, D. A. & Morton, T. (1995). Effects of Psychotherapy with children and adolescents revisited: A meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological Bulletin*, 117, 450-468.
- Weisz, J. R. & Jensen, A. L. (2001). Child and adolescent psychotherapy in research and practice contexts: Review of the evidence and suggestions for improving the field. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 10, supplement, 1/12-1/18.

**Prof. Dr. Manfred Döpfner,
Dipl.-Psych.**

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln
Robert-Koch-Str. 10
D-50931 Köln
manfred.doepfner@medizin.uni-koeln.de

GNP-Akademie bei Herbert König & Gerhard Müller Semmelstraße 36/38, 97070 Würzburg Tel.: 0931 – 46079033, Fax: 0931 – 46079034 GNP-Akademie@neuropsychologie.de http://www.neuropsychologie.de		
28.02.2004	Marburg (Kursnr. FB040228A) **	
Neuropsychologie bei Alkoholabhängigkeit Dipl.-Psych. Barbara Brokate, Zentralkrankenhaus Bremen-Ost, Bremen, & Dr. Armin Scheunich, Dipl.-Psych., Psychiatrische Klinik, Universitätsklinikum, Mainz 180,00 Euro* / GNP-Mitglied: 145,00 Euro*, 8 Std.; GNP-Akk.: Punkt 6.2		
05.03.2004	Würzburg (Kursnr. FB040305A) ***	
HKS, ADHS, ADS für NeuropsychologInnen Dr. Sven Bölte, Dipl.-Psych., Klinikum der Johann Wolfgang von Goethe-Universität, Frankfurt/Main 180,00 Euro* / GNP-Mitglied: 145,00 Euro*, 8 Std.; GNP-Akk.: Punkt 6.7		
06.03.2004	Würzburg (Kursnr. FB040306A) ***	
Neuropsychologie autistischer Störungen Dr. Sven Bölte, Dipl.-Psych., Klinikum der Johann Wolfgang von Goethe-Universität, Frankfurt/Main 210,00 Euro* / GNP-Mitglied: 170,00 Euro*, 10 Std.; GNP-Akk.: Punkt 6.7		
20.03.2004	Köln (Kursnr. FB040320A)	
Hören – Sehen – Blicken – Zählen: Entwicklung, Defizite und Hilfen bei Teilleistungsstörungen Prof. Dr. Burkhard Fischer, Universität Freiburg, AG Hirnforschung – Blicklabor, Freiburg; 120,00 Euro*, 6 Std.		
26. - 27.03.2004	Würzburg (Kursnr. FB040326A) *	
Therapeutische Interventionen bei Patienten mit Selbsttötungsabsichten – Ein Trainingskurs Dr. phil. Wolfram Dormann, Psychologischer Psychotherapeut., Praxis für Psychotherapie, Bamberg 315,00 Euro* / GNP-Mitglied: 255,00 Euro*, 16 Std.; GNP-Akk.: Punkt 4		
02. – 03.04.2004	Marburg (Kursnr. FB040402A) ***	
Schmerzpsychologie und -psychotherapie Dr. phil. Dr. med. habil. Heinz-Dieter Basler & Prof. Dr. Stefan Lautenbacher, Dipl.-Psych., Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Marburg 280,00 Euro* / GNP-Mitglied: 255,00 Euro*, 16 Std.; GNP-Akk.: beantragt		
Bitte fordern Sie unser vollständiges Programm an! *Kosten incl. Mehrwertsteuer		

IFT Institut für Therapieforchung

Verhaltenstherapiewochen 2004

7. – 11. Mai in Dresden

Thema der Eröffnungsveranstaltung: Verhaltenstherapie bei sexuellen Funktionsstörungen

18. – 22. Juni in Lübeck

Thema der Eröffnungsveranstaltung: Zur Verhaltensmedizin bei chronisch kranken Kindern

17. – 21. September in Freiburg/Br.

Thema der Eröffnungsveranstaltung: Ressourcenorientierung in der Psychotherapie

Anmeldung und Programm:

www.vtwoche.de oder:
Ellen Andersson
IFT, Parzivalstraße 25, D-80804 München
Tel: +49 (89) 360804-22, Fax: -29
andersson@ift.de

Berufspolitische Weichenstellungen

Anforderungen an eine zeitgemäße psychotherapeutische Aus-, Fort- und Weiterbildung

Wolfgang M. Groeger

Ruhr-Universität Bochum, Zentrum für Psychotherapie

Zusammenfassung: Ausgehend von einer Analyse der Ausgangsbedingungen hinsichtlich der Qualifikation Psychologischer PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen wird untersucht, welche Gestaltungsmöglichkeiten und -erfordernisse sich für die berufliche Aus-, Fort- und Weiterbildung ergeben. Orientiert an den SGB V – Zielen einer qualitativ hochstehenden Berufsausübung und Gesundheitsversorgung werden Schlussfolgerungen für die Weichenstellungen gezogen, die die Selbstverwaltungen der PsychotherapeutInnen in der nächsten Zukunft zu treffen haben.

Als kritisch erweisen sich dabei grundlegende Normierungen des Psychotherapeutengesetzes. Insbesondere der Ausschluss präventiver Tätigkeit, die mangelnde Berücksichtigung verschiedener Evidenzgrade bei der wissenschaftlichen Anerkennung und die Schulenorientierung stehen in eklatantem Widerspruch zu den übrigen Normen der Gesundheits- und Sozialgesetzgebung. Hieraus werden Empfehlungen in Bezug auf die Ausbildung abgeleitet, die langfristig über eine Novellierung des Psychotherapeutengesetzes zu erreichen sind. Weitere, kurzfristig zu realisierende Empfehlungen beziehen sich auf die Weichenstellungen in der Fort- und Weiterbildung.

Zu den berufspolitisch vornehmsten Aufgaben der Kammern der Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen in Bund und Ländern – im Folgenden abgekürzt PsychotherapeutInnen bzw. Psychotherapeutenkammern genannt – gehören Regelungen einer zukünftigen Fort- und Weiterbildung. Sie entscheiden über den Kompetenzerhalt im Laufe des

Berufslebens, über Spezialisierungen und Kompetenzerweiterungen der einzelnen Berufsangehörigen wie über das Qualifikationsniveau und Ansehen der beiden Berufsstände insgesamt – und damit letztlich auch über Erhalt und Ausbau der mit dem Psychotherapeutengesetz¹ (abgekürzt PsychThG) erreichten Position im Gesundheitswesen. Nun ist es keineswegs so, dass es an psychotherapeutischen Fortbildungsangeboten und deren Wahrnehmung mangelt – ganz im Gegenteil, die PsychotherapeutInnen sind ausgesprochen fortbildungsfreudig (Heisig & Littek, 2003). Zu fragen ist aber, ob und wie die bestehenden Angebote die Anforderungen erfüllen, die systematisch an sie zu stellen sind, und darüber hinaus zu entscheiden, ob und wofür es Weiterbildungsangebote mit allen damit verbundenen Implikationen geben soll. Die Psychotherapie-Ausbildung ist dagegen bundesgesetzlich vorgegeben und insofern keine Angelegenheit der Psychotherapeutenkammern. Trotzdem gerät sie zwangsläufig mit in den Blick, weil Fort- und Weiterbildung auf ihr „aufsetzen“, d.h., die Spezifika der Eingangsqualifikationen aufgreifen und fortführen müssen.

Die Begriffe Aus-, Fort- und Weiterbildung sind dabei klar voneinander abgegrenzt und werden wie folgt verwendet (vgl. in diesem Heft: Cramer-Düncher, 2003). **Ausbildung** bezeichnet die durch § 5 PsychThG geregelte Ausbildung, die mit staatlicher Prüfung abgeschlossen und mit der die Approbation erworben wird. Mit **Fortbildung** ist die fortlaufende Aktualisierung der durch Ausbildung und ggf. Weiterbildung erworbenen fachlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten gemeint, die zur Kom-

1 Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz – PsychThG). Bundesgesetzblatt, 1998, I, S. 1311 ff.

petenzerhaltung und zur Berufsausübung auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft erforderlich ist und gesetzlich verbindlich geschuldet wird. Unter **Weiterbildung** werden dagegen Spezialisierungen und Kompetenzerweiterungen verstanden, die über die mit der Ausbildung erworbene Qualifikation hinausführen und die einer über die Heilberufe- bzw. Kammergesetze der Länder und die Rechtsprechung vorgegebenen Systematik folgen und praktische Berufstätigkeit im Rahmen eines Beschäftigungsverhältnisses einschließen muss („AssistenzpsychotherapeutIn“ analog „AssistenzärztIn“). Weiterbildungen erlauben dieser Systematik zufolge entweder Spezialisierungen auf so genannte „Gebiete“ und ggf. „Teilgebiete“, mit der Konsequenz, dass das Tätigkeitsspektrum auf das jeweilige Gebiet/Teilgebiet eingeschränkt wird („FachpsychotherapeutIn“ analog „FachärztIn“) oder Kompetenzerweiterungen in so genannten „Bereichen“ mit der Konsequenz, dass das Tätigkeitsspektrum um den jeweiligen Bereich erweitert wird („Zusatzbezeichnungen“).

Obwohl die beiden neuen Heilberufe und ihre Kammern gerade erst das Licht der Welt erblickt haben, ist der Gestaltungsspielraum für die zu treffenden Regelungen begrenzt. Mit der berufsrechtlichen Anerkennung und der sozialrechtlichen Zulassung treten neben die inhaltlichen Herausforderungen, die PatientInnen mit ihrer je individuellen Problematik an die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten der PsychotherapeutInnen stellen, die Rahmenbedingungen der Gesundheits- und Sozialgesetzgebung, innerhalb derer die psychotherapeutischen Leistungen nunmehr zu erbringen sind. Begrenzungen ergeben sich dabei aus den Fakten, die mit dem PsychThG und dem engmaschigen Regelwerk aus Sozialgesetzbuch (abgekürzt SGB), Psychotherapierichtlinien, Kammergesetzen und Recht-

sprechung geschaffen wurden, einschließlich der Zielvorstellungen, die an eine qualitätsgesicherte Versorgung der Versicherten und damit an die Fort- und Weiterbildung geknüpft werden. Im Folgenden sollen diese Begrenzungen und Zielvorgaben und der daraus resultierende Gestaltungsspielraum untersucht werden, um daraus Anhaltspunkte für die inhaltlichen Weichenstellungen zu gewinnen, mit denen die Herausforderungen einer zukunftsfähigen psychotherapeutischen Fort- und Weiterbildung bewältigt werden können.

Rahmenbedingungen

Die Eingangsbedingungen: Ausbildung nach den Vorgaben des Psychotherapeutengesetzes

Schon der Blick auf die vollständige Bezeichnung des PsychThG – „Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ – zeigt eine erste Vorgabe: die Differenzierung zwischen zwei Berufen. Mit dieser Vorgabe wird ein Faktum geschaffen, das bei allen Überlegungen zur Fort- und Weiterbildung zu berücksichtigen ist. Die beiden Berufe unterscheiden sich in den Zulassungsvoraussetzungen zu einer Psychotherapie-Ausbildung (Studium der Psychologie versus Studium der Psychologie, Pädagogik oder Sozialpädagogik; § 5 Abs. 2 PsychThG), hinsichtlich der Ausbildungsgänge (Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten² versus für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten³) und nach abgeschlossener Ausbildung bezüglich der Berechtigung zur Berufsausübung (für Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen eingeschränkt auf Patienten, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben). Hieraus ergeben sich teilweise unterschiedliche Qualifikationsprofile

sowie Fort- und Weiterbildungserfordernisse und -möglichkeiten, insbesondere hinsichtlich der Kompetenzen und Weiterqualifikationen in der Arbeit mit Patienten der gesamten Lebensspanne. So können Psychologischen PsychotherapeutInnen sich in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen weiterqualifizieren und eine sozialrechtliche Zulassung hierfür erwerben, während dies umgekehrt den Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen für die Behandlung von Erwachsenen verwehrt ist; eine gesetzlich vorgegebene Schieflage im Verhältnis der beiden neuen Heilberufe zueinander, die sich über keine noch so gute Fort- oder Weiterbildung beheben lässt.

Von besonderer Bedeutung ist darüber hinaus die Definition von Psychotherapie nach § 1 Abs. 3 PsychThG, die da lautet: „Ausübung von Psychotherapie im Sinne dieses Gesetzes ist jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist.“ Diese Legaldefinition ist für Aus-, Fort- und Weiterbildung in ihren Begrenzungen bedeutsam, also in der Begrenzung auf „wissenschaftlich anerkannte Verfahren“ und auf die „Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert“. Nur für diese Verfahren und Anwendungen erhalten die nach PsychThG Approbierten eine Erlaubnis – hierauf haben sich dementsprechend auch Fort- und Weiterbildung zu konzentrieren. Primäre Prävention, die der Verhinderung von Stö-

2 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten (PsychTh-APrV). Bundesgesetzblatt, 1998, I, S. 3749 ff.

3 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichepsychotherapeuten (KJPsychTh-APrV). Bundesgesetzblatt, 1998, I, S. 3761 ff.

rungen mit Krankheitswert dient, bleibt ebenso aus dem Tätigkeitsspektrum ausgeschlossen wie jeglicher Heilver such mit wissenschaftlich (noch) nicht anerkannten Verfahren. Wer hier freier sein und sein Spektrum erweitern will, muss unter den gegenwärtigen Bedingungen auf seinen psychologischen oder pädagogischen Grundberuf rekurrieren, soweit es nicht um die Ausübung der Heilkunde geht oder – wenn dies der Fall ist – eine Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz⁴ erwerben und damit für diesen Teil seiner Tätigkeit aus der Berufsausübung als PsychotherapeutIn ausscheren.

Die Begrenzung auf wissenschaftlich anerkannte Verfahren schafft in Verbindung mit § 8 Abs. 3 Nr. 1 PsychThG, nach dem die „vertiefte Ausbildung in einem dieser Verfahren“ erfolgen soll, noch ein weiteres relevantes Faktum – die Schulorientierung, die durch die ebenfalls obligatorische Vermitt-

lung von Grundkenntnissen in allen anderen wissenschaftlich anerkannten Verfahren nur ansatzweise gemildert wird. Inwieweit Fort- und Weiterbildung diese in der Ausbildung angelegte Orientierung an einer der wissenschaftlich anerkannten Therapieverfahren fortführen oder aufheben kann und soll, ist eine der spannenden Fragen, vor denen die PsychotherapeutInnen aktuell stehen.

Die Spielregeln: Berufsausübung nach den Vorgaben des fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V)

Durch das SGB V⁵ zieht sich wie ein roter Faden ein Grundgedanke in Bezug auf die Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung, der in vielen einzelnen Paragraphen in zum Teil wörtlicher Wiederholung immer wieder auftaucht: das Wirtschaftlichkeitsgebot. So heißt es in § 12 Abs. 1

SGB V: „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“ und erweitert in § 70 Abs. 1 SGB V: „Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden.“ Die Verpflichtung zur Qualitätssicherung wird zusätzlich in § 135a Abs. 1 SGB V for-

4 Heilpraktikergesetz. Reichsgesetzblatt, 1939, I, S. 259 ff.

5 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung. Bundesgesetzblatt, 1988, I, S. 2477 ff.

dgvt
Deutsche Gesellschaft für
Verhaltenstherapie e. V.

staatlich anerkannte
Psychotherapieausbildung

praxisorientierte berufsbegleitende
Fort- und Weiterbildung

fortschrittliche fach- und berufspolitische
Interessenvertretung

Im DGVT-Verlag erscheinen
wegweisend bezahlbare
Bücher

aktuell:
**Brennpunkt
Psychotherapie**
15. Kongress für Klinische Psychologie,
Psychotherapie & Beratung
5. - 9. März 2004

www.dgvt.de

DGVT | Postfach 13 43 | D - 72003 Tübingen
Telefon: (0 70 71) 94 34 44
E-Mail: dgvt@dgvt.de

Deutsche Gesellschaft für analytische Psychotherapie und Tiefenpsychologie e.V. Sektion Psychodynamische Einzeltherapie

Geschäftsstelle: DGAPT e.V. Lafontaineinstr. 16, Klinik für
Psychotherapie und Psychosomatik, 06114 Halle

Kursangebote

(Grund-, Aufbau- und Superbvisionskurs zu je 35 Std.)

zur Methodik und Technik

Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie

Vor allem geht es um das zentrale Anliegen der tiefenpsychologischen Psychotherapie – die Symptomatik mit der dafür verantwortlichen Psychodynamik über den Fokus zu einen Behandlungsplan zusammenzuführen und regressiv und progressiv durcharbeiten.

Die Kurse werden von erfahrenen Lehranalytikern des staatlich anerkannten Mitteldeutschen Instituts für Psychoanalyse Halle e.V. (Anerkennung als Ausbildungsbaustein für tiefenpsychologische Psychotherapie) unter Leitung von Dr. Hans-Joachim Maaz durchgeführt.

Von der Ärztekammer zur Fortbildung mit 22 + 2 Punkten zertifiziert.

Die Teilnahmegebühr für 1 Kurs (35 Std.) beträgt
für Mitglieder der DGAPT: 300,00 €
für Nicht-Mitglieder: 350,00 €

Die nächsten Kurse finden statt in Chorin (Brandenburg)

vom 17.03.04 – 21.03.04

vom 03.11.04 – 07.11.04

Anmeldung an:

Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik
im Diakoniewerk Halle
z.Hd. Frau Wenger
Lafontaineinstr. 15
Tel.: 0345-7786306
Fax. 0345-7786326

muliert: „Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.“ In § 136a SGB V wird dieser Anspruch weiter spezifiziert, wobei letzten Endes **Leitlinien** gefordert werden, nämlich „Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen“. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG⁶) vom 8. September 2003 (verabschiedet am 17. Oktober 2003) wird darüber hinaus mit den neu eingefügten §§ 139a bis 139c SGB V ein fachlich unabhängiges, rechtsfähiges, wissenschaftliches „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ geschaffen, dessen Aufgabe es ist, „die grundsätzlichen Anforderungen des SGB V bei der Leistungserbringung zu sichern“ (GMG, S. 127).

Diese Gebote normieren die Leistungserbringung zu Lasten der Krankenkassen ebenso wie sonstiger Kostenträger. Diesen Ansprüchen müssen auch PsychotherapeutInnen Rechnung tragen; die Alternative dazu setzt den Ausstieg aus der Tätigkeit im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung voraus – oder zieht ihn nach sich: so plädiert der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen für die Herausnahme derjenigen psychotherapeutischen Leistungen aus dem Leistungskatalog, die über keine ausreichende Evidenzbasierung verfügen (2003, S. 161). In der Psychotherapie-Ausbildung ist demnach der Grundstein dafür zu legen, dass die AusbildungsteilnehmerInnen diesen Anforderungen gerecht werden können – und Fort- und Weiterbildungsregelungen der Psychotherapeutenkammern haben in Ergänzung dazu dafür Sorge zu tragen, dass

sowohl notwendige Spezialisierungen ermöglicht werden als auch die Berufsausübung noch nach zehn, zwanzig oder dreißig Berufsjahren der fachlich gebotenen Qualität auf dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entspricht.

Soweit es um den Kompetenzerhalt geht, ist primär die **Fortbildung** angesprochen. Gab es hierzu bisher keine dezidierten, expliziten Vorschriften im SGB V, so hat sich dies mit dem GMG geändert, mit dem in § 95d die Pflicht zur fachlichen Fortbildung neu in das SGB V aufgenommen wird. In Absatz 1 heißt es hierzu: „Der Vertragsarzt ist verpflichtet, sich in dem Umfang fachlich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Fortentwicklung der zu seiner Berufsausübung in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist. Die Fortbildungsinhalte müssen dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse auf dem Gebiet der Medizin, Zahnmedizin oder Psychotherapie entsprechen. Sie müssen frei von wirtschaftlichen Interessen sein.“ In den Folgeabsätzen wird den Kammern die Zertifizierung einer derartigen Fortbildung übertragen und ein Fünfjahresrhythmus festgelegt, beginnend mit dem Stichtag 30. Juni 2004, in dem die Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung nachzuweisen ist und bei Nichterfüllung Konsequenzen bis hin zum Entzug der Zulassung angedroht werden. Die Fortbildungsverpflichtung wird in der Begründung als notwendige Voraussetzung dafür gesehen, dass die Versicherten entsprechend dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse behandelt werden.

Soweit es um Spezialisierungen und Kompetenzerweiterungen geht, ist primär die **Weiterbildung** angesprochen. Anders als bei den ÄrztInnen, für die der Abschluss einer Weiterbildung notwendige Voraussetzung für den Eintrag in das Arztregister und damit für

eine Zulassung zur Behandlung der gesetzlich Versicherten ist (vgl. § 95a Abs. 1 SGB V), sind Weiterbildungen für PsychotherapeutInnen nicht obligatorisch. Nach § 95c SGB V setzt die Eintragung in das Arztregister lediglich die Approbation als Psychotherapeut nach § 2 oder 12 des PsychThG und den Fachkundenachweis voraus, wie er in der Psychotherapie-Ausbildung nach § 2 PsychThG regelmäßig erworben wird. Formal sind PsychotherapeutInnen damit bei der sozialrechtlichen Zulassung den FachärztInnen gleichgestellt; eine Gleichstellung, die inhaltlich gerechtfertigt ist, weil ÄrztInnen eine psychotherapeutische Qualifikation erst im Rahmen ihrer Weiterbildung erhalten. PsychotherapeutInnen sind insoweit frei in ihrer Entscheidung, ob sie von den Möglichkeiten einer Weiterbildung Gebrauch machen wollen oder nicht.

Weiterbildungsregelungen sind nach den Heilberufe- oder Kammergesetzen der Länder jedoch an die Voraussetzung geknüpft, dass „die wissenschaftliche Entwicklung und eine angemessene Versorgung der Bevölkerung“ (vgl. z.B. § 34 Abs. 1 HeilBerG-NRW⁷) diese erforderlich machen. Spezialisierungen und Kompetenzerweiterungen setzen also voraus, dass es eine wissenschaftliche Grundlage und ein Versorgungserfordernis dafür gibt. Gibt es für den Bereich der Psychotherapie eine solche ausreichende Basis? Der Blick über den Zaun auf die Ärzteschaft zeigt hier eher wenig Differenzierung. Die (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärz-

6 Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG). Bundestagsdrucksache 15/1525 vom 08.09.2003.

7 Heilberufsgesetz (HeilBerG). Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Nordrhein-Westfalen, 2000, Nr. 27, S. 403 ff.

kammer⁸ enthält zwar drei mögliche Spezialisierungen im Sinne von Gebieten, auf die entsprechend Weitergebildete sich beschränken müssen: die „Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“, die „Psychiatrie und Psychotherapie“ und die „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ sowie zwei mögliche Kompetenzerweiterungen im Sinne von Bereichen, mit denen zusätzliche Fachkunden erworben werden: „Psychoanalyse“ und „fachgebundene Psychotherapie“. Inhaltlich basieren diese ärztlichen Weiterbildungen zum einen auf einer analogen Differenzierung, wie sie für PsychotherapeutInnen durch die bei-

den Berufe der Psychologischen PsychotherapeutIn und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn und zum anderen durch die vertiefte Ausbildung in einem der anerkannten Psychotherapieverfahren bereits per PsychThG und Ausbildung gegeben ist; darüber hinaus basieren die ärztlichen Weiterbildungsalternativen auf somatischen Differenzierungen, die für PsychotherapeutInnen nicht herangezogen werden können. Der Blick über den Zaun zeigt somit, dass in der ärztlichen Weiterbildung im „inneren“ Bereich der Psychotherapie bisher keine wesentlich anderen, erweiterten Schwerpunktbildungen möglich sind,

als sie für PsychotherapeutInnen im Rahmen ihrer Ausbildung bestehen. Bedeutet dieser Gleichstand aber, dass es an den Voraussetzungen einer wissenschaftlich gesicherten Grundlage und eines Versorgungserfordernisses fehlt? – Von der Antwort auf diese Frage hängt ab, welche Freiräume sich den Psychotherapeutenkammern tatsächlich in der Regelung psychotherapeutischer Weiterbildung bieten.

⁸ Bundesärztekammer: (Muster-) Weiterbildungsordnung gemäß Beschluss 106. Deutscher Ärztetag 2003 in Köln.

PsychoDat – eines der führenden Programme für die computergestützte Praxisverwaltung

Ist Ihre Postkarte schon weg?

Wenden Sie sich einfach an unsere freundliche und kompetente Hotline unter:

06324 / 5995 - 11 und - 13

ergosoft gmbh
Untere Bleiche 45

67454 Haßloch

Mehr Informationen über PsychoDat finden Sie hier im Heft auf Seite 1 und im Internet unter:

www.psychodat.de

PsychoDat:

- komfortabel
- leicht bedienbar
- 1000-fach in der Praxis bewährt

Unser Service:

- kompetent
- freundlich
- immer für Sie da

Systemimmanente Zielvorgaben und Widersprüche

Betrachten wir im Folgenden näher, welche Schlussfolgerungen aus den geschilderten Rahmenbedingungen für die zu gestaltende psychotherapeutische Fort- und Weiterbildung zu treffen sind und welche Probleme sich dabei ergeben.

Die Aufteilung in zwei Berufe: ein Modell mit Zukunft?

Die mit dem PsychThG geschaffene Aufteilung in die beiden Berufe „Psychologische PsychotherapeutIn“ und „Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn“ ist primär historisch begründet (vgl. Horn, 2003). Die Realität der in den Jahren vor dem PsychThG gewachsenen psychotherapeutischen Landschaft mit der größeren Gruppe der PsychotherapeutInnen mit Psychologiestudium und klinisch-psychologischer Grundausbildung und der kleineren Gruppe mit vielfältigen anderen Grundqualifikationen, häufig aus dem pädagogischen Bereich, ließ sich so noch am ehesten ohne schwerwiegende Brüche abbilden. Die Alternative einer einheitlichen Zugangsqualifikation zur Ausbildung nach § 5 PsychThG und einer ebenso einheitlichen Ausbildungs- und Prüfungsver-

ordnung konnte sich vor diesem Hintergrund nicht durchsetzen.

Heute birgt diese berufsrechtliche Aufteilung manche Schwierigkeiten, und zwar insbesondere bezogen auf den Beruf der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn. So fehlt eine Bestimmung dessen, welche Studieninhalte als Zugangsqualifikation zu dieser Ausbildung gelten können; statt dessen behelfen sich die Aufsichtsbehörden mit einer umfangreichen Liste verschiedener Studienabschlüsse, über die länderübergreifend keine Einheitlichkeit erzielt werden konnte (vgl. Horn, 2003). Die daraus resultierende Heterogenität im Hinblick auf klinische und therapeutische Vorkenntnisse zieht entsprechende Probleme in der Ausbildung zur Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn nach sich. Der entscheidende Nachteil liegt aber in der oben angesprochenen Schiefelage im Verhältnis der beiden neuen Heilberufe zueinander. Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen bleiben auf die Behandlung dieser Altersgruppe festgelegt, obwohl sie auch mit Erwachsenen, insbesondere Eltern und anderen Bezugspersonen arbeiten und entsprechende Qualifikationen erwerben, während Psychologische PsychotherapeutInnen vergleichbaren Beschränkungen nicht unterliegen.

Ob der Beruf der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn unter diesen Bedingungen eine Zukunft hat, lässt sich heute nicht beantworten. Aktuell gibt es erste Hinweise darauf, dass hier eher größere Nachwuchsprobleme bestehen als bei den Psychologischen PsychotherapeutInnen (vgl. Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, 2003). Insgesamt gesehen spricht damit wenig dafür, die zum Zeitpunkt der gesetzlichen Regelung wohlbegründete berufsrechtliche Differenzierung zwischen den beiden neuen Heilberufen auf Dauer beizubehalten. Statt dessen wäre es langfristig anzustreben, die Unterschiede in den Zulassungsvoraussetzungen zur Ausbildung – etwa über eine der klinisch-psychologischen inhaltlich vergleichbare „klinisch-heilpädagogische“ Schwerpunktbildung bezogen auf Kinder- und Jugendliche wie auf Erwachsene – und in den Ausbildungsgängen selbst soweit anzunähern, dass letztlich eine einheitliche Ausbildung und Approbation erreicht werden kann. Altersbezogene Spezialisierungen könnten dann ohne die jetzigen Probleme wie bei den ärztlichen PsychotherapeutInnen über entsprechende Weiterbildungen erworben werden. – Ob die beiden Berufsstände die Reise in diese Richtung antreten wollen oder nicht, werden sie jeder für sich und beide gemeinsam in freier Selbstbestimmung zu entscheiden haben.

Die Legaldefinition:

Begrenzung der Psychotherapie auf Tätigkeiten zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert mittels wissenschaftlich anerkannter Verfahren

Mit der Legaldefinition psychotherapeutischer Tätigkeit im PsychThG wird vorgegeben, dass PsychotherapeutInnen sich in der Ausübung ihres Berufes auf „wissenschaftlich anerkannte Verfahren“ und auf die „Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert“ zu beschränken haben. Hierauf haben sich auch Fort- und Weiterbildungsregelungen zu konzentrieren; so bezieht sich die im GMG neu formulierte „Pflicht zur fach-

lichen Fortbildung“ ausdrücklich auf die Erhaltung und Fortentwicklung der zur „Berufsausübung in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Fachkenntnisse“. Die Grenzen der psychotherapeutischen Aus-, Fort- und Weiterbildung sind mit dieser Normgebung enger gezogen als im übrigen Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung. So haben Versicherte nach § 11 SGB V auch Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Krankhei-

ten und deren Verschlimmerung und zur Rehabilitation. Der ärztliche Heilberuf kennt darüber hinaus keine Einschränkung auf „wissenschaftlich anerkannte Verfahren“ per Berufsrecht (vgl. Bundesärzteordnung⁹), so dass in besonderen Fällen mit Einverständnis der PatientInnen auch Heilversuche mit Verfahren auf niedrigem Evidenz-

9 Bundesärzteordnung. Bundesgesetzblatt, 2002, I, S. 1467 ff.

niveau (Evidenzgrad III oder IV, s.u.) möglich sind.

Für den Standardfall, die Ausübung der Heilkunde bei „Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist“ und für die bereits bewährte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zur Verfügung stehen, lässt sich in den Grenzen der Legaldefinition angemessen arbeiten. Probleme ergeben sich zwangsläufig aber immer dann, wenn solche bewährten Methoden entweder nicht zur Verfügung stehen oder nicht greifen und wenn Aspekte der Prävention in die psychotherapeutische Arbeit einfließen. Angesichts des therapeutischen Potentials, das manche der noch nicht wissenschaftlich anerkannten Verfahren in solchen Fällen bergen, in denen die Methoden der ersten Wahl versagen, erscheinen die Grenzen der Legaldefinition als allzu eng. Entsprechendes gilt für präventive psychotherapeutische Arbeit, auf die Versicherte außerhalb der Psychotherapie einen Anspruch haben. Für diese Arbeit sind PsychotherapeutInnen mit ihrer psychologischen oder pädagogischen Grundausbildung wie kein anderer Heilberuf qualifiziert. Angesichts der zunehmenden Bedeutung der Prävention, wie sie in der mit dem GMG verabschiedeten EntschlieÙung zum Ausdruck kommt, innerhalb eines Jahres den Entwurf eines Präventionsgesetzes vorzulegen, erscheint die Ausgrenzung der PsychotherapeutInnen ausgerechnet in diesem Bereich als nachgerade anachronistisch.

Hieraus folgt, dass zum einen langfristig darauf hingearbeitet werden sollte, die Definition der psychotherapeutischen Berufsausübung bzgl. Heilversuchen und Prävention zu erweitern. Zum anderen sollten die PsychotherapeutInnen schon jetzt die Weichen in ihrer Fort- und Weiterbildung in eine Richtung stellen, die Aspekte der Prävention und in besonderen Fällen den

Einsatz bewährter, wenn auch mangels Evaluationsstudien noch nicht anerkannter Verfahren auf niedrigem Evidenzniveau mit einschließt. Die fehlende wissenschaftlich Anerkennung eines Verfahrens im Sinne der Psycho-

therapie-Richtlinien¹⁰ bedeutet schließlich nicht, dass es keinerlei Evidenz für ihre Wirksamkeit gibt, insbesondere bezogen auf einzelne Verfahrensbestandteile in besonderen Problemkonstellationen.

Die Schulenorientierung: ein zukunftsfähiges Modell der psychotherapeutischen Aus-, Fort- und Weiterbildung?

Die Ausbildung zur PsychotherapeutIn erfolgt traditionell „schulenorientiert“, d.h. in Ausbildungsstätten, die ein bestimmtes psychotherapeutisches Verfahren vertreten und ihren Ausbildungsteilnehmern ein geschlossenes theoretisches und methodisches Konzept – ein Menschen- und Störungsbild, diagnostische und therapeutische Vorgehensweisen und eine spezifische Beziehungsgestaltung – innerhalb ihres Ansatzes, ihrer „Therapieschule“, vermitteln. Dieses über Jahrzehnte bewährte Vorgehen hat seinen Niederschlag im PsychThG gefunden, indem dort eine „vertiefte Ausbildung“ in **einem** wissenschaftlich anerkannten Verfahren verbindlich festgeschrieben wird – also ein gelungener Transfer der Realität in die gesetzliche Normierung der neuen Heilberufe? Hieran sind Zweifel angebracht. So gelingen der Transfer im Sinne der Fortschreibung des Überlieferten sein mag, so sehr ist andererseits zu fragen, ob es wissenschaftlich anerkannte Verfahren im Sinne einer Therapieschule überhaupt gibt oder geben kann (vgl. Grawe, 1995) und ob die Grundkonzeption, der zufolge Ausbildung und Berufsausübung innerhalb eines Verfahrens erfolgen soll, geeignet ist, dem Wirtschaftlichkeitsgebot und Qualitätsanspruch des SGB V zu genügen.

Im Vorfeld der Entstehung des PsychThG sorgten im deutschen Sprachraum gerade die von der Berner Forschungsgruppe um Grawe (Grawe et al.; 1994, Grawe, 1995, 1998) veröffentlichten Metaanalysen zur Psychotherapieforschung und die daraus

abgeleiteten Forderungen nach einer Abkehr von der Schulenorientierung hin zu störungsspezifischen Ansätzen und zu einer „Allgemeinen Psychotherapie“ für heftige fachinterne Diskussionen. Wie immer man sich in dieser Auseinandersetzung „empirische Psychotherapieforschung contra Therapieschulen“ positioniert, bleibt festzuhalten, dass Aussagen über die wissenschaftliche Anerkennung eines Verfahrens im Sinne einer Therapieschule nur summarisch durch Zusammenfassung einzelner Forschungsergebnisse getroffen werden können. Die theoretische und methodische Gesamtkonzeption einer Therapieschule lässt sich wissenschaftlich nicht als solche untersuchen, sondern nur die Wirksamkeit ihrer Vorgehensweisen in der Anwendung auf PatientInnen mit umschriebenen Störungsbildern. Seit 1980 mit dem DSM-III¹¹ der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung explizite und operational definierte Diagnosekriterien eingeführt und damit die Voraussetzungen für reliable diagnostische Klassifikationen geschaffen wurden, findet Psychotherapie-Evaluationsforschung zunehmend und heute fast nur noch störungsbezogen statt (vgl. Schulte, 2000); dementsprechend sind die Lehrbücher der Klinischen Psycholo-

¹⁰ Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien) in der Fassung vom 11. Dezember 1998.

¹¹ American Psychiatric Association (1980): Diagnostik and Statistical Manual of Mental Disorders.

gie und Psychotherapie aufgebaut (z.B. Davison & Neale, 2002). Der aktuelle Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse erlaubt also sehr viel spezifischere und unmittelbarere Aussagen über wirksame Behandlungsformen bei klassifikatorisch voneinander abgegrenzten Störungen als über Verfahren im Sinne der Therapieschulen. Die wissenschaftliche Anerkennung eines Verfahrens im Sinne einer Therapieschule, wie sie das PsychThG ebenso wie die Psychotherapie-Richtlinien zugrunde legen, quasi als „Allheilmittel“ für alle Störungen, bei denen Psychotherapie indiziert ist, steht damit in deutlichem Widerspruch zu dem aktuellen Stand der Wissenschaft. Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG hat hieraus im letzten Jahr (2002) die Konsequenz gezogen und vorgeschlagen¹², die Ausbildung schwerpunktmäßig in den verschiedenen Anwendungsbereichen (affektive Störungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen usw.) durchzuführen und dabei **alle** wissenschaftlich anerkannten Verfahren für den jeweiligen Anwendungsbereich einzubeziehen.

Die Alternative zur Schulenorientierung besteht demnach in einer **störungsbezogenen und verfahrensübergreifenden** Aus-, Fort- und Weiterbildung. Modelle hierzu liegen vor (z.B. Grawe, 1998; Schulte, 1996); der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie hat genau das für die Psychotherapie-Ausbildung zunächst als Modellversuch empfohlen. Während eine derart grundsätzliche Änderung der Ausbildung letztlich eine Novellierung des PsychThG erforderlich macht und daher erst langfristig erreicht werden kann, sind die PsychotherapeutInnen frei, für ihre Fort- und Weiterbildung bereits heute den Weg in diese Richtung einzuschlagen. Die Vorteile liegen auf der Hand: störungsbezogene und verfahrensübergreifende Fort- und Weiterbildung erlauben die Ausrich-

tung auf Störungsbilder und Tätigkeitsschwerpunkte bei gleichzeitiger Erweiterung des schulenorientierten Horizonts und eröffnen ab sofort die Möglichkeit, spezifische wissenschaftliche Anerkennungen zu berücksichtigen, wie z.B. die der Neuropsychologischen Therapie bei hirnrorganischen Störungen. Zugleich wird die „Korngröße“ der Forderung nach wissenschaftlicher Anerkennung verkleinert, was zu einer Erleichterung der Anerkennungen und damit zu einer Überwindung der derzeitigen Begrenzung auf drei Richtlinien-Verfahren beitragen sollte; zu erwarten wäre etwa (um nur ein Beispiel zu nennen), dass familienthera-

peutische Ansätze sich unter bestimmten Bedingungen bei bestimmten Störungsbildern als wirksam erweisen. Nicht zuletzt entspricht dieser Ansatz offensichtlich schon seit langer Zeit dem Fort- und Weiterbildungsinteresse der PsychotherapeutInnen, die hierüber häufig die Grenzen ihrer schulenorientierten Ausbildung zu erweitern versuchen (vgl. Heisig & Littek, 2003).

Bleibt die Frage, womit dem Wirtschaftlichkeitsgebot und Qualitätsanspruch des SGB V eher entsprochen werden kann: mit einem schulenorientierten oder einem störungsspezifischen Zugang?

Das Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsgebot: Annäherung an ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung in der fachlich gebotenen Qualität

Wie lässt sich eine „ausreichende, zweckmäßige, auf das Notwendige beschränkte und wirtschaftliche Leistungserbringung in der fachlich gebotenen Qualität“ erreichen? – Die gesundheitspolitischen Entwicklungen der letzten Jahre mit ihren Forderungen nach „Leitlinien“, „evidenzbasierter Medizin“ und „Disease-Management-Programmen“ als Standard in der vertragsärztlichen Versorgung geben Antwort darauf, wie diese grundsätzlichen Anforderungen des SGB V zu erfüllen wären. Gemeinsamer Grundgedanke dabei ist immer, der besten Therapie für eine spezifische Störung Geltung zu verschaffen – bei aller Offenheit, die hinzukommen muss, um den besonderen Bedingungen des jeweiligen Einzelfalls genügen zu können. In dem oben zitierten § 136a SGB V hat dieser Gedanke expliziten Eingang in den Gesetzestext gefunden, indem „Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen“ gefordert werden. Noch deutlicher wird er in der Aufgabenstellung des mit dem GMG neu eingeführten Instituts

für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139a SGB V. In Abs. 3 dieses Paragraphen werden die künftigen Institutsaufgaben in sechs Punkten aufgelistet, wobei „Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes“, „Bewertung evidenzbasierter Leitlinien“ und „Abgabe von Empfehlungen zu Disease-Management-Programmen“ stets auf einzelne Krankheitsbilder bezogen werden, ergänzt um die „Berücksichtigung alters-, geschlechts- und lebenslagenspezifischer Besonderheiten“ und um die Aufgabe, allgemeinverständlich über die „Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung“ zu informieren.

Der Gesetzgeber hat damit seine Vorstellungen zur „Sicherung der Qualität der Leistungserbringung“ (SGB V, 4. Kapitel, 9. Abschnitt, §§ 135-139) noch einmal präzisiert – und diese Botschaft lässt an Klarheit nichts zu wünschen

¹² Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zu einer problemorientierten Ausbildung in Psychotherapie vom 16.05.2002.

übrig. Die Leistungserbringung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung wird mit zunehmender Konsequenz auf transparente, wissenschaftlich fundierte, kontrollierte, effektive, effiziente und an Standards orientierte Verfahren ausgerichtet. Dies soll störungsbezogen und unter Berücksichtigung alters-, geschlechts- und lebenslagenspezifischer Besonderheiten geschehen. Alles das lässt sich auch in der Psychotherapie nur dann realisieren, wenn indikationsbezogen und verfahrensübergreifend das gesamte Spektrum wirksamer Therapieverfahren in die jeweilige Behandlungsentscheidung einbezogen wird. Eine psychotherapeutische Aus-, Fort- und Weiterbildung, die sich diesen Anforderungen zu entziehen versuchte, wäre über kurz oder lang in Gefahr, die Bedeutung der Psychotherapie in der Gesundheitsversorgung zu verspielen. Statt dessen liegt auch aus Sicht der Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsanforderungen des SGB V, die die Berufsausübung normieren, nichts näher, als psychotherapeutische Kenntnisse, Fähigkeiten und Fer-

Grad der Evidenz		Typ der Evidenz
I	a	mehrere randomisierte, kontrollierte Studien bzw. deren Metaanalyse
I	b	einzelne randomisierte, kontrollierte Studie
II	a	gut geplante, nicht randomisierte, kontrollierte Studie
II	b	gut geplante experimentelle Studie
III		gut geplante nichtexperimentelle Studie, Vergleichsstudie, Korrelations- oder Fallstudie
IV		nicht evidenzbasierte Expertenmeinung

tigkeiten so weit wie möglich störungsbezogen und verfahrensübergreifend zu vermitteln. Als Standard werden dabei evidenzbasierte Leitlinien auf möglichst hohem Evidenzniveau gefordert (s. Tabelle), insbesondere dann, wenn es um Leistungen innerhalb strukturierter Behandlungspläne („Disease-Management-Programme“) geht. Die PsychotherapeutInnen sind damit aufgerufen, die Effekte ihrer Leistungen und die Effizienz ihrer Leistungserbringung zu kontrollieren und zu optimieren, in der alltäglichen Berufspraxis ebenso wie in der Aus-, Fort- und Weiterbildung.

mer hat bereits in der Entstehungsphase des GMG „Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung“ beschlossen¹³, die für die Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen zwar noch keine klaren Kriterien enthalten, von der Intention her aber davon geprägt sind, die an die Fortbildung geknüpften Erwartungen konstruktiv aufzugreifen. Wie gut dies gelingt, hängt in erster Linie von eben diesen Anerkennungskriterien für geeignete Fortbildungsinhalte und -methoden, Durchführungformen und Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie der Qualität der FortbildungsanbieterInnen auf personeller wie organisatorischer Ebene ab.

Die Fortbildung: Leistungserbringung auf dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse

Fortbildung sollte entsprechend den bisherigen Ausführungen auf folgende Ziele hin konzipiert werden:

- Erhaltung und Fortentwicklung der zur Berufsausübung in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Fachkenntnisse entsprechend dem aktuellen Stand der Wissenschaft,
- Einbeziehung kurativer, rehabilitativer und präventiver Aspekte sowie von Heilversuchen in besonderen Fällen,
- Bevorzugung störungsbezogener und verfahrensübergreifender Ansätze,
- Orientierung an evidenzbasierten Leitlinien, Kontrolle und Optimie-

rung der Effekte und Effizienz der Leistungen und Leistungserbringung als Standard in der alltäglichen Berufspraxis.

Den Heilberufskammern der Länder wird mit § 95d Abs. 2 SGB V die Möglichkeit eröffnet, zu definieren, welche Fortbildungen in welchem Umfang geeignet sind, diese Ziele zu erreichen, welche Anforderungen an die AnbieterInnen und die Durchführung der Angebote zweckdienlich sind, entsprechende Angebote zu akkreditieren und die Teilnahme an akkreditierten Fortbildungen zu zertifizieren. Kriterien für Fortbildungszertifikate sollen darüber hinaus von den Bundeskammern aufgestellt werden; die Bundesärztekam-

Die PsychotherapeutInnen sind hier gefordert, in ihren Kammern die Weichen dahingehend zu stellen, dass Fortbildungsveranstaltungen nur dann akkreditiert und zertifiziert werden, wenn sie den aufgelisteten Zielen dienen und qualifiziert angeboten und qualitätsgesichert durchgeführt werden. Dies gilt für jede einzelne akkreditierte und zertifizierte Fortbildungsveranstaltung – und noch viel mehr für curricular aufgebaute Fortbildungsreihen, mit denen besondere Befähigungen oder Fachkunden erworben werden sollen. Nach den Beschlüssen der 75. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) am 20./21.06.2002 zum

¹³ Bundesärztekammer: Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung. Köln, 18.07.2003.

Tagesordnungspunkt „Rezertifizierung oder systematische Darlegung der Kompetenzerhaltung im Gesundheitswesen“¹⁴ müssen die Kammern darüber hinaus damit rechnen, den Aufsichtsbehörden in regelmäßigen Abständen über die Maßnahmen der

Kompetenzerhaltung der Kammermitglieder zu berichten; eine entsprechende Berichtspflicht könnte bereits bei den gerade in Arbeit befindlichen Novellierungen der Heilberufe- oder Kammergesetze der Länder eingeführt werden.

hinsichtlich Wettbewerb, Abrechnungsmöglichkeiten und tarifrechtlicher Eingruppierung – allerdings zwangsläufig zu Lasten der Nicht-Weitergebildeten, für die sich dementsprechende Nachteile ergeben könnten (vgl. in diesem Heft Cramer-Düncher, 2003).

Die Weiterbildung: Leistungserbringung in der fachlich gebotenen Differenzierung

Was die Konzipierung der Ziele betrifft, gilt für die Weiterbildung das der Fortbildung Entsprechende:

- Vertiefung der zur Berufsausübung in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in einem bestimmten fachlichen Gebiet, Teilgebiet oder Bereich,
- Einbeziehung kurativer, rehabilitativer und präventiver Aspekte sowie von Heilversuchen in besonderen Fällen,
- Bevorzugung störungsbezogener und verfahrensübergreifender Ansätze,
- Orientierung an evidenzbasierten Leitlinien, Kontrolle und Optimierung der Effekte und Effizienz der Leistungen und Leistungserbringung als Standard in der alltäglichen Berufspraxis.

Im Gegensatz zur Fortbildung, die für alle Berufsangehörigen für die gesamte Dauer ihrer Berufstätigkeit verpflichtend vorgegeben ist, eröffnen die gesetzlichen Vorgaben den Psychotherapeutenkammern und den Kammerangehörigen im Hinblick auf Weiterbildungen Möglichkeiten, von denen sie Gebrauch machen können oder nicht. Machen sie davon Gebrauch, müssen bestimmte Bedingungen erfüllt und Implikationen beachtet werden: sie setzen voraus, dass es eine wissenschaftliche Grundlage und ein Versorgungserfordernis dafür gibt und sie beziehen sich auf sogenannte „Gebiete“ und ggf. „Teilgebiete“ mit der

Konsequenz, dass das Tätigkeitspektrum auf das jeweilige Gebiet/ Teilgebiet eingeschränkt wird („FachpsychotherapeutIn“ analog „FachärztIn“) oder auf so genannte „Bereiche“ mit der Konsequenz, dass das Tätigkeitspektrum um den jeweiligen Bereich erweitert wird („Zusatzbezeichnungen“). Manche Heilberufe- oder Kammergesetze erlauben darüber hinaus den Erwerb „weiterer Befähigungen“ oder „Fachkunden“, die dann aber nicht ankündigungsfähig sind, d.h. sie berechtigen nicht zur Führung einer Zusatzbezeichnung; hier gibt es fließende Übergänge zur Fortbildung.

Gibt es derzeit überhaupt einen Grund, Weiterbildungsgänge für PsychotherapeutInnen einzurichten? Zwingend ist dies sicherlich nicht, wie der Blick auf die ärztliche Psychotherapie gezeigt hat. Trotzdem sollten sie erwogen werden, wo immer die wissenschaftlichen Grundlagen für eine Vertiefung der Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten gegeben sind und diese einer Verbesserung der Versorgung der Versicherten zugute kommt. Die PsychotherapeutInnen gewinnen damit nicht nur die Möglichkeit, weitere Kompetenzen zu erwerben, sondern darüber hinaus die Möglichkeit, neben ihrer Berufsbezeichnung weitere Bezeichnungen zu führen: Weiterbildungsabschlüsse sind „ankündigungsfähig“, woraus sich Vorteile sowohl für die PatientInnen bei der Orientierung über geeignete BehandlerInnen ergeben als auch für die Weitergebildeten

Unter Berücksichtigung dieser Vor- und Nachteile sowie des gegenwärtigen Entwicklungsstandes der Psychotherapie in Wissenschaft und Praxis liegt zunächst einmal nahe, Weiterbildung für PsychotherapeutInnen, wenn überhaupt, nur in „Bereichen“ (und ggf. in „weiteren Befähigungen“) in Betracht zu ziehen, keinesfalls in Gebieten/Teilgebieten mit der damit verbundenen Konsequenz der Einschränkung des Weitergebildeten auf das Fachgebiet und des Ausschlusses aller nicht entsprechend Weitergebildeten aus diesem Fachgebiet. Grundsätzlich anders stellt sich die Situation für die Weiterbildung in „Bereichen“ dar, mit denen zusätzliche Qualifikationen erworben und über Zusatzbezeichnungen angekündigt werden können. Insbesondere die Überlegungen zu einer störungsbezogenen und verfahrensübergreifenden Fort- und Weiterbildung und die im GMG geforderte Berücksichtigung alters-, geschlechts- und lebenslagenspezifischer Besonderheiten könnten hier realisiert werden und zwar in Abgrenzung zur Fortbildung immer dann, wenn eine gewisse Komplexität im Gegenstandsbereich und damit auch im curricularen Bildungsgang erreicht ist. Hier gibt es zweifellos Bereiche, die die Voraussetzungen der wissenschaftlichen Grundlage und des Versor-

¹⁴ vgl. Bericht der aufgrund des Beschlusses der 74. Gesundheitsministerkonferenz am 21./22. Juni 2001 in Bremen eingesetzten Arbeitsgruppe: „Rezertifizierung von Ärzten oder Systematische Darlegung ärztlicher Kompetenzerhaltung“.

gungserfordernisses erfüllen; Beispiele hierfür sind etwa Neuropsychologie, Schmerztherapie, Sexualtherapie, Suchttherapie und Traumatherapie.

Richtungsentscheidungen

Die hier vorgenommene Untersuchung der Rahmenbedingungen der Gesundheits- und Sozialgesetzgebung, innerhalb derer psychotherapeutische Leistungen seit der Integration in die vertragsärztliche Versorgung zu erbringen sind, haben Schlussfolgerungen im Hinblick auf die psychotherapeutische Aus-, Fort- und Weiterbildung mit sehr unterschiedlichem Verpflichtungsgrad und ebenso unterschiedlichen Realisierungsmöglichkeiten erbracht. Im Folgenden sollen die einzelnen Schlussfolgerungen abschließend noch einmal zusammengestellt und nach Empfehlungen für die einzuschlagenden Weichenstellungen gesucht werden, soweit sie sich nicht bereits systemimmanent ergeben.

1. Die Aufteilung in zwei Berufe: Insbesondere die Ungleichgewichte in der Berechtigung zur Berufsausübung geben Anlass, darüber nachzudenken, wie gelungen und tragend diese Konzeption ist. Empfohlen wird, eine einheitliche Ausbildung und Approbation anzustreben und altersbezogene Vertiefungen über entsprechende Fort- und Weiterbildungen zu erwerben – ein langfristiges Projekt mit vielen Voraussetzungen und Fragezeichen. Inhaltliche Voraussetzung dafür ist, dass die derzeitigen Unterschiede in den Zulassungsbedingungen zur Ausbildung weitgehend aufgehoben werden; formale Voraussetzung ist eine entsprechende Änderung des PsychThG. Langfristig ließe sich dies vielleicht erreichen, wenn die entscheidende dritte, die „volitionale Voraussetzung“ gegeben ist: wird dies von den PsychotherapeutInnen beider Berufe gewünscht? – Die Empfehlung in dieser Abhandlung kann und soll nicht mehr als eine Anregung sein, hierzu eine reflektierte Entscheidung zu treffen.
2. Die Begrenzung der Psychotherapie auf Tätigkeiten zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert mittels wissenschaftlich anerkannter Verfahren: Mit dieser Definition wird die psychotherapeutische Tätigkeit im Widerspruch zum SGB V in zweierlei Hinsicht eingeschränkt. Zum einen wird eine Leis-

Gesundheitswesen im Wandel!

Greulich/Berchtold/Löffel(Hrsg.)

Disease Management

Patient und Prozeß im Mittelpunkt

Herausgegeben von
Andreas Greulich,
Dr. med. Peter Berchtold
und **Dr. med. Niklaus Löffel**

2., überarbeitete Auflage.
2002. XX, 264 Seiten.
Kartoniert. € 28,90*
ISBN 3-8252-2365-5



Disease Management nimmt Einfluss auf unser sozialstaatliches Gefüge und begünstigt eine Entwicklung hin zu einem vernetzten und integrierten Gesundheitssystem: Behandlungs- und Betreuungsprozesse werden über ganze Krankheitsverläufe und über institutionelle Grenzen hinweg verfolgt und betreut.

Das 2001 verabschiedete Gesetz zur Änderung des Risikostrukturausgleiches hat Disease Management in Deutschland Dynamik verliehen. Zukünftig werden die gesetzlichen Krankenkassen, denen es gelingt, möglichst viele Versicherte in Betreuungsprogramme für chronisch Kranke einzuschreiben, aus dem Risikostrukturausgleich erhebliche Mittelzuwächse erlangen. Durch die aktive Begleitung der chronisch Kranken soll die zuverlässige Mitwirkung der Patienten günstig beeinflusst werden, damit die Kassen belastende Spätfolgen verhindert werden können.

Das vorliegende Werk vereint nicht nur die unterschiedlichen Sichtweisen der Betroffenen – Ärzte, Patienten, Pflege, Krankenversicherungen und Pharma-industrie –, sondern verknüpft u.a. die Aspekte Ökonomie, Wettbewerb, Informationsmanagement und Finanzierung. Ein kommentiertes Szenario, das durch eine praktische Umsetzung führt, rundet die Darstellung ab.

* Bitte bestellen Sie direkt bei:
UTB FÜR WISSENSCHAFT
Uni-Taschenbücher GmbH Stuttgart
Breitwiesenstraße 9, 70565 Stuttgart
Fax 0711/7 80 13 76
E-Mail: bestellungen@utb-stuttgart.de

Hüthig GmbH & Co. KG
Im Weiher 10, 69121 Heidelberg **Hüthig UTB**

60706324

tungsart, auf die Versicherte einen Anspruch haben, vollständig ausklammert: die Prävention. Zum anderen werden Heilversuche mit wissenschaftlich noch nicht anerkannten Verfahren auf niedrigem Evidenzniveau, wie sie in besonderen Fällen erforderlich sein können und im ärztlichen Berufsrecht mit Einverständnis der PatientInnen erlaubt sind, grundsätzlich ausgeschlossen. Es wird empfohlen, die Weichen in die Richtung zu stellen, dass Aspekte der Prävention und in besonderen Fällen der Einsatz bewährter, wenn auch mangels Evaluationsstudien noch nicht mit hoher Evidenz anerkannter Verfahren einbezogen werden. Langfristig wäre anzustreben, diese erweitern, mit den Normierungen des SGB V konformen Möglichkeiten berufsrechtlich über eine Novellierung des PsychThG zu verankern. Hinsichtlich der Fort- und Weiterbildung könnte und sollte die Empfehlung ab sofort umgesetzt werden, auch wenn sich daraus im Einzelfall Abgrenzungsprobleme ergeben können, ob entsprechende Interventionen noch zu Ausübung psychotherapeutischer Tätigkeit gehören oder außerhalb davon liegen; die Richtungsentscheidung hierfür fällt also eindeutig aus.

3. Die vertiefte Ausbildung in **einem** wissenschaftlich anerkannten Verfahren: Diese Forderung des PsychThG schafft einen Widerspruch in sich. Die theoretische und methodische Gesamtkonzeption einer Therapieschule lässt sich wissenschaftlich nicht als solche untersuchen, sondern nur die Wirksamkeit ihrer Vorgehensweisen in der Anwendung auf umschriebene Störungsbilder – und die kann von Störungsbild zu Störungsbild variieren. Wissenschaftlich anerkannte Verfahren lassen sich unmittelbar nur in Bezug auf klassifikatorisch

voneinander abgegrenzte Störungen bestimmen. Alternativ zur Schulenorientierung sollte die Aus-, Fort- und Weiterbildung daher störungsbezogen und verfahrensübergreifend erfolgen. Auch in diesem Fall wäre für die Ausbildung zunächst eine Novellierung des PsychThG erforderlich, die erst langfristig erreicht werden kann. Dagegen sind PsychotherapeutInnen schon heute frei darin, für ihre Fort- und Weiterbildung den Weg in diese Richtung einzuschlagen. Ermöglicht wird dadurch die Ausrichtung auf Störungsbilder und Tätigkeitsschwerpunkte bei gleichzeitiger Erweiterung des schulenorientierten Horizonts und die Berücksichtigung spezifischer wissenschaftlicher Anerkennungen, wie z.B. die der Neuropsychologischen Therapie bei hirnorganischen Störungen. Die empfohlene Richtung ist damit auch in diesem Fall klar erkennbar.

4. Die ausreichende, zweckmäßige, auf das Notwendige beschränkte und wirtschaftliche Leistungserbringung in der fachlich gebotenen Qualität: Ebenso wie im vorhergehenden Punkt laufen sämtliche Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsanforderungen des SGB V darauf hinaus, indikationsbezogene Behandlungsentscheidungen zu treffen; auch hier ergibt sich also, dass die Aus-, Fort- und Weiterbildung störungsbezogen und verfahrensübergreifend erfolgen sollte. Als Standard werden evidenzbasierte Leitlinien auf möglichst hohem Evidenzniveau gefordert, insbesondere dann, wenn es um Leistungen innerhalb strukturierter Behandlungspläne („Disease-Management-Programme“) geht. Die Weichen sind in diesem Fall von der Gesundheits- und Sozialgesetzgebung bereits gestellt; die PsychotherapeutInnen haben nur noch marginale Entscheidungsmöglich-

keiten und sind grundsätzlich aufgefordert, die Effekte ihrer Leistungen und die Effizienz ihrer Leistungserbringung zu kontrollieren und zu optimieren, in der alltäglichen Berufspraxis ebenso wie in der Aus-, Fort- und Weiterbildung.

5. Fortbildung dient der Erhaltung und Fortentwicklung der zur Berufsausübung in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Fachkenntnisse entsprechend dem aktuellen Stand der Wissenschaft. Im Rahmen der Fortbildung sind also primär Inhalte zu vermitteln, die sich aus der wissenschaftlichen Weiterentwicklung in Bezug auf störungsspezifisches Wissen und Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten ergeben. Die in der Ausbildung und ggf. in einer Weiterbildung erworbene Kompetenz soll auf diesem Wege für die Dauer des Berufslebens erhalten werden. Darüber hinaus können und sollten sich Fortbildungen auf vertiefte Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten für eng umschriebene Anwendungen beziehen, die vom Umfang und vom Bildungsgang her keine Weiterbildung und damit auch keine ankündigungsfähige Zusatzbezeichnung rechtfertigen. Dies gilt etwa für bestimmte Störungsbilder wie z.B. Psychotherapie bei Krebserkrankungen oder bei anderen chronischen (somatischen) Erkrankungen, für Qualifikationen in sehr spezifischen Verfahren/Techniken wie z.B. „übende Verfahren“ (Entspannungstraining, Hypnose, EMDR), für die Berücksichtigung alters-, geschlechts- und lebenslagenspezifischer Besonderheiten, für Anwendungen auf erweiterte Settings wie Gruppen, Paare oder Familien, sowie für Qualifizierungsmaßnahmen, die über die unmittelbare psychotherapeutische Arbeit hinausgehen und sich z.B. auf spezielle Diagnostiken, Begutachtungs- und

Evaluationsmethoden, auf Praxisführung oder Einrichtungs-/Abteilungsleitung, auf berufs- und sozialrechtliche oder berufs- und gesundheitspolitische Fragen beziehen.

6. Weiterbildung dient der Vertiefung der zur Berufsausübung in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in einem bestimmten fachlichen Gebiet, Teilgebiet oder Bereich. Im Rahmen einer Weiterbildung sind grundsätzlich vertiefte Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zu vermitteln, die über die in der Ausbildung erworbenen Qualifikationen hinausführen. Ernsthaft in Betracht zu ziehen sind derzeit ausschließlich Weiterbildungen in „Bereichen“, mit denen zusätzliche Kompetenzen erworben und über Zusatzbezeichnungen angekündigt werden können. Realisiert werden sollten insbesondere störungsbezogene und verfahrensübergreifende Weiterbildungen, und zwar in Abgrenzung zur Fortbildung immer dann, wenn eine gewisse Komplexität im Gegenstandsbereich und damit auch im curricularen Bildungsgang erreicht ist. Beispiele hierfür wären etwa Weiterbildungen in Neuropsychologie, Schmerztherapie, Sexualtherapie, Suchttherapie oder Traumatherapie, jeweils unter Berücksichtigung der Beiträge aller wissenschaftlich anerkannten Verfahren in dem jeweiligen Bereich und unter Berücksichtigung von alters-, geschlechts- und lebenslagenspezifischen Besonderheiten.

Literatur

- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJPsychTh-APrV). *Bundesgesetzblatt*, 1998, I, S. 3761 ff.
- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten (PsychTh-APrV). *Bundesgesetzblatt*, 1998, I, S. 3749 ff.
- Bericht der aufgrund des Beschlusses der 74. Gesundheitsministerkonferenz am 21./22. Juni 2001 in Bremen eingesetzten Arbeitsgruppe. *Rezertifizierung von Ärzten oder Systematische Darlegung ärztlicher Kompetenzerhaltung*, vorgelegt auf der 75. Gesundheitsministerkonferenz am 20./21. Juni 2002 in Düsseldorf.
- Bundesärztekammer (2003). *Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung*. Köln, 18.07.2003.
- Bundesärztekammer (2003). *(Muster-) Weiterbildungsordnung* gemäß Beschluss 106. Deutscher Ärztetag in Köln.
- Bundesärzteordnung. *Bundesgesetzblatt*, 2002, I, S. 1467 ff.
- Cramer-Düncher, U. (2003). Wie kann Weiterbildung künftig für Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen geregelt werden? *Psychotherapeutenjournal*, 2, im Druck.
- Davison, G.C. & Neale, J.M. (2002). *Klinische Psychologie* (6. vollst. überarbeitete und aktualisierte Aufl., hrsg. von M. Hautzinger). Weinheim: Beltz.
- Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG). *Bundestagsdrucksache 15/1525* vom 08.09.2003.
- Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz – PsychThG). *Bundesgesetzblatt*, 1998, I, S. 1311 ff.
- Grawe, K. (1995). Grundriß einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130–145.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Heilberufsgesetz (HeilBerG). *Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Nordrhein-Westfalen*, 2000, Nr. 27, S. 403 ff.
- Heilpraktikergesetz. *Reichsgesetzblatt*, 1939, I, S. 259 ff.
- Heisig, U. & Littek, W. (2003). Der schwierige Weg zur Profession. *Psychotherapeutenjournal*, 2, 7–19.
- Horn, T. (2003). Erfahrungen mit der Umsetzung der gesetzlichen Ausbildungsvorgaben – Vorschläge für eine Novellierung aus der Sicht der Aufsichtsbehörde. In A. Kuhr & G. Ruggaber (Hrsg.) *Psychotherapieausbildung. Der Stand der Dinge* (S. 11–21). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen (2003). Psychotherapie-Ausbildungsplätze und Anzahl erwarteter Absolventen: Eine Erhebung der PTK-NRW. *Psychotherapeutenjournal*, 2, 246–247.
- Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien) in der Fassung vom 11. Dezember 1998.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003). *Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität*. Gutachten, Band I, Fassung vom 24.02.2003.
- Schulte, D. (1996). *Therapieplanung*. Göttingen: Hogrefe.
- Schulte, D. (2000). Optimierung der Entscheidungsprozesse von Psychotherapeuten. In H.J. Freyberger, G. Heuft & D. J. Ziegenhagen (Hrsg.) *Ambulante Psychotherapie* (S. 17–41). Stuttgart: Schattauer.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG: Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zu einer problemorientierten Ausbildung in Psychotherapie vom 16.05.2002.

**Dr. Wolfgang M. Groeger,
Dipl.-Psych.**

Mitglied im Vorstand der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen.
Zentrum für Psychotherapie Ruhr-Universität Bochum
44780 Bochum
groeger@kli.psy.ruhr-uni-bochum.de

Weiterbildungsregelungen der Kammern – ein komplexes Feld

Psychotherapeutische Weiterbildung im Spannungsfeld gesetzlicher und fachlicher Bedingungen

Uta Cramer-Düncher

Dipl.-Psychologin, Frankfurt

Zusammenfassung

Nach der Verkammerung der beiden neuen Heilberufe stellt sich auch für diese die Frage der Regelung der Weiterbildung entsprechend den gesetzlichen Vorgaben in den Heilberufsgesetzen der Länder (HBG). Die Autorin war Mitglied einer Arbeitsgruppe (AG) mit Vertretern aus den Landeskammern, die im Laufe ihrer knapp einjährigen Arbeit die gesetzlichen Grundlagen und die Ordnungen der anderen Heilberufe zur Weiterbildung und Fortbildung gesichtet und bewertet hat, um einen Vorschlag für eine Musterweiterbildungsordnung (MWBO) für Psychologische PsychotherapeutInnen (PP) und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen (KJP) vorzulegen. Die Materie erwies sich als sehr komplex. Grundlegende Fragen des Selbstverständnisses der PP und KJP sind berührt. Die in den HBGen der Länder verankerten Regelungen zur Weiterbildung der Heilberufe spiegeln weitestgehend die Besonderheiten der Ärzte wider und sind nicht auf die PP und KJP zu übertragen. Es wird ein Überblick über die verschiedenen Problemfelder, Vorteile und Gefahren einer MWBO gegeben und versucht, den Diskussionsprozess innerhalb der AG sowie den Erkenntnisstand am Ende der Arbeit wiederzugeben.

Kammern haben als öffentlich-rechtliche Einrichtungen für ein hohes Niveau der psychotherapeutischen Tätigkeit zum Schutze der Patienten Sorge zu tragen. In diesem Zusammenhang ist den Kammern die Regelung der Weiter- und Fortbildung ihrer Mitglieder per Gesetz aufgegeben.

Um diesem Auftrag gerecht zu werden, hatte die Arbeitsgemeinschaft der Landespsychotherapeu-

tenkammern eine länderübergreifende Arbeitsgruppe „Aus-, Fort- und Weiterbildung“ (AG) eingesetzt. Die AG hatte die Aufgabe, die bestehenden Gesetze und Ordnungen zu sichten und eine einheitliche Rahmenvorgabe, eventuell in Form einer Musterweiterbildungsordnung (MWBO) für Psychologische PsychotherapeutInnen (PP) und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen (KJP) zu erstellen, die als Grundlage von Weiterbildungsordnungen der Länder dienen kann.

Die konstituierende Sitzung fand am 17.03.2002 statt. In der AG waren alle Landeskammern, Erichtungsausschüsse (EA) und vorbereitende Gremien der EA vertreten. Die AG arbeitete bis zum Februar 2003. Sie konnte ihre Arbeit nicht abschließen. Die Delegierten der Bundespsychotherapeutenkammer werden auf dem 2. Deutschen Psychotherapeutentag zu befinden haben, wie die Arbeit fortgeführt werden soll.

Die Verfasserin war Mitglied dieser AG und gibt im Folgenden einen Überblick über den Verlauf und Stand der Diskussion. Die zu durchdringende Materie erwies sich als sehr vielschichtig, kompliziert und aus verschiedenen Gründen geradezu als vermintes Gebiet. Neben den juristischen Problemen wurde deutlich, dass grundlegende Fragen des Selbstverständnisses der PP und KJP berührt werden, wenn es um die Struktur künftiger Fort- und Weiterbildung geht. Abschließende Bewertungen oder gar Empfehlungen waren aufgrund der schwierigen Materie, der politischen Implikationen und der z. T. kontroversen Standpunkte und Erwartungen der beteiligten Ländervertreter nicht möglich und auch nicht sinnvoll. Die Frage, wie die PP und KJP ein eigenes Profil in den bestehenden gesetzlichen Vorgaben – und diese gegebenenfalls verändernd – entwickeln können, ist eine zentrale Frage unse-

res Berufsstandes, die sorgfältig diskutiert werden sollte.

Gesetzliche Grundlagen

Während die Regelung der *Ausbildung* weitgehend über Vorgaben des Gesetzgebers im PsychThG erfolgt ist, liegt die Regelung der Weiterbildung in der Hoheit der Länder. Die Heilberufekammern können Systematik und Inhalte von *Weiterbildung* selbst regeln. Allerdings sind sie darin nicht vollständig frei, sondern an die im jeweiligen Heilberufsgesetz (HBG) formulierten Rahmenbedingungen gebunden. Im Bereich der Weiterbildung sind die HBGe in ihren allgemeinen und besonderen Vorschriften auch für PP und KJP stark durch das ärztliche Berufsbild und das daraus abgeleitete ärztliche Weiterbildungsrecht geprägt.

Weiterbildung aus ärztlicher Sicht meint den „geregelten Erwerb festgelegter Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten, um nach Abschluss der Berufsausbildung (Medizinstudium, d. Verf.) besondere ärztliche Kompetenzen zu erlangen.“ (MWBO der BÄK). Sie wird in den Heilberufsgesetzen der Länder, z.T. auch Kammergesetze genannt, geregelt. Weiterbildungsordnungen werden von den Landeskammern erlassen und müssen von den zuständigen Ministerien genehmigt werden. Weiterbildung wird als hohes, schützenswertes Gut angesehen, das dem Schutzbereich des in Art. 12 GG festgeschriebenen Grundrechts auf Freiheit der Berufsausübung zugeordnet ist. Durch das Grundsatzurteil des Bundesverfassungsgerichts vom 9. Mai 1972 (NJW 1972, S. 1502) wird dem Gesetzgeber auferlegt, die wichtigsten Grundzüge von Regulierungen der Berufsausübung durch Gesetz festzulegen. Dabei handelt es sich um so genannte „statusbildende Normen“. Dazu gehören nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts insbeson-

dere Vorschriften über die Voraussetzungen der zugelassenen Fachrichtungen (Gebiete, Teilgebiete und Schwerpunkte), die Mindestdauer der Weiterbildung und das Verfahren zur Anerkennung der absolvierten Weiterbildung. In Folge dieses Urteils wurden die allgemeinen Bestimmungen zur Weiterbildung der Heilberufsgesetze erweitert und präzisiert.

Fortbildung beschreibt die fortlaufende Beschäftigung und Vertiefung der in Aus- und Weiterbildung erlernten Fähigkeiten, um auf dem laufenden Stand der Wissenschaft der Profession zu bleiben. Fortbildung gehört zu den Berufspflichten der Kammermitglieder. Die Förderung der Fortbildung ist den Kammern ebenfalls als Aufgabe vom Gesetz vorgegeben. Die Ausgestaltung liegt jedoch in der alleinigen Verantwortung der Kammern. Das hatte zur Folge, dass es seit 1993 le-

diglich sehr allgemeine bundeseinheitliche Leitlinien für Fortbildung bei der Bundesärztekammer (BÄK) gab; seit dem 18.07.2003 liegen differenzierte Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung von der BÄK vor.

Im Entwurf zum GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) ist in § 95d die „Pflicht zur fachlichen Fortbildung [...] wie es zur Erhaltung und Fortentwicklung der zu seiner Berufsausübung in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist“ festgeschrieben. Jeweils nach 5 Jahren hat der Vertragspsychotherapeut gegenüber der KV nachzuweisen, „dass er im zurückliegenden Fünfjahreszeitraum seiner Fortbildungsverpflichtung nachgekommen ist“. Diese Vorschrift gilt auch für PP und KJP, die in Kliniken angestellt sind, die Verträge mit gesetzlichen Krankenkassen haben.

Unterschiedliche gesetzliche Regelungen der Länder

Die AG verschaffte sich zunächst einen Überblick über die unterschiedlichen rechtlichen Grundlagen zur Weiterbildung in den verschiedenen Ländern (vgl. Wirth, 2002). Überwiegend gilt, dass es *allgemeine* Vorschriften zur Weiterbildung in den Heilberufsgesetzen gibt, die sich auf *alle* Heilberufe (also auch die PP und KJP) beziehen, denen sodann *spezielle Titel* für die einzelnen Heilberufe (Ärzte, Apotheker, Zahnärzte, Tierärzte, PP/KJP) folgen (können).

Für die PP und KJP ist die Situation von Land zu Land sehr unterschiedlich und damit insgesamt unübersichtlich. Die gesetzliche Regelung der Weiterbildung in den einzelnen Heilberufsgesetzen geht von sehr allgemein gehaltenen Formulierungen („Die Kammer ist für die Gestaltung und Organisation der Weiterbildung von Psycho-

therapeutinnen und Psychotherapeuten zuständig, nähere Regelungen kann sie in Satzungen (Weiterbildungsordnung, Prüfungsordnung) treffen“, Hamburg) bis zu engen, an der ärztlichen Weiterbildungsordnung orientierten Vorgaben.

In einigen Ländern sind die PP und KJP bereits durch Gesetzesnovellierung in den bestehenden Heilberufsgesetzen in eigenen Kapiteln berücksichtigt (Hamburg, Niedersachsen, Hessen, NRW, RLP). In anderen Ländern ist die Regelung der Weiterbildung ausgesetzt, bis eine bundeseinheitliche Regelung, eben eine Musterweiterbildungsordnung existiert (z.B. Baden-Württemberg, Saarland). In einigen Ländern wurde auch bereits den besonderen Erfordernissen der neuen Berufe insofern Rechnung getragen, als die Gesetzesnovellierungen eine

Erprobungszeit von fünf Jahren, in denen die Kammern von den allgemeinen Weiterbildungsregelungen abweichende Regelungen treffen können, vorsehen (Hessen, RLP, NRW). In Berlin wiederum ist die Weiterbildung in einem eigenen Gesetz geregelt. Die PP und KJP sind bisher aber nicht erwähnt.

Die allgemeinen Vorschriften der Heilberufsgesetze der Länder zur Weiterbildung räumen den Kammerangehörigen das Recht ein, neben ihrer Berufsbezeichnung weitere Bezeichnungen zu führen, die auf besondere Kenntnisse in einem bestimmten beruflichen Gebiet (Gebietsbezeichnung), Teilgebiet oder Schwerpunkt (Teilgebiets- oder Schwerpunktbezeichnung) oder auf zusätzlich erworbene Kenntnisse in einem anderen Bereich (Zusatzbezeichnung) hinweisen.

Dabei wird in der Regel das Einführen weiterbildungsrelevanter Spezialisierungen an folgende Kriterien geknüpft:

- die Komplexität der wissenschaftlichen Entwicklung in einem Gebiet (z.B. Psychotherapie) erfordert eine Spezialisierung,
- es besteht Versorgungsbedarf bei der Bevölkerung,
- auf der Grundlage der Weiterbildung ist eine wirtschaftliche Berufsausübung möglich.

Deutlich wurde bei der Durchsicht der Landesgesetze, dass diese – auch in ihren allgemeinen Kapiteln – die Bedingungen des ärztlichen Berufsstandes widerspiegeln und nicht geeignet sind, die Besonderheiten der beiden neuen Heilberufe abzubilden.

end eine Spezialisierung in Schwerpunkten oder in einer Zusatzweiterbildung zu erhalten.“ (MWBO Ärzte, 2003). Die Weiterbildungsordnung ist also hierarchisch gegliedert in derzeit 32 *Gebiete*, die zu einer Facharztbezeichnung führen (z.B. Psychiatrie und Psychotherapie). In den Gebieten ist eine Spezialisierung in *Schwerpunkten* (z.B. forensische Psychiatrie) möglich oder eine Zusatz-Weiterbildung (z.Zt. 44) in *Bereichen*, die zu einer Zusatzbezeichnung (z.B. Psychoanalyse) führt. Diese Qualifikationen sind ankündigungsfähig. Diese Systematik ist allgemein bekannt von Praxisschildern oder Telefonbucheintragungen.

Aber: „Die Gebietsdefinition bestimmt die Grenzen für die Ausübung der fachärztlichen Tätigkeit.“ (MWBO Ärzte, 2003) Das bedeutet, dass, wer als Arzt eine Weiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie abgeschlossen hat, **nur** in diesem Gebiet tätig werden darf.

Unterschiedliche Voraussetzungen von Ärzten und PP/KJP

Approbation

Durch das Psychotherapeutengesetz wurde für die neuen Heilberufe eine einheitliche Struktur geschaffen, die den PP eine umfassende Behandlungserlaubnis für alle Altersgruppen und alle psychischen Störungen zuspricht. Die KJP verfügen über eine umfassende Behandlungserlaubnis für Kinder und Jugendliche bis zum 21. Lebensjahr. Es ist keine Aufteilung in Fachgebiete oder Teilgebiete vorgesehen. Im Unterschied zu den PP und KJP, die ihre Approbation nach dem abgeschlossenen Studium *und* einer postgradualen Qualifizierung für das Fachgebiet Psychotherapie erhalten, schließt sich für Ärzte nach Abschluss ihres Studiums und der damit verbundenen Approbation eine Weiterbildung zum Facharzt an, die sie zur Ausübung ihres Berufes in einem Gebiet qualifiziert. PP und KJP haben also mit Ihrer

Approbation bereits den Status, den ein Arzt erst mit Ende seiner Facharztweiterbildung erreicht.

Die ärztliche Weiterbildungsordnung

(Fach)Gebiete

Die Disziplin der Medizin zeichnet sich durch hohe Komplexität und Differenzierung aus. Sachgerechte Abgrenzungen weitgehend eigenständiger Gebiete mit ausreichender wirtschaftlicher Grundlage für die Berufsausübung lassen sich unschwer vollziehen. Hier setzt der Gesetzgeber mit dem Instrument der statusbildenden Normen in Form von (Fach-)Gebietsbegrenzungen an.

„Die Weiterbildung erfolgt in strukturierter Form, um in Gebieten die Qualifikation als Facharzt, darauf aufbau-

Die Psychotherapie ist von ihrem Umfang und ihrer Komplexität her nicht mit der Medizin zu vergleichen. Es ist auch nicht zu erwarten, dass sich das mittelfristig oder langfristig ändern wird. Eine Einschränkung der Berufsausübung – auch aus Gründen des Patientenschutzes – ist daher nicht notwendig und auch nicht sinnvoll. Wenn sich ein PP oder KJP weiterbildet, so erweitert und vertieft er sein Spektrum im Gebiet der Psychotherapie, für das ihm aus gutem Grund eine umfassende Behandlungserlaubnis bereits mit der Approbation zusteht. Auf PP und KJP ist die Systematik der (Fach-)Gebiete daher nicht anwendbar, denn sie würde zu schweren Nachteilen in unserer Berufsausübung – vor allem auch zu Lasten der Patienten – führen.

Die Aufgliederung in Gebiete hat auch Auswirkungen auf das *Zulassungs-*

recht. Es knüpft hieran an und gestattet die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung und damit Vergütung durch die Kassenärztliche Vereinigung nur in einem bestimmten Gebiet. Es wäre also weder fachlich noch wirtschaftlich sinnvoll, z.B. einen Fachpsychotherapeuten für Psychotherapie zu schaffen, der dann nur noch auf diesem Gebiet arbeiten und abrechnen dürfte, während alle, die diese Weiterbildung nicht absolviert haben, dieses nicht mehr dürfen.

Zahnärztliche Weiterbildungsordnung

Die AG beschäftigte sich sodann ausführlich mit der WBO der Zahnärzte, die vom Standpunkt der Berufsausübung kompatibler mit den Bedingungen der PP und KJP erscheint. Auch Zahnärzte erlangen bereits mit der Approbation eine umfassende Behandlungserlaubnis. Zwar kennt auch die MWBO der Zahnärzte drei Gebiete (Kieferorthopädie, Zahnärztliche Chirurgie, öffentliches Gesundheitswesen); es findet sich aber folgende Präzisierung: „Die Zahnheilkunde stellt einen einheitlichen, unteilbaren Tätigkeitsbereich dar. Der Zahnarzt ist aufgrund seiner Approbation stets berechtigt, die Zahnheilkunde in vollem Umfang auszuüben. Die nach der Weiterbildungsordnung anerkannten Spezialisierungen stellen Teilgebiete innerhalb der Zahnheilkunde dar, zu denen jeder Zahnarzt weiterhin den Zugang behält und auf die sich der weitergebildete Zahnarzt grundsätzlich nicht beschränken muss.“ (MWBO der Zahnärzte). Hingewiesen wird allerdings auf haftungsrechtliche Konsequenzen: „Im Rahmen des rechtlich zulässigen Tätigkeitsbereiches darf der Zahnarzt nur solche Maßnahmen durchführen, zu denen er aufgrund seiner durch Aus-, Fort- und Weiterbildung vermittelten Kenntnisse und Fertigkeiten auch in der Beherrschung der

möglichen Komplikationen tatsächlich in der Lage ist.“ (ebd.).

Leider hat jedoch auch diese Lösung ihre Tücken, denn: Die Weiterbildung erfolgt grundsätzlich ganzzeitig und in hauptberuflicher Stellung im Rahmen mehrjähriger Berufstätigkeit (in der Regel 2 Jahre, im Gebiet nicht unter 3 Jahren) und wird grundsätzlich mit einer Prüfung abgeschlossen. Tätigkeit in eigener Praxis wird nicht angerechnet. So wollen es in der Regel die Heilberufsgesetze. Auch die Zahnärzte unterliegen diesen Bedingungen, die sich aus den allgemeinen Weiterbildungs-Regelungen ergeben. Auch Auswirkungen auf das Sozialrecht sind vorhanden. So kann zwar jeder approbierte Zahnarzt kieferorthopädische Leistungen abrechnen, im Vergleich zu seinem Kollegen mit der Gebietsbezeichnung Kieferorthopädie allerdings nur in sehr geringem Umfang.

Auswirkungen auf das Sozialrecht

Im vertragsärztlichen Bereich entscheiden die Kostenträger, insbesondere die Krankenkassen mit. Sie orientieren sich u.a. an der Weiterbildungsordnung des betreffenden Heilberufs. Im EBM2000plus liest sich das folgendermaßen: „Das einer Arztgruppe solchermaßen zugeordnete Leistungsspektrum orientiert sich an der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer sowie an Versorgungsbereichsnotwendigkeiten.“ (EBM2000plus, Hinweise und Erläuterungen zum EBM2000plus).

Bei den einzelnen Leistungen im EBM wird sodann auf die Psychotherapie-Vereinbarungen verwiesen, die die fachliche Befähigung und deren Nachweis regeln.

Als Beispiel sei die Ziffer 5540 „Differentialdiagnostische Klärung psychoso-

matischer Krankheitszustände“ herausgenommen: „... Die Leistung, nach der Nr. 5540 ist **nur** (Heraushebung d. Verf.) von Vertragsärzten berechnungsfähig, die über die Qualifikation zur Erbringung psychosomatischer Leistungen gemäß § 5 Abs. 6 der Psychotherapie-Vereinbarungen verfügen...“. § 5 Abs. 6 der Psychotherapie-Vereinbarung besagt, dass diese Qualifikation entweder durch mindestens 3-jährige Berufserfahrung oder aber Weiterbildungszeugnisse nachzuweisen ist.

PP und KJP kennen bisher kein dem ärztlichen Bereich vergleichbares Weiterbildungsrecht. Allerdings müssen auch PP und KJP für die Anwendung von weiteren Verfahren (VT, PA, TP), Gruppenpsychotherapie oder Entspannungstechniken bereits jetzt besondere Qualifikationsnachweise erbringen, um diese Leistungen zu Lasten der GKV abrechnen zu können. Es ist durchaus zu befürchten, dass durch die Hintertür einer Weiterbildungsordnung weitere Beschränkungen unserer umfassenden Behandlungserlaubnis – zumindest im vertragsärztlichen Bereich – auf uns zukämen. Da die Psychotherapie-Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und der KBV ausgehandelt werden, hätten die PP und KJP noch nicht einmal Einfluss auf diese für sie existentielle Frage.

Konsequenzen für eine Weiterbildungsordnung der PP und KJP

Je mehr sich die Mitglieder der AG in die komplizierte Materie einarbeiteten, desto deutlicher wurde, dass die beiden neuen Heilberufe aus der Systematik und Logik der Weiterbildungsregelungen der Heilberufsgesetze herausfallen. Intensiv diskutiert wurde die Frage: „Gibt es einen grundsätzlichen Bedarf an einer Spezialisierung im Bereich der Psychotherapie, die sich in Weiterbildungsordnungen nieder-

schlägt oder ist es sinnvoller, Ziele wie Qualitätssicherung, Patienteninformation und Wettbewerbsregulierung, Werbung in einer Fortbildungsordnung zu regeln?“. Zwei kontrovers diskutierte Positionen kristallisierten sich heraus:

1. Die Konsequenzen für unsere Berufsausübung durch eine Anpassung an vorgegebene Strukturen, die mit den Besonderheiten unserer Berufe nicht kompatibel sind, sind nicht abzusehen. Insbesondere die umfassende Behandlungserlaubnis, die den PP und KJP durch die Approbation gegeben ist, die mit Spezialisierungen einhergehende Abwertung der Approbation und die Gefahr, den ganzheitlichen Behandlungsanspruch und -ansatz der psychologischen Psychotherapie aufzugeben, wurde hervorgehoben. Zu viel Regulierung birgt auch die Gefahr, den in unseren Berufen traditionell verankerten Reichtum an Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten und die damit verbundene Kreativität zu untergraben. Zertifizierte Spezialisierungen könnten quasi durch die Hintertür zu Tätigkeitsbeschränkungen, sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich führen.
2. Der Verzicht auf eine Regelung der Weiterbildung durch die Kammer würde unserem Berufsstand insbesondere in der Konkurrenz mit den Ärzten schaden. Eine von der Kammer geregelte und anerkannte Weiterbildung hilft, die PP und KJP im Gesundheitswesen zu positionieren und die eigene Identität zu verdeutlichen. Es besteht außerdem bei Therapeuten und Patienten der Wunsch nach ankündigungsfähigen Ergänzungsqualifikationen. Therapeuten möchten sich mit ihren Spezialisierungen anbieten, Patienten suchen Orientierung. Ergänzungsqualifikationen würden für

Kolleginnen und Kollegen bei der Vereinbarung von Arbeitsverträgen und für die Anerkennung von speziellen, derzeit nicht finanzierten Leistungen durch die Krankenkassen von Vorteil sein.

Wenn wir nicht selbst die Weiterbildung für uns regeln, besteht die Gefahr, dass das andere für uns tun, z.B. die Krankenkassen oder die KVen.

Vor dem Hintergrund der dargestellten Bedenken diskutierte die AG am Ende ihrer Arbeit Möglichkeiten der Gestaltung einer Musterweiterbildungsordnung, die die Besonderheiten des eigenen Berufsbildes berücksichtigt, sich jedoch auch in die bestehenden Ordnungen einpassen lässt.

Folgende Bedingungen sollten erfüllt sein:

- ein Maximum an Freiraum für die in unseren Berufsgruppen traditionell große Neugier und Nachfrage nach Erweiterung der beruflichen Kompetenz.
- Weiterbildung darf weder die umfassende Behandlungserlaubnis einschränken noch zur Beschränkung von Abrechnungsmöglichkeiten führen.
- Die Dauer der Maßnahme muss sich nach inhaltlich-fachlichen Gesichtspunkten richten. Starre Mindestvorgaben sind nicht sinnvoll, da es immer nur um eine Erweiterung der Kompetenz im Fach Psychotherapie geht.
- Weiterbildung muss berufsbegleitend möglich sein, und Tätigkeit in eigener Praxis muss anerkannt werden. Denn PP und KJP haben mit Erlangung der Approbation bereits 1800 Stunden zumeist un- oder unterbezahlter Tätigkeit in Psychiatrie und psychosomatischer Klinik abgeleistet.

Die konsequenteste Lösung ist, die Regelung der Weiterbildung der PP

und KJP aus der bisherigen Systematik des Weiterbildungsrechts in den Heilberufsgesetzen der Länder herauszunehmen. Die Einschränkung der Berufsausübung durch statusbildende Normen ist unangemessen, da für die PP und KJP die umfassende Behandlungserlaubnis nicht aufgrund einer zu großen Komplexität des Faches im Sinne des Patientenschutzes begrenzt werden muss.

Zumindest wäre jedoch eine Novellierung der Heilberufsgesetze der Länder mit Sonderregelungen für PP und KJP in folgenden Punkten unerlässlich:

- Herabsetzung der Mindestdauer der Weiterbildung (bisher 2-3 Jahre)
- Ableistung der Weiterbildung neben der Berufstätigkeit (bisher in hauptberuflicher, ganztägiger Stellung und nur in Ausnahmefällen halbtags)
- Anerkennung der Tätigkeit in eigener Praxis für die Weiterbildung

Die Politik scheint einheitlichen Novellierungen gegenüber aufgeschlossen.

Diese Gesetzesänderungen vorausgesetzt, sind nach dem jetzigen Kenntnisstand Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen für Bereiche vom Standpunkt der Berufsausübung her unschädlich. Es handelt sich jeweils um ankündigungsfähige Qualifikationen innerhalb des Gebietes Psychotherapie. Eine *Weiterbildungsordnung*, die die Hierarchiestufe der Gebiete auslöst und eine Qualifizierung auf der Ebene der Tätigkeitsschwerpunkte und Zusatzbezeichnungen regelt, könnte folgendermaßen aussehen:

- *Zweitverfahren*: neben dem Verfahren der vertieften Ausbildung wird eine Qualifikation in einem weiteren Verfahren erworben, was zu einer Zusatzbezeichnung führt.

- *Settingbezogene Zusatzqualifikationen*
- *Altersspezifische Zusatzqualifikationen*
- *Indikationsbezogene Zusatzqualifikationen*

Diese Zusatzbezeichnungen/Schwerpunkte könnten ankündigungsfähig sein, z.B. auf dem Praxisschild, ohne dass man sich auf diesen Bereich beschränken müsste. Andererseits kann natürlich jeder PP oder KJP weiterhin diese Methoden (wie z.B. Traumatherapie oder Schmerztherapie) anwenden.

In einer Präambel könnte das ganzheitliche Verständnis des Menschen und die uneingeschränkte Behandlungserlaubnis auf dem Gebiet der Psychotherapie und die Unteilbarkeit der Tätigkeitsbereiche von PP und KJP festgeschrieben werden.

Mit der Struktur einer möglichen Fortbildungsordnung beschäftigte sich die AG nur peripher. Allerdings wurde dieses Thema – sicher auch unter dem Eindruck des Gesundheitsstrukturmodernisierungsgesetzes – verstärkt in den Ländern aufgegriffen. Berlin hat bereits eine Fortbildungsordnung verabschiedet, andere Länder stehen kurz davor.

Ausblick

Viele Fragen sind neben der *grundsätzlichen* Entscheidung, ob wir von Seiten der Kammern zertifizierte Spezialisierungen schaffen wollen oder

nicht, noch offen zum Beispiel (ohne Anspruch auf Vollständigkeit):

- Wie soll die Abgrenzung von Fortbildung als Qualitätssicherungsinstrument, curriculare Fortbildung, die zu Ergänzungsqualifikationen führt und Weiterbildung aussehen?
- Wie werden die neuropsychologische Psychotherapie, Prävention und Rehabilitation eingebunden?
- Kriterien für Anerkennung von Weiterbildungsgängen, -einrichtungen und/der Personen, Mindestdauer der Maßnahmen, Art der Durchführung und des Abschlusses etc. müssen diskutiert werden.

Die AG konnte aufgrund des Zeitmangels nicht zu einer abschließenden Lösung und Empfehlung an die Länder kommen. Ausführlich diskutiert wurden Für und Wider einer Weiterbildungsordnung oder einer Fortbildungsordnung. Eine Bewertung der Möglichkeiten wird in den Länderkammern erfolgen und in die zu gründenden Kommissionen der BPTK einfließen müssen. Musterordnungen können lediglich Empfehlungen an die Länderkammern sein. Letztendlich liegt es in der Hoheit der jeweiligen Landes-kammer für ihren Bereich die Fort- und Weiterbildung zu regeln. Wünschenswert wäre aber, dass wir zu einer zumindest in den Grundzügen übereinstimmenden Lösung kommen, die von allen Länderkammern getragen werden kann, denn bei der Mobilität unserer heutigen Gesellschaft ist es notwendig, dass das Berufsbild sich nicht von Bundesland zu Bundesland unterscheidet.

Literatur

Bundesärztekammer, (Muster-)Weiterbildungsordnung gemäß Beschluss 106. Deutscher Ärztetag 2003, Köln.

Gesetz über die Berufsvertretungen, die Berufsausübung, die Weiterbildung und die Berufgerichtsbarkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Heilberufsgesetz), in der Fassung vom 19.05.1995 (GVBl. I S.374), zuletzt geändert durch Gesetz vom 26. September 2002 (GVBl. I S.619) des Landes Hessen.

Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG), Stand: 8. September 2003, 13.00 Uhr.

Wirth, U. 2002, Hamburg, Synopse der bisherigen Regelungen zur Weiterbildung in den Bundesländern, internes Arbeitspapier.

Uta Cramer-Düncher

Mitglied im Vorstand der LPPKJP-Hessen
Waldstrasse 72
63303 Dreieich
cramer-duencher@t-online.de

Ich danke den Kollegen Dieter Best, Karl Heinz Schrömgens und Heiner Vogel für ihre wertvollen Anregungen sowie Hans Uwe Rose, Jörg Hein und Stefan Baier für die kritische Durchsicht des Manuskripts.

LANGEOG 2004 16. – 22. Mai

33. Psychotherapiewoche

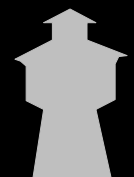
Leitthema:

Salutogenese Resilienz und Psychotherapie
Was hält uns gesund? – Was bewirkt Heilung?



2. Psychotherapietage des Kindes- und Jugendalters

Leitthema:
Konflikt. Stress. Trauma



Programmanforderung: Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKN, Berliner Allee 20, 30175 Hannover, Tel.: 0511/3802493, FAX: 0511/3802499, E-Mail: ursula.marchionna@aekn.de

Recht: Aktuell

Praxistipps – Hinweise – Informationen

Hartmut Gerlach

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

BAT-Recht

Teil 2 – (Fortsetzung von BAT Teil 1 in: Psychotherapeutenjournal 2003, S. 195 ff)

Höhergruppierung in sonstigen Fällen, Bewährungsaufstieg und Fallgruppenaufstieg

„Das kann doch nicht sein: Seit vielen Jahren arbeite ich, angestellt im öffentlichen Dienst, in einer Beratungsstelle und führe überwiegend psychotherapeutische Tätigkeiten aus. Eingruppiert bin ich in BAT IVb Fallgruppe 17 mit Zulage nach Fußnote II (VKA). Approbiert bin ich als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin. Dann müsste ich doch eigentlich in BAT III Nr. 8 eingruppiert sein. Ich habe durchaus verstanden, dass es entscheidend auf die übertragene, also auf die auszuübende Tätigkeit (Psychotherapeutenjournal 2003 S. 196) ankommt. Aber mir hat doch seinerzeit mein Leiter der Beratungsstelle für den Approbationsantrag schriftlich bescheinigt, dass ich die Voraussetzungen des § 12 Abs. 4 PsychThG mit 4000 Stunden erfüllt habe. Nun soll das alles nicht gelten, wenn ich die Eingruppierung in BAT III begehre. Richtig, in meinem Arbeitsvertrag steht, ich sei „als Sozialpädagogin“ angestellt. Aber wenn ich den BAT (§ 23 „Eingruppierung in besonderen Fällen“) richtig interpretiere, dann hat sich doch meine mir übertragene Tätigkeit derart geändert, dass sie den Tätigkeitsmerkmalen einer höheren Vergütungsgruppe entspricht.“

Leider nein! Der § 23 BAT hilft dieser Angestellten nicht weiter. In einem Urteil des Bundesarbeitsgerichts (BAG) vom 05.05.1999 (4 AZR 360/98) heißt es: Voraussetzung für die Höhergruppierung eines Angestellten sei das **Anwachsen der übertragenen Tätigkeit** zu einer höherwertigen Tätig-

keit. Eine vertragswidrige höherwertige Tätigkeit des Angestellten ab Beginn des Arbeitsverhältnisses erfülle daher nicht die Voraussetzung des § 23 BAT für die Eingruppierung in die höhere Vergütungsgruppe. Es kommt also auf das „Anwachsen“ der Tätigkeit an. Tatsächlich sind die Fälle des § 23 BAT in der Praxis eher selten. Gemeint ist ein Anwachsen, bspw. aufgrund einer Gesetzesänderung, mit der Folge, dass höhere Anforderungen an die Fachkenntnisse eines Sachbearbeiters gestellt werden. Der Arbeitgeber hat also keinen anderen Aufgabenzuschnitt veranlasst, sondern dieser veränderte sich durch das Handeln des Gesetzgebers. Aber selbst dann, wenn die Übertragung einer höherwertigen Tätigkeit durch einen nicht zuständigen Vorgesetzten erfolgt ist, besteht kein Anspruch auf die für die höherwertige Tätigkeit tariflich vorgesehene Vergütung. Jedenfalls dann nicht, wenn der Angestellte die Unzuständigkeit des Vorgesetzten kennt (BAG NZA 2000, 958). Ob also der Leiter einer Beratungsstelle für die Übertragung einer höherwertigen Tätigkeit überhaupt zuständig ist, schon das dürfte zweifelhaft sein. Ihr nützt es somit auch nichts, dass der Leiter der Beratungsstelle ihr die o. e. 4000 Stunden bescheinigt hat und dass sie im Jahresbericht ihrer Beratungsstelle als „Diplom-Sozialpädagogin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin“ bezeichnet worden ist. Denn diese Bezeichnung lasse sich ohne weiteres der ihr übertragenen Tätigkeit einer Sozialpädagogin mit begleitenden psychotherapeutischen Aufgaben zuordnen (so das Landesarbeitsgericht – LAG Nds. v. 27.06.2001 – 15 Sa 980/00 E).

Kann die ratsuchende Angestellte aber wenigstens auf einen Bewährungsaufstieg hoffen? Man muss dabei zunächst wissen, dass der BAT zwischen dem Begriff des **Bewährungsaufstiegs** (§ 23 a) und dem des **Fallgruppenaufstiegs** (§ 23 b) unterscheidet. Der § 23a BAT betrifft nur Angestellte im

Bereich des Bundes und der Länder, für die die Anlage 1a zum BAT gilt und soweit die Tätigkeitsmerkmale in dieser Anlage mit einem * gekennzeichnet sind („Sternchenaufstieg“). Er gilt nicht für Angestellte, die bei einem Arbeitgeber beschäftigt sind, der Mitglied eines Arbeitgeberverbandes ist, der der Vereinigung kommunaler Arbeitgeber (VKA) angehört.

Eine Höhergruppierung im Wege des Bewährungsaufstiegs (§ 23a) setzt voraus, dass die Angestellte das mit dem Stern* gekennzeichnete Tätigkeitsmerkmal erfüllt (sie mithin nach § 22 BAT eingruppiert *ist*), *und* sie die vorgeschriebene **Bewährungszeit** zurückgelegt hat. Nur entsprechend vergütet zu werden (z. B.: übertarifliche Vergütung), reicht nicht aus. Schließlich muss sie sich während der vorgeschriebenen Bewährungszeit den Anforderungen der ihr übertragenen Tätigkeit gewachsen gezeigt haben. Wann aber beginnt die Bewährungszeit? Dann, wenn der Arbeitgeber ihr diesen Zeitpunkt, vielleicht sogar schriftlich, mitgeteilt hat? Keineswegs! Sie beginnt vielmehr genau mit dem Tag, an dem die Angestellte aufgrund der **Tarifautomatik** in der betreffenden Vergütungsgruppe und Fallgruppe eingruppiert *ist* (Was das heißt? siehe Psychotherapeutenjournal 2003, S. 196). Noch genauer: Die Bewährungszeit beginnt am nämlichen Tag, an dem sie die auszuübende Tätigkeit der Vergütungsgruppe und Fallgruppe mit dem * erfüllt, von der aus sie in die höhere Vergütungsgruppe aufrücken kann. Der Bewährungsaufstieg ist dann erfolgt, wenn sie nach Ablauf der Bewährungszeit in der nächsthöheren Vergütungsgruppe eingruppiert *ist*.

Einen Anspruch auf den Bewährungsaufstieg im Sinne einer **Anwartschaft** gibt es nicht. Der Arbeitgeber kann der Angestellten alle Arbeiten zuweisen, die sie nach ihren Fähigkeiten und Kenntnissen zu erfüllen im Stande ist,

also auch Tätigkeiten, die zwar der vertraglich vereinbarten Vergütungsgruppe entsprechen, jedoch nicht mit einem Sternchen gekennzeichnet sind, jedenfalls soweit diese Zuweisung im Rahmen billigen Ermessens geschieht. Auch muss die vorgeschriebene Bewährungszeit im Angestelltenverhältnis zurückgelegt worden sein. Zeiten als Beamtin können nicht angerechnet werden. Die vorgeschriebene Bewährungszeit kann hingegen auch bei anderen Arbeitgebern, für die der BAT unmittelbar gilt, zurückgelegt werden. Auch eine Tätigkeit in **Teilzeit** ist auf die **Bewährungszeit** voll anzurechnen, ebenso eine Mutterschaftszeit oder eine Personalratstätigkeit.

Bewährt sich die Angestellte hingegen nicht, dann ist die gesamte zurückgelegte Zeit nicht mehr verwertbar. Das Nicht-Bewähren wird wie eine Unterbrechung behandelt; eine neue Bewährungszeit beginnt mit dem Tage, an dem sich der Angestellte wieder bewährt.

Für Angestellte der Vergütungsgruppe Va/Vb (Bund, Länder) beträgt die **vorgeschriebene Bewährungszeit**, um in die Vergütungsgruppe IVb zu gelangen, 6 Jahre, für Angestellte in IIa und 2. Staatsprüfung 11 Jahre, um in Ib zu kommen, ansonsten 15 Jahre (Approbation und Fachkunde ersetzen nicht die 2. Staatsprüfung!). Den Bewährungsaufstieg (oder *-Aufstieg) gibt es also nur für die Angestellten im Bereich des Bundes und der Länder, nicht für die Angestellten der Gemeinden. – In unserem Fall ist die Angestellte indes bei einer Stadt (Gemeinde – Vka) angestellt.

Für diese ist aber der sog. **Fallgruppenaufstieg (§ 23b BAT)** maßgeblich. Dessen Abschnitt A widmet sich den Tätigkeitsmerkmalen für die Bereiche des Bundes und der Länder, die nicht mit einem * versehen sind und der Abschnitt B dem Vka-Bereich. Alles

sehr verwirrend und kompliziert: Die Tarifvertragsparteien glaubten wohl, die Bewährung in jeweils eigenständigen Vorschriften (Bewährungs- und Fallgruppenaufstieg) regeln zu müssen.

Um Fallgruppenaufstieg (§ 23b) handelt es sich, wenn in einem Tätigkeitsmerkmal einer bestimmten Vergütungs- und Fallgruppe der Vergütungsordnung (Anlage 1a) der Aufstieg aus der jeweils nächst niedrigeren Vergütungs- und Fallgruppe nach Ablauf einer bestimmten Zeit der Bewährung oder Tätigkeit usw. vorgesehen ist. In der Bestimmung, im Gegensatz zu § 23a, finden sich keine Durchführungsregeln für einen Fallgruppenaufstieg. Gleichwohl heißt das nicht, dass Arbeitsgerichte nun ihrerseits eine Regelung vorschreiben dürfen; denn es handelt sich nach der Rechtsprechung hier keinesfalls um eine unbewusste **Tariflücke**, die von einem Gericht ausgefüllt werden dürfte. Maßgeblich sind vielmehr die Regelungen (zum Bewährungsaufstieg, Tätigkeitsaufstieg, Zeitaufstieg) in den einzelnen Tätigkeitsmerkmalen einer bestimmten Vergütungs- und Fallgruppe der Vergütungsordnung (Anlage 1a Vka), zudem die von Arbeitgeberseite erlassenen Durchführungshinweise (siehe Dassau/Wiesend-Rothbrust „BAT Kompaktcommentar“, 3. Aufl., 2003, § 23b Rn. 6). Die Bedeutung des § 23b, vor allem für Angestellte in Krankenhäusern und Heimen, ist weitaus größer als die des § 23a.

Die Angestellte in unserem Fall *ist* (s. o.) in BAT IVb Fallgruppe 17 (Vka) eingruppiert. Ein Fallgruppenaufstieg nach IVa Nrn. 15 oder 16 käme aber nur in Betracht, wenn sie in der Fallgruppe IVb Nr. 16 eingruppiert wäre, was sie aber nicht *ist*, oder wenn es sich um eine schwierige Tätigkeit handelte (dann: Zulagenanspruch nach Fußnote I). Hierfür trägt sie die volle Darlegungslast – ein Unterfangen, das

oftmals schon die Klage scheitern lässt. Und ein Aufstieg gar nach BAT III scheitert voraussichtlich an der *auszuübenden* Tätigkeit, es fehlt, wie Sie inzwischen ja wissen, an der vertraglichen Zuweisung. Auch eine Höhergruppierung dürfte also kaum in Betracht kommen... (so das o. e. Urteil des LAG Nds. aaO. unter Verweis auf das BAG-Urteil v. 25.09.1996 – 4 AZR 195/952).

Das Beispiel der Angestellten zeigt deutlich, dass selbst dann, wenn sich im BAT ein eindeutiges Tätigkeitsmerkmal findet, das nicht ohne weiteres besagt, dass auch eine entsprechende Eingruppierung stattzufinden hat, obwohl scheinbar alle Voraussetzungen vorliegen. Was Wunder, dass trotz Approbation eine Höhergruppierung der Psychologischen Psychotherapeuten, genauer die der Dipl.-Psychologen, über die Gerichte nicht recht gelingen will...

Ausschlussfrist und Verjährung

Die aus dem Bewährungsaufstieg, dem Fallgruppenaufstieg, dem Zeitaufstieg usw. herrührenden Vergütungen unterliegen der Verjährung. Die Verjährung ist nicht mit der Ausschlussfrist des § 70 BAT zu verwechseln. Letztere lässt nämlich die Verjährung unberührt. Die **sechsmonatige Ausschlussfrist** bewirkte, so die Angestellte – entgegen dem oben Gesagten doch höher eingruppiert wäre – ihre Vergütungsansprüche in dieser Zeit nicht schriftlich geltend gemacht hätte, das Erlöschen dieses Anspruchs.

Deshalb folgende **Empfehlung**: Wenn Sie im Zweifel sind, ob Sie gegen Ihren Arbeitgeber *Ansprüche* haben oder nicht, machen Sie sie in jedem Fall *schriftlich* geltend. Im Klartext: Wenn Sie schon vor Jahren tatsächlich in einer anderen Vergütungsgruppe eingruppiert waren, ohne dass Sie oder der Arbeitgeber davon Kenntnis hatten, so ist jedenfalls der Vergütungs-

anspruch, weil nicht schriftlich geltend gemacht, erloschen. **Beispiel**: Käme also ein Eingruppierungsfeststellungs-Urteil zu dem Schluss, Sie seien seit dem 01.01.1997 höher eingruppiert als Sie und Ihr Arbeitgeber es wussten, so könnten Sie allenfalls für die letzten sechs Monate noch Nachvergütungsansprüche erheben, weil ansonsten die Ausschlussfrist eingriffe.

Haben Sie hingegen Ihren Anspruch schriftlich geltend gemacht, ist die nächste Hürde, nämlich die Verjährung zu beachten. Eine Verjährung kann nur durch Klage gehemmt werden. Hierbei ist zu unterscheiden zwischen der Zeit *vor* dem 31.12.2001 und der *nach* dem 01.01.2002. Vor dem 31.12.2001 gilt: Vergütungsansprüche des Arbeitnehmers verjährten in zwei Jahren, gerechnet vom Ende des Jahres an, in dem der Anspruch entstanden ist. Ab 01.01.2002 gilt: Hier beträgt die regelmäßige Verjährung drei Jahre und beginnt mit Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist.

(Fortsetzung und Schluss folgen im nächsten Heft)

Ganz Recht:

Wissen Sie eigentlich, dass

- das sog. „**Kleinunternehmerförderungsgesetz**“ (Psychotherapeutenjournal 2003, S. 117) zwar inzwischen im Bundesgesetzblatt verkündet worden ist (in Kraft ab 1. Januar 2003), dass sich aber die gehegten Erwartungen für die Psychotherapeuten nicht erfüllt haben. Die ursprünglich vorgesehene Pauschalierung der Betriebsausgaben auf 50 vom Hundert wurde leider nicht ins Gesetz hineingenommen, ebenso wenig eine Änderung der Aufzeichnungspflicht. Was hilft es da, dass der Bundesrat empfohlen hat, die bürokratischen Belastungen

für **Kleinunternehmer** und **Existenzgründer** (selbständige Psychotherapeuten sind Unternehmer, § 14 BGB) weiter abzubauen und die Eigenkapitalausstattung zu verbessern. Dass überdies die Regierung beabsichtigt, die bisherige **Gewerbesteuer** neu zu gestalten/zubenen und in eine sog. „**Gemeindewirtschaftsteuer**“ umzuwandeln, um auch Freiberufler, wie die Psychotherapeuten, künftig zu besteuern, dürfte kaum geeignet sein, deren Stimmung zu heben. Die Gemeindewirtschaftsteuer wird allerdings erst ab einem Freibetrag von 25.000 Euro Betriebserträgen (bisher: Gewerbeertrag) wirksam, bei den Erträgen zwischen 25.000 Euro und 50.000 Euro erfolgt dann ein gleitender Abbau des Freibetrags. Bei noch höheren Betriebserträgen kommt hingegen kein Freibetrag mehr in Betracht. Die Steuermesszahl soll einheitlich 3 vom Hundert betragen. Allerdings soll diese neue Gemeindewirtschaftsteuer auf die Einkommensteuer anrechnungsfähig sein (§ 35 EStG). Die Anrechnung soll dann mit dem 3,8fachen des festgesetzten Steuermessbetrages möglich sein, in dessen die Abzugsmöglichkeit der Gemeindewirtschaftsteuer als Betriebsausgabe bei der Einkommen- und auch bei der Körperschaftsteuer entfallen. Fazit: Mancher Psychotherapeut wird voraussichtlich (zusätzlich) ab 1. Januar 2004 Gemeindewirtschaftsteuer zahlen müssen, es sei denn, die Opposition zieht im Bundesrat die Notbremse. Im nächsten Heft werden wir Näheres berichten.

- Aufwendungen für ein **häusliches Arbeitszimmer** sowie die Kosten seiner Ausstattung nur unter ganz bestimmten Voraussetzungen als Betriebsausgaben oder Werbungskosten steuerlich abzugsfähig sind? So ist ein auf 1.250 Euro pro Jahr begrenzter Abzug dann möglich,

wenn die betriebliche oder berufliche Nutzung des Arbeitszimmers mehr als 50 vom Hundert der gesamten betrieblichen und beruflichen Tätigkeit beträgt oder kein anderer Arbeitsplatz zur Verfügung steht. Ein der Höhe nach unbegrenzter Abzug ist allerdings nur dann möglich, wenn – neben den o. g. Voraussetzungen – das Arbeitszimmer zusätzlich den Mittelpunkt der gesamten betrieblichen und beruflichen Betätigung bildet.

- der **Vertragspsychotherapeut** zur **Erteilung von Auskünften** und zur Vorlage der erforderlichen Unterlagen an die **Kassenärztliche Vereinigung** – auch **ohne Schweigepflichtentbindungserklärung** – verpflichtet ist? Die Aufforderung einer KV, er möge wegen einer Abrechnungsprüfung die vollständigen Patientendokumentationen für namentlich benannte Patienten vorlegen, dürfte nämlich rechtmäßig sein (für Ärzte entschieden: LSG Saarland v. 01.04.1998, Az.: L 3 Ka 19/96; BSG v. 19.11.1985, Az.: 6 RKa 14/93, BSG v. 17.12.1998, Az.: B 6 KA 63/98 B). Überdies ergibt sich ein solcher Anspruch zumeist auch aus der Satzung der KV. Dort heißt es dann ganz lapidar: „Mitglieder sind ferner verpflichtet, der KV ... unverzüglich nach Aufforderung alle Auskünfte zu erteilen und die erforderlichen Unterlagen vorzulegen, die die KV ... zur Durchführung ihrer Aufgaben benötigt“. Grund genug für Sie: **Führen Sie eine ordnungsgemäße Dokumentation!** Dazu sind Sie auch nach den Heil-

berufekammergesetzen der Länder **verpflichtet**. Sie hilft Ihnen aber überdies, Ansprüche zu dokumentieren oder abzuwehren.

- Ihnen der **Entzug der Zulassung** als Vertragspsychotherapeut/in **droht wegen Verlangens privater Zuzahlungen** (so das BSG in einem Urteil v. 17.05.2001, MedR 2003, S. 242)? In dem vom BSG entschiedenen Fall hatte sich allerdings die die Zuzahlung abrechnende Ärztin nicht dazu bereit gefunden, verbindlich zu erklären, künftig keine Privatliquidationen mehr vorzunehmen. Daraufhin das BSG: Wenn ein Vertragsarzt nach einer eindeutigen Belehrung seitens des zuständigen Berufungsausschusses nicht bereit ist, sein Verhalten (Verlangen von Zuzahlungen) einzustellen, ist der KV eine Zusammenarbeit mit ihm nicht mehr zumutbar.
- der Bundesfinanzhof (BFH) der Klage eines Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten inzwischen stattgegeben hat, so dass er (voraussichtlich) in vollem Umfang seine **Weiterbildungskosten zum KJP** steuerlich als Werbungskosten geltend machen kann? (siehe **Rechtstipp** in: Psychotherapeutenjournal 2003, S. 28).

RA Hartmut Gerlach

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

EMDR

EYE MOVEMENT
DESENSITIZATION
AND REPROCESSING

Ausbildung in Kassel mit

Dr. Laurel Parnell

San Rafael, Calif.

Autorin der Bücher: „EMDR – der Weg aus dem Trauma“, Junfermann 1999; „EMDR-Therapie mit Erwachsenen – Kindheitstrauma überwinden“, Pfeiffer bei Klett-Cotta 2003

■ Teil 1: 19. Mai bis 21. Mai 2004

■ Teil 2: 21. Mai bis 23. Mai 2004

■ Teil 3: 17. Mai bis 18. Mai 2004

EMDR-Supervision und Fortbildung, z.B.:

■ 04.07.04: Workshop: Ressourcenorientierte Anwendung von EMDR bei körperlichen Erkrankungen (Christa Diegelmann & Margarete Isermann)

■ 21.03.04: Krisenintervention mit CIPBS (Conflict Imagination Painting and Bilateral Stimulation). Christa Diegelmann & Margarete Isermann
CIPBS ist eine EMDR-bezogene Technik der Trauma- und Konfliktposition, die Elemente der KiP (Kathym imaginative Psychotherapie, Leuner) und der Maltherapie einbezieht.

■ 27.03.04: Workshop: Integrating Positive Psychology Principles into EMDR Resource Development and Installation (RDI) Dr. Sandra Foster, Mailand (früher San Francisco)

INFORMATION UND ANMELDUNG:

ID ID Institut für
Innovative
Gesundheitskonzepte

Wilhelmshöher Allee 259
34131 Kassel
Tel: 0561-3164200
Fax: 0561-3164202
email: idinstitut@aol.com
www.idinstitut.de

Aktuelles aus der Forschung

Detlef Bunk

Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

Psychotherapieforschung bei Kindern und Jugendlichen: Qualitative Aspekte der Therapiebeziehung erfasst mit dem Kurzfragebogen FTB-KJ.

Kronmüller, K.-T., Hartmann, M., Reck, C. et al. (2003). Die therapeutische Beziehung in der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 32 (1), 14-23.

Die Qualität der Patient-Therapeut-Beziehung, die sich im Laufe einer psychotherapeutischen Behandlung entwickelt, wird als bedeutsames Agens für das Therapieergebnis angesehen. Die prognostische Bedeutung verschiedener Beziehungsaspekte in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist aber erst in wenigen Studien untersucht worden. Einfache psychometrisch evaluierte Verfahren sind für diesen Bereich noch nicht in befriedigendem Umfang vorhanden. Ziele der Studie waren die Untersuchung der psychotherapeutischen Bindungsqualität und die Evaluation einer deutschen Version der Therapeutic Alliance Scales for Children von Shirk und Saiz. Eine deutsche Version („Fragebogen zur Therapeutischen Beziehung für Kinder und Jugendliche – FTB-KJ“) lag jeweils in einer Fassung für Kinder/Jugendliche und den Therapeuten vor. Untersucht wurden in der Studie insgesamt 80 Kinder und Jugendliche beiderlei Geschlechts im Alter von 6–12 Jahren und 13–18 Jahren, die sich in ambulanter analytischer Psychotherapie befanden. Diagnostisch war die Gruppe sehr heterogen. Sie umfasste Störungen des Sozialverhaltens, emotionale Störungen mit unterschiedlichster Ko-Morbidität. Der Fragebogen wurde nach den ersten Therapiestunden und gegen Ende der Behandlung von PatientInnen und Therapeuten bearbeitet. Bezüglich des FTB-KJ konnten die Dimensionen „Arbeitsbeziehung“, „positive“ und „negative emotio-

nale Beziehung“ faktoranalytisch entsprechend der Ursprungsfassung repliziert werden. Die Re-Test-Reliabilitäten waren allerdings wenig zufrieden stellend. Hinsichtlich der Konstruktqualität fanden sich gute Übereinstimmungen zwischen FTB-KJ und dem Helping Alliance Questionnaire (HAQ), doch nur in den Gesamtskalenwerten. Deutlich variierte die beurteilte Therapiebeziehung in Abhängigkeit von Geschlecht, Diagnose und Alter der Kinder und Jugendlichen. Beispielsweise korrelierte nur bei den männlichen Patienten die Schwere ihrer Störung mit einer negativen emotionalen Therapeutenbeziehung, nicht aber bei Mädchen. Aus Sicht des Psychotherapeuten zeigte sich bei weiblichen Patienten sogar eine positive Korrelation zwischen Störungsschwere und Beziehungsqualität.

Kommentar: Die Ergebnisse zeigen, dass die deutsche Version ähnliche Dimensionen der Patient-Therapeut-Beziehung erfasst (Arbeitsbeziehung, positive/negative emotionale Beziehung) wie das englischsprachige Original. Der Fragebogen stellt einen Versuch dar, sich in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen dem komplexen psychodynamischen Beziehungsgeschehen mit einfachen Erfassungsinstrumenten zu nähern, um den Therapeuten eine objektivere Rückmeldung über das Therapiegeschehen zu ermöglichen. Das Instrument besticht durch seine Kürze, die Einfachheit der Anwendung, und scheint geeignet, die Psychotherapiebeziehung kontinuierlich zu beschreiben, bzw. beurteilen zu lassen, was einen Qualitätsaspekt der Psychotherapie darstellt. Positiv zu vermerken ist, dass die Autoren den Fragebogen im Anhang der Arbeit publizieren.

Was verbirgt sich hinter 50%-Antworten: Subjektive Überschätzung des Brustkrebsrisikos als Indikator für erhöhte Krebsangst

Barth, J., Reitz, F. & Bengel, J. (2003). Risikowahrnehmung von Brustkrebs. Sind 50% wirklich 50%? *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 11 (3), 99-106.

Vor einer prädiktiven Brustkrebsdiagnostik wird in den Beratungsgesprächen mit den betreffenden Frauen über ihr epidemiologisches Risiko gesprochen, wobei auch ihre subjektive Einschätzung des Erkrankungsrisikos, d. h. die wahrgenommene eigene Vulnerabilität, mit eingeht. Aus Voruntersuchungen ist bekannt, dass häufig mehr als die Hälfte der Frauen bei offener Befragung zum Prozentsatz ihres Erkrankungsrisikos ohne orientierende Hilfsmittel (Skalen) eine subjektive Erkrankungswahrscheinlichkeit von 50% angaben. Solche überhöhten Risikoeinschätzungen können mit unangemessenen krankheitsbezogenen Überzeugungen und Sorgen einhergehen und zu einer Überinanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führen. Die Studie prüft, ob mit den 50%-Antworten bestimmte gesundheitsbezogene Kognitionen und Emotionen assoziiert sind. Gefragt wurde, ob sich drei Frauengruppen mit unterschiedlicher subjektiver Risikoeinschätzung

unter anderem hinsichtlich der Sicherheit der eigenen Einschätzung, ihrer Angst vor einer möglichen Krebserkrankung und ihres geäußerten Optimismus, gesund zu bleiben, unterscheiden. Für die Studie wurde aus der Allgemeinbevölkerung eine Zufallsstichprobe von insgesamt 352 Frauen ohne Brustkrebserkrankung (Altersdurchschnitt: 43.4 Jahre) ausgewählt. Die Teilnehmerinnen wurden für die weiteren Untersuchungen nach der subjektiven Einschätzung ihres Erkrankungsrisikos in drei Gruppen eingeteilt: „Realistinnen“ (bis 15% Erkrankungswahrscheinlichkeit), „Pessimistinnen“ (Vulnerabilitätsrisiko 16-49%) und Frauen, die ihr Erkrankungsrisiko auf 50% schätzten. Mit Fragebögen wurden u. a. Erkrankungsängste, Optimismus, Wissen über spezifische Risikofaktoren, Kontroll- und Kompetenzüberzeugungen, sich selbst untersuchen zu können, und die Sicherheit der eigenen Einschätzung des Erkrankungsrisikos erfasst. Bezüglich ihrer Schul- und Berufsausbildung unterschieden sich die Gruppen nicht, so dass der objektive Informationsstand über Brustkrebserkrankungen als vergleichbar anzunehmen war. Die Ergebnisse zeigen, dass bei Frauen der 50%-

Gruppe durch geringen Optimismus, gesund zu bleiben, erhöhte Krebsangst und Unsicherheit bezüglich der eigenen Vulnerabilitätsschätzung zu finden sind. Die Autoren interpretieren ihre Ergebnisse dahingehend, dass sich hinter den 50%-Antworten nicht notwendigerweise eine abgewogene Schätzung des subjektiven Brustkrebsrisikos verbirgt, sondern diese Beurteilung aus einer allgemeinen Angst vor Krebserkrankungen, geringeren Kontrollüberzeugungen und geringer Urteilsicherheit über eigene Erkrankungsrisiken resultiert.

Kommentar: Die Studie macht deutlich, dass bei Befragungen zur prozentualen Beurteilung eigener Erkrankungsrisiken den 50%-Antworten eine besondere Bedeutung zukommt. Lebenserfahrung, Urteilsicherheit und allgemeine Angstbereitschaft bestimmen, wie das Wissen über spezifische Risikofaktoren zu einem subjektiven Urteil verdichtet wird. Gesundheitsängste und niedriges Selbstvertrauen sind Ursachen einer indifferenten Urteilsbildung und können gleichzeitig als Indikatoren für ein intensiveres Beratungsangebot betrachtet werden.

Frauen und Männer erleben sich gleichermaßen als Opfer von Gewalt

Porcerelli, J. H., Cogan, R., West, P. P. et al. (2003). *Violent victimization of women and men: physical and psychiatric symptoms. Journal of the American Board of Family Practice*, 16 (1), 32-39.

In dieser explorativen Studie sollte die Prävalenz von Gewaltopfern in Familienberatungsstellen untersucht werden. Ratsuchende Erwachsene beiderlei Geschlechts wurden zu ihren Ge-

walterfahrungen mit Lebenspartnern, Freunden, Familienmitgliedern und Fremden befragt. Bezüglich körperlicher Beschwerden, depressiver Symptome und Alkoholmissbrauch wurden sie mit einer gemischtgeschlechtlichen Gruppe verglichen, die in den vorausgegangenen 12 Monaten keine Gewalterfahrungen erlitten hatte. In der querschnittlich angelegten Multicenter-Studie wurden 1.024 Personen in der Altersgruppe von 18

bis 64 Jahren untersucht (679 Frauen und 345 Männer). Per Fragebogen wurden demographische Daten, Krankheitsanamnese und Opfer- bzw. Gewalterfahrungen erfasst. Opfererfahrungen wurden von 9,9% der Frauen und von 10,9% der Männer angegeben. Unterteilt nach Täterkategorien gaben 4,9% der Frauen und 3,0% der Männer Gewalttraumatisierungen durch ihre jeweiligen Lebenspartner an. Einmalige Gewalterfahrungen ent-

weder durch Freunde, Familienmitglieder oder Fremde machten 2,3% der Frauen und 5,0% der Männer. Mehrfach traumatisiert durch verschiedene Personen waren 2,6% der Frauen und 3,0% der Männer. Fast ein Drittel dieser Befragten gab mehrfache Traumatisierungen durch den jeweiligen Lebenspartner an. Traumatisierte Frauen zeigten mehr psychosomatische und somatische Beschwerden als Frauen ohne Opfererfahrung. Sowohl Männer als auch Frauen, die durch ihre Partner misshandelt wurden, zeigten deutlich mehr depressive Symptome als

andere Opfergruppen. Mehrfachtraumatisierte litten zudem unter häufigerem Alkoholabusus. Für alle Gewaltopfer galt, dass sie in den letzten 12 Monaten weniger soziale Fürsorge und Unterstützung durch andere erfahren hatten als die Personen ohne Gewalterfahrungen.

Kommentar: Auch wenn diese explorative Studie nur zwischen verschiedenen Tätergruppen und nicht hinsichtlich der Art der Gewalterfahrung differenziert und zudem auf Selbstauskünften beruht, wird doch deutlich,

dass im Erwachsenenalter sowohl Männer als auch Frauen gleichermaßen Gewalterfahrungen durch Partner, Familienmitglieder und andere Personen außerhalb der Familie erfahren. In der Folge leiden solche Personen häufiger unter seelischen Problemen und erhalten weniger soziale Unterstützung, was ein erhöhtes Risiko impliziert, behandlungsbedürftige psychische Störungen zu entwickeln. Es deutet sich an, dass soziale Unterstützung durch Dritte das Risiko, Gewaltopfer zu werden, vermutlich mindert und damit präventive Funktion hat.

Kooperation und Mitsprache von Patienten-Interessenvertretern bei psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungsstrukturen

Crawford, M. J., Aldridge, T. & Bhui, K., et al. (2003). User involvement in the planning and delivery of mental health services: a cross-sectional survey of service users and providers. Acta Psychiatrica Scandinavica, 107, 410-414.

In England wurden in den letzten 20 Jahren Versuche unternommen, organisierte Patientengruppen (user groups) und ihre Vertreter mit den Institutionen und Leistungserbringern der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung kooperativ ins Gespräch zu bringen, um die psychiatrisch/psychotherapeutische Versorgung patientengerechter und effektiver zu gestalten. Die von gesundheitspolitischer Seite gewünschte engere Kooperation zwischen Patienten und Leistungserbringern ist bisher aber aus

verschiedenen Gründen, hauptsächlich aber wegen gegenseitiger Vorurteile und Abschottungstendenzen, wenig vorangekommen.

Die Autoren stellen die Ergebnisse einer Umfrage im Großraum London vor, in der psychiatrisch/psychotherapeutische Versorgungsinstitutionen und user groups nach Hinderungsgründen und begünstigenden Bedingungen für eine vertrauensvolle Kooperation zwischen Versorgungsinstitution und Patienten befragt wurden. Es zeigte sich, dass die Kooperation zwischen Patienten und Institution dann am besten ist, wenn Kommunikationsstrukturen von den Institutsleitungen aktiv geschaffen werden und das Therapie- bzw. Pflegepersonal in der Umsetzung unterstützt wird. Ein hauptsächlich

Hinderungsgrund für den Austausch über Patientenzufriedenheit und Behandlungsergebnisse waren Unkenntnis und Widerstand von Krankenhausmitarbeitern gegenüber derartigen Kommunikationsformen. Hinzu kamen Vorurteile seitens der Institutionen gegenüber den Patientenvertretern, die ihrerseits die Patientenbedürfnisse nicht repräsentierten. Finanzielle Gründe wurden hingegen von beiden Seiten als wenig relevant angesehen.

Kommentar: Eine engere Kooperation zwischen Patientengruppen und Behandlungseinrichtungen für die Entwicklung einer patientengerechteren Versorgung bei seelischen Problemen scheint primär eine Frage der Motivation, des gegenseitigen Respekts und des Vertrauens zu sein.

Beeinflussen eigene Missbrauchserfahrungen das professionelle Urteil von Sozialbetreuern in Fällen häuslicher Gewalt?

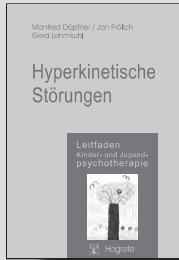
Yoshimhama, M. & Mills, L.-G. (2003). When is the personal professional in public child welfare practice? The influence of intimate partner and child abuse histories on workers in domestic violence cases. Child-Abuse and Neglect, 27 (3), 319-336.

Die Autoren gingen der Frage nach, inwieweit bei Mitarbeitern eines sozialen Kinderhilfsdienstes eigene Missbrauchserfahrungen ihr fachliches Urteil in Fällen häuslicher Gewalt beeinflussen. Einer Gruppe von 303 meist weiblichen Sozialbetreuern, die an ei-

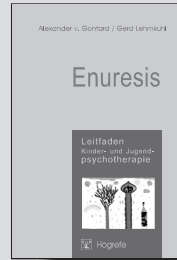
nem Trainingsprogramm über häusliche Gewalt teilnahmen, wurde ein anonymer Fragebogen vorgelegt. Gefragt wurde nach Opfererfahrungen physischer Gewalt oder sexuellen Missbrauchs während der Kindheit bzw. in der Partnerschaft. Weiterhin

Die Reihe **Leitfaden** Kinder- und Jugend**psychotherapie**

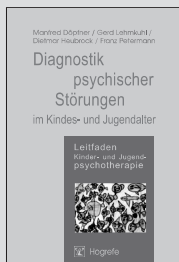
Die Reihe **Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie** vermittelt die allgemein akzeptierten Standards in der Diagnostik und Therapie einzelner psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Ziel ist es, dem Therapeuten Hilfsmittel zur Umsetzung dieser Standards an die Hand zu geben.



Manfred Döpfner
Jan Frölich / Gerd Lehmkuhl
Hyperkinetische Störungen
Band 1: 2000, X/164 Seiten,
ISBN 3-8017-1354-7



Alexander von Gontard
Gerd Lehmkuhl
Enuresis
Band 4: 2002, XII/173 Seiten,
ISBN 3-8017-1371-7



Manfred Döpfner / Gerd Lehmkuhl
Dietmar Heubrock / Franz Petermann
Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter
Band 2: 2000, X/174 Seiten,
ISBN 3-8017-1373-3



Fritz Poustka / Sven Bölte
Sabine Feineis-Matthews
Gabriele Schmötzler
Autistische Störungen
Band 5: 2004, XI/178 Seiten,
ISBN 3-8017-1632-5



Franz Petermann / Manfred Döpfner
Martin H. Schmidt
Aggressiv-dissoziale Störungen
Band 3: 2001, VIII/174 Seiten,
ISBN 3-8017-1372-5



Andreas Warnke / Uwe Hemminger
Ellen Roth
Lese-Rechtschreibstörungen
Band 6: 2004, ca. 150 Seiten,
ISBN 3-8017-1634-1

Bezugsmöglichkeiten: Bestellen Sie jetzt die Reihe **Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie** zur Fortsetzung und Sie erhalten alle Bände automatisch nach Erscheinen zum günstigen Fortsetzungspreis von je € 17,95 / sFr. 30,80. Sie sparen **mehr als 20%** gegenüber dem Einzelpreis von € 22,95 / sFr. 39,80.

Alle Neuabonnenten erhalten als **Dankeschön** ein Telefonregister. Ihre Fortsetzungsbestellung umfasst eine Mindestabnahme von zwei Titeln in Folge, danach können Sie jederzeit schriftlich kündigen.

Bestellschein

Ja, ich bestelle bis auf Widerruf die **Reihe Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie** zur Fortsetzung ab Band-Nr.: _____

Zu beziehen über:



**Hogrefe & Huber
Verlagsgruppe**

Robert-Bosch-Breite 25
37079 Göttingen

Tel. (0551) 506 88-30, Fax (0551) 506 88-24
E-Mail: distribution@hogrefe.de • <http://www.hogrefe.de>

Ja, ich bestelle folgende Titel zu Einzelpreisen:

_____ Expl. _____ ISBN 3-8017- _____

_____ Expl. _____ ISBN 3-8017- _____

_____ Expl. _____ ISBN 3-8017- _____

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Datum: _____ 1. Unterschrift: _____

Diese Bestellung kann innerhalb von 10 Tagen beim Verlag schriftlich widerrufen werden.

Datum: _____ 2. Unterschrift: _____

wurde geprüft, ob sich die Betreuer mit einer Mutter identifizieren, die selbst Opfer häuslicher Gewalt ist. Dazu sollte beurteilt werden, ob Kinder aus einer solchen Familie herausgenommen werden sollen. Ein Drittel der Befragten berichtete über Gewalterfahrungen, 22% gaben sexuelle Missbrauchserlebnisse während der Kindheit an. BetreuerInnen mit sexuellen Missbrauchserlebnissen im Kindesalter sprachen sich deutlich häufi-

ger für eine Herausnahme des Kindes aus der Familie aus. Hatten die Befragten hingegen Gewalt durch einen Lebenspartner erlitten, identifizierten sie sich stark mit der Kindsmutter und waren weniger geneigt, das Kind von der Familie zu trennen.

Kommentar: Trotz methodischer Einschränkungen bei Fragebogenuntersuchungen mit Selbstauskünften wird der Aspekt deutlich, dass Betreuer in

psychosozialen Hilfseinrichtungen selbst zu einem beachtenswerten Teil Gewalt- und Missbrauchserfahrungen erlitten haben, ebenso wie diejenigen, die sie betreuen. Zu Recht folgern die Autoren, dass bei Mitarbeitern sozialer Hilfseinrichtungen eigene Gewalterfahrungen in Fortbildungsprogrammen berücksichtigt und ihr Einfluss auf das professionelle Entscheidungsverhalten erarbeitet werden sollte.

Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) im Kindesalter: Höheres Risiko für Substanzgebrauch in der Adoleszenz

Molina, B. & Pelham, W. (2003). Childhood Predictors of Adolescent Substance Use in a Longitudinal Study of Children with ADHD. Journal of Abnormal Psychology, 112(3), 497-507.

ADHS ist ein komplexes Syndrom mit Aufmerksamkeitsdefiziten, gesteigerter Impulsivität und motorischer Hyperaktivität. Dieses Syndrom ist im Zuge der Entwicklung häufig mit oppositionell-feindseligem Verhalten und sozialen Anpassungsstörungen vergesellschaftet. Langzeitstudien haben gezeigt, dass Kinder mit Störungen aus dem Formenkreis des ADHS in der Adoleszenz häufiger als Gesunde mit legalen und illegalen Drogen experimentieren. Sie neigen zu Missbrauch im Sinne eines intensiven Konsums und entwickeln demzufolge ein höheres Risiko, abhängig zu werden. Wenig geklärt ist bisher, welche Symptombdimensionen des kindlichen ADHS bzw. welche komorbiden sozialen Verhaltensauffälligkeiten später während der Adoleszenz mit der Art des Drogenkonsums oder -missbrauchs in Beziehung stehen. Dieser Frage ging die vergleichende Studie an 142 Adoleszenten mit kindlichem ADHS und 100 demographisch vergleichbaren gesunden Jugendlichen nach. Die ADHS-Gruppe war fünf Jahre zuvor differenzialdiagnostisch nach DSM-III untersucht worden. Die aktuelle Diagnostik

erfolgte nach demselben Schema. Der Gebrauch von Alkohol, Nikotin, Marihuana und anderen illegalen Drogen, Drogen-Abusus und eventuelle Abhängigkeitssymptome wurden mit einem Health Behavior Questionnaire und dem strukturierten SCID-Interview erhoben.

Die Hauptergebnisse zeigten, dass Jugendliche mit kindlichem chronischen ADHS signifikant häufiger illegale Drogen konsumieren und einen höheren Nikotinkonsum aufweisen als Gesunde. Eine zwar nicht signifikante, aber doch erkennbare Tendenz bestand bei ADHS zu häufigerem Missbrauch von Marihuana mit klinisch relevanten Abhängigkeitssymptomen. Auch war multipler Substanzgebrauch bei ihnen dreimal höher als in der Kontrollgruppe. Bei ADHS-Jugendlichen mit zusätzlichen sozialen Anpassungsschwierigkeiten waren schwere Alkoholprobleme beobachtbar; bei 50% dieser Gruppe zusätzlich der Gebrauch von Marihuana und illegalen Drogen. Eine multiple Regressionsanalyse zur Prädiktion des Drogengebrauchs in der Adoleszenz zeigte, dass Aufmerksamkeitsdefizite und soziale Auffälligkeiten während der Kindheit unabhängig voneinander Hochrisikofaktoren für den späteren Gebrauch illegaler Drogen (Halluzinogene, Kokain und Heroin) darstellen. Die Kombination beider

Prädiktoren erhöht das Risiko beträchtlich.

Kommentar: Klinisch auffällige Aufmerksamkeitsdefizite in der Kindheit beeinträchtigen auf lange Sicht die psychosozialen Anpassungsleistungen in Schule, peer-group und Familie. Der frühe und intensive Nikotinkonsum bei ADHS-Jugendlichen könnte sich bei ihnen aus dem Bedürfnis erklären, die psychostimulierenden Eigenschaften von Drogen zur Verbesserung kognitiver Leistungen zu nutzen. Die Ergebnisse legen insgesamt den Schluss nahe, dass in der Behandlung von ADHS-Kindern nicht nur die Kernsymptome, sondern auch beginnende komorbide Verhaltensauffälligkeiten mit in den Fokus rücken müssen, um schweren emotionalen Entwicklungsstörungen, Schulleistungsversagen und sozialen Fehlanpassungen vorzubeugen.

Dr. Detlef Bunk

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

Buchrezensionen

Michael Kusch

Versorgungspsychologie. Wie Forschung zur Praxis wird!

Verlag Empirische Pädagogik, Landau 2003, 578 Seiten

Im Gesundheitswesen sollten Forschungsergebnisse möglichst effizient in die Praxis umgesetzt werden. Oft ist der Weg dahin aber steinig. Wie sind in der Psychotherapie und der multiprofessionellen psychosozialen Versorgung Forschungserkenntnisse für den Patienten nutzbar zu machen? Das ist die zentrale Frage der von Michael Kusch vorgelegten Monographie. Dieser Umsetzungsprozess unterliegt einer Vielzahl von Strukturmerkmalen des Gesundheitswesens und wird ganz entscheidend von den zur Verfügung stehenden personellen, ökonomischen und organisatorischen Ressourcen geprägt.

Als eigenständige akademische Disziplin besteht die Psychologie seit gerade einmal 100 Jahren. Obwohl seit mehr als 10 Jahren die Psychologische Psychotherapie als wissenschaftliches Behandlungsverfahren anerkannt ist, wurden bisher von der Gesundheitspolitik wissenschaftlich gesicherte klinisch-psychologische Erkenntnisse kaum systematisch berücksichtigt. Mit der Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes hat sich das zu ändern begonnen. Psychologische Psychotherapie ist heute eine vertraglich geregelte Versorgungsleistung. Patienten erwarten eine individuelle, wirksame Behandlung ihrer Leiden. Gleichzeitig sollen aber eine leitliniengerechte Anwendung evidenzgestützter Behandlungsmethoden und eine qualitätssichernde Leistungsdokumentation gewährleistet sein. Bei einem Großteil der medizinischen Leistungen mag das möglich sein. Im Vergleich dazu lassen sich aber die im Einzelfall notwendigen psychotherapeutischen und psychosozialen Maßnahmen wegen der individuellen Vielfalt der Behandlungserfordernisse kaum in das Korsett starrer Reglementierungen zwängen. Genau an dieser Stelle setzt Michael Kusch in seiner Habilitationsschrift an. „Versorgungspsychologie“ definiert er als ein neues wissenschaft-

liches Arbeitsfeld, welches den Anspruch einer wissenschaftlich fundierten psychologischen Praxis mit den Anforderungen des Versorgungsmanagements und der Versorgungsforschung verbindet. Dabei schöpft der Autor aus einer reichhaltigen Erfahrung als Kliniker in der Betreuung krebskranker Kinder und ihrer Familien. An den psychosozialen Versorgungsbedürfnissen dieser Patienten zeigt er die Grenzen einer sich strikt nach evidenzbasierten Praxisleitlinien richtenden Behandlung auf.

Evidenz beruht auf kontrollierten empirischen Untersuchungen über die Effektivität von Behandlungsverfahren. Die Ergebnisse solcher Therapiestudien können aber nur Aussagen über einen „Durchschnittspatienten“ machen, die im Einzelfall keineswegs gültig sein müssen. In der psychotherapeutischen und psychosozialen Behandlungssituation sind psychische Problem- und Bedürfnislagen der Patienten nämlich derart vielfältig, dass es wissenschaftlich nicht zu realisieren ist, für alle denkbaren Kombinationen psychischer Konfliktelemente und Problemkonstellationen die Wirksamkeit therapeutischer Behandlungsmuster zu prüfen und zudem noch einen Kosten-Nutzen-Nachweis zu erbringen. So bleibt in der einzelnen Therapiesitzung der klinisch Tätige nach wie vor die letzte Instanz, die klinisches Handeln entscheidet und begründet. Damit wird der Therapeut aber gleichzeitig in die Lage versetzt, Ausnahmefälle und Abweichungen von Leitlinien zu formulieren.

In der Anpassung wissenschaftlich begründeten therapeutischen Handelns an die Bedürfnisse des Patienten stellen sich Forschung und Praxis als zwei Äußerungsformen von Wissenschaft dar, die ihren Sinn nicht durch ihren Anspruch nach Erkenntnisgewinn, sondern aufgrund ihres Dienstes für den Patienten bekommen. Versorgungspsychologie befasst sich mit der Erarbeitung standardisierter Behandlungskonzepte und ihrer Erprobung unter den Bedingungen der alltäglichen Praxis. Sie untersucht die klinische Nützlichkeit und Praktikabilität psychologischer Erkenntnisse. Behandlungen und daraus resultierende Erfahrungen gilt es zu do-

kumentieren, wodurch diese nicht nur einer wissenschaftlichen Untersuchung, sondern auch der Qualitätskontrolle und der ökonomischen Bewertung zugänglich gemacht werden können. In einer bottom-up-Strategie wird mit den klinisch tätigen Mitarbeitern das therapeutisch notwendige und machbare der psychosozialen Versorgung analysiert und mit dem vorhandenen Kenntnisstand verknüpft.

Auf Basis dieser Erkenntnis entwirft der Autor ein „Care-Service-Science-Konzept“ als einen dialogischen Prozess, in dem alle Partner, die in einer Einrichtung an der komplexen Gesundheitsleistung am Patienten beteiligt sind, eingebunden werden. Die Kliniker-Patient-Beziehung, in der wissenschaftliche Erkenntnisse zum Wohle des Patienten umgesetzt werden sollen, behält zwar oberste Priorität, sie sollte aber doch so gestaltet werden, dass sie klinisch wirksam und ökonomisch vertretbar ist. Keine der an diesem Prozess beteiligten Professionen kann alleinigen Anspruch auf die Definition dessen haben, was eine

gute Patientenversorgung ist. Wichtig sind der Dialog, die Dokumentation und die Überprüfung von Ergebnissen erbrachter Behandlungsleistungen. Zur klinischen Optimierung des Behandlungskonzepts müssen psychotherapeutische und psychosoziale Leistungen einer Qualitäts-, aber auch einer Erfahrungskontrolle zugänglich gemacht werden. Als Alternative zu einer formalisierten, leitlinienorientierten Dokumentation schlägt Kusch daher eine neue Spezifikation zur Darstellung der Leistungserbringung vor: „Schreibe auf, warum, wer, was, wann, wie, mit welchem Ziel und mit wem tut, notiere, was konkret getan und welches Ziel tatsächlich erreicht wurde!“ (Seite 486). Psychosoziale Versorgung wird so als komplexe Dienstleistung deutlich, wobei alle Behandler ihre wissenschaftlich begründeten Erkenntnisse einbringen, wo die professionellen Kompetenzen abgrenzbar sind – wer ist für was verantwortlich – und wo nicht zuletzt auch der Patient als Betroffener und eigenverantwortlich Handelnder mit in den Prozess ein-

gebunden ist. Psychotherapeutische bzw. psychosoziale Versorgung wird damit für alle transparent – eine Grundlage für die Beurteilung ihrer Wirksamkeit.

Der Autor hat das Konzept einer neuen Wissenschaftsdisziplin „Versorgungspsychologie“ durch anschauliches Beispielmateriale und fundierte wissenschaftlich-erkenntnistheoretische Analysen begründet. In manchen Passagen fordert das Buch vom Leser etwas Geduld. Dieser wird aber am Schluss mit einer neuen richtungsweisenden Perspektive auf die Rolle der Psychotherapie in der psychosozialen Versorgung und die Erforschung ihrer Praxis belohnt.

Dr. Detlef Bunk, Dipl.-Psych.

Wissenschaftlicher Angestellter
Psychotherapeutenkammer NRW
Willstätterstr. 10
40549 Düsseldorf
Tel.: 0211/522 847-29
Fax: 0211/522 847-59
d.bunk@ptk-nrw.de

„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. 2.000 Seiten. Das Werk wird 3 bis 4 mal pro Jahr mit jeweils 150 bis 200 Seiten Umfang aktualisiert zum Preis von je € 30,- bis € 45,-.
Loseblattwerk in 2 Ordnern. € 99,-.
ISBN 3-7685-6592-0

Hüthig GmbH & Co. KG, Im Weiher 10, 69121 Heidelberg
Tel. 06221/489-285, Fax -450. www.mhp-online.org



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

60706414

Stellungnahme zur Versorgungssituation in der ambulanten Neuropsychologie

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

Diese Stellungnahme des Vorstandes erging am 13.10.2003 an den Bundesausschuss Ärzte/Krankenkassen für die besonderen Belange der Psychotherapie

In verschiedenen Kontexten (Stellungnahmen der Gesellschaft für Neuropsychologie, DPTV-Expertentagung April 2002, 1. bvvp Werkstattgespräch zur Kammer Okt. 2002, Psychotherapeutenjournal 1/2003, Deutsches Ärzteblatt, Ausgabe PP 3/2003, Stellungnahmen des Arbeitsausschusses "Psychotherapie-Richtlinien" im Rahmen von Sozialgerichtsverfahren u.a.) wird auf die derzeitige Problematik der Patientenversorgung mit ambulanter neuropsychologischer Therapie hingewiesen. Durch neuere Entwicklungen (wie unten dargestellt) wird die Erbringung neuropsychologischer Leistungen in Frage gestellt und damit die Versorgung von Kranken mit organisch bedingten psychischen Störungen nicht mehr gewährleistet. Im Folgenden wird versucht, die Neuropsychologie vorzustellen, ihre Charakteristika zu verdeutlichen, Lösungswege aufzuzeigen und Krankenkassen bzw. den Arbeitsausschuss „Psychotherapie-Richtlinien“ des Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen (Psychotherapie) für eine Unterstützung dieser Lösungswege zu gewinnen.

1. Historie

Die Anfänge der neuropsychologischen Behandlung reichen zurück in die Zeit der Hirnverletztenlazarette in Deutschland im 1. Weltkrieg. Im Rahmen einer fruchtbaren Zusammenarbeit von Psychologen und Ärzten entwickelten Psychologen eine Reihe von Untersuchungsverfahren und Behandlungsmethoden für die kognitiven, emotionalen und motivationalen Störungen der hirnverletzten Soldaten (Moede, 1917). Aufgrund der Vertreibung vieler, v.a. jüdischer Wissenschaftler, und einer berufspolitisch motivierten Ausgrenzung von

Psychologen konnte diese Arbeit im 2. Weltkrieg nicht fortgesetzt werden (Gauggel, 1997). In den 50er Jahren übernahmen Neuropsychologen in den USA und in der UDSSR eine Schlüsselrolle bei der Erforschung von Aufbau, Strukturen und Funktionen des Gehirns. Lange vor der Entwicklung der bildgebenden Verfahren waren Neuropsychologen in der Lage, Neurochirurgen wertvolle Informationen nicht nur über den Schweregrad der Schädigung, sondern auch über die mögliche Lokalisation von Läsionen zu geben. Im Zuge der Etablierung der Neuropsychologie an den Universitäten und in den Kliniken wurden in den 60er und 70er Jahren systematisch Behandlungsmethoden entwickelt – v.a. Funktionstrainings für Aufmerksamkeits- u. Gedächtnisstörungen –, die sich die Erkenntnis zu nutze machten, dass das Gehirn in seiner Struktur veränderbar ist und selbst nach einer schwerwiegenden Schädigung noch eine erhebliche Plastizität besitzt (Luria, 1963). In den 90er Jahren wurde in den USA von Ben-Yishai (1996) und Prigatano et al. (1984), der Gedanke eines speziell neuropsychologisch orientierten therapeutischen Milieus entwickelt, in dem es nicht mehr nur um die Beseitigung oder Verminderung einzelner Funktionsdefizite geht, sondern auch um die Entwicklung neuer Lebensziele, den Umgang mit bleibenden Beeinträchtigungen und die Bewältigung von emotionalen Belastungen. Damit trägt es der Persönlichkeit des Patienten, seiner multiplen Störungen und den Bedürfnissen der Angehörigen, die oft direkt von den Folgen der Erkrankung oder Verletzung betroffen sind, umfassend Rechnung.

In der Bundesrepublik Deutschland wurde von der Gemeinsamen Kommission Klinische Neuro-

psychologie im Jahre 1999 eine Expertise vorgelegt, die belegen konnte, dass die neuropsychologische Therapie ein effektives, theoretisch und wissenschaftlich fundiertes Psychotherapieverfahren ist.

Im selben Jahr hat der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie aufgrund der vorliegenden Methodenbeschreibung und Evidenznachweise der neuropsychologischen Therapie die wissenschaftliche Anerkennung für den Anwendungsbereich „Hirnorganische Störungen“ bescheinigt.

2. Behandlungsspektrum

Behandelt werden hirnorganische Störungen nach Unfällen, Infektionen, Vergiftungen, Schlaganfällen usw., die im ICD-10 in Kapitel V unter F0 kodiert sind. In weiteren Kapiteln des ICD-10 wird eine große Anzahl weiterer Krankheiten kodiert, die neuropsychologische Störungen nach sich ziehen.

Die zahlreichen Verfahren und Methoden der neuropsychologischen Therapie lassen sich drei Therapiesäulen zuordnen:

1. Restitution – Funktionswiederherstellung oder -verbesserung
2. Kompensation – Ausgleich von Defiziten durch Einsatz noch intakter Fähigkeiten und Ausstattung mit spezifischen Hilfsmitteln
3. Integrierte Verfahren – Modularer, flexibler Einsatz von an die Hirnschädigung adaptierten Verfahren anderer Psychotherapierichtungen zur Bewältigung der Krankheit

In der Restitution wird z.B. durch eine spezifische Stimulation von Gehirnarealen versucht, die geschädigten neuronalen Netzwerke neu zu formen, um deren Funktionsfähigkeit wieder vollständig herzustellen. Bei den auf

Kompensation ausgerichteten Methoden wird hingegen versucht, intakte gebliebene Funktionssysteme dazu zu veranlassen, die Aufgaben geschädigter Systeme mit zu übernehmen. Das Ziel der funktionellen Reorganisation ist nicht mehr die Wiederherstellung der Funktion geschädigter Systeme, sondern eine Verbesserung des Zustandes des Patienten durch die Aktivierung intakt gebliebener Fähigkeiten. Den Patienten werden darüber hinaus kognitive Kompensationsstrategien vermittelt, z.B. sog. Zielsetzungstechniken.

Eine weitere wichtige Patientengruppe, die Demenzkranken – in der BRD gibt es derzeit ca. eine Million – kann von Neuropsychologen mit dem Verfahren „Selbst-Erhaltungs-Therapie“ behandelt werden. Verwirrte ältere Menschen profitieren nachgewiesenermaßen von dem Realitäts-Orientierungs-Training, welches von Neuropsychologen in Einzel- wie in Gruppensitzungen durchgeführt wird. Für die Angehörigen von altersdementen oder hirngeschädigten Patienten wurde im Rahmen der neuropsychologischen Therapie eine systematische Patient-Familien-Eduktion entwickelt, die u. a. die Vermittlung von Verhaltensstrategien an die Betroffenen beinhaltet.

3. Leistungserbringung

Neuropsychologische Leistungen werden im stationären und ambulanten Bereich erbracht. Während im stationären Bereich die Versorgung zur Zeit nicht gefährdet erscheint, ist die Leistungserbringung im ambulanten Bereich bisher noch nicht geregelt.

Nach der allgemein anerkannten Definition von Psychotherapie von Strozka (1978) gehört die neuropsychologische Behandlung zur Psychotherapie. Sie wurde jedoch mit ihrer

Besonderheit nicht im Rahmen des PsychThG berücksichtigt. Dies hat sowohl Folgen für die Erbringung neuropsychologischer Leistungen als auch für die Ausbildung in Klinischer Neuropsychologie.

Um als neues Psychotherapieverfahren akzeptiert zu werden (und damit auch berufs- und sozialrechtliche Absicherung/Anerkennung zu gelangen), stellte sich die Klinische Neuropsychologie der Bewertung durch den Wissenschaftlichen Beirat. Dieser stellte die wissenschaftliche Fundiertheit der klinischen Neuropsychologie fest und anerkannte sie für den Anwendungsbereich F0 (ICD-10). Der wissenschaftliche Beirat empfahl jedoch, die neuropsychologische Behandlungsmethode aufgrund mangelnder Anwendungsbreite nicht zur vertieften Ausbildung zuzulassen. Diese vom Sozialgericht Hamburg (Az. S 32 KR 1360/03 ER) kürzlich als formell bezeichneten Gründe des wissenschaftlichen Beirats vermögen jedoch die Wissenschaftlichkeit des Verfahrens nicht in Zweifel zu ziehen und stehen einer Anerkennung als Psychotherapieverfahren nicht im Wege, da im PsychThG keine zwei Ebenen der Wissenschaftlichkeit vorgesehen sind. So hat auch das VG Koblenz (Az.: 3 K 73/00.K) bestätigt, dass aufgrund einer neuropsychologischen Ausbildung eine Approbation zu erteilen sei.

Aufgrund neuerer Rechtsprechung des BSG zogen sich Krankenkassen (regional unterschiedlich) aus einem bisherigen Konsens (Status-quo-Positionspapier zur ambulanten klinischen Neuropsychologie, Stand 1.2.2000) zurück, neuropsychologische Leistungen weiterhin – wie bisher praktiziert – über die Kostenerstattung zu finanzieren.

Derzeit ist bundesweit eine maßgebliche Anzahl von Gerichtsverfahren vor Sozialgerichten anhängig, in der sei-

tens der Kläger die Erstattung für Behandlungskosten im Rahmen der ambulanten neuropsychologischen Therapie beantragt wurde. In inzwischen vier Einstweiligen Anordnungen des SG Hamburg wird in diesem Zusammenhang durchgängig die überwiegende Wahrscheinlichkeit für ein Systemversagen festgestellt (Aktenzeichen: S 32 KR 975/03 ER, S 32 KR 974/03 ER, S 23 KR 983/03 ER und S 32 KR 1360/03 ER) und die unterlegenen Krankenkassen wurden einstweilig zur Übernahme der Behandlungskosten verpflichtet.

Der Bundesausschuss Ärzte-Krankenkassen in seiner besonderen Zusammensetzung für Fragen der Psychotherapie war bislang noch nicht mit dem Problem der Neuropsychologie befasst. Eine Diskussion um die ambulante Neuropsychologie findet zur Zeit im Arbeitsausschuss (Unterausschuss des Bundesausschusses) statt.

Das bisherige Procedere für die Kostenerstattung stellte sich wie folgt dar: Der behandelnde Neuropsychologe stellt anonymisiert einen Antrag auf Kostenübernahme (mit den Punkten: 1. Vorgeschichte, 2. Anamnese und Verhaltenseindruck, 3. Testpsychologische Diagnostik und Diagnose, 4. Behandlungsziele, 5. Behandlungsplanung 6. Therapiemotivation und Prognose und Angaben zum Behandlungsumfang/Frequenz der Behandlung). Der Medizinische Dienst der Krankenkassen bewertet den Antrag und empfiehlt ggf. die Kostenübernahme. Im Falle, dass keine Vordiagnostik vorliegt, werden 5 Stunden für Diagnostik beantragt, danach die vorigen Schritte.

4. Lösungsansätze

Damit Patienten, die einer neuropsychologischen Behandlung im Rahmen ihrer Krankenversicherung bedürfen

(es gibt dazu kein alternatives Behandlungsverfahren), Sicherheit bzgl. der Übernahme von Behandlungskosten erlangen, als auch neuropsychologische Behandler eine gesicherte Basis für die Vergütung ihrer Leistungserbringung erhalten, hält es die LPPKJP Hessen für erforderlich, die neuropsychologischen Leistungen als Psychotherapie anzuerkennen und Regelungen im Kapitel IV des EBM zu treffen, die eine angemessene Vergütung gewährleisten. Eine Anpassung der Psychotherapie-Richtlinien zur Berücksichtigung des besonderen Leistungsspektrums der Neuropsychologie ist vorzunehmen. Hierbei sind auch Übergangsregelungen vorzusehen, die eine Niederlassung von Neuropsychologen auch in bereits „geschlossenen“ weil mit Psychotherapeuten vollständig versorgten Bezirken, ermöglichen.

Die LPPKJP Hessen ist der Auffassung, dass die Wissenschaftlichkeit der neuropsychologischen Therapiemethode außer Frage steht. Ihr begrenztes Behandlungsspektrum kann nicht ein Ausschlusskriterium für den Leistungskatalog der GKV darstellen. Die Psychotherapeutenkammer sieht sich im Einklang mit aktuellen Beschlüssen des Sozialgerichts Hamburg in der Verantwortung, auf die Versorgungslücke hinzuweisen, die entsteht, wenn die neuropsychologische Behandlung nicht Eingang in das System der GKV findet. Allein aufgrund der demographischen Entwicklung der deutschen Bevölkerung wird für die Behandlung dementieller Erkrankungen der Bedarf an Klinischer Neuropsychologie in den nächsten Jahren steigen. Neuropsychologische Behandlung kann nicht durch Ergotherapeuten abgedeckt werden (s. Heil- und Hilfsmittelkatalog vom 01.05.2001). Die hessische Psychotherapeutenkammer ist in der Pflicht darauf hinzuweisen, dass neuropsychologische Behandlung ein fundiertes psychologisches und neurowissenschaftliches Wissen voraussetzt,

das nur durch Diplom-Psychologen mit anerkannter Zusatzausbildung in Neuropsychologie und entsprechend den Kriterien der GKKN folgend weitergebildeter Ärzte erbracht werden kann. Eine Subsumierung neuropsychologischer Leistungen in den Heil- und Hilfsmittelkatalog ist daher abzulehnen, ebenso wie dies für andere psychotherapeutische Verfahren erfolgt ist.

Geschäftsstelle

Gutenbergplatz 3
65187 Wiesbaden
Tel 0611.7249387
Fax 0611.7249523
psychotherapeutenkammer-
hessen@t-online.de
www.psychotherapeutenkammer-
hessen.de

Video-Expo™
NEU: Video-Expo™ Gesamtpaket
jetzt mit Band 5 Flugangst!

Alle 5 Bände jetzt im Gesamtpaket
zu 399 € auf 6 DVDs!
Erhältliche Bände:
Klaustrophobie - Höhenangst - Autofahrten -
Tierphobien/med. Untersuchungen - Flugangst

Hiermit bestelle ich:
 Video-Expo™ Gesamtpaket 399 €
 Video-Expo™ Demo-DVD gratis

Name: _____
 Strasse: _____
 PLZ/Ort: _____
 Tel: _____
 Fax: _____
 E-Mail: _____

FAX: 08 30 4 - 932 213

ver.di engagiert sich für Psychotherapeuten

Fachkommission Psychotherapie entwirft Forderungskatalog für die Gewerkschaft

(hv) Im April dieses Jahres wurde bei ver.di die Fachkommission Psychotherapie mit Vertretern der Landesbezirke gebildet. Sie soll die Interessenvertretung der beiden neuen Berufe in der Gewerkschaft unterstützen und dabei mitwirken, die entsprechenden gewerkschaftlichen Forderungen herauszuarbeiten.

Zwei Punkte stehen ganz vorne auf der Agenda: die Positionierung von PP und KJP in den Tarifverträgen (vgl. hierzu auch Gerlach, Psychotherapeutenjournal 3/2003, S. 195-198 und in dieser Ausgabe auf den Seiten 284-286), insbesondere dem Bundesangestelltentarif (BAT) und abgeleiteten Vertragssystemen (Stichwort „Gleichstellung mit Fachärzten“), und die Verbesserung der Psychotherapeutenaus-/weiterbildung, um ein Aussterben des Berufes zu verhindern. *Wie ist hier die Situation?* Der BAT wird in den nächsten zwei Jahren vollständig neu strukturiert und überarbeitet werden, so dass hier auch eine zeitgemäße Einordnung der PP und KJP zu erwarten ist. Die Wünsche der Psychotherapeuten werden bei den Arbeiten der entsprechenden Projektgruppen von Gewerkschaft und Arbeitgeberverbänden zeitnah eingebracht.

Von besonderer Aktualität ist für ver.di auch die Positionierung zur Psychotherapeutenaus-/weiterbildung nach dem Psychotherapeutengesetz. Beim

zweiten Treffen der Fachkommission am 10./11. Oktober konnte ein vorbereiteter Textentwurf einer Arbeitsgruppe zum Thema bereits weitgehend abgestimmt werden. Letzte Schliffe am Text werden im Dezember erfolgen, so dass noch in diesem Jahr die Gewerkschaftspositionen zur Psychotherapeutenausbildung stehen werden. Die wichtigste Forderung wird sich darauf beziehen, dass der Bundesgesetzgeber die Psychotherapeutenausbildung als Weiterbildung formuliert, was eine ganze Reihe von Vorteilen für die Teilnehmer mit sich brächte; u. a. in steuerlicher Hinsicht sowie bei den Förderungsmöglichkeiten durch das Arbeitsamt, der Definition der praktischen Tätigkeit u. Ä. mehr. Ansonsten werden sich die Forderungen allgemein auf eine sachgerechte Neustrukturierung, verbesserte Anrechnungsmöglichkeiten und größere Flexibilität beziehen. So soll berücksichtigt werden, dass die Ausbildungs- und Weiterbildungsteilnehmer bereits über eine vollständige Berufsausbildung verfügen und auch berufstätig sind. Aktuelle Informationen über den Stand der Beratungen werden im Internet unter www.verdi.de veröffentlicht.

Neues vom wissenschaftlichen Beirat:

Verhaltenstherapie und psychodynamische Psychotherapie anerkannt!

Kurz vor Redaktionsschluss haben wir noch folgende Meldung erhalten: Der Wissenschaftliche Beirat nach § 11 PsychThG hat Anfang Oktober die Verhaltenstherapie nach den Kriterien des Beirats als Behandlungsverfahren für Erwachsene und auch für Kinder und Jugendliche anerkannt.¹ Bei der gleichen Sitzung wurde auch für die psychodynamische Psychotherapie eine Anerkennung der wissenschaftlichen Begründung für Behandlungsverfahren bis 100 Stunden bestätigt. Näheres wird in Kürze über die Homepage des Beirats www.wbpsychotherapie.de zu erfahren sein.

¹ Die Expertise zur Verhaltenstherapie von Frau Prof. Kröner-Herwig ist kürzlich im DGVT-Verlag erschienen (Preis 19,80 €)



Teilnehmer/innen beim 2. Treffen der ver.di-Fachkommission am 10./11. Oktober in Walsrode von links nach rechts: Klaus Thomsen, SH; Petra von Stosch, Nds; Richard Winter, Nds; Heiner Vogel, By; Veronika Mähler-Dienstuhl, NRW; Elisabeth Göttinger, RLP; Hans-Werner Stecker, NRW; Wolfgang Dube, NRW; Willi Drach, By; Gerd Dielmann, Verdi/Berlin; auf dem Foto fehlen: Laszlo Pota, SH, und Wolfgang Niens, Nds

GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) verabschiedet: Paradoxes Ergebnis für die Psychotherapeuten

Am 17. Oktober hat der Bundesrat dem zuvor vom Bundestag mit großer Mehrheit verabschiedeten GMG ohne längere Diskussion zugestimmt. Damit wurde eine „Gesundheitsreform“ auf den Weg gebracht, die außer einer kurzfristigen Entlastung der GKV-Ausgaben durch Streichung von Leistungen (z.B. Zahnersatz, Sterbegeld, bestimmte Arzneimittel) und Mehrbelastung zahlreicher Patientinnen und Patienten durch die Erhebung einer Praxisgebühr in jedem Quartal kaum Ansätze erkennen lässt, wie die strukturell durch die hohe Arbeitslosigkeit und die älter werdende Bevölkerung bedingten Einnahmeprobleme der GKV sowie die kostenträchtigen Qualitätsdefizite, die nicht zuletzt auf eine systematische Vernachlässigung der psychosozialen Dimensionen von Gesundheit und Krankheit zurückzuführen sind, auf Dauer dadurch behoben werden können. Zwar wurde durch die parteiübergreifende Konsensrunde ein abrupter Systemwechsel durch die Abschaffung des Kollektivvertragssystems und die Einführung eines Vertragswettbewerbs bei Fachärzten und Psychotherapeuten, der vermutlich die Sicherstellung einer wohnortnahen und flächendeckenden Versorgung in Frage gestellt hätte, kurzfristig verhindert. Holländische bzw. englische Zustände mit langen Wartezeiten bei der stationären fachärztlichen Behandlung und altersbezogene Rationierungen wurden damit vorerst gestoppt, die bei einem unter Qualitätsgesichtspunkten problematischen hausarztzentrierten Primärarztssystem zu befürchten gewesen wären. Dennoch muss abgewartet

werden, ob die gesetzlich vorgegebene Öffnung des Vertragswettbewerbs im Rahmen der integrierten Versorgung und die damit einhergehende Förderung von kapitalstarken Managementgesellschaften, in deren Rahmen Ärzte und Psychotherapeuten nur noch als lohnabhängige Angestellte tätig sein werden und deren raison d'être letztlich von Gewinnerwartungen gesteuert wird, nicht auch hierzulande zu US-amerikanischen Zuständen mit einer krassen Benachteiligung einkommensschwacher Bevölkerungsschichten in der Gesundheitsversorgung führt.

Gleichzeitig wird der Berufsalltag der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten durch neue Auflagen erschwert. Dies beginnt mit der in jedem Quartal für die Krankenkassen obligatorisch einzuziehenden Praxisgebühr, sofern keine Überweisung oder Befreiung von der Zuzahlungsverpflichtung vorliegt, geht weiter mit verschärften Abrechnungsüberprüfungen, der Auflage, nur noch elektronisch abzurechnen und der damit insbesondere für viele Psychotherapeuten verbundenen Neuanschaffung eines PCs und eines Praxisverwaltungsprogramms und kulminiert schließlich in der jetzt auch sozialrechtlich obligatorischen Fortbildungsverpflichtung, deren Nichteinhaltung nach dem Ablauf von fünf Jahren zu Honorarkürzungen und bei konstanter Verweigerung schließlich zum Zulassungsentzug führen kann. Dazu kommen gesetzliche Verpflichtungen zum praxisinternen Qualitätsmanagement und zur Doku-

mentation einer ergebnisorientierten Qualitätssicherung, deren Umsetzung und Überwachung den Kassenärztlichen Vereinigungen übertragen wurde.

Gemessen an den Erwartungen der Vertreter der Psychotherapeutenverbände und auch des Vorstands der Bundespsychotherapeutenkammer, die in bisher noch nicht da gewesener Einheitlichkeit in zeitintensiven Verhandlungen mit führenden Gesundheitspolitikern, dem Staatssekretär Schröder vom Bundesgesundheitsministerium und bei den Anhörungen des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages seit Mai diesen Jahres die Forderung nach einem eigenständigen psychotherapeutischen Versorgungsbereich und nach einer besseren gesetzlichen Verankerung der Mitbestimmungsrechte der Psychotherapeuten in den Vertreterversammlungen der KÄVen und in deren Vorständen vorgetragen haben, ist dieses Ergebnis auf den ersten Blick sehr enttäuschend. Dennoch darf bei dieser ernüchternden Bilanz nicht aus dem Blick geraten, dass mit dem GMG gleichzeitig eine institutionelle Stärkung der Länderkammern und der Bundespsychotherapeutenkammer verbunden ist. So wurden den Bundeskammern der Heilberufe und damit auch der Bundespsychotherapeutenkammer generelle Anhörungsrechte im Gemeinsamen Bundesausschuss bei allen die Berufsausübung berührenden Fragen eingeräumt. Da der Gemeinsame Bundesausschuss jetzt sowohl für die ambulante als auch

die stationäre Versorgung zuständig ist, ergeben sich dadurch verbesserte Möglichkeiten der sozialrechtlichen Interessenvertretung der in Kliniken im Angestellten- oder Beamtenverhältnis tätigen Kolleginnen und Kollegen wie auch gegenüber dem für die Psychotherapie-Richtlinien zuständigen Arbeitsausschuss. Gleichzeitig muss die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Bundespsychotherapeutenkammer bei der Umsetzung der gesetzlich vorgegebenen Fortbildungsverpflichtung einbeziehen, so dass auch hier Ausichten bestehen, zu professionsadäquaten Regelungen kommen zu können. Durch die mit der Fortbildungsverpflichtung verknüpfte Zertifizierungsaufgabe kommen auf die Länderkammern einerseits neue Verwaltungsaufgaben zu, andererseits werden dadurch aber auch inhaltliche Gestaltungsmöglichkeiten durch die Einflussnahme auf Fortbildungsinhalte und deren Umsetzung geschaffen, die für die Weiterentwicklung der Profession und deren Verankerung im Gesundheitssystem durch die Erschließung neuer Tätigkeitsfelder im Zusammenhang mit dem Erwerb von Zusatzqualifikationen von erheblicher Bedeutung sein können.

Sicher ist: Auf das kurzatmige GMG werden weitere Gesundheitsreformen in allernächster Zeit folgen müssen. Welches Arbeitsprogramm sich daraus für den Vorstand und die Gremien der Bundespsychotherapeutenkammer ergibt, zeigt der folgende Überblick über die Agenda 2004 der BPTK.

Agenda 2004 der Bundespsychotherapeutenkammer

1. GMG

Aus der handwerklichen Machart des GMG ist – wie bereits erwähnt – jetzt schon ersichtlich, dass es bereits in der allernächsten Zeit Anpassungen des

GMG geben wird. Ankündigungen aus dem Umfeld der Gesundheitspolitik machen schon heute deutlich, dass noch in dieser Legislaturperiode mit weiteren Gesetzen zur Änderung des Gesundheitssystems zu rechnen ist. Deshalb müssen unsere Schwerpunkte hinsichtlich des GMG weiter vertreten und kontinuierlich in die politische Diskussion eingebracht werden.

Die Hauptthemen hierbei sind:

- a. Bedarfsplanung: Sicherstellung einer flächendeckenden, wohnortnahen und kurzfristig zugänglichen psychotherapeutischen Versorgung für Kinder- und Jugendliche wie auch für erwachsene Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen
- b. Organisationsreform der Kassenärztlichen Vereinigungen und Stärkung der Partizipationsrechte der Psychotherapeuten
- c. Vertragswettbewerb: Verhinderung von Preisdumping und unfairen Wettbewerbsbedingungen
- d. Wissenschaftliche Fundierung und Gewährleistung der Verfahrensspezifität von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei gleichzeitiger Beachtung der notwendigen Transparenz der Ergebnisse der Berufsausübung
- e. Elektronischer Datenverkehr: Gesundheitskarte, Health Professional Card unter Einbeziehung der Psychotherapeuten
- f. Praxisgebühr: Gleichstellung von psychisch Kranken mit chronisch körperlich erkrankten Patientinnen und Patienten

2. Umsetzung des GMG

Das GMG fordert die Arbeitsgemeinschaften der Kammern auf Bundesebene auf, Regelungen und Stellungnahmen zu erarbeiten und einzubringen. Im Einzelnen:

- a) Fortbildungspflicht: Regelung des angemessenen Umfangs und der kompetenzerhaltenden Funktion der im Fünfjahreszeitraum notwendigen Fortbildung in Abstimmung

mit der Bundesärztekammer und der KBV.

- b) Gemeinsamer Bundesausschuss:
 - i. Anhörungsrecht
 - ii. Gutachten zu Vertragsmodellen (Integrierte Versorgung, Einzelverträge, wirtschaftliche Leistungserbringung, DMPs, Leistungen außerhalb der GKV, stationäre Leistungen, Rehabilitation)
 - iii. Reform der Psychotherapie-Richtlinien

3. Berufsrechtliche Änderungen

Um langfristig den Restriktionen des GMG etwas entgegenzusetzen zu können, bedarf es **berufsrechtlicher Änderungen**, insbesondere in der Legaldefinition. Prävention und Rehabilitation müssen zu selbstverständlichen Arbeitsfeldern von PP und KJP werden. Es bedarf also einer **Novellierung des PsychThG**.

4. Europaregelungen

Eine weitere Ebene der Arbeit der Bundespsychotherapeutenkammer wird die Einflussnahme auf **Europaregelungen** sein.

5. Präventionsgesetz

Die Prävention soll eine größere Bedeutung bekommen. Krankenkassen sollen verstärkt untereinander sowie mit anderen Beteiligten bei Präventionsangeboten kooperieren. Der Stellenwert der Prävention wird auch dadurch dokumentiert, dass noch in diesem Jahr ein eigenes Präventionsgesetz auf den Weg gebracht werden soll. Die ersten Krankenkassen haben bereits entsprechende Konzepte erarbeitet. Die Bundespsychotherapeutenkammer ist gefordert, Stellungnahmen zur Einbeziehung der Psychotherapie in die Prävention abzugeben.

6. Ausbildung

Die Anzahl der Ausbildungskandidaten an den staatlich anerkannten Ausbildungsstätten ist in den letzten Jahren drastisch zurückgegangen. Psycho-

logiestudenten wählen in der Mehrheit nicht mehr Klinische Psychologie als Vertiefungsfach. Damit in Zukunft der therapeutische Nachwuchs und damit die Versorgung der Bevölkerung mit qualifizierter Psychotherapie sichergestellt werden kann, ist eine Reform der Ausbildung dringend nötig. Vordringlich sind folgende Punkte:

- a. Aufklärungskampagnen in Schulen, Arbeitsverwaltungen, Universitäten und eine langfristige Imageverbesserung
- b. Finanzierung der praktischen Tätigkeit (Praktikum in der Psychiatrie)
- c. Neugestaltung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen (APrV'en)

7. Beihilfeverordnung

Anerkennung der Gesprächspsychotherapie und der Neuropsychologischen Therapie in der Beihilfeverordnung, Einsetzung von Kolleginnen und Kollegen als Gutachter

8. Psychotherapeuten in Institutionen

- a. Eingruppierung in Tarifverträgen
- b. Weisungsrechte, Stations-, Abteilungs- und Krankenhausleitung
- c. Koordination der Anstrengungen der Landespsychotherapeutenkammern im Maßregelvollzug und in der Forensik
- d. Ausbau der psychotherapeutischen Akutversorgung im Krankenhaus
- e. Vernetzung der Psychotherapie in Institutionen mit der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung

9. Änderung der GOP/GOÄ

Unabhängig von psychotherapie-relevanten Änderungen (Einfügung der GPT und der Neuropsychologischen Therapie, Psychotherapeutische Beratung, präventive Interventionen (Paartherapie, Familientherapie etc.), Öffnung der „kleinen Psychotherapie und Psychosomatik“) ist eine Änderung der GOP/GOÄ überfällig und Neuformulierungen in den kommenden zwei Jahren zu erwarten. Die

BPTK wird hier mit zu hören sein.

10. BPTK-Ausschuss- und Kommissionsbetreuung

- a. Wissenschaftliche und rechtliche Recherche bzgl. Fragestellungen in Ausschüssen und Kommissionen
- b. Erarbeiten von Stellungnahmen zu Sachfragen der Ausschüsse und Kommissionen
- c. Geschäftsführung des Wissenschaftlichen Beirats (Betreuung, Literaturrecherchen, Korrespondenz, Koordination mit BÄK)

11. Öffentlichkeitsarbeit

Damit Psychotherapie in der Öffentlichkeit mehr als bisher wahrgenommen wird, ist der Ausbau von professioneller Öffentlichkeitsarbeit notwendig. Hierzu gehört:

- a. Aufbau von Pressekontakten
- b. Erarbeiten von Presseerklärungen und Stellungnahmen zu aktuellen (gesundheits-)politischen Themen
- c. Materialien für die Öffentlichkeitsarbeit: Veranstaltungskonzeptionen für adressatenspezifische Themen wie Risikogruppen, Frauengesundheit oder gender-Fragen u.ä.m.

12. Erarbeiten von Musterordnungen

- a. Musterfortbildungsordnung
- b. Musterweiterbildungsordnung
- c. Musterordnung für Qualitätssicherung
- d. Musterberufsordnung

13. Service für Landespsychotherapeutenkammern

- a. Übernahme von Rechtsberatung von Mitgliedern kleiner Länderkammern
- b. Datenbanken zu Rechtsfragen, Gesundheitspolitik, Forschungsergebnisse
- c. Informationsbroschüren
- d. Zentrale EDV, Organisation und Support, zentraler Psychotherapeutenkundendienst
- e. Koordination und zentrale Organisation von Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen inkl. Referentenservice

- f. Zentrale Organisation von geeigneten Verfahren zur Qualitätssicherung einschließlich Rückmeldefunktion
- g. Serviceangebote für Kammermitglieder wie Versicherungsangebote, EDV-Ausstattung, Praxismanagement, Testbibliotheken etc.

Um diesen Berg an Aufgaben erfolgreich bewältigen zu können, ist ein großer Einsatz des Vorstands der Bundespsychotherapeutenkammer, aber auch hoch qualifiziertes und in Fragen des Gesundheitssystems eingearbeitetes Personal in der Geschäftsstelle nötig. Der Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer freut sich, an dieser Stelle mitteilen zu können, dass es ihm gelungen ist, Frau Dr. Christina Tophoven als Geschäftsführerin zu gewinnen. Frau Dr. Tophoven hat bisher in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung das Referat neue Versorgungsformen betreut und war zuvor bei der Bundes-AOK sowie im Deutschen Bundestag tätig. Ebenso ist es uns gelungen, Herrn RA Dr. Stellpflug, der über exzellente Kenntnisse und Erfahrungen im psychotherapie-relevanten Berufs- und Sozialrecht verfügt, als Justiziar der BPTK vertraglich zu binden. Beide werden sich in der nächsten Ausgabe des Psychotherapeutenjournals vorstellen. Wir hoffen, Ihnen dann auch die neuen Räume der Geschäftsstelle der BPTK in der Klosterstrasse 64 in Berlin-Mitte präsentieren zu können.

Geschäftsstelle

Bundespsychotherapeutenkammer
c/o Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg
Hauptstätterstr. 89
70178 Stuttgart
Tel 0711/674470-0
Fax 0711/674470-15
www.bundespsychotherapeutenkammer.org



Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Zum Jahresabschluss berichten wir über den ersten Landespsychotherapeutentag, das Schmerzforum Baden-Württemberg sowie die Berichterstattung des Landesgesundheitsamts im „Ländle“. Bei allen drei Themen wird deutlich, dass die Psychologischen Psychotherapeuten und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zunehmend auch in Bereichen repräsentiert sind, die nicht unmittelbar im Zusammenhang mit dem Tätigkeitsfeld von Psychotherapeuten gesehen werden, die aber in der Legaldefinition der Psychotherapie genannt werden: Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen, bei denen psychische Faktoren eine Rolle spielen. Hierzu gehören chronische Schmerzen ebenso wie ggf. die Mitbehandlung von Personen mit schweren Krankheiten, wie zum Beispiel Krebs.

Themen einer Besprechung des Vorstands mit Herrn Dr. Kohler und Kollegen im Sozialministerium waren die Berücksichtigung der Belange von Menschen mit psychischen Störungen im Gesundheitssystem- Modernisierungsgesetz sowie die Verbesserung der Bedingungen für Kandidatinnen und Kandidaten, die sich in der Approbationsausbildung befinden. Es wurde bestätigt, dass die Psychotherapeutenkammer formell für den Bereich Fortbildung zuständig ist, wenngleich eine förmliche Zertifizierung aus juristischen Gründen derzeit durch die Kammer noch nicht vorgenommen werden kann. Weitere Themen waren die Beteiligung von Psychotherapeuten an der Notfallversorgung sowie die Stellung von Psychotherapeuten in Anstellungsverhältnissen.

Bei einem Arbeitstreffen mit Vertretern der Psychotherapeutenkammern

Hessen und Rheinland-Pfalz wurde die Perspektive eines gemeinsamen Versorgungswerks in Südwestdeutschland erörtert. Wir hoffen sehr, Ihnen im kommenden Jahr konkrete Ergebnisse und damit auch einen Zeitplan für die Etablierung dieses Versorgungswerks vorlegen zu können.

Für das neue Jahr wünschen wir Ihnen beruflich und persönlich alles Gute und verbleiben bis zur nächsten Ausgabe des Psychotherapeutenjournals

mit freundlichem Gruß aus Stuttgart
Ihr Kammervorstand:
Detlev Kommer,
Siegfried Schmieder,
Thomas Fydrich,
Trudi Raymann,
Mareke de Brito Santos-Dodt

Landespsychotherapeutentag

Am 21. September 2003 hat in Stuttgart der erste Landespsychotherapeutentag Baden-Württemberg mit zahlreichen Ehrengästen, starker öffentlicher Resonanz und unter großer Beteiligung der Kolleginnen und Kollegen aus dem Land stattgefunden. Unter dem Leitthema „Psychotherapie bei körperlicher Erkrankung“ wurde betont, dass auch bei primär körperlichen Erkrankungen – vor allem bei schweren und/oder chronischen Erkrankungen – psychotherapeutische Interventionen einen wichtigen Stellenwert haben können. Drei renommierte Wissenschaftler stell-

ten aktuelle Befunde zur generellen Bedeutung der Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen sowie spezifisch bei Krebserkrankungen und bei chronischem Schmerz vor.

Disease Management Programme (DMP) zu verschiedenen Erkrankungen sind in der aktuellen Debatte zum Gesundheitssystem in aller Munde. Im Rahmen einer Podiumsdiskussion setzten sich Vertreter der Kammer, Gesundheitspolitiker aus Baden-Württemberg, Vertreter von Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung

mit der Frage auseinander: „Disease Management Programme ohne Einbeziehung psychologisch-psychotherapeutischer Fachkompetenzen – Ein Beitrag zur Qualitätsverbesserung?“ Es wurde verdeutlicht, dass Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei der Versorgung im Rahmen von DMPs schon in den Basiskonzepten zu wenig einbezogen sind, so dass hier dringender Handlungsbedarf besteht.

An dieses Vormittagsprogramm schlossen sich am Nachmittag zahlreiche

Parallelveranstaltungen an. Alle Ausschüsse der Kammer präsentierten ihre Arbeit in Form von Postern. Die Ausschüsse „Psychotherapie in Institutionen“, „Aus-, Fort- und Weiterbildung“ und „Qualitätssicherung“ traten zusätzlich in einen intensiven Dialog mit interessierten Mitgliedern. Drei Workshops zur Praxisorganisation, die ebenfalls gut besucht waren, vermittelten Details z.B. zur Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP),

zur wirtschaftlichen Stabilisierung der Vertragspraxis und zu individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL).

Auf besonders großes Interesse in der Kollegenschaft stießen am Nachmittag die praxisorientierten Foren „Psychotherapie im Dialog“. Zu den Themen Körperliche Erkrankung und Somatoforme Störungen, Essstörungen, Kleinkindtherapie, Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom stellten prak-

tisch tätige Kolleginnen und Kollegen unterschiedlicher therapeutischer Richtungen ihre Arbeit anhand von Fallbeispielen vor. Diskussion und Austausch über die zugrunde liegenden theoretischen Ansätze und das jeweilige konkrete Vorgehen wurden trotz der knappen Zeit als außerordentlich befruchtend erlebt. Dies wurde auch in dem Resümee zum Abschluss dieses 1. Landespsychotherapeutentags noch einmal hervorgehoben.

Schmerzforum Baden-Württemberg

Seit diesem Jahr wird die Landespsychotherapeutenkammer offiziell durch Herrn Prof. Fydrich im Schmerzforum Baden-Württemberg vertreten. Es gilt dabei sicherzustellen, dass der Fachbeitrag der Psychotherapie in der Schmerzbehandlung berücksichtigt wird. Auf ihrer turnusmäßigen Sitzung am 22.7.2003 wurden zehn Schmerzzentren definiert, die dem Kriterium eines maßgeblichen stationären Zentrums genügen mussten. Die Mitarbeit von Psychotherapeuten in solchen Schmerzzentren wird in dem Konzept berücksichtigt.

Unter anderem wurde ein multimodales Konzept zur Behandlung von Rückenschmerzen vorgelegt, in dem eine psychotherapeutische Mitbehandlung sowie die sekundäre und tertiäre Prävention bei diesem Problembereich ausdrücklich berücksichtigt wird. Dieser leitlinienähnliche Entwurf wurde vom Schmerzforum Baden-Württemberg befürwortet und soll bei der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) eingereicht werden, die für die Leitlinienentwicklung

für die Fachgebiete Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zuständig ist.

Da die momentan vorliegenden Informationen zu Expertise und Interessen der Kammermitglieder in diesen Bereichen unzureichend sind, sollen bei einer der nächsten Umfragen – wie bereits angekündigt – Spezialisierungen in den Bereichen Schmerztherapie, geistige Behinderung und Psychotherapie nach Psychosen erfasst werden.

Gesundheitsberichterstattung

Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung durch das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg sollen ab sofort auch Informationen über Psychotherapie mit einbezogen werden. Diese Daten stellen für die Gesundheitsämter die Grundlage ih-

rer Planungsarbeit dar und geben in Form von Spezialberichten zu bestimmten Themen der Politik die Möglichkeit, einen Überblick über den Status Quo in bestimmten Bereichen der Gesundheitsversorgung zu gewinnen. Sowohl an der Bereitstellung der Da-

ten als auch an den Interpretationen ist die Landespsychotherapeutenkammer beteiligt und kann so einen wertvollen Einfluss auf das in der Gesundheitsberichterstattung vermittelte Bild ausüben.

Geschäftsordnung¹ für die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg vom 13. Oktober 2003

Auf Grund von §§ 9 und 10 des Heilberufekammergesetzes Baden-Württemberg in der Fassung vom 16. März 1995 (GBl. S. 314), zuletzt geändert durch das Gesetz zur Umstellung landesrechtlicher Vorschriften auf Euro und zur Änderung des Fischereigesetzes (EurUG) vom 20. November 2001 (GBl. S. 605), hat die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeuten-

kammer am 22. Juni 2002 folgende Geschäftsordnung für die Vertreterversammlung beschlossen.

§ 1 Einberufung und Beschlussfähigkeit der Vertreterversammlung

(1) Die Vertreterversammlung wird vom Präsidenten mit einer Frist von vier Wochen

schriftlich unter Angabe von Ort, Zeit und Tagesordnung einberufen. Im Falle einer außerordentlichen Vertreterversammlung

¹ Soweit der folgende Text auf natürliche Personen Bezug nimmt, gelten die generischen Masculina für männliche und weibliche Personen in gleicher Weise.

kann diese Frist bis auf zwei Wochen abgekürzt werden. Die Fristen sind gewahrt, wenn die Einberufung spätestens zwei Tage vor Beginn der Frist bei der Post aufgegeben wurde.

(2) Die Tagesordnung wird vom Vorstand aufgestellt.

(3) Die Vertreterversammlung ist beschlussfähig, wenn mindestens die Hälfte der Mitglieder anwesend ist, bei Satzungsbeschlüssen ist die Anwesenheit von mindestens zwei Dritteln der Zahl ihrer Mitglieder erforderlich.

(4) Die Sitzungen der Vertreterversammlung sind für die Kammermitglieder öffentlich. Weiteren Personen kann die Anwesenheit auf Beschluss der Versammlung gestattet werden. Die Versammlung kann auf Antrag eines Mitglieds der Vertreterversammlung auch Personen, die nicht Mitglied sind, das Rederecht erteilen.

§ 2 Ordnungsvorschriften

(1) Der Präsident lädt zu den Sitzungen ein, eröffnet, leitet und schließt die Sitzung und wahrt die Ordnung in der Sitzung.

(2) Der Präsident wird im Falle seiner Verhinderung durch seinen Stellvertreter vertreten. Ist dieser auch verhindert, wird er durch ein vom Vorstand bestimmtes anderes Vorstandsmitglied vertreten.

(3) Der Präsident (Sitzungsleiter) hat die Sitzung unparteiisch zu leiten.

(4) Der Sitzungsleiter kann die Sitzung unterbrechen oder aufheben, wenn sie nicht mehr entsprechend der Satzung oder der Geschäftsordnung durchzuführen ist.

(5) Der Sitzungsleiter hat Redner zu rufen und im wiederholten Falle zur Ordnung zu rufen, wenn sie ohne Worterteilung sprechen oder persönlich verletzende Ausführungen und Zwischenrufe machen oder gröblich gegen parlamentarische Gepflogenheiten verstoßen.

(6) Nach zweimaligem Ordnungsruf kann der Sitzungsleiter dem Redner, wenn er zum dritten Mal die Ordnung verletzt, das Wort entziehen.

(7) Wegen gröblicher Verletzung der Ordnung kann der Sitzungsleiter nach Beschluss der Vertreterversammlung ein Mitglied von der Sitzung ausschließen. Das Mitglied hat den Sitzungsraum sofort zu verlassen.

(8) Bei störendem Verhalten können Teilnehmer, die nicht Mitglieder der Vertreterversammlung sind, von dem Sitzungsleiter aus dem Sitzungsraum gewiesen werden.

§ 3 Eröffnung der Sitzung

Der Sitzungsleiter stellt

1. die ordnungsgemäße Einladung aller Mitglieder der Vertreterversammlung,
2. nach namentlichem Aufruf die Beschlussfähigkeit der Vertreterversammlung fest.

§ 4 Tagesordnung

(1) Nach Eröffnung der Sitzung gibt der Sitzungsleiter die vorgeschlagene Tagesordnung sowie die rechtzeitig gestellten und

verspätet eingegangenen Anträge zur Ergänzung der Tagesordnung bekannt.

(2) Anschließend entscheidet die Vertreterversammlung über die Zulassung verspätet eingegangener Anträge. Ihre Dringlichkeit ist vom Antragsteller zu begründen.

(3) Danach genehmigt, ändert oder ergänzt die Vertreterversammlung die Tagesordnung und legt diese fest.

(4) Die Vertreterversammlung kann während der Sitzung eine Angelegenheit von der Tagesordnung absetzen oder die Reihenfolge der Tagesordnungspunkte ändern.

(5) Unter dem Tagesordnungspunkt "Verschiedenes" können keine Beschlüsse gefasst werden.

(6) Eine durch Beschlussfassung der Vertreterversammlung erledigte Angelegenheit kann in derselben Sitzung nur dann erneut beraten werden, wenn neue Tatsachen dies rechtfertigen und die Mehrheit der Vertreterversammlung der erneuten Beratung zustimmt.

§ 5 Anträge

(1) Anträge können von jedem Mitglied der Vertreterversammlung und – im Rahmen seiner Aufgaben nach § 24 Heilberufekammergesetz – vom Umlageausschuss gestellt werden.

(2) Anträge auf Aufnahme einer Angelegenheit in die Tagesordnung oder Anträge zu einzelnen Punkten der Tagesordnung, die spätestens 10 Tage vor der Sitzung schriftlich über die Geschäftsstelle beim Präsidenten eingegangen sind, sind den Mitgliedern der Vertreterversammlung unverzüglich bekannt zu geben. Neue Tagesordnungspunkte können bis zum Eintritt in die Tagesordnung beantragt und mit Zustimmung der Mehrheit der anwesenden Mitglieder beschlossen werden.

(3) Anträge zur Änderung der Kammerstatzung, der Ordnungen und der Geschäftsordnung der Vertreterversammlung müssen in der mit der Einladung versandten Tagesordnung enthalten sein.

(4) Alle Anträge, die während der Beratung zum jeweiligen Punkt der Tagesordnung gestellt werden, sind dem Sitzungsleiter schriftlich zu übergeben und von ihm vor einer neuen Worterteilung in der Reihenfolge ihres Einganges bekannt zu geben.

(5) Anträge auf Aussprache gemäß § 11 Absatz 4 der Hauptsatzung sind spätestens zu Beginn der Vertreterversammlung vor Eintritt in die Tagesordnung zu stellen. Einem solchen Antrag ist ohne Abstimmung stattzugeben. Über den Zeitpunkt der Aussprache während der Vertreterversammlung bestimmen die Mitglieder mit einfacher Mehrheit.

§ 6 Anträge zur Geschäftsordnung

(1) Anträge zur Geschäftsordnung können während der Sitzung mit Ausnahme während einer Abstimmung oder Wahlhandlung jederzeit gestellt werden. Wortmeldung hierzu erfolgt durch Zuruf.

(2) Anträge zur Geschäftsordnung sind vor erneuter Worterteilung zu behandeln.

(3) Anträge zur Geschäftsordnung können sich nur auf folgende Punkte beziehen:

- a) Begrenzung der Redezeit,
- b) Schluss der Rednerliste,
- c) Schluss der Aussprache,
- d) Überweisung an einen Ausschuss,
- e) Vertagung,
- f) Übergang zur Tagesordnung,
- g) Verstöße des Sitzungsleiters gegen Satzung oder Geschäftsordnung,
- h) Änderung der Formulierung eines Antrages,
- i) Feststellung der Beschlussfähigkeit, Anträge gem. a) bis f) können nur von solchen Mitgliedern der Vertreterversammlung gestellt werden, die nicht auf der Rednerliste stehen.

(4) Bei Anträgen zur Geschäftsordnung gem. Abs. 3 a) bis f) kann nur einem Redner für und einem Redner gegen den Antrag das Wort erteilt werden. Vor Worterteilung ist die Rednerliste zu verlesen.

(5) Wird ein Antrag auf Übergang zur Tagesordnung angenommen, so ist die Beratung abzubrechen und in der Tagesordnung fort zuzufahren.

§ 7 Beratung

(1) Der Sitzungsleiter eröffnet über jeden Punkt der Tagesordnung die Beratung und erteilt zunächst dem Berichtersteller oder dem Antragsteller das Wort. Anschließend findet die Aussprache statt.

(2) Die gemeinsame Beratung gleichartiger oder verwandter Gegenstände bestimmt der Sitzungsleiter, es sei denn, dass die Vertreterversammlung widerspricht.

(3) Ist die Rednerliste erschöpft oder meldet sich niemand zu Wort, so erklärt der Sitzungsleiter die Beratung für geschlossen.

§ 8 Redeordnung

(1) Wer an der Aussprache teilnehmen will, muss sich in die Rednerliste eintragen lassen. Wortmeldungen können durch Zuruf oder durch Handzeichen erfolgen.

(2) Der Sitzungsleiter erteilt das Wort in der Reihenfolge der Wortmeldungen. Er kann hiervon im Einverständnis mit den vorgezeichneten Rednern abweichen.

(3) Dem Antragsteller oder Berichtersteller ist nach der Aussprache das Schlusswort zu erteilen.

(4) Außer der Reihe erhalten das Wort:

- a) der Präsident oder für ihn sein Stellvertreter,
- b) der Berichtersteller,
- c) der Vertreter der Aufsichtsbehörde,
- d) wer zur Geschäftsordnung sprechen will,
- e) wer eine Tatsache zur Klärung bekanntgeben will.

(5) Zu persönlichen Bemerkungen wird das Wort erst nach Schluss der Aussprache erteilt. Der Redner darf nicht zur Sache sprechen, sondern nur Angriffe gegen seine Person, die in der Aussprache geführt wurden, zurückweisen bzw. richtig stellen.

(6) Die Rededauer kann für jeweils einen Tagesordnungspunkt durch Beschluss der Vertreterversammlung auf eine bestimmte Zeit beschränkt werden. Spricht ein Red-

ner über diese beschränkte Redezeit hinaus, so hat ihm der Vorsitzende nach einmaliger Mahnung das Wort zu entziehen.

§ 9 Abstimmung

(1) Im Anschluss an die Beratung eines Tagesordnungspunktes findet die Abstimmung über diejenigen Anträge statt, welche zu diesem Punkt gestellt wurden.

(2) Über mehrere, den gleichen Gegenstand betreffende Anträge ist in der Reihenfolge abzustimmen, in welcher sie gestellt wurden. Jedoch ist ein Antrag vorzuziehen, der weitergeht als ein anderer, oder bei dessen Annahme ein anderer Antrag ganz oder teilweise erledigt wird. In Zweifelsfällen entscheidet der Sitzungsleiter.

(3) Vor Beginn einer Abstimmung stellt der Sitzungsleiter die Beschlussfähigkeit fest und verliest den Wortlaut des Antrages, über den abgestimmt werden soll. Über die Formulierung kann das Wort zur Geschäftsordnung verlangt werden. Änderungen in der Formulierung eines Antrages bedürfen des Einverständnisses des Antragstellers.

(4) Mit Beginn der Abstimmung kann das Wort nicht mehr erteilt werden.

(5) Der Sitzungsleiter eröffnet die Abstimmung und stellt für die Abstimmung die Frage so, dass sie sich mit "ja" oder "nein" beantworten lässt. Das Ergebnis der Abstimmung wird mit folgenden Fragen in der Reihenfolge ermittelt:

wer stimmt für den Antrag,
wer stimmt gegen den Antrag,
wer enthält sich der Stimme.

(6) Abgestimmt wird

a) in der Regel durch Handaufheben,
b) auf Verlangen von einem Drittel der anwesenden Mitglieder der Vertreterversammlung geheim,

c) auf Verlangen von mehr als der Hälfte der anwesenden Mitglieder der Vertreterversammlung namentlich.

(7.1) Ergeben sich bei der Abstimmung durch Handaufheben Zweifel über das Ergebnis der Abstimmung, so sind die Stimmen auszuzählen.

(7.2) Die geheime Abstimmung erfolgt auf Stimmzetteln. Dabei ist § 10 sinngemäß anzuwenden. Abgestimmt wird mit "ja" oder "nein" oder "Enthaltung", wobei unbeschriftete abgegebene Stimmzettel als Enthaltung gelten. Stimmzettel mit anderen Eintragungen sind ungültig.

(7.3) Bei namentlicher Abstimmung werden die Mitglieder der Vertreterversammlung durch Verlesen der Anwesenheitsliste zur offenen Stimmabgabe aufgerufen. Die jeweilige Abstimmung wird in die Anwesenheitsliste eingetragen.

(8) Für alle Abstimmungen gilt, sofern die Hauptsatzung nicht etwas anderes bestimmt, die einfache Mehrheit der abgegebenen gültigen "Ja-" oder "Nein-Stimmen", Stimmgleichheit bedeutet Ablehnung.

(9) Übertragung des Stimmrechts ist unzulässig.

(10.1) In begründeten Ausnahmefällen kann der Präsident im Einvernehmen mit dem

Vorstand auch ohne Sitzung der Vertreterversammlung in schriftlicher Abstimmung Beschlüsse herbeiführen, wenn nicht mindestens ein Drittel der Mitglieder der Vertreterversammlung die schriftliche Abstimmung ausdrücklich ablehnt. Satz 1 gilt nicht für Satzungsänderungen.

(10.2) Die Mitteilung der Fragen, über die schriftlich abgestimmt werden soll und die Aufforderung zur Abstimmung sind mit eingeschriebenem Brief zu versenden. Die Einspruchs- und Abstimmungsfrist beträgt zwei Wochen. Beginn und Ende der Abstimmungsperiode sind durch entsprechende Terminangaben kenntlich zu machen. Bei schriftlicher Abstimmung ist ein Antrag angenommen, wenn ihm mehr als die Hälfte der Abstimmenden innerhalb der Abstimmungsfrist zustimmen. Das Ergebnis der Abstimmung ist den Mitgliedern der Vertreterversammlung unverzüglich mitzuteilen.

§ 10 Wahlen

(1) Die Vertreterversammlung bestimmt durch Abstimmung einen Wahlleiter und per Akklamation zwei Wahlhelfer. Die Wahlhelfer müssen nicht Mitglieder der Vertreterversammlung sein. Sie haben die Stimmzettel zu verteilen, einzusammeln und auszuzählen.

(2) Vor der Wahl ist durch den Wahlleiter die Zahl der anwesenden stimmberechtigten Mitglieder festzustellen.

(3) Wahlvorschläge sind dem Wahlleiter schriftlich oder durch Zuruf mitzuteilen.

(4) Abwesende Kammermitglieder können nur vorgeschlagen werden, wenn entweder eine schriftliche Zustimmungserklärung des Betreffenden vorgelegt, oder für ihn eine verbindliche Zusage von einem Mitglied der Vertreterversammlung abgegeben wird, dass er sich zur Wahl stellt.

(5) Kandidaten für eine Wahl dürfen nicht gleichzeitig für diese Wahl das Amt des Wahlleiters oder Wahlhelfers ausüben.

(6) Nachdem der Wahlleiter sich überzeugt hat, dass zunächst keine weiteren Wahlvorschläge eingebracht werden, wird die Aussprache eröffnet.

(7) Nach Abschluss der Aussprache eröffnet der Wahlleiter die Wahlhandlung. Danach können Wahlvorschläge, Anträge oder Anträge zur Geschäftsordnung nicht mehr eingebracht werden.

(8) Der Wahlleiter muss dafür sorgen, dass die für die Wahl erforderlichen Unterlagen und die Durchführungsbedingungen der Wahl eine Geheimhaltung der Stimmabgabe gewährleisten.

(9) Nachdem der Wahlleiter die Vertreterversammlung gefragt hat, ob die anwesenden Vertreter abgestimmt haben und er keinen Widerspruch feststellt, schließt er die Wahlhandlung und lässt die Stimmen auszählen. Stimmzettel, die den Willen des Wählers nicht eindeutig erkennen lassen oder andere Namen als solche eines Wahlvorschlages enthalten, sind ungültig.

(10) Der Wahlleiter stellt das Wahlergebnis fest, legt es schriftlich nieder, gibt es bekannt und nimmt die Wahlunterlagen in

verschlossenem Umschlag zu der Niederschrift.

§ 11 Niederschriften

(1) Über die Sitzung der Vertreterversammlung und die gefassten Beschlüsse ist eine Niederschrift zu fertigen und vom Präsidenten und Schriftführer zu unterzeichnen. Tonbandaufzeichnungen darf nur die Geschäftsführung der Kammer mit Genehmigung der Vertreterversammlung vornehmen.

(2) Die Niederschrift muss enthalten:

a) Ort und Tag der Sitzung, Tagesordnung,
b) Feststellung der ordnungsgemäßen Einberufung,

c) Feststellung der Beschlussfähigkeit,

d) Zahl und Namen der anwesenden Mitglieder,

e) Name des Antragstellers, Wortlaut des Antrages, Wortlaut der Beschlüsse, Abstimmungsergebnisse,

f) Erklärungen zum Protokoll.

(3) Die Niederschrift ist den Mitgliedern der Vertreterversammlung innerhalb von zwei Monaten zuzustellen und gilt als genehmigt, wenn nicht innerhalb eines Monats nach Versendung Einspruch beim Vorsitzenden erhoben wird. Der Einspruch ist auf der nächsten Sitzung durch die Vertreterversammlung zu bescheiden.

§ 12 Inkrafttreten

Vorstehende Geschäftsordnung der Vertreterversammlung tritt am Tage nach ihrer Bekanntmachung im Psychotherapeutenjournal in Kraft.

Vorstehende Geschäftsordnung der Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg wird nach Genehmigung gem. § 9 Abs. 3 und § 10 Nr. 6 des Heilberufe-Kammergesetzes in der Fassung vom 16. März 1995 (GBl. S. 314), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes zur Änderung heilberufsrechtlicher Vorschriften Baden-Württemberg vom 25. Februar 2003 (GBl. S. 119), mit Schreiben des Sozialministeriums Baden-Württemberg vom 26. September 2003 (Az.: 55-5415.2-4.5.1), hiermit ausgefertigt und ist bekannt zu machen.

Stuttgart, den 13. Oktober 2003
gez. Dipl.-Psych. Detlev Kommer
Präsident der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Geschäftsstelle

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



Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Bericht von der 2. Delegiertenversammlung

Am 18. September fand in München die 2. Delegiertenversammlung der Bayerischen Psychotherapeutenkammer statt.

Bericht des Vorstandes

Nach der Begrüßung berichtete der Präsident, Dr. Nikolaus Melcop, den Delegierten zusammengefasst über die zurückliegenden 5 Monate Vorstandsarbeit. An den Anfang seiner Ausführungen stellte er eine gesellschaftspolitische Verortung unseres Berufes und unserer Arbeit. Er stellte dar, wie wir Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Spannungsfeld leben zwischen der zunehmenden Bedeutung psychosozialer und psychotherapeutischer Versorgung und dem fortwährenden Bemühen bestimmter Lobbyisten, bei Sparmaßnahmen im Gesundheits- und Sozialwesen gerade in diesem Bereich besonders starke Einschnitte vorzunehmen.

„Ohne eine schlagkräftige Vertretung unserer Interessen werden die Menschen noch schwieriger an Psychotherapeuten herankommen – und wir werden trotz aller belegten, auch ökonomischen Erfolg, unserer Arbeit in Zukunft in den Bereich des Luxus-Angebots für zahlungskräftige Patienten abgedrängt werden. Mit der Kammer haben wir Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten jetzt endlich ein Instrument und eine Organisationsform bekommen, mit der wir uns Gehör verschaffen können.“

Im Weiteren berichtete er zuerst von der bisher geleisteten Aufbauarbeit in Bezug auf die internen Kommunikationsstrukturen, die Ordnung der Finanzen der Kammer, die Weiterentwicklung der Regelwerke Berufsordnung und Satzung, die intensive Mitarbeit in den neuen bundesweiten Strukturen der Bundespsychotherapeutenkammer und natürlich den personellen und räumlichen Ausbau der Geschäftsstelle. Im zweiten Teil stellte er die Durchführung der ersten Regelaufgaben der Kammer in Bezug insbesondere auf die Berufsaufsicht, d.h. die Bearbeitung von Beschwerden von Patienten und von Psychotherapeuten, und die Bearbeitung der Ermäßigungsanträge dar.

Es folgte die Vorstellung der ersten Anfänge der Arbeit im Bereich Mitgliederkommunikation und Mitgliederservice, u.a. die schon durchgeführten Beratungsgespräche mit Mitgliedern und den Ausbau der Homepage. *„Wir wollen uns als eine Kammer verstehen, die mit den Mitgliedern kommuniziert und für ihre Mitglieder da ist.“*

Danach stellte er zuerst die unterschiedlichen Inhalte und Politikfelder dar, in denen sich der Vorstand zwischenzeitlich schon engagiert hat, allen voran die Gesundheitsreform (wir berichteten). Im Anschluss daran referierte er über die umfangreichen Bemühungen der jungen Kammer, sich bei den maßgeblichen politischen Entscheidungsträgern und Akteuren des Gesundheitswesens bekannt zu

machen, Kooperationsbeziehungen aufzubauen und Einflussmöglichkeiten zu erarbeiten. Den Abschluss bildete ein Ausblick auf die bevorstehenden Aufgaben der Kammer.

„Wir wollen unseren Beruf nicht nur über die Berufsordnung sondern auch in diesem Zusammenhang über die Ausgestaltung der Bereiche Aus-, Fort- und Weiterbildung und Qualitätssicherung den neuen Erfordernissen der Zeit anpassen. Die nächste Gesundheitsreform ist schon in Vorbereitung – und wir müssen gerüstet sein.“

Entschädigungsordnung, Beitragsordnung, Haushalte 2003 und 2004

Beim folgenden Tagesordnungspunkt wurde nach ausführlicher und intensiver, teils auch kontroverser Diskussion die neue Entschädigungs- und Reisekostenordnung verabschiedet. Anschließend wurden die neue Beitragsordnung und die Haushalte 2003 und 2004 (vgl. gesonderte Berichte) verabschiedet. Damit hat die Delegiertenversammlung nun die erste Ordnung der materiellen Grundlagen der Kammer durchgeführt und die Basis für das weitere Wirtschaften gelegt.

Bildung von Ausschüssen

Den dritten großen Block des Tages stellte die Bildung von Ausschüssen dar. Folgende Ausschüsse wurden zusätzlich zu dem schon bestehenden Finanzausschuss konstituiert und gewählt:

Ausschuss Aus-, Fort- und Weiterbildung

Klemens Funk
Curd-Michael Hockel
Prof. Dr. Siegfried Höfling
Dr. Burkhard Peter
Dr. Andreas Rose
Albrecht Stadler
Thomas Stadler
Dr. Bruno Waldvogel

Ausschuss Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie

Michael Bastian
Bertold Günther
Brigitte Kissinger
Gerhard Krones
Gabriele Melcop
Dr. Sabine Schlippe-Weinberger
Thomas Stadler

Ausschuss Berufsordnung

Ellen Bruckmayer (Ausschussvorsitzende)
Prof. Dr. Klaus Heinerth
Helge Halbensteiner
Peter Lehndorfer
Dr. Anke Pielsticker
Albrecht Stadler

Ausschuss Psychotherapie in Institutionen durch Angestellte und Beamte

Dr. Wolfgang Dornette
Willi Drach
Gerhard Krones
Dieter Meier
Klaus Stöhr

Ausschuss Qualitätssicherung

Susanne Dittrich
Prof. Dr. Toni Forster
Brigitte Morgenstern-Junior
Barbara Sacher
Benedikt Waldherr

Satzungsausschuss

Dr. Heiner Vogel (Ausschussvorsitzender)
Rudi Merod
Elke Tittelbach
Dr. Herbert Ühlein
Benedikt Waldherr

Delegiertenversammlung beschließt neue Beitragsordnung ab 2004

Mit 36 ja-Stimmen, 2 Enthaltungen und 1 nein-Stimme hat die Delegiertenversammlung am 18.9.2003 die neue Beitragsordnung verabschiedet. Sie wurde inzwischen von der Aufsichtsbehörde genehmigt und am 24.10.2003 im Bayerischen Staatsanzeiger veröffentlicht (Sie wird nach diesem Bericht wiedergegeben). Die neue Beitragsordnung tritt am 1.1.2004 in Kraft und löst die vorläufige Beitragsordnung vom 22.4.2002 ab.

Die Erstellung einer Beitragsordnung ist deshalb ein schwieriges Unterfangen, da einerseits die zur Durchführung der vielfältigen Aufgaben der Kammer erforderlichen Beiträge festgelegt werden und andererseits größtmögliche Beitragsgerechtigkeit hergestellt werden soll.

Zur Berechnung der durchschnittlichen Einkommen der Psychotherapeuten wurde einerseits die Studie zur Finanzlage der Psychotherapeuten des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung 1999 (download unter <http://www.zi-koeln.de/>) und andererseits der BAT herangezogen. Es wurden nur geringe systematische Unterschiede

zwischen den Gruppen der in eigener Praxis niedergelassenen und der in Institutionen tätigen Psychotherapeuten festgestellt. Signifikante Unterschiede beim Einkommen waren naturgemäß feststellbar je nach Auslastung der Praxen bzw. der wöchentlichen Arbeitszeit.

Die Neuerungen im Überblick:

- Stichtag zur Festsetzung der Beitragspflicht: 1. Februar des jeweiligen Jahres (in Absprache mit allen anderen Landeskammern)
- Gestaffelte Beitragshöhe für Selbständige und Angestellte
- Regelung für berufsfremde Tätige
- Teilzeittätigkeit als Grund für eine Beitragsermäßigung
- Erlass des Jahresbeitrags im Fall besonders schwerwiegender wirtschaftlich-sozialer Notlage.

Es wurde im Vorstand auch eine einkommensorientierte Beitragsordnung diskutiert und entworfen. Die Delegierten waren sich jedoch einig, dieses Projekt zunächst nicht weiter verfolgen zu wollen, da der Verwaltungsaufwand zur Umsetzung einer nach Einkom-

men ausdifferenzierten Beitragsordnung enorm hoch gewesen wäre. Jeder Psychotherapeut und jede Psychotherapeutin wäre bei einer solchen Beitragsordnung verpflichtet, seine beitragsrelevante Einkommenssituation überprüfungsfähig offen zu legen.

Auch die nun beschlossene Beitragsordnung wird nicht alle Wünsche erfüllen können und nicht frei von Kritik bleiben. Es ist nach unserer Auffassung aber jetzt gelungen, den geeigneten Kompromiss zwischen Einzelfallgerechtigkeit und wirtschaftlicher Umsetzbarkeit mit dem angestrebten Ziel einer bestmöglichen Beitragsgerechtigkeit zu finden. Wir haben aus der Umsetzung der vorläufigen Beitragsordnung in den letzten beiden Jahren gelernt.

Einen sparsamen und effektiven Einsatz der Mittel betrachten wir als selbstverständlich. Unsere wesentliche Aufgabe ist es, uns für unsere Mitglieder bzw. die verschiedenen Gruppen unter unseren Mitgliedern mit dem Ziel der weiteren Absicherung der Berufsausübung einzusetzen. Dies werden wir mit aller Kraft versuchen!

Doppelhaushalt 2003/2004 verabschiedet

Zwar nicht für die politische Ausrichtung, aber immerhin für die Funktionsfähigkeit der Kammer und ihre wirtschaftliche Absicherung und rechtsmäßige Funktionsweise waren auch die Beschlüsse zu den Haushaltsplänen 2003 und 2004.

Die beschlossenen Haushaltspläne umfassen ein Volumen von jeweils 1,4 Mio Euro; sie sind angesichts der Rücklagen aus 2002 und der erwarteten Einnahmen aus Mitgliedsbeiträgen (s.o.) gedeckt. Die Ausgaben verteilen sich zu jeweils etwa 10% für die Bundeskammer (30 € pro Kammer-

mitglied), Personalausgaben (2003: 12%, 2004: 20%), Sachkosten und Mieten (22%), Reisekosten und Aufwandsentschädigungen für Delegierte, Ausschuss- und Vorstandsmitglieder (38%) sowie für 2003 12% für Investitionen (insb. Geschäftsstelenauf- und -ausbau).

Geschäftsstellenumzug geschafft

Der Umzug der Geschäftsstelle in die St-Paul-Straße 9 konnte Ende September, wie bereits angekündigt, mit gutem Ergebnis abgeschlossen werden. Trotz noch unvollständiger Einrichtung lässt es sich in den neuen Räumen gleich viel besser arbeiten. Verständlich, denn von 2 Räumen (zus. ca. 60 qm) mit Teeküchen-/WC-Mitbenutzung haben wir uns auf eine

sachgerechte Größe der Geschäftsstelle mit 12 Räumen bei 360 qm vergrößert. Hier findet sich nun hinreichend Platz, damit das Sekretariat funktioniert, wenn gleichzeitig eine Vorstandssitzung oder Ähnliches stattfindet, hier finden sich genügend Stauraum für Lager und Archiv sowie Platz für die vorgesehenen weiteren Mitarbeiter/innen/stellen.

Und so kann auch die notwendige Aufstockung des Mitarbeiterstammes weitergehen. Nach der Einstellung von Herrn Hillers als Geschäftsführer werden in den nächsten Wochen noch Verwaltungskräfte für die Bereiche Buchhaltung, Sachbearbeitung und Mitgliederverwaltung eingestellt.

Ehrenamtliche Berufsrichterinnen und Berufsrichter der Kammer ernannt

Anders als in anderen Ländern enthält das bayerische Heilberufekammergesetz bereits umfängliche Regelungen über die Berufsaufsicht und die Berufsgerichtsbarkeit. Obwohl also noch keine ausdrückliche Berufsordnung verabschiedet wurde, ist die Kammer bereits von Beginn an zuständig, wenn es um Streitfälle zwischen Kolleginnen und Kollegen oder zwischen Patienten/Patientinnen und Kollegen/Kolleginnen geht, die die psychotherapeutische Arbeit betreffen. Nachfolgend diese Regelungen in Kurzfassung: Im Bedarfsfalle hat der Vorstand zunächst eine/n Vermittler/in zu bestellen, der – allerdings nur im Einvernehmen mit beiden Seiten – zur Klärung und Beilegung entsprechender Konflikte beitragen soll. Der Vorstand kann schließlich, wenn Berufspflichten verletzt sind, (im Falle geringer Schuld) eine Rüge aussprechen oder er kann ein berufsgerichtliches Verfahren einleiten. Berufsgerichtliche Verfahren werden bei den Berufsgerichten für die Heil-

berufe, d.h. in der ersten Instanz bei den Oberlandesgerichten München oder Nürnberg, und für die zweite Instanz beim Landesberufsgericht für die Heilberufe, d.h. beim Bayerischen Obersten Landesgericht in München, verhandelt. Die Berufsgerichte können erkennen auf Verweis, Geldbuße bis 50.000 Euro und/oder Entziehung von Delegiertenstatus oder eines Kammeramtes bzw. der Wählbarkeit in ein Amt (Mitgliedschaft in einem Organ der Kammer). Die Berufsgerichte verhandeln in der Besetzung mit einem/einer vorsitzenden Berufsrichter/in, zwei weiteren Berufsrichter/innen/n und zwei ehrenamtlichen Richter/innen/n. Die ehrenamtlichen Richter/innen für Berufsgerichtsverfahren im Bereich Psychotherapeuten sind von der Kammer vorzuschlagen. Die Vorschläge der Delegierten wurden vom Vorstand zwischenzeitlich an die genannten Gerichte weitergeleitet, die Ernennungen sind bereits weitgehend erfolgt. Zwar hoffen wir, dass es wenige Verfahren

geben wird, sollte es aber doch dazu kommen, sollen alle Beteiligten eine sorgfältige und unvoreingenommene Verfahrensführung erhalten.

Der Vorstand der Kammer:

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

Geschäftsstelle:

St.-Paul-Str. 9, 80336 München
(Post: Postfach 151506, 80049 München)

Tel: 089-515555-0

Fax: 089-515555-25

Montag bis Freitag von 9.00 – 13.00 Uhr

Internet:

www.psychotherapeutenkammer-bayern.de

e-mail:

info@psychotherapeutenkammer-bayern.de

Die 2. Delegiertenversammlung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten hat am 18. September 2003 die nachfolgende Beitragsordnung beschlossen. Sie wurde vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit, Ernährung und Verbraucherschutz mit Schreiben vom 6. Oktober 2003, Aktenzeichen 3.2/8538/104/03, genehmigt, vom Präsidenten am 14. Oktober 2003 ordnungsgemäß ausgefertigt und am 24. Oktober 2003 im Bayerischen Staatsanzeiger veröffentlicht (Nr. 43, 58. Jg.).

Beitragsordnung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (BeiO) vom 18. September 2003

§ 1 Beitragspflicht

- (1) Die Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erhebt zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben Beiträge von ihren Mitgliedern.
- (2) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag. Beitragsjahr ist das Kalenderjahr.
- (3) Beitragspflichtig sind alle Personen, die am 1. Februar oder zu einem späteren Zeitpunkt des Beitragsjahres Pflichtmitglied der Kammer sind oder werden.
- (4) Ist das Mitglied für das Beitragsjahr von der Berufsvertretung der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eines anderen Landes der Bundesrepublik Deutschland zum Beitrag veranlagt worden oder hat es den Beitrag bereits dort entrichtet, entfällt die Beitragspflicht.
- (5) Im Fall der Erteilung der Berufszulassung entsteht die Beitragspflicht am Ersten des darauf folgenden Monats. Sie endet im Fall des vollziehbaren Ruhens oder der Beendigung der Berufszulassung, mit dem Tod oder im Fall des Art. 4 Abs. 4 in Verbindung mit Art. 65 HKaG mit Ablauf des Monats, in dem das jeweilige Ereignis eintritt.

§ 2 Beitragsfestsetzung und Fälligkeit

- (1) Die Beitragsfestsetzung erfolgt durch Beitragsbescheid.
- (2) Der Beitrag beträgt für Mitglieder,
 - a) die selbständig tätig sind, 300,- € (Beitragsgruppe A)
 - b) die sich in einem Beschäftigungs- oder Dienstverhältnis befinden, 276,- € (Beitragsgruppe B)
 - c) die sowohl selbständig als auch in einem Beschäftigungs- oder Dienstverhältnis tätig sind, 288,- € (Beitragsgruppe C).
- (3) Mitglieder, die berufsfremd tätig oder nicht berufstätig sind, entrichten einen Mindestbeitrag von 60,- €.
- (4) Ist für die Beitragsfestsetzung eine Erklärung des Mitglieds zur Einstufung in die

Beitragsgruppe gemäß Absatz 2 oder Absatz 3 erforderlich und kommt das Mitglied innerhalb von 4 Wochen dieser Aufforderung zur Erklärung nicht nach, erfolgt die Einstufung in die Beitragsgruppe A.

(5) Der Beitrag wird einen Monat nach Zugang des Beitragsbescheides zur Zahlung fällig.

§ 3 Stundung, Ermäßigung und Erlass

- (1) Auf schriftlichen Antrag kann der festgesetzte Beitrag zur Vermeidung unzumutbarer Härten gestundet oder ermäßigt werden.
 - (2) Der Beitrag kann gestundet oder höchstens bis zur Höhe des Mindestbeitrags (60,- €) ermäßigt werden bei:
 - a) vorübergehender Unterbrechung der Berufstätigkeit von mindestens drei Monaten z.B. wegen Arbeitslosigkeit, Mutterschutz oder Elternzeit und aus gesundheitlichen Gründen,
 - b) Vorliegen besonderer wirtschaftlicher Notlage,
 - c) Teilzeittätigkeit,
 - d) Pflichtmitgliedschaft in einer Berufsvertretung eines anderen freien Berufs.
- (3) Im Fall des Absatzes 2 Buchst. d) genügt für darauf folgende Beitragsjahre ein einmaliger Nachweis.
- (4) Im Fall besonders schwerwiegender wirtschaftlich-sozialer Notlage kann der Beitrag erlassen werden.

§ 4 Erklärungs- und Nachweispflicht

- (1) Alle für die Beitragsfestsetzung bzw. Bearbeitung von Widersprüchen oder Anträgen auf Stundung, Ermäßigung oder Erlass des Beitrags erforderlichen Angaben sind vom Mitglied wahrheitsgemäß zu machen.
 - (2) In den Fällen des § 3 sind die erforderlichen Nachweise (z.B. Steuerbescheid, Bescheinigung eines Steuerberaters, Nachweis des Arbeitgebers) dem Antrag beizufügen.
 - (3) Kommt das Mitglied seiner Erklärungs- und Nachweispflicht nicht nach oder liegen Gründe für die Annahme vor, dass die

Angaben unrichtig sind, wird der Beitrag gemäß § 2 Abs. 4 festgesetzt.

§ 5 Rechtsbehelf

- (1) Gegen den Beitragsbescheid kann das Mitglied Widerspruch innerhalb eines Monats nach Zugang schriftlich oder zur Niederschrift bei der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten einlegen.
 - (2) Gegen den Widerspruchsbescheid ist Klage innerhalb eines Monats nach Zustellung des Bescheides beim zuständigen Verwaltungsgericht zulässig.
 - (3) Widerspruch und Klage haben keine aufschiebende Wirkung (§ 80 Abs. 2 Nr. 1 VwGO).

§ 6 Beitreibung

- (1) Rückständige Beiträge werden zweimal mit monatlicher Zahlungsfrist angemahnt.
- (2) Die zweite Mahnung erfolgt frühestens 5 Wochen nach Absendung der ersten Mahnung und wird zugestellt. Für die zweite Mahnung wird eine Gebühr von 20,- € festgesetzt.
- (3) Kommt das Mitglied nach der zweiten Mahnung innerhalb eines Monats (Abs. 1) seiner Zahlungspflicht nicht oder nicht vollständig nach, wird der Beitrag zusammen mit den hierdurch entstehenden Auslagen nach Art. 40 HKaG beigetrieben.

§ 7 Zuständigkeit

- (1) Der Vollzug der Beitragsordnung obliegt der Geschäftsführung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.
 - (2) Über Widersprüche und Anträge auf Stundung, Ermäßigung, oder Erlass entscheidet der Vorstand. Die Entscheidung ergeht schriftlich und ist zu begründen.
- § 8 Schlussbestimmungen
Diese Beitragsordnung tritt nach Bekanntmachung im Bayerischen Staatsanzeiger am 1. Januar 2004 in Kraft.



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Berlin



Die Mitglieder des Kammervorstands (von li.): Michael Schmude, Marga Henkel-Gessat, Heinrich Bertram (Vizepräsident), Gisela Borgmann (Präsidentin), Manfred Thielen, Christoph Stößlein, Monika Basqué

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wieder haben wir ein prall gefülltes Vierteljahr hinter uns, aus dem wir komprimiert berichten. Mit großem Bedauern mussten wir zur Kenntnis nehmen, dass trotz unserer (und in anderen Bundesländern) zahlreich geführter Gespräche auf politischer Ebene die Vorstellungen der Psychotherapeuten in das GMG nicht eingeflossen sind (s. Artikel der BPTK). Mit den Sprechern/innen des Gesundheits- und des Rechtsausschusses aller im Berliner Abgeordnetenhaus vertretenen Parteien haben wir über zwei Themen gesprochen, die den Berliner Psychotherapeuten besonders wichtig sind:

1. Noch dieses Jahr soll vom Abgeordnetenhaus entschieden werden, ob das 1999 in das Berliner Kammergesetz eingefügte Verbot weitere **Versorgungswerke** zu er-

richten gestrichen wird. Auf Initiative unserer Kammer bereitet der Senat eine dahingehende Gesetzesnovellierung vor. Unsere Argumente stießen bei den politischen Vertretern überwiegend auf Verständnis und es konnte kaum nachvollzogen werden, weshalb nur in Berlin diese Benachteiligung der Psychotherapeuten im Kammergesetz verankert wurde. Nach der Gesetzesänderung wäre der Weg frei für die Gründung eines eigenen Versorgungswerks oder für den Anschluss an ein bereits bestehendes.

2. Unser Anliegen, der **kinderpsychotherapeutischen (Unter-)Versorgung** entgegen zu wirken, stieß in den Gesprächen mit den Abgeordneten auf Verständnis. Bereits nach unserem Frühjahrsempfang hatten wir die KV Berlin und den Zulas-

sungsausschuss aufgefordert, Sonderbedarfszulassung für KJP zu gewähren und den Berliner Senat auf diese Problematik hingewiesen. Die PTK ist neben hochkarätigen Vertretern aus der KV, den Krankenkassen und den Bezirken an einer durch den Gesundheitssenat einberufenen AG zur ‚Kassenfinanzierten Kinderpsychotherapie‘ beteiligt. Dort soll geklärt werden, welche Fälle in die Zuständigkeit des KJHG¹ und welche in die der Krankenkassen fallen. Der Vorstand orientiert sich dabei an der von Karl Wahlen entwickelten Systematik (s. Rundbrief der PTK Berlin 1/03). Unsere vorgelegene Position finden Sie im nachstehenden Artikel. Dabei wird auch der Vorschlag der Liste der

¹ Kinder- und Jugendhilfegesetz

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verfolgt, dass approbierte Kollegen/innen mit langjähriger Erfahrung im KJHG-Bereich eine ergänzende Qualifizierung absolvieren, um einen Eintrag in das Arztregister für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder Verhaltenstherapie zu erlangen. Auch die Möglichkeit der Kostenerstattung soll geprüft und in Gesprächen mit den Krankenkassen vertieft werden. Darüber hinaus haben wir uns mit „Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule“, einer Handreichung der Senatsverwaltungen für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz sowie für Bildung, Jugend und Sport auseinandergesetzt.

In einem Schreiben an die Senatorin für Gesundheit und den Senator für Inneres haben wir unsere Auffassung einer angemessenen Vergütung für angestellte PP und KJP analog zum Facharzt dargelegt und Umsetzung angemahnt. Die Senatsverwaltung für Inneres sieht in ihrer Antwort keine Notwendigkeit zur Tarifangleichung, selbst bei einer Änderung der Vergütungsordnung würde sich Berlin dem nicht anschließen.

Was noch?

Wir haben den Vorstand der KV-Berlin auf das Problem der neu zugelassenen Praxen und des Individualbudgets hingewiesen. Die KV hat zugesagt, bei entsprechenden Anträgen an ihren Vorstand, diese adäquat zu behandeln. Wir haben die KV-Berlin darüber hinaus gebeten, im Bundesausschuss Psychotherapie den Antrag zu stellen, die Gesprächspsychotherapie als Richtlinienverfahren anzuerkennen, da der Ausschuss sich seit neun Monaten nicht mehr mit den durch mehrere LPKs gestellten Anträgen befasst hat. Inzwischen hat die KBV diesen Antrag gestellt und wir erwarten bis Ende des Jahres einen Bescheid.

Im letzten PTJ haben wir über eine Podiumsdiskussion zur ‚**Wissenschaftlichkeit von Psychotherapieverfahren**‘ berichtet. Die Beiträge der Referenten und die sich anschließende Diskussion liegen jetzt in schriftlicher Form vor. Manfred Thielen hat alles zu einer äußerst informativen Broschüre zusammengestellt, die zum Selbstkostenpreis (3 Briefmarken à 1,44 Euro) über unsere Geschäftsstelle zu beziehen ist. Die **Schlichtungsordnung** ist verabschiedet und die Berufsordnung wird voraussichtlich im November vom Senat genehmigt werden, so dass am

20.08.03 unsere sechs **Schlichter/innen** berufen werden konnten. Als Koordinator ist **Michael Halhuber-Ahlmann** gewählt worden, seine Stellvertreterin ist **Anne Lorbeer-Wittnebel**. Wir wünschen eine erfolgreiche Arbeit!

Der Innensenator E. Körting hat seine Ankündigung der Änderung des Landesbeamtengesetzes mit der Bitte an die PTK-Berlin verknüpft, bei unseren Mitgliedern dafür zu werben, nur den 1,8-fachen Gebührensatz zu liquidieren. Dieses Anliegen können wir nicht nachvollziehen. Auch bei knapper Finanzlage Berlins liegt die Entscheidung über die Höhe des in Rechnung gestellten Gebührensatzes laut GOÄ/GOP im Ermessen des Psychotherapeuten und erschließt sich aus der Schwere des Falles. Wir empfehlen Ihnen, Ihre Fachkompetenz anzuwenden und sich an der gültigen GOÄ/GOP zu orientieren.

Für die zweite Hälfte seiner Legislaturperiode hat der Vorstand aus dem Kreis der drängenden Themen der psychotherapeutischen Landschaft Berlins zwei Schwerpunkte gewählt: **die kinderpsychotherapeutische Versorgung** und **die Situation der in Institutionen arbeitenden Kollegen/innen**.

Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Nicht nur nach Auffassung der PTK Berlin spitzt sich die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Berlin dramatisch zu. Das ist erstens bedingt durch massive Streichungen von Geldern im KJHG-Bereich und zweitens durch die gravierende Unterversorgung im krankenkassenfinanzierten Bereich.

1. Die Situation im KJHG-Bereich lässt sich exemplarisch am Bezirk Tempel-

hof-Schöneberg verdeutlichen. Dort ging die Zahl der vom KJPD² genehmigten Fälle innerhalb nur eines Jahres um 43% zurück (2001: 240 Fälle; 2002: 138 Fälle). Ganz offensichtlich schlägt dort das Diktat der Finanzpolitik zu, obwohl das KJHG eine Budgetierung der Jugendhilfe psychotherapie überhaupt nicht vorsieht. Dort ist (§ 27) ausdrücklich festgelegt, dass die Hilfe sich nach dem Einzelfall richtet, geeignet und notwendig sein muss.

Und auch in den Kommentaren zum SGB VIII wird dieser Grundsatz stets wiederholt. Die Zahlen verdeutlichen, dass die fachliche Vernunft und der Wille des Gesetzgebers von finanzpolitischen Vorgaben ins Abseits gedrängt wird. Die Gewährungspraxis richtet sich zudem überzufällig häufig

² Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst

an der Zählbarkeit der Antragsberechtigten aus, auch das ist keine – wie vom Gesetzgeber gewollt – fachliche Indikation. Sie hat allein in der Beurteilung der Notwendigkeit der sozialen Integration im Rahmen einer Psychotherapie zu liegen.

2. Auch im krankenkassenfinanzierten Bereich zeigt sich eine deutliche Unterversorgung in Berlin. Für 660.000 Kinder und Jugendliche in Berlin gibt es nur 159 von der KV zugelassene KJP. Hinzu kommt eine gravierende Ungleichverteilung zwischen der Ost- und der Westhälfte der Stadt. In drei Ost-Bezirken – Marzahn, Weißensee, Hellersdorf – findet sich kein einziger zugelassener KJP. Zudem ist – gemessen an dem epidemiologisch nachweisbaren Psychotherapiebedarf – die „instrumentelle Bedarfsplanung“ der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen völlig unzureichend, da eine Unterscheidung zwischen Erwachsenen und Kindern fehlt.

Fazit

Das Angebot an Psychotherapie für Kinder und Jugendliche ist äußerst mangelhaft und wird sich bei Fortschreibung der oben beschriebenen Tendenz im KJHG-Bereich weiter verschlechtern mit all den schon heute absehbaren negativen Folgen. Statt das Augenmerk nur auf kurzfristige Einsparungen zu richten, ist es erwiesenermaßen erfolgversprechender und kostengünstiger, in psychotherapeutische Behandlung, die auch präventive Wirkungen entfaltet, zu investieren. Dadurch ließen sich die nicht unerheblichen Kosten vermeiden, die durch Schulversagen, Drogen, Kriminalität u.a.m. schon sehr bald und in weitaus höherem Umfang anfallen werden.

Aus Sicht der Kammer liegt die Lösung im *kassenfinanzierten* Bereich in der Sonderbedarfszulassung und in der Ausweitung des Kostenerstattungsverfahrens. Für den *KJHG*-Bereich ist eine Ori-

entierung an den gesetzlichen Vorgaben notwendig. Jungen Menschen und ihren Bezugspersonen sind Hilfsmaßnahmen anzubieten, die psychotherapeutisch und sozial geeignet und notwendig sind und sich am Einzelfall orientieren. Zwischen beiden Bereichen braucht es eine abgestimmte Zusammenarbeit. Dazu muss auf Landesebene eine gemeinsame Linie aller Beteiligten zu Indikationsstellung und Verfahrensweise sowie zur Kooperation beider Bereiche vereinbart werden, die folgende Themen umfassen sollte:

- 1) Leitlinien zur Differenzierung einer
 - a) Psychotherapie als Hilfe zur Erziehung
 - b) Psychotherapie als Eingliederungshilfe
 - c) Psychotherapie als heilkundliche Behandlung i.S. des SGB V
2. Die Implantierung von Steuerungselementen
3. Ergänzende Qualifikation von KJHG-Psychotherapeuten/innen mit dem Ziel der Eintragung ins Arztregister

Zur Situation in Berliner Beratungsstellen

Die Anregung, über die Situation der Psychotherapeuten/innen in Berliner Beratungsstellen zu berichten, gaben die Ausführungen des Kollegen M. Borg-Laufs im PTJ 3/03.

Von den etwa 3.000 approbierten Psychologischen Psychotherapeuten/innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/innen in Berlin sind 53% im Angestelltenverhältnis tätig. Ein Großteil davon arbeitet in Beratungsstellen freier und öffentlicher Träger. Dazu gehören u.a. Erziehungs- und Familienberatung, Schulpsychologische Beratung, Drogen- und Suchtberatung, Schwangerschafts-, Trennungsberatung, Beratung bei sexueller Gewalt und

Kindesmissbrauch. Seit jeher war es in Berlin sehr ausgeprägt, dass PP und KJP teilzeitbeschäftigt in Beratungsstellen und mit ihrer übrigen Arbeitszeit in Freier Praxis arbeiten. Diese Situation hat sich in den letzten Jahren verändert: Seit Verabschiedung des PsychThG und Ausstiegsangeboten mit dem „goldenen Handschlag“ sind viele der Teilzeitkollegen/innen in die freiberufliche Tä-

tigkeit abgewandert. In Folge der massiven Kürzung öffentlicher Ausgaben in Berlin sind zudem einige Arbeitsbereiche weggefallen wie etwa die Therapeutenstellen im Schulpsychologischen Dienst. Im Zuge des letzten Tarifabschlusses wurde darüber hinaus eine 12%ige Stundenreduzierung für die Angestellten in den Öffentlichen Beratungsstellen festgesetzt.

Aspekte psychotherapeutischer Arbeit am Beispiel der Erziehungs- und Familienberatungsstellen

In jedem Berliner Bezirk gibt es (seit 1949 im Westen der Stadt, seit der Wende auch in den östlichen Bezirken) je eine öffentliche Erziehungs- und Familienberatungsstelle. Mit der

Zusammenlegung von Bezirken finden sich in den nun größeren Bezirken zwei oder mehrere Beratungsstellen. Darüber hinaus gibt es Erziehungs- und Familien-, Ehe- und Lebens-

Die Berliner Kammer sucht dringend Kollegen/innen für das Amt eines/r Ehrenamtlichen Richters/in beim Berufsgericht. Die Bewerber/innen dürfen nicht den Organen der Kammer oder dem Vorstand der KV angehören. Bitte melden Sie sich in der Geschäftsstelle der Kammer.

beratungsstellen Freier Träger. Die Rechtsgrundlage ihrer Tätigkeit ist das SGB VIII.

Entsprechend den Leitlinien des Landesjugendamtes haben die Erziehungs- und Familienberatungsstellen ein breites Leistungsspektrum. Dazu gehören u.a. Beratung der Eltern als Erziehende, Diagnostik, einzelfallbezogene pädagogisch-psychologische Therapie und Krisenintervention.

Während die Finanzierung der Öffentlichen Beratungsstellen durch den Senat erfolgt, finanzieren sich die freien Träger über eine Grundversorgung plus Fallpauschale (Mischfinanzierung).

In den speziellen Berliner Landesvorschriften wurde der beraterische und der psychotherapeutische Auftrag ausführlich definiert und legitimiert. In der Folge hat sich neben der psychologischen Beratung die psychotherapeutische Arbeit zu einem Schwerpunkt entwickelt. Für die Klienten ist das inzwischen ein vertrautes Angebot, das sie gerne in Anspruch nehmen.

Bedeutsam für die Arbeit ist zudem, dass das KJHG (§ 28) explizit fordert, dass „Fachkräfte verschiedener Fach-

richtungen zusammenwirken, die mit unterschiedlichen Methoden vertraut sind.“ Die Kollegen/innen arbeiten je nach Problemlage und Qualifikation beratend und mit unterschiedlichen therapeutischen Methoden – analytisch, gesprächs-, verhaltens-, familientherapeutisch, systemisch oder tiefenpsychologisch fundiert. Ob in Beratungsstellen psychotherapeutische Arbeit heilkundlicher Art stattfindet oder nicht, war für die meisten Psychotherapeuten nicht zentral, weil sie seit Jahren erfolgreich gearbeitet haben. Aktuell wurde die Frage im Rahmen des PsychThG und es zeigte sich, dass die Tätigkeit in den Beratungsstellen in der Regel die Bedingungen für die Approbation erfüllte. Somit ist psychotherapeutische Tätigkeit in Beratungsstellen in Teilbereichen als Heilkunde anerkannt. Die Behandlung seelischer Störungen geht in Erziehungs- und Familienberatungsstellen oft zwingend einher mit der Elternberatung und der umfassenden Förderung kindlicher Entwicklung.

Als Konsequenz aus dem PsychThG erstellen approbierte Psychotherapeuten in den Beratungsstellen Diagnosen und Indikationen, die u.a. der Vermittlung an niedergelassene Psycho-

therapeuten dienen (KJHG-, Kassentherapien). Deshalb sollten auch zukünftig approbierte Kollegen/innen in Erziehungs- und Familienberatungsstellen arbeiten.

Ein weiterer Aspekt der Tätigkeit angestellter Psychotherapeuten, auf den hier nicht eingegangen wird, ist die Kooperation im sozialen Netz zur Bündelung multiprofessioneller Fachkompetenz und zur Optimierung der Hilfsmaßnahmen.

Wesentlicher Vorteil für die Klientel: Die multiprofessionelle Arbeit in den Beratungsstellen bietet niederschwellige, kostenfreie Hilfe und kann ohne Bewilligungsverfahren in Anspruch genommen werden. Das Spektrum reicht von Clearing, Beratung bis zur Psychotherapie. Letztere spielt im Kanon der Tätigkeiten der Psychotherapeuten in Beratungsstellen eine wichtige Rolle. Dabei sind die Grenzen zwischen Beratung und Psychotherapie in der Regel fließend und das soll unseres Erachtens auch so bleiben. Die psychotherapeutische Arbeit gilt es weiterhin als ein zentrales Angebot im Rahmen der psychosozialen Versorgung zu fördern und zu sichern.

Infoveranstaltung zum Versorgungswerk

Ende Oktober hat die Kammer eine Veranstaltung zum Versorgungswerk (s. PTJ 3/03) durchgeführt, auf der sie ihre Mitglieder informieren und ihnen Gelegenheit zu Fragen und Diskussion geben wollte. Die Präsidentin der PTK Berlin, Gisela Borgmann sprach in ihren einleitenden Worten die noch zu überwindenden politischen Hürden an. Anschließend skizzierte der Beauftragte des Berliner Kammervorstands für das Versorgungswerk, Alexander Malkowsky, die von ihm maßgeblich mitgestalteten Bemühungen, die Altersversorgung für Psychotherapeuten auf ein stabiles Fundament zu stellen. Er machte deutlich, dass frühestens

2004 mit der Errichtung des Versorgungswerks in Berlin zu rechnen sei. Werner Köthke, Vorsitzender des Verwaltungsrats des Versorgungswerks für Psychotherapeuten in Niedersachsen verwies in seinen Ausführungen auf die bisher eher mangelhafte Altersvorsorge freiberuflicher Psychotherapeuten und belegte das mit Zahlen. Im Anschluss daran stand Barbara Sieker, Geschäftsführerin des Versorgungswerks in Niedersachsen mit hohem Sachverstand für vielfältige, auch sehr individuelle Fragen der Teilnehmer/innen zu Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenrente zur Verfügung. Beide Vertreter des niedersächsischen Versorgungs-

werks warben darum, dass – sollten die in Berlin bestehenden Hürden überwunden werden – die Berliner Kammer sich dem niedersächsischen Versorgungswerk anschließt.

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

Beiträge lieferten: A. Rosarius

Geschäftsstelle

Kurfürstendamm 184, 10707 Berlin
Tel.: 030-887140-0, FAX -40
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Bremen

Berufsordnung in Bremen verabschiedet

Bremer Kammerversammlung zog Bilanz

In seinem einleitenden Bericht skizzierte Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens die Tätigkeit des Kammervorstandes im zurückliegenden Jahr. Diese war in besonderem Maße von den Reformvorhaben im Gesundheitswesen geprägt gewesen. In mehreren Stellungnahmen und Gesprächen mit Gesundheitspolitikern markierte die Bremer Psychotherapeutenkammer ihre Positionen und warb um Verständnis für die Anliegen der Psychotherapeuten. Darüber hinaus stellte er die Arbeit der Kammer in ihren verschiedenen Facetten dar: Initiativen bei der Kassenärztlichen Vereinigung, Kooperationen mit anderen Heilberufskammern, Beitritt zum Versorgungswerk und der weitere Ausbau kammerstruktureller Aufgaben. Insgesamt habe sich die Arbeit der Kammer konsolidiert, und die Kammer entwickle sich mehr und mehr zu einer akzeptierten Interessenvertretung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Mit dieser Versammlung „heilte“ die Psychotherapeutenkammer einen Formfehler, der dem Gründungsausschuss in Vorbereitung der Gründungsversammlung unterlaufen war. Er hatte versäumt, diese Versammlung formal öffentlich anzukündigen. Dieser Formfehler wurde jetzt korrigiert, indem diese Versammlung als Wiederholung der Gründungsversammlung im Amtsblatt der Freien Hansestadt Bremen ausgeschrieben worden war.

Im Mittelpunkt der Kammerversammlung, die in Bremen traditionell als Versammlung aller Mitglieder der Psychotherapeutenkammer stattfindet, standen die Beratung und die Beschlussfassung einer Berufsordnung. Mehr als zwei Jahre hatte der Arbeitskreis Berufsordnung in insgesamt 16 Sitzungen den Entwurf erarbeitet, der nun den Bremer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vorgelegt worden war. Die Vorsitzende des Arbeitskreises, Frau Anke Herold, stellte einleitend zu diesem Punkt die zentralen Fragestellungen und den Verlauf dieses Arbeitsprozesses dar. Im Anschluss berieten die Teilnehmer der Versammlung den Entwurf und verabschiedeten ihn mit einer Vielzahl kleinerer Veränderungen.

Abschließend dankte Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens den Mit-

gliedern des Arbeitskreises Karin Borowski, Irene Bozetti, Manfred Fiedler, Helga Friehe, Anke Herold, Ingeborg Koch-Hübner und Stefan Rickers für die vielen Stunden ehrenamtlich geleisteter Arbeit und sprach die Hoffnung aus, dass die dabei gemachten Erfahrungen und das bewiesene Engagement auch weiterhin in die Arbeit der Psychotherapeutenkammer einfließen werden.

Aufgrund der soliden Finanzpolitik des Vorstandes konnten Rücklagen gebildet werden und zugleich die finanziellen Spielräume vergrößert werden, wie Vorstandsmitglied Marianne Büthe-Tietel ausführte. Zuvor hatte Vorstandsbeisitzer Frank Bodenstern die Neufassung der „Ordnung über Aufwandsentschädigungen und Reisekosten“ vorgestellt und ausführlich begründet, warum die bisherigen Auf-



Gespannte Aufmerksamkeit in Bremer Kammerversammlung

wandsentschädigungen für die Vorstandsmitglieder viel zu niedrig angesetzt waren und in keiner Weise einen angemessenen Ausgleich für die erhebliche zeitliche Inanspruchnahme durch die jeweiligen Vorstandsfunktionen dargestellt hatten. Die

Kammerversammlung stimmte mit großer Mehrheit der Neufassung und dem Haushaltsansatz für 2004 zu. Begrüßt wurde die Stabilität des Beitragshebesatzes, der bei 0,79 % des Einkommens gehalten werden konnte.

Im Anschluss an die Versammlung lud der Vorstand wie jedes Mal die anwesenden Kolleginnen und Kollegen zu einem entspannten Miteinander bei Sekt, Saft und Selters ein. Dies wurde wie immer zu einem regen Meinungsaustausch genutzt.

Versorgungswerk kommt erst in 2004

Bereits im März diesen Jahres wurde auf einer Kammerversammlung der Beitritt der Bremer Kammermitglieder zum Psychotherapeutenversorgungswerk (PVW) Niedersachsen beschlossen. Nach niedersächsischem Recht muss für diesen Beitritt ein Staatsvertrag zwischen Niedersachsen und Bremen geschlossen werden. Klares Ziel unserer Psychotherapeutenkammern beider Bundesländer war das Erreichen eines rechtswirksamen Beitritts noch in 2003, um Bremer Kammermitgliedern – falls gewünscht – noch rentenwirksame Einzahlungen rückwirkend für das gesamte Jahr 2003 zu ermöglichen.

Nachdem im Juli diesen Jahres den Bremer Behörden eine Rohfassung des Staatsvertrages vorlag und daraufhin dann die notwendigen Abstimmungen sowohl unter den zuständigen Bremer als auch niedersächsischen Ressorts vorgenommen wurden, lag erst im September ein mit allen Seiten abgestimmter Staatsvertragsentwurf vor. Nach der Formulierung eines weiterhin notwendigen Ratifizierungsgesetzes konnte der Staatsvertrag dann im November in der Bremer Deputation für Arbeit und Gesundheit behandelt werden, so dass ein Senatsbeschluss über die Ratifizierung mit dem Staatsvertrag als Anlage möglich wurde, der dann wiederum

an die Bremer Bürgerschaft zur Beschlussfassung im Dezember 2003 weitergeleitet werden konnte. Ähnlich viele formale Hürden wird der Staatsvertrag in den niedersächsischen Organen überwinden müssen. Dieser Prozess wird nach Auskunft der niedersächsischen Behördenvertreter in Niedersachsen leider sogar bis Frühjahr 2004 andauern.

Trotz aller Anstrengungen der Psychotherapeutenkammern Bremen und Niedersachsen wird das Versorgungswerk für uns Bremer daher voraussichtlich leider erst ab Frühjahr 2004 nach dem Austausch der Ratifizierungsurkunden und der Veröffentlichung in den Gesetzblättern wirksam. Falls gewünscht werden Bremer Mitglieder dann rückwirkend für das gesamte Jahr 2004 einzahlen können. Da zunächst alle Bremer Kammermitglieder Pflichtmitglieder des PVW sein werden, werden die Bremer Kammerangehörigen mit dem In-Kraft-Treten des Staatsvertrages noch einmal über Austrittsmöglichkeiten und -fristen informiert. Wie bekannt haben alle Kammermitglieder ab diesem Zeitpunkt ein halbes Jahr Bedenkzeit, um sich für oder gegen die Mitgliedschaft im Versorgungswerk zu entscheiden. Das Versorgungswerk kommt zwar langsamer als geplant, aber es kommt!

Gesundheitswegweiser: Chance vertan

Eine wesentliche Chance, die psychosoziale Versorgung von Migrantinnen und Migranten in Bremen zu verbessern, vertat das Bremer Gesundheitsamt. Im Herbst erfüllte es den Auftrag, einen Gesundheitswegweiser für diese Gruppe unserer Bevölkerung herauszugeben, in dem diese Menschen detailliert Informationen über die sprachlichen Kompetenzen der im Gesundheitswesen tätigen Dienstleister erhalten. Obwohl alle ärztlichen Leistungserbringer, spezifiziert nach ihrer Fachgruppe, dezidiert aufgelistet sind, wurde die gesamte Gruppe der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten leider „vergessen“. Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens protestierte bei Frau Senatorin Karin Röpke gegen diesen Ausschluss der Psychotherapeuten, da gerade die Migrantinnen und Migranten in besonderer Weise psychosozialer Betreuung bedürften. Zudem wäre es der Psychotherapeutenkammer ein Leichtes gewesen, die Daten ihrer Mitglieder, aufgegliedert nach ihren Sprachkompetenzen, zur Verfügung zu stellen.

Wie ist der Weg in Bremen zur Zulassung in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung?

Geht man von dem Versorgungsgrad der Bedarfsplanung aus, so gilt die Stadt Bremen mit 166,9 % und die

Stadt Bremerhaven mit 120,8 % in der Gruppe der Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und

Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) als überversorgt. Wie bekannt, sagen diese Zahlen nichts Entschei-

dendes über die tatsächliche Nachfrage nach psychotherapeutischer Behandlung aus. Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen sind die Therapiemöglichkeiten im Bremer Norden und in Bremerhaven als unzureichend zu bezeichnen. Vorstöße, Sonderbedarfszulassungen in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu ermöglichen, scheiterten bisher an der hartleibigen Ablehnung des Vorstandes der KV Bremen.

So steht den Kolleginnen und Kollegen, die eine Niederlassung mit Zulassung im vertragspsychotherapeutischen System anstreben, gegenwärtig und in absehbarer Zeit nur der Weg über den Kauf einer psychotherapeutischen Praxis offen. Dies ist dann der Fall, wenn praktizierende Kolleginnen und Kollegen, z.B. aus gesundheitlichen oder Altersgründen ihre Praxis aufgeben wollen.

Wie ist nun der Weg zum Kauf einer Praxis?

Die fachlichen Voraussetzungen sind Approbation als KJP/PP und der Eintrag im Arzt-/Psychotherapeutenregister, das bei den Kassenärztlichen Vereinigungen geführt wird. Daraus folgt, jeder der eine Zulassung anstrebt, sollte zunächst seinen Registereintrag sicherstellen. Die Formblätter für diesen Antrag können bei Frau Thomas bei der KV Bremen, Schwachhauser Heerstr. 26/28, 28209 Bremen bestellt werden oder von der Internetseite der KV heruntergeladen werden (www.kvhb.de). Beim Registereintrag müssen insbesondere die Nachweise für die Fachkunde in einem der Richtlinienverfahren vorgelegt werden. Der Registereintrag kann bei der KV in Bremen, aber auch von einer anderen KV geführt werden, wenn der Bewerber für eine Zulassung vorher im Bereich einer anderen KV tätig war oder gewohnt hat. Es wird in Bremen eine jährliche Verwaltungsgebühr von 35 € erhoben.

Liegt der Arzt-/Psychotherapeutenregistereintrag vor, so kann sich der Niederlassungswillige in die Warteliste eintragen lassen, die bei jeder KV geführt wird. Die KV gibt bei Einverständnis diese Adressen an abgabewillige Psychotherapeuten weiter. Praxissitze, die zur Neuausschreibung gelangen, werden regelmäßig auf der Internetseite der KV Bremen und im Bremer Ärztejournal, das von KV und Ärztekammer Bremen herausgegeben wird, veröffentlicht. Nachdem der Bremer Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens beim Geschäftsführer der KV, Herrn Scherer, vorstellig geworden ist, bekommen jetzt auch alle Psychotherapeuten, die im Register eingetragen sind, als außerordentliche Mitglieder der KV dieses Ärztejournal mit der Post zugesandt.

Wann kann ein Praxissitz abgegeben werden?

Der Praxisinhaber muss gegenüber der KVHB schriftlich auf seine Zulassung verzichten und die Ausschreibung seines Sitzes beantragen. Die Abgabe setzt voraus, dass die Praxisräume noch vorhanden sind und die Praxistätigkeit noch in nennenswertem Umfang stattgefunden hat. Der Abgebende hat ein Recht darauf, dass die Praxis im Bremer Ärztejournal ausgeschrieben wird. Zugleich muss er kaufwilligen Psychotherapeuten Einsicht in die Unterlagen ermöglichen, die zur Beurteilung des Kaufpreises seiner Vertragspraxis erforderlich sind.

Praxiskauf in welcher Höhe?

Der Niederlassungsinteressierte stellt bei der KVHB den Antrag auf Zulassung unter Beifügung der erforderlichen Unterlagen (Antragsformulare s.o.). Er führt dann mit dem Abgabewilligen Verhandlungen über den Kaufpreis. In der Regel gibt es mehrere Bewerber, die in solche Verhandlungen eintreten. Der Preis unterliegt in

der Regel den Marktgesetzen von Angebot und Nachfrage. Scheitert die Abgabe eines Sitzes lediglich am Kaufpreis, so ist spätestens zur dritten Ausschreibung ein neutraler Sachverständiger zur Ermittlung des Verkehrswertes zu beauftragen.

Unabhängig von der Einigung des Abgabewilligen und des Bewerbers über den Kaufpreis, entscheidet allein der Zulassungsausschuss bei der KV über die Zulassung. Dieser Ausschuss ist paritätisch mit Vertretern der Krankenkassen und der psychotherapeutischen Leistungserbringer (Ärzte und PP/KJP) besetzt, ist also kein Organ der KV. In der „Zulassungsverordnung Ärzte“ sind der Weg und die Kriterien festgelegt. Im Vordergrund stehen Approbationsalter, Dauer der psychotherapeutischen Tätigkeit und die berufliche Eignung. Aber auch die Dauer der Wartezeit ist ein Beurteilungsmerkmal. Gegen Entscheidungen des Zulassungsausschusses kann Widerspruch beim Berufungsausschuss bzw. im Anschluss daran auch Klage beim Sozialgericht erhoben werden. Wer eine Zulassung erhält, muss im erforderlichen Umfang der Versorgung zur Verfügung stehen. Nach einem Urteil des Bundessozialgerichtes heißt dies, dass er nicht mehr als 13 Stunden angestellt oder sonst wie tätig sein darf. Ebenfalls darf es zu keinen Interessenkollisionen zwischen der vertragspsychotherapeutischen und seiner sonstigen Tätigkeit kommen.

Kontrovers wird in Bremen zur Zeit die Frage gehandelt, ob ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut sich auch um den Sitz eines Psychologischen Psychotherapeuten (und umgekehrt) bewerben darf. Obwohl es sich in der Bedarfsplanung um eine einheitliche Berufsgruppe handelt, also der gegenseitigen Übernahme eines Sitzes nichts entgegenstehen würde, argumentiert die KV Bremen zur Zeit dagegen. Möglicher-

weise muss es zuerst zu einer sozialgerichtlichen Entscheidung kommen, um an dieser Stelle Rechtssicherheit zu erlangen. Wünschenswert wäre es,

wenn Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in solcher Weise sich auf Sitze von Psychologischen Psychotherapeuten bewerben könn-

ten, wäre dies doch ein Weg, sukzessive die partielle Versorgungsnotlage bei Kindern und Jugendlichen zu verringern.

Vorstand der PTK Bremen im Gespräch mit der Senatorin für Gesundheit Frau Röpke

Am 18.09.03 fand bei der Gesundheitssenatorin ein Meinungsaustausch statt, an dem auf Einladung von Frau Röpke auch der Abteilungsleiter für psychiatrische Versorgung im Land Bremen, Herr Schöfer, und der Justiziar der Gesundheitsbehörde, Herr Nuschke, teilgenommen haben. Von Seiten des Kammervorstandes nahmen Herr Schrömgens, Herr Platte und Herr Janzen teil.

Im ersten Gespräch nach der Wiederwahl von Frau Röpke als Gesundheitssenatorin standen die von der BPtK formulierten „Last-Minute-Anliegen“ bezüglich des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes im Vordergrund. Die Anliegen und Argumente der Psychologischen Psychotherapeuten, z.B. bezüglich des Erstzugangsrechts oder der Praxisgebühr, konnten nachvollzogen werden und fanden die Unterstützung der senatorischen Behörde. Von Frau Röpke wurde allerdings in Zweifel gezogen, ob zum damaligen Zeitpunkt noch realistische Chancen der Einflussnahme bestanden, insbesondere Interventionen über das Bundesministerium für Gesundheit hielt sie zum damaligen Zeitpunkt für aussichtslos. Sie erklärte sich aber bereit, zu prüfen, ob es über den Gesundheitsausschuss zu den obengenannten Punkten noch eine Änderungsbereitschaft gebe. Insbesondere bei der Praxisgebühr glaubte sie aber kaum an eine kurzfristige Veränderungsmöglichkeit, obgleich sie die Ar-

gumente der Kammer sehr überzeugend fand.

Herr Schöfer regte an, mit Blick auf zukünftige SGB 5-Veränderungen, unsere Anliegen an die ständige SPD-Arbeitsgruppe Bund/Länder zum SGB 5 regelmäßig heranzutragen. Insgesamt wurde uns von allen Behördenvertreterinnen und -vertretern Mut gemacht, zukünftig eine intensivere Lobbyarbeit zu betreiben.

Weitere Themen des Meinungsaustausches waren die Stellung Psychologischer Psychotherapeuten in der stationären Versorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen und im somatischen Bereich sowie der Stand der Zusammenlegung psychologisch-psychotherapeutischer Beratungsdienste (Erziehungsberatung und Schulpsychologischer Dienst). Zu beiden Punkten verwies Frau Röpke auf gegenwärtige Diskussions- und Entwicklungsprozesse, die zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen seien. Es gebe zu beiden Themen keinen neuen Sachstand.

Abschließend wurde der derzeitige Stand des Abschlusses eines Staatsvertrages über den Beitritt zum Niedersächsischen Versorgungswerkes erörtert, wobei insbesondere Herr Nuschke sich sehr skeptisch zeigte, dass der Staatsvertrag noch im Jahr 2003 unterschriftsreif sei. Es wurde der künftige Umgang mit Rückgabe und Neuer-

teilung von Approbationen angesprochen, die im Zusammenhang mit den Übergangsregelungen des Psychotherapeutengesetzes ursprünglich erteilt wurden, sowie die Probleme in der Ausbildungssituation zukünftiger Psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Insgesamt zeigte sich die Senatorin sehr offen für die Belange der Psychologischen Psychotherapeuten und lud am Ende der 2-stündigen Zusammenkunft die Vertreter der Psychotherapeutenkammer Bremen zu einem erneuten Gespräch im Laufe des nächsten Jahres ein.

Redaktion Bremer Kammerseiten

An dieser Seite arbeiteten mit: Frank Bodenstein, Axel Janzen, Karl Heinz Schrömgens

Geschäftsstelle:

Psychotherapeutenkammer Bremen

Lüder-von-Bentheim-Str. 47
28209 Bremen

Fon: 0421 – 27 72 000

Fax: 0421 – 27 72 002

Psychotherapeutenkammer.bremen@nord-com.net

www.psychotherapeutenkammer-hb.de

Öffnungszeiten:

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

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

die Phase der Konstituierung der Psychotherapeutenkammer Hamburg nähert sich mit der Wahl der letzten wesentlichen Ausschüsse ihrem Ende. Damit sind Geschäftsstelle, Vorstand, Kammerversammlung und Ausschüsse nun funktions- und ar-

beitsfähig. Den folgenden Seiten können Sie entnehmen, in welcher Weise die politische Arbeit beginnt. Und Sie können ersehen, wie die Kammer nach innen (in Richtung ihrer Mitglieder) und nach außen (z.B. in Richtung der Politik) tätig wird.

Frohe Weihnachten und ein glückliches und erfolgreiches Neues Jahr wünscht

für die Redaktion

Harry Askitis

Kammerversammlung am 24. September 2003

Als Mitglied der Kammerversammlung scheidet aus persönlichen Gründen Herr Michels und Herr Dr. Schulz-Kindermann aus. Nachrücker sind Frau Endruweit und Herr Dr. Thiel.

Bericht des Vorstandes

Zu den Aktivitäten des Vorstandes gehörte eine Stellungnahme zur Großen Anfrage der SPD-Fraktion zur „Psychiatrischen Versorgung in Hamburg“ (s. eigener Beitrag) und zum Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG). Es wurden verschiedene Gespräche geführt, darunter ein erster Kontakt mit dem Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und mit Frau Sieper von der Behörde für Umwelt und Gesundheit. Frau Sieper informierte über den Stand des neuen Hamburger Heilkundengesetzes für alle Heilberufe, welches das bisherige Kammergesetz ablösen wird. Der Vorstand bemüht sich, mit den Gesundheitspolitischen Sprechern aller in der Bürgerschaft vertretenden Parteien Kontakt aufzunehmen. Ein erstes Gespräch fand statt mit dem stellvertretenden Fraktionsvorsitzenden

und gesundheitspolitischen Sprecher der FDP, Herrn Dr. Schinnenburg.

Der Vorstand lud die approbierten PsychotherapeutInnen, die in Beratungsstellen arbeiten, zu einem Gespräch ein. Hintergrund war die Kritik einiger dort tätiger KollegInnen gegen die Pflichtmitgliedschaft. Sie beriefen sich darauf, nicht auf der Grundlage der Approbation tätig zu sein, da keine heilkundlich ausgerichtete Therapie ausgeübt werde. Psychotherapeutische Tätigkeit im Sinne der Kammermitgliedschaft meint aber jede Tätigkeit, die auf der Grundlage oder unter Einbeziehung psychotherapeutischer Kenntnisse und Erfahrungen stattfindet, auch wenn sie keine Psychotherapie im engen Sinne darstellt.

Aus den Ausschüssen

Ermäßigungs Ausschuss: Herr Burmeister als Vorsitzender des Ermäßigungs Ausschusses berichtet von den Problemen, die zu Verzögerungen bei der Bearbeitung der Anträge geführt haben. Er betont, dass individuell nach dem Gesichtspunkt der sozialen Härte geprüft und entschieden wird.

Schlichtungsausschuss: Frau Niedtfeld-Kortmann berichtet über die Bearbeitung der bisher vorliegenden Fälle. Ein Schlichtungsprinzip solle die „Transparenz für alle Beteiligten“ sein, d.h., es wird eine Akte angelegt, die für alle Beteiligten des Falls – und nur für diese – einsehbar ist.

Berufsordnung: Der Ausschuss (Vorsitzende: Frau Niedtfeld-Kortmann) hat verschiedene Berufsordnungen studiert. Er erachtet es als sinnvoll, eine bundesweit weitgehend einheitliche Regelung zu finden.

Auf Vorschlag des Vorstandes werden folgende Sitzungstermine für die **Kammerversammlungen** in 2004 festgelegt: 21.01., 31.03., 09.06., 15.09. und 24.11.2004. Die Kammerversammlungen sind für Kammermitglieder öffentlich.

Haushalts- und Finanzfragen

Herr Christlieb als Vorsitzender des Haushaltsausschusses berichtet, dass der Ausschuss auf der Grundlage von Finanzordnungen anderer Länderkam-

mern eine Finanzordnung für Hamburg erarbeiten werde. Eine Pauschale zur Vergütung der Büromaterialaufwendungen der Mitglieder der Kammerversammlung in Höhe von je 10 € monatlich wird verabschiedet.

Haushaltsplan 2004: Herr Riedel erläutert den von ihm kurzfristig erstellten Haushaltsplan 2004, der noch vom Haushaltsausschuss eingehend beraten werden soll. Einstimmig wird beschlossen, die Verabschiedung des Haushalts in der nächsten Sitzung vorzunehmen, um damit allen die Gelegenheit zur näheren Befassung mit dem Plan zu geben.

Fort- und Weiterbildung

Herr Prof. Richter stellt die politischen und rechtlichen Rahmenbedingungen dar: Das neue Gesundheitsmodernisierungsgesetz sieht eine Fortbildungsverpflichtung für alle BehandlerInnen vor. Die Zertifizierung der Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen soll durch die Kammern erfolgen, während die Erfüllung der Fortbildungspflicht der zugelassenen KollegInnen durch die KVen überprüft wird. Die Nichterfüllung wird zukünftig mit Honorarkürzungen sanktioniert. Es sei Aufgabe der Kammern, dass sich der damit entstehende Fortbildungsmarkt an fachlichen Bedarfen orientiere und nicht vorrangig durch wirtschaftliche Interessen bestimmt werde.

Intensiv wird diskutiert, ob die Kammer selbst Fortbildungen anbieten

oder sich auf Zertifizierungen beschränken soll. Die meisten Voten befürworten eigene Fortbildungsveranstaltungen der Kammer, da so die Vielfalt des Angebots vergrößert werde: verfahrensübergreifende, interdisziplinäre und an spezifischen Berufsfeldern orientierte Veranstaltungen könnten das Angebot von Fachgesellschaften und Ausbildungsinstituten sinnvoll ergänzen.

Wahlen

Herr Dr. Thiel wird als Nachfolger für Herrn Dr. Schulz-Kindermann als Ersatzdelegierter für die Bundesversammlung gewählt.

Ausschuss für Fort- und Weiterbildung: Auf Vorschlag des Vorstandes werden Herr Dr. Bonnekamp, Herr Prof. Dr. Eckert, Herr Florschütz, Frau Dr. Langenbach, Frau Peper, Frau Prof. Dr. Richter-Appelt, Herr Streeck und Herr Walter einstimmig in den Ausschuss gewählt.

Arbeitsgruppe zur Erstellung einer Satzung für die Ethikkommission: Die Aufgabe der Ethikkommission ist nach § 6 des Kammergesetzes, „Kammerangehörige und andere Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler hinsichtlich der ethischen und rechtlichen Gesichtspunkte aller ... Forschungsvorhaben am Menschen zu beraten.“

Zur Erarbeitung einer Satzung wird eine Arbeitsgruppe gebildet: Frau Dr.

Laschinsky, Frau Prof. Dr. Richter-Appelt, Herr Prof. Dr. Schmidtchen und Herr PD Dr. Stuhr.

Schlichtungsausschuss: Auf Vorschlag des Ausschusses werden Frau Stuhlmann-Laeisz und Frau Visser als weitere Stellvertreterinnen gewählt.

Kammertelegramm

Zukünftig wird über wichtige Veranstaltungen, Ereignisse und Entwicklungen per e-mail mit einem „Kammertelegramm“ informiert.

Sollten Sie bisher kein Kammertelegramm erhalten haben, teilen Sie bitte der Kammer Ihre E-Mail-Adresse mit.

Verschiedenes:

Die Hälfte der Mitglieder des **Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie** werden vom Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer benannt. Kriterien für die Qualifikation der Beiratsmitglieder sind praktisch-therapeutische Tätigkeit und wissenschaftliche Tätigkeit auf dem Gebiet der Psychotherapieforschung. Den Länderkammern ist ein Vorschlagsrecht eingeräumt worden. Der Vorstand bedauert, dass diese Aufforderung zu kurzfristig kam, um die Besetzung dieses wichtigen Gremiums ohne Zeitdruck diskutieren zu können. Er habe deswegen entschieden, die drei bisherigen Hamburger Mitglieder des Beirates erneut vorzuschlagen (Prof. Dr. Eckert, Prof. Dr. Richter und PD Dr. Stuhr).

Kammerdelegierte treffen sich zum 1. Kammertag

Sich fortzubilden in kammerrelevanten Fragen, sich auszutauschen über diverse Arbeitsfelder, Perspektiven für die künftige Kammerarbeit zu entwickeln und sich jenseits der alltäglichen Arbeit näher kennen zu lernen, das waren die Ziele des 1. Kammertages, zu dem sich die Mitglieder der

Kammerversammlung am 13.9.03 in entspannter Atmosphäre zusammensetzten.

In verschiedenen Arbeitsgruppen wurden im Sinne eines brain-storming Ideen gesammelt, die später zu konkreten Arbeitsprojekten für die künftige

ge Kammerarbeit verdichtet werden konnten. Themen waren u.a. Öffentlichkeitsarbeit, Psychotherapie in Institutionen und die Verbesserung der Situation der Angestellten, die Situation der AusbildungskandidatInnen, die Servicefunktionen der Kammer für ihre Mitglieder, gesundheitspolitische The-

men, die sozialrechtliche Durchsetzung eines erweiterten Leistungsprofils der Psychotherapeuten u.a.

Vortrag von Dr. Ellis Huber

Das Denken anregende Perspektiven ergaben sich aus einem Vortrag von Dr. Ellis Huber, dem ehemaligen Vorsitzenden der Berliner Ärztekammer und jetzigem Vorstand der BKK Se-curvita.

In der *Industriegesellschaft* habe sich die Heilkunde um Krankheiten und Defekte gekümmert, die zu beseitigen seien. In der heutigen *Kommunikationsgesellschaft* dagegen werde etwa ein Herzinfarkt als eine Störung verstanden, die entstehe, wenn der Einzelne sich in seinen Bezügen nicht mehr aufgehoben fühlt. Seine Hauptthese: Nach dem Zeitalter der Computer- und Infor-

mationstechnologie werden die Gesellschaften in den nächsten Jahrzehnten bestimmt durch ihre Fähigkeit, für psychosoziale Gesundheit ihrer Mitglieder zu sorgen, d.h. auch, ihre Beziehungsstrukturen zu optimieren. Dafür müsse es einen *qualitativen* Sicherstellungs- und Versorgungsauftrag geben: Fachliche Indikation (der Behandler) und finanzielle Verantwortung (der Krankenkassen) müssten in gemeinsam definierten Versorgungszielen zusammenfinden. Es sei also eine Abkehr von der Orientierung auf Partikularinteressen hin zu einer ganzheitlichen Systemorientierung gefordert. Das Honorarsystem müsse auf ergebnisorientierte Zeithonorare umgestellt werden. Gefordert seien integrierte Versorgungskonzepte und gemeinsame Ressourcenverwaltung zwischen Therapeuten und Kassen, die auch transparent für

die Versicherten sein müssen. Zukünftig müsse eine ganzheitliche Heilkunst (körperlich-psychisch-sozial) entwickelt werden. Es gehe um die Ablösung der pathogenen durch eine salutogene Sichtweise: Betonung von Ressourcen statt Orientierung an Defekten. Die Finanzierung müsse an komplexen Versorgungsaufgaben orientiert und hoch pauschaliert werden. Im Rahmen einer gemeinsamen Versorgungsphilosophie seien Prozess- und Ergebniscontrolling, Kollegialität und Teamkultur, Qualitätsmanagement und lernende Organisationen notwendig.

Eine lebhafte Diskussion der Thesen von Dr. Huber schloss sich an. Insgesamt bewerteten die TeilnehmerInnen den Kammertag als fruchtbar und anregend für die weitere Arbeit im Interesse der Kammerangehörigen.

Stellungnahme zur psychotherapeutischen Versorgungssituation in Hamburg

In Beantwortung einer großen Anfrage der SPD-Fraktion in der Hamburger Bürgerschaft zur „Psychiatrischen Versorgung in Hamburg“ hatte der Senat ausgeführt, dass seiner Auffassung nach die psychotherapeutische Versorgung sich stark verbessert habe und weit gehend sichergestellt sei. Die Kammer, die im Vorfeld der Beantwortung dieser Anfrage nicht angehört worden war, nahm deswegen Kontakt

zu den gesundheitspolitischen Sprechern der Fraktionen auf und gab zudem eine schriftliche Stellungnahme ab, um ihr einseitig erscheinende Darstellungen zu korrigieren. Im Folgenden drucken wir diese Stellungnahme weitgehend wörtlich ab. (Auf der homepage der Kammer ist die Antwort des Senats und die vollständige Stellungnahme abgedruckt.)

Die Fehlzeiten wegen psychischer Störungen haben in den letzten vier Jahren um 51% zugenommen, und immer mehr jüngere Versicherte sind von Depressionen betroffen (DAK-Gesundheitsreport 2002).

Es ist in hohem Maße bedauerlich, dass dem Senat keine genauen Angaben zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen in der Hamburger Bevölkerung vorliegen, obwohl er seit Jahren mit erheblichem Aufwand eine Gesundheitsberichterstattung finanziert. Und es ist insbesondere zu beklagen, dass nicht einmal die vorhandenen Quellen genutzt werden.

Stellungnahme der Psychotherapeutenkammer Hamburg zur Antwort des Senats vom 29. Juli 2003

Repräsentative epidemiologische Untersuchungen belegen die große Verbreitung psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung und die damit einhergehende starke Beeinträchtigung der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Psychische Störungen zählen bereits heute zur Spitzengruppe der kostenintensivsten Krankheiten und werden nach Einschätzung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in ihrer Bedeutung weiter zunehmen.

Nach den Befunden des Bundes-Gesundheitssurveys 1998/99 leiden 32% der erwachsenen deutschen Bevölkerung unter einer oder mehreren psychischen Erkrankungen.

Der Anteil von Betroffenen, die im weitesten Sinne adäquate Therapie nach modernen wissenschaftlichen Kriterien erhalten, wird in dieser Erhebung auf ca. 10 % geschätzt.

So ist es unzutreffend, dass „Angaben über die im ambulanten Versorgungsbereich behandelten psychisch kranken Patienten“ nicht vorliegen. Selbstverständlich verfügen sowohl die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg als auch die Krankenkassen über detaillierte Daten zum Leistungsgeschehen in der Gesetzlichen Krankenversiche-

rung: Die KVH kann genau beziffern, welche psychiatrischen und psychotherapeutischen Leistungen (z.B. diagnostische Untersuchungen, psychiatrische Gespräche, Psychotherapiestunden) wie häufig pro Quartal von niedergelassenen Ärzten, Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten abgerechnet wurden, und die Kassen kennen sowohl die Anzahl der von ihnen bewilligten psychotherapeutischen Behandlungen als auch die Ausgaben für Psychopharmaka. Aus beiden Angaben lassen sich verlässliche Angaben zur Versorgungssituation in Hamburg und, was noch wichtiger wäre, zum Verlauf über die vergangenen 10 Jahre machen. Und keineswegs sprechen datenschutzrechtliche Gesichtspunkte gegen eine Veröffentlichung dieser Daten, wie sich durch entsprechende Veröffentlichungen auf Bundesebene leicht belegen lässt.

Zu A.7.: Medizinischer Fortschritt – Es wird auf die Weiterentwicklung neuer Psychopharmaka hingewiesen. Nicht erwähnt wird, dass der eigentliche Fortschritt bei der Behandlung etwa schwerer Depressionen in einer *Kombination* von medikamentöser und

psychotherapeutischer Behandlung liegt, wie dieses in zahlreichen Studien verlässlich nachgewiesen werden konnte. Und gänzlich unerwähnt bleiben psychotherapeutische Behandlungsmethoden, die – etwa bei der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen – der ausschließlichen Behandlung mit Psychopharmaka sogar überlegen sein können.

Zu A.8, B.I.2. und D.II.1.2.: Die Aussage, das Psychotherapeutengesetz (PsychThG) habe zu einer „erheblichen Steigerung der Behandlungskapazitäten in der ambulanten Versorgung psychisch Kranker geführt“ ist unzutreffend.

Richtig ist, dass bereits vor dem PsychThG zahlreiche niedergelassene Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gesetzlich Versicherte außerhalb der kassenärztlichen Versorgung (im sog. Erstattungsverfahren) behandelten, weil die Versorgung nicht sichergestellt war. (Aus eben diesem Grunde wurden die Kosten dieser Behandlungen gemäß § 13(3) SGB V von den Kassen erstattet.) Nur etwa zwei Drittel dieser Psychotherapeuten, die bereits vor dem

PsychThG an der Versorgung psychisch kranker GKV-Versicherter beteiligt waren, erhielten im Rahmen der Übergangsregelungen eine Kassenzulassung und werden nun fälschlicherweise als „Zuwachs“ gezählt. 250 dieser in freier Praxis niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten jedoch erhielten keine Kassenzulassung, sodass de facto von einer Verringerung der ambulanten Behandlungskapazitäten in Folge des PsychThG ausgegangen werden muss. Diese wird u.a. an den nach wie vor erheblichen Wartezeiten für psychotherapeutische Behandlungen deutlich. Nach wie vor müssen psychisch Kranke einen großen Aufwand betreiben, um einen Psychotherapieplatz zu erhalten. Dadurch erhöht sich die Gefahr der Chronifizierung von psychischen und psychosomatischen Störungen.

Es ist also nicht gerechtfertigt, von einer ausreichenden Versorgung psychisch Kranker in Hamburg zu sprechen. Dieses trifft insbesondere auf die ambulante Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher zu, für die keine gesonderte Bedarfsplanung besteht.

Informationsveranstaltung zum Versorgungswerk

Etwa 80 KollegInnen besuchten am 6.11.03 eine Veranstaltung über das Thema Versorgungswerk. Die eingeladenen Referenten, Frau Barbara Sieker (Geschäftsführerin des Versorgungswerkes der Psychotherapeutenkammer NRW zuständig für Fragen eines Versorgungswerkes) stellten Gemeinsamkeiten und Unterschiede verschiedener Modelle eines Versorgungswerkes dar und beantworteten zusammen mit Rainer Ulrich (Beauftragter des Vorstandes in HH für ein Versorgungswerk) eine Fülle von Fragen. Die lebhafteste, mehr als zweistündige Diskus-

sion machte deutlich, welche Informationen den Mitgliedern bislang fehl(t)en, aber auch, mit welcher komplizierter Materie wir es zu tun haben. Das Kammergesetz erlaubt der Hamburger Kammer keine Gründung eines eigenen Versorgungswerkes. Über einen eventuellen Beitritt zu einem anderen Versorgungswerk entscheidet die Kammerversammlung vermutlich bis April 2004.

Die zum Zeitpunkt des Beitritts vorhandenen Kammermitglieder können sich entscheiden, ob sie Mitglied des

Versorgungswerkes werden wollen, die später hinzukommenden sind Pflichtmitglieder eines Versorgungswerkes.

Geschäftsstelle

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

Kammer interveniert gegen Sparmaßnahmen in der psychotherapeutischen Versorgung

Offener Brief an die Ministerin*

Sehr geehrte Frau Staatsministerin,

Mit großer Sorge haben wir das Sparkonzept Ihres Hauses, das in diesen Tagen veröffentlicht wurde, zur Kenntnis genommen. Es ist zu befürchten, dass die von Ihnen vorgenommene politische Schwerpunktsetzung zu einem völligen Rückzug des Landes aus der Finanzierung ambulanter und teilstationärer Einrichtungen für die psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung führen wird. Die Existenz dieser Einrichtungen ist infolge der neuen Sparpläne gefährdet. Besonders trifft dies für sozialtherapeutische, psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungs- und Beratungsdienste zu.

Wir sehen in dieser Entwicklung ein negatives Signal für die Entwicklung der Gesellschaft. Die Gefahr einer zunehmenden Entsolidarisierung des Staates mit den Schwachen und Kranken dieser Gesellschaft steigt. Als Kammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten sehen wir uns – dem gesetzlichen Auftrag Ihres Hauses gemäß – nicht nur als Sprecher unserer Berufsgruppe sondern auch derer, die sich selbst nicht arti-

kulieren können und kein Gehör finden. Aus unserem Kenntnisstand ist bei einer Streichung von bis zu 30% des verfügbaren Etats einer Einrichtung nicht auszuschließen und keinesfalls gewährleistet, dass der Rückzug des Landes aus der Finanzierung nicht Auftakt weiterer Mittelkürzungen durch andere Finanzierungsträger sein wird.

Darüber hinaus führt im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung, in dem bisher schon eher Mangel verwaltet wurde, jede Kürzung von Mitteln unweigerlich zum weiteren Abbau von Stellen und damit zu einem weiteren Abbau der auch bisher nicht ausreichenden Versorgungskapazität.

Ein besonders krasses Beispiel dafür ist die psychotherapeutische Versorgung der Kinder und Jugendlichen. Der zu erwartende Abbau von Beratungskapazität in Erziehungsberatungsstellen, Frauenhäusern und Jugend- und Drogenberatungsstellen, die wichtige psychohygienische Funktionen ausüben und oft sehr viel teureren psychotherapeutischen Interventionen vorbeugen, trifft Einrichtungen, in denen schon jetzt ein grobes Missverhältnis zwischen Bedarf und Kapazität besteht. Sie sind aber Weichensteller für zeitnahe fachkundige psychotherapeutische und pädagogische Maßnahmen. Wir müssen damit rechnen, dass

es bei der Umsetzung des Sparkonzeptes zu einer weiteren nachhaltigen Verschlechterung kommen wird, die dann katastrophale Ausmaße annehmen wird, wenn Kommunen und Landkreise, Kirchen und freie Träger dem Beispiel des Landes folgen und diese Angebote ihrerseits nicht mehr unterstützen.

Letztlich stellen wir in Frage, ob das Sparkonzept umfassend und langfristig kalkuliert ist. Der Abbau von Leistungen im ambulanten Bereich und bei Einrichtungen, die in einem frühen Stadium auf negative Störungsverläufe einwirken, bewirkt eine absehbare Eskalation der Kosten, die dann für langwierige, ambulante Psychotherapie, Unterbringung in Heimen oder Justizvollzugsanstalten oder kostspielige stationäre Behandlung in psychiatrischen Krankenhäusern erbracht werden muss. Darüber hinaus wird es zu einem weiteren Abbau von Arbeitsplätzen im therapeutischen Bereich kommen.

Wir bitten Sie deshalb, dringend und herzlich, die längerfristigen Auswirkungen des Sparkonzeptes im psychosozialen Bereich noch einmal zu überdenken.

Mit freundlichen Grüßen
Gez. Jürgen Hardt
Präsident der LPPKJP

* Gekürzte Fassung. Den vollständigen Text finden Sie im Internet unter www.psychotherapeutenkammer-hessen.de

Grußwort des Kammerpräsidenten zum Frankfurter Gesundheitstag*

Unsere Kammer tritt zu einem denkbar ungünstigen Zeitpunkt im Gesundheitsbereich auf. Die Finanzierung der Gesundheitsversorgung ist nicht mehr gesichert, grundsätzliche Veränderungen müssen eingeleitet werden, die von Finanzierungsmöglichkeiten diktiert werden.

Während bisher der Gesellschaft für die Gesundheit nichts zu teuer war, wird jetzt gefragt, wie viel Gesundheit wir uns noch leisten können.

In dieser angespannten Situation erscheinen die beiden neuen Heilberufe wie lästige Mitbewerber um die so wieso zu knappen Mittel. Also werden unsere Ansprüche vergrößert wahrgenommen und unsere Angebote nur widerstrebend gewürdigt.

Was wir in erster Linie anbieten, ist klar: Diagnostik und Therapie seelischen Leidens bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen. Darunter verstehen Gesundheitsfunktionäre: in Leistungsziffern denken, Diagnostik und Therapie von Krankheiten mit bestimmten Ziffern, neurotische und psychosomatische Erkrankungen.

Aber seelisches Leiden ist mehr, als mit Ziffern erfasst wird. Weil der Mensch eine Leib-Seelische Ganzheit ist – und das ist mehr als ein frommer Spruch, es ist tägliche Lebenserfahrung –, gibt es bei allen akuten und chronischen Erkrankungen kaum zu bewältigendes seelisches Leid, das der fachkundigen Behandlung bedarf und bei denen auch noch so gutgemeintes Zureden nicht hilft, z.B. nach lebensverändernden Operationen, bei Krebserkrankungen und Erkrankungen, die erheblichen Einfluss auf das Le-

ben haben. Wir werden unser Wissen und Können in die Gestaltung von Disease Management Programme chronischer Krankheiten einbringen, wo unsere Sachkenntnis bisher fehlt. Wir müssen einsehen, dass die kleine psychotherapeutische Hilfe, geleitet vom gesunden Menschenverstand ausreicht, um krankheitsentsprechende Lebensgestaltung zu ermöglichen. Eine solche Lebensgestaltung ist aber eine Voraussetzung zur Senkung von Behandlungskosten.

Aber auch in anderer Beziehung werden Wirkungsbreite und Angebot fachlicher Psychotherapie zu wenig berücksichtigt. Psychotherapeuten können der Gesellschaft einen qualifizierten Beitrag zur Gesundheitsvorsorge bieten. Psychotherapeutisches Wissen und Können hat immer auch eine psychohygienische und psychoedukative, das heißt prophylaktische Dimension, die es gesellschaftlich zu nutzen gilt. In unseren Berufen ist das diskrete, aber tiefste und breiteste Wissen darüber versammelt, wie die Menschen wirklich leben, wie sie denken, wie sie fühlen, wie sie mit ihrem Leben und mit ihrer Gesundheit umgehen.

Wenn wir uns fragen, wie viel Krankheit wir uns noch leisten können, dann sehen wir, dass eine der entscheidenden aktuellen Fragen nicht die der mehr oder weniger ungerechten Verteilung von Mitteln ist, sondern eine Frage der gesellschaftlichen Bewusstseinsbildung, das heißt, eine Frage wirksamer Gesundheitserziehung.

Alle wissen, dass ein großer Teil der Behandlungskosten für durch ungesunde Lebensführung mitverursachte Krankheiten aufgewendet wird. Der Ruf nach einem gesundheitsbewussten Verhalten ist unüberhörbar, wird immer lauter, aber findet wenig Gehör. Wir versprechen Belohnung und

setzen auf Einsicht. Dass das so wenig Erfolg hat, liegt daran, dass wir gesellschaftlich in einem Ideal befangen sind, das uns vorgaukelt, Menschen hätten ein vernünftiges Verhältnis zu ihrem Leben, zu Gesundheit und Leiden. Deswegen glauben wir, dass Aufklärung und Belohnung Veränderung bewirken könne.

Aber das ist eine Fehleinschätzung. Das Verhältnis der Menschen zu ihrem Leben (den Lebensvorgängen), ihrem Körper (und seinen Funktionen) sowie zu ihrer Gesundheit (dem Wohlbefinden, Leiden, Missempfindung und Krankheit) ist alles andere als vernünftig.

Um hier wirksam werden zu können, ist psychotherapeutisches Wissen gefragt; hier gilt es Gefühlsbesetzungen, alte Gewohnheiten, fantastische Erwartungen und Ansprüche, die der Vernunft nicht zugänglich sind, zu erfassen und zu verändern.

Das ist eine schwierige Aufgabe und es zeigt sich, dass individuelle Einflussnahme viel zu kurz greift. Das Verhältnis der Menschen zum Körper und zum Leben ist nie ein nur natürliches und kein ausschließlich individuelles. Es ist, wenn auch intim, immer kulturell und gesellschaftlich mitgestaltet. Was in der aktuellen Diskussion viel zu wenig beachtet wird, ist eine Berücksichtigung dieser gesellschaftlichen Dimension, die einen politisch kulturellen Gestaltungsprozess erfordert. Ein Prozess, der auf die gesellschaftliche Haltung zum Leben einwirkt und den, von Marktinteressen geleiteten, fantastischen Bildern vom Leben entgegen wirkt. Dass es ein Leben ohne Leiden gibt oder dass sich Normen der Gesundheit nicht im Laufe des Lebens verändern oder dass nicht auch das gesundeste Leben mit dem Tod endet.

* Gekürzte Fassung. Den vollständigen Text finden Sie im Internet unter www.psychotherapeutenkammer-hessen.de

Als Psychotherapeut lernt man, dass Leiden zum Leben gehört und dass eine Lebensgestaltung, die dieses Wissen einschließt und nicht verleugnet, die beste Krankheitsvorsorge bietet.

Den Gesundheitstagen liegt die Idee der Gesundheitserziehung zugrunde, sie wollen über Behandlungsmöglichkeiten aufklären und einen Beitrag zur Vorsorge leisten. Aber sie sollten in dieser Krisenzeit des Gesundheitsver-

sorgungssystems nicht nur ein Markt der Behandlungsmöglichkeiten, sondern auch ein Ort des Nachdenkens über den Sinn von Leiden und die Stellung von Krankheit im Leben sein. Jede Krise birgt eine Chance!

Vorstand wandte sich an die Öffentlichkeit:

Presseerklärung zum „Tag des Kindes“ am 20.09.2003*

Der Grad der Humanität einer Gesellschaft kann wohl daran gemessen werden, wie diese mit ihren Kindern umgeht. Die LPPKJP hat ein besonderes Augenmerk auf diejenigen Kinder, die Psychotherapie brauchen, und sie möchte anlässlich des Tages des Kindes auf die sich zunehmend verschlechternde Versorgungssituation im Bereich Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie hinweisen. Vor allem außerhalb der Großstädte – aber auch dort – haben Kinder und Jugendliche und ihre Eltern unzumutbar lange Wartezeiten in Kauf zu nehmen, sofern sie überhaupt eine/n Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder -therapeuten bzw. eine entsprechende Einrichtung in erreichbarer Nähe finden. Mangelhafte psychotherapeutische Versorgung bei verhaltensauffälligen, psychisch belasteten oder erkrankten Kindern und Jugendlichen kann angesichts der Verschärfung von Leiden zur Folge haben, dass Medikamente, die rasch verfügbar sind, als

einzigste Rettung erscheinen, obwohl – wenigstens zusätzlich – eine Psychotherapie erforderlich wäre. Kinder werden so schon frühzeitig an eine passive Haltung gewöhnt, derzufolge sich bestimmte Probleme am besten mit Medikamenten lösen lassen. Psychotherapie kann einer Chronifizierung von Fehlentwicklungen, die Kinder und ihre Familien schwer belasten und darüber hinaus erhebliche Kosten verursachen, gegensteuern.

Die LPPKJP sieht aktuell angesichts der angekündigten Sparmaßnahmen in Hessen mit großer Sorge die akute Gefahr, dass Einschnitte in das psychosoziale Versorgungsnetz vorgenommen werden, die die Strukturen nachhaltig angreifen werden – mit unabsehbaren materiellen und vor allem immateriellen Folgen für die Zukunft, die die heranwachsenden Generationen auf weitaus umfassendere Weise belasten werden, als sie sich in Geldschulden ausdrücken lassen. Eine ausreichende Bereitstellung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und die Verankerung von psychothera-

peutischem und psychoedukativem Denken in der Gesellschaft dagegen bekräftigt die soziale Anerkennung von gebotener qualifizierter Hilfe psychotherapiebedürftiger Kinder und Jugendlicher und unterstreicht zukunftsweisend den Respekt vor der Würde eines jeden Menschen – einschließlich seiner seelischen Verletzbarkeit. Die LPPKJP fordert, dass endlich die notwendigen Rahmenbedingungen für eine gesicherte psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen im ambulanten Bereich, in Kliniken, in Beratungsstellen und in den gerade im Kinder- und Jugendbereich bedeutsamen Einrichtungen freier Träger geschaffen werden.

Schon jetzt möchte sie auf die bedrohte kinder- und jugendlichenpsychotherapeutische Versorgung in der Zukunft hinweisen. Sie fordert, dass dringend Anreize geschaffen werden müssen, damit sich überhaupt weiterhin Pädagogen und Psychologen bereit für die aufwändige Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -therapeuten finden können.

Berichte aus den Gremien

Ausschuss „Beschwerde- und Schlichtung“

Zu den Pflichtaufgaben der Kammer gehört die Überwachung ihrer Mitglieder bzgl. der Erfüllung der Berufspflich-

ten. Sie muss Beschwerden von Patienten und Mitgliedern nachgehen, diese überprüfen und u.U. weitere Maßnahmen einleiten. Dabei handelt es sich um **interne** Verfahren, die dem Interesse des Berufsstandes zur Wahrung von Qualitätsstandards, der Berufsordnung und -ethik dienen. Liegt der Verdacht eines gravierenden Berufsverstoßes vor, muss ein förmliches

Untersuchungsverfahren eingeleitet werden, das ein berufsgerichtliches Verfahren zur Folge haben kann (**externes** Verfahren).

Für den Umgang mit Beschwerden, bei deren Behandlung der Datenschutz streng beachtet wird, musste zunächst ein Procedere erstellt werden. Die Fälle werden weitestgehend anonymisiert

* Gekürzte Fassung. Den vollständigen Text finden Sie im Internet unter www.psychotherapeutenkammer-hessen.de

behandelt. Wenn ein Verfahren abgeschlossen ist, wird die gesamte Akte in einem Umschlag versiegelt und in der Geschäftsstelle verwahrt.

Bis jetzt sind bei der Kammer ca. 30 Beschwerden eingegangen, die durch den Ausschuss bearbeitet und geprüft werden. Inhaltlich geht es u.a. um Honorarfragen, überhöhte Rechnungen, Verletzung der Abstinenzregel, Verletzung der Schweigepflicht, Zweifel an der Fachlichkeit einer Behandlung. Einige Fälle, in denen die Beschwerden offensichtlich unberechtigt waren, konnten abgeschlossen werden. In anderen wird es möglicherweise zu einem Schlichtungsverfahren kommen, sobald die Schlichtungsstelle ihre Arbeit aufgenommen hat.

Der Ausschuss hat eine Satzung für die Schlichtungsstelle erarbeitet (zur Schlichtung von Beschwerden und Streitigkeiten, die aus dem Behandlungsverhältnis resultieren), die auf der Delegiertenversammlung im Juni verabschiedet wurde. Die Schlichtungsstelle soll möglichst noch in diesem Jahr ihre Arbeit aufnehmen. Der Vorsitzende muss über die Befähigung zum Richteramt verfügen, ein Beisitzer vertritt die Psychotherapeutenchaft (je nach Fall PP oder KJP) und einer die Patienten. Ziel einer Schlichtung ist es, Konflikte zu entschärfen und Streitigkeiten aus dem Behandlungsverhältnis gütlich beizulegen. Voraussetzung zur Einleitung eines Schlichtungsverfahrens ist das Einverständnis beider Parteien, d.h., es ist ein absolut freiwilliges Verfahren. Kommt es dabei zu keiner gütlichen Einigung, wird ein Schiedsspruch gefällt.

Es besteht grundsätzlich selbstverständlich die Möglichkeit, dass sich Kammermitglieder im Falle einer Streitigkeit mit Patienten durch den Ausschuss beraten lassen können (unter vorheriger Anonymisierung der Patientendaten). Sie können auch Patienten raten, sich an die Schlichtungsstelle der Kammer zu wenden.

Neben den bisher geschilderten Tätigkeiten hat der Ausschuss eine Schlichtungsordnung* (zur Schlichtung von Streitigkeiten zwischen Kammerangehörigen und Kammerangehörigen und Dritten) entworfen, die auf einer der nächsten Delegiertenversammlungen zur Verabschiedung vorgelegt werden soll.

Marlies Lübber-Mahir
Vorsitzende des Ausschusses

Ausschuss „Angestellte“

Mit rund 1.400 Mitgliedern sind etwa die Hälfte der Kammermitglieder im Angestellten- sowie im Beamtenverhältnis tätig. Für sie bringen das PsychThG und die Kammer, ebenso wie für die Niedergelassenen, neue Regelungen ihrer Berufstätigkeit mit sich. Die Kammer als öffentlich-rechtliches Selbstverwaltungsorgan hat die Aufgabe, für die Umsetzung der neuen Regelungen und die Belange des Berufsstandes auch in Institutionen zu sorgen. („Psychotherapie in Institutionen“ wird demnächst übrigens der neue Name des Ausschusses sein.) Auch in den Institutionen des Gesundheitswesens und der Gesellschaft geht es um die gleichberechtigte Anerkennung sowie die angemessene Positionierung des neuen Heilberufs einschließlich der Bedarfsplanung und Finanzierung der Angebote von Psychotherapie in Institutionen.

Der Ausschuss bearbeitet Kammerangelegenheiten, die Kolleginnen und Kollegen in folgenden Einrichtungen betreffen: Erziehungs- und Familienberatungsstellen, Drogen- und Suchtberatungsstellen, Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken, Hochschulen und Fachhochschulen, Justizvollzugsdienst u. a.

Am 1.2.2003 hat sich der Ausschuss konstituiert und bis September sechsmal getagt. Zwei weitere Sitzungen sind in diesem Jahr noch geplant. Aus-

* Siehe veröffentlichte Ordnung am Ende der Hessenseiten

schussvorsitzender war zunächst Peter Schüler, der im Juni von Dr. Friedhelm Jung abgelöst wurde. Stellvertretender Vorsitzender ist Alfred Krieger. Die weiteren Mitglieder sind Dr. Rainer Doubrawa, Julius Niebergall und Ralph Wohlfarth. Seitens des Vorstands nimmt Thomas Merz an den Ausschusssitzungen teil. Vorrangiges Arbeitsthema war nach der Erstellung eines umfangreichen Aufgabenkatalogs: Stellung der Angestellten in Institutionen und Vertretung ihrer Interessen nicht nur auf Landes-, sondern auch auf Bundesebene. So nahmen Ausschussmitglieder an den Arbeitstagungen des Gesprächskreises II der Psychotherapeutenverbände und der Angestellten-Vertreter der anderen Länderkammern teil. Mit ihnen bereiteten sie die Vertretung der Angestellten-Belange auf der Ebene der Bundespsychotherapeutenkammer vor. Unter Berücksichtigung der Erfahrungen in anderen Länderkammern wurde in unserem Ausschuss inzwischen ein Erhebungsbogen für die PP und KJP in Institutionen erarbeitet, der demnächst versandt werden soll. Wir versprechen uns hiervon wichtige Basisinformationen für die weitere Arbeit (z.B. über Art und Trägerschaft der Institutionen, Tätigkeitsschwerpunkte, Versorgungssituation, tarifliche Eingruppierung und nicht zuletzt die Themen, die die Kammermitglieder selbst für die Arbeit der Kammer für wichtig halten).

Weitere Arbeitsthemen waren: Stellung der Psychotherapie und Stellenwert der Approbation in der Erziehungsberatung, Höhergruppierung von KJPs in EBs, rechtliche Gleichstellung der PP und KJP mit den Fachärzten für Psychotherapeutische Medizin bzw. den anderen psychotherapeutisch tätigen Fachärzten, Berücksichtigung der PP im Hessischen Krankenhausgesetz und der zugehörigen Poolverordnung, wobei konkrete Streitfälle gegeben sind. Verbesserung der Arbeits- und Entgeltsituation der PP und

KJP in Ausbildung, die neuen Richtlinien der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation bezogen auf die ambulante Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen u.a.

Am 1. Hessischen Psychotherapeuten tag beteiligte sich der Ausschuss mit einem Poster zu den Kammerbelangen der Angestellten und einem Diskussionsforum. Nicht zuletzt muss sich die Kammer für das Recht ihrer Mit-

glieder auf Führung ihrer Berufsbezeichnung einsetzen, nachdem dieses – man möchte es kaum glauben – Psychologischen Psychotherapeuten in einer Klinik mit dem Hinweis, sie seien als Dipl.-Psych. eingestellt, handfest verwehrt wird.

Schwerpunkte der nächsten Zeit werden u. a. die Beschäftigung mit (Muster-)Arbeitsplatz- bzw. Stellenbeschreibungen sein, der Novellierungsbedarf in Landesgesetzen, Klärung der Stel-

lung der Psychotherapie und der Approbation in der Erziehungsberatung. Nicht nur für die Aus- und Weiterbildung, sondern – dies sei abschließend betont – auch für die Weiterentwicklung der Psychotherapie in Wissenschaft und Praxis, einschließlich ihrer Methodenvielfalt, ist die Psychotherapie in Institutionen von fundamentaler Bedeutung. In unserer weiteren Ausschuss-Arbeit wird uns dies leiten.

Dr. Rainer Doubrawa

Kammer gegen sexuelle Gewalt

Die Aufgabe der Psychotherapie und der Kammer im Zusammenhang mit sexueller Gewalt beschäftigt den Vorstand in vielfältiger Weise. In einem Gespräch mit Mitarbeitern des Landeskriminalamtes wurde besprochen, wie Psychotherapeuten damit umgehen können, wenn sie in Therapien von Gewaltdelikten erfahren: Wie können Opfer – insbesondere wenn es sich um Kinder und Jugendliche handelt – geschützt werden? Die Kammer wird hier im Dialog bleiben und Antworten auf Fragen wie diese erarbeiten. Die Kammer wird sich weiter im

„Hessischen Netzwerk gegen Gewalt im Gesundheitswesen“ und im Hessischen Präventionsrat engagieren. Zunächst ist eine – wenngleich nicht mehr ganz aktuelle – Mappe „Gewalt gegen Kinder“ über die Geschäftsstelle der Psychotherapeutenkammer erhältlich (die Kammer wird eine Überarbeitung vorantreiben; insbesondere werden in künftigen Auflagen psychologische Aspekte aufgenommen und die beigefügte Adressdatei aktualisiert werden). Über die Internetseite www.polizei.propk.de des „Programmes Polizeiliche Kriminalprävention

der Länder und des Bundes“ können Informationen zur Prävention gegen Gewalt, sexuelle Übergriffe und sonstige Delikte bezogen werden.

Marion Schwarz, Thomas Merz

Gedenken

Wir gedenken unseres verstorbenen Kollegen Herrn Gerhard Wilhelm Josef Zeitel aus Darmstadt, geboren 19.06.1942, gestorben 18.4.2003.

Redaktion:

Uta Cramer-Düncher, Stefan Baier

Satzung der Schlichtungsstelle der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen zur Schlichtung von Beschwerden und Streitigkeiten aus dem Behandlungsverhältnis

§ 1 Aufgabe

Aufgabe der Schlichtungsstelle der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen ist die Schlichtung von Beschwerden und Streitigkeiten aus dem Behandlungsverhältnis gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 3 und § 6 c des Heilberufsgesetzes und § 2 Abs. 1 Nr. 3 der Kammersatzung der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen.

§ 2 Zusammensetzung

(1) Die Schlichtungsstelle setzt sich aus einem vorsitzenden und zwei beisitzenden

Mitgliedern zusammen. Der/die Vorsitzende muss über die Befähigung zum Richteramt verfügen. Ein beisitzendes Mitglied muss Kammermitglied derjenigen Berufsgruppe sein, deren Verhalten Gegenstand der Streitigkeiten ist. Ein beisitzendes Mitglied muss als Vertreter/in der Patientenschaft berufen worden sein.

(2) Für jedes Mitglied der Schlichtungsstelle ist ein stellvertretendes Mitglied zu berufen. Die Vertretung der jeweiligen Berufsgruppe gemäß Absatz 1 Satz 2 ist dadurch sicher zu stellen, dass für beide Berufsgruppen je ein Mitglied und je ein stellvertretendes Mitglied berufen wird.

(3) Bei verfahrensspezifischen Problemstellungen soll die Schlichtungsstelle ein in diesem Verfahren ausgebildetes Mitglied der Kammer zur Beratung hinzuziehen.

(4) Das vorsitzende Mitglied und die beisitzenden Mitglieder sowie die diese stellvertretenden Mitglieder werden von der Delegiertenversammlung der Kammer gewählt. Ihre Amtsperiode beträgt vier Jahre. (5) Bei Ausscheiden eines Mitglieds oder eines Stellvertreters bestimmt der Kammervorstand ein neues Mitglied bis zum Ende der Amtsperiode der Schlichtungsstelle.

§ 3 Grundsätze

(1) Die Mitglieder der Schlichtungsstelle sind verpflichtet, über alle Streitgegenstände unparteilich, sachlich und nach bestem Wissen und Gewissen zu entscheiden. Sie haben über die Verhandlungen und die ihnen bei der Ausübung ihres Amtes zur Kenntnis gelangenden Verhältnisse der Beteiligten Stillschweigen zu bewahren.

(2) Für die Ausschließung und Ablehnung eines Mitglieds der Schlichtungsstelle gelten die §§ 41, 42 ZPO über die Ausschließung und Ablehnung einer Richterin oder eines Richters entsprechend.

(3) Über die Ablehnung entscheidet die Schlichtungsstelle ohne Beteiligung des betroffenen Mitglieds endgültig. An die Stelle eines ausgeschlossenen Mitglieds tritt ein stellvertretendes Mitglied.

§ 4 Antragstellung

(1) Die Schlichtungsstelle wird auf Antrag tätig.

(2) Anträge stellen können Kammermitglieder, Patienten von Kammermitgliedern, Sorgeberechtigte von minderjährigen Patienten, die noch nicht handlungsfähig im Sinne von § 36 SGB I sind. Die Grenze ist das vollendete 15. Lebensjahr.

§ 5 Vorverfahren

Das vorsitzende Mitglied versucht nach Eingang des Antrags, die Streitigkeit zwischen den Parteien zu schlichten.

(1) Kommt eine Schlichtung nicht zustande, leitet das vorsitzende Mitglied das Schlichtungsverfahren ein, wenn die Parteien ihr Einverständnis hierzu erklärt haben.

§ 6 Einleitung

Die Einleitung eines Schlichtungsverfahrens ist ausgeschlossen, wenn in der gleichen Streitigkeit bereits

1. ein Vergleich oder Schiedsspruch nach dieser Satzung,
2. ein berufsrechtliches Verfahren oder eine berufsgerichtliche Entscheidung,
3. ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren oder
4. eine Entscheidung eines Gerichts oder ein Vergleich vorliegt, beantragt, eingeleitet oder anhängig ist.

Durchführung

§ 7 Eröffnung und Verhandlung

(1) Die Durchführung des Schlichtungsverfahrens beginnt mit der schriftlichen Mitteilung an die Beteiligten. Die oder der Vorsitzende erlässt einen Eröffnungsbeschluss, beraumt einen Verhandlungstermin an und legt die Unterlagen den beisitzenden Mitgliedern der Schlichtungsstelle vor. Zur Verhandlung vor der Schlichtungsstelle sollen Beteiligte, Sachverständige, Zeuginnen und Zeugen mit einer Frist von 4 Wochen durch Einschreiben mit Rückschein geladen werden. Die Parteien können sich vertreten lassen. Über die Notwendigkeit des persönlichen Erscheinens der Betroffenen entscheidet das vorsitzende Mitglied.

(2) Für die Zurückweisung von Beiständen der Beteiligten gelten die Bestimmungen der ZPO entsprechend.

(3) Die Verhandlung vor der Schlichtungsstelle ist nicht öffentlich. Das Verfahren soll möglichst in einem Termin erledigt werden.

§ 8 Vergleich

(1) Die Schlichtungsstelle der Kammer soll versuchen, zwischen den Beteiligten einen Vergleich herbeizuführen. Kommt ein Vergleich zustande, so ist der Wortlaut des

Vergleichs im Protokoll niederzulegen, den Beteiligten vorzulesen und von ihnen genehmigen zu lassen.

(2) Scheitert ein Vergleich, so ist dies im Protokoll festzustellen. Die Gründe, die zum Scheitern des Vergleichs führten, müssen aus dem Protokoll ersichtlich sein.

§ 9 Schiedsspruch

(1) Nach dem Scheitern eines Vergleichs hat jeder der Beteiligten das Recht, bei der Schlichtungsstelle der Kammer die Fällung eines Schiedsspruchs zu beantragen.

(2) Bevor der Schiedsspruch erlassen wird, sind die Beteiligten zu hören und der dem Streit zugrunde liegende Sachverhalt zu ermitteln. Soweit weitere Bestimmungen über das Verfahren nicht getroffen sind, ist die Gestaltung des Verfahrens in das Ermessen der Schlichtungsstelle gestellt.

(3) Die Schlichtungsstelle trifft ihre Entscheidungen nach geheimer Beratung mit einfacher Stimmenmehrheit.

(4) Der Schiedsspruch ist mit Gründen zu versehen, von den Mitgliedern des Ausschusses zu unterschreiben und den Beteiligten bekannt zu geben.

§ 10 Aufhebung des Schiedsspruchs

Die Aufhebung des Schiedsspruchs durch die Schlichtungsstelle kann innerhalb einer Frist von einem Monat nach Bekanntmachung beantragt werden, wenn:

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

§ 11 Kosten

(1) Die Kosten des Verfahrens vor der Schlichtungsstelle der Kammer trägt die Kammer, soweit in Absatz 2 nichts Anderes bestimmt ist.

(2) Die Parteien tragen ihre eigenen und die durch sie veranlassten Kosten.

§ 12 Entschädigung der Mitglieder

(1) Die beisitzenden Kammermitglieder üben ihr Amt als Ehrenamt aus. Die Aufwandsentschädigung erfolgt gemäß der „Aufwands- und Entschädigungsordnung“ der Kammer.

(2) Das vorsitzende Mitglied mit der Befähigung zum Richteramt erhält für seine Tätigkeit eine Entschädigung, die durch den Vorstand der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen festzusetzen ist.

(3) Die Entschädigung für das beisitzende Mitglied aus dem Kreis der Patientenschaft erfolgt in gleichem Umfang wie in Absatz 1.

§ 13 Schriftführung

(1) Für die Sitzungen der Schlichtungsstelle der Kammer und die Erledigung des laufenden Geschäftsverkehrs wird ein/e Schriftführer/in gestellt.

(2) Über die Verhandlungen sind Niederschriften anzufertigen, die den §§ 159 und 160 ZPO entsprechen müssen.

§ 14 Aktenführung

(1) Jedes bei der Schlichtungsstelle der Kammer beantragte Schlichtungsverfahren ist mit fortlaufender Nummer innerhalb eines Kalenderjahres, Namen der Beteiligten, Daten und Art der Erledigung zu registrieren.

(2) Über jedes Verfahren ist eine Akte anzulegen. Sie ist nach Abschluss des Verfahrens in einem geschlossenen Umschlag mit Aufschrift der Registriernummer bei der Geschäftsstelle der Kammer zu hinterlegen.

§ 15 Einsichtnahme

Zur Einsichtnahme in die Akten der Schlichtungsstelle sind ausschließlich befugt:

1. Die Mitglieder der Schlichtungsstelle der Kammer,
2. der/die Präsident/in der Kammer, das sie oder ihn vertretende Mitglied oder jemand, den eine/r von ihnen damit beauftragt hat,
3. die Beteiligten, sofern die Aufhebung des Schiedsspruchs nach § 9 beabsichtigt ist.

§ 16 Berichterstattung

Über ihre Tätigkeit erstattet die Schlichtungsstelle der Delegiertenversammlung jährlich Bericht.

§ 17 Änderungen

Die Änderung dieser Satzung bedarf einer Mehrheit der Mitglieder der Delegiertenversammlung der Kammer.

§ 18 Erprobungsregelung

Die vorliegende Satzung dient der Erprobung und wird nach einem Jahr überprüft werden. Die Delegiertenversammlung kann die Erprobung verlängern oder die vorliegende Satzung bestätigen oder sie gegebenenfalls modifizieren.

§ 19 Inkrafttreten

Die von der Delegiertenversammlung der Kammer verabschiedete Satzung tritt am Tag nach ihrer Bekanntmachung in Kraft. Beschlossen von der Delegiertenversammlung in ihrer Sitzung am 4.6.2003. Wiesbaden, den 8. Oktober 2003
gez. Jürgen Hardt
Präsident

Geschäftsstelle

Gutenbergplatz 3
65187 Wiesbaden
Tel 0611.7249387
Fax 0611.7249523
post@psychotherapeutenkammer-hessen.de
www.psychotherapeutenkammer-hessen.de

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

der Umzug in die neuen Räume der Geschäftsstelle ist dank des engagierten Einsatzes der Mitarbeiterinnen ohne Komplikationen und nahezu ohne spürbare Unterbrechung der Arbeit erfolgt – ein herzliches Dankeschön dafür allen Beteiligten. Die Resonanz auf die neuen Räume ist bei Mitarbeiterinnen und Besuchern sehr positiv – wir sind sehr froh, dass wir diesen Schritt tun konnten. Das Bild in diesem Text – die PKN residiert in der 1. Etage – gibt Ihnen wenigstens einen Eindruck vom Äußeren des neuen Domizils der PKN.

Wir wollen Ihnen hier einen kurzen Überblick geben, was unsere Arbeit im letzten halben Jahr außerdem geprägt hat:

In allen Ressorts lief die Arbeit – wie schon gewohnt – auf vollen Touren. Die neue Ministeriumsspitze, die sehr rasch an bundespolitischem Profil gewonnen hat, hat die bewährte Zusammenarbeit weiter möglich gemacht. Wir hofften unsere Vorstellungen der

Ministerin am 2.10. persönlich vortragen zu können. Da der Termin kurzfristig nicht zustande kam, werden wir jetzt auf der Arbeitsebene weitermachen:

Wir setzen uns für die Formulierung und Verfolgung eines Gesundheitszieles in Niedersachsen ein, das die psychische Gesundheit von Säuglingen und Kleinkindern umfasst.

Wir haben erneut zu Defiziten der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen Stellung genommen – z.B. haben wir auf Bitten des MS gegenüber dem Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung auf das unzureichende psychotherapeutische Angebot in Niedersachsen und v.a. auf die Notwendigkeit einer adäquaten Bedarfsermittlung hingewiesen.

Angesichts der Probleme unseres Nachwuchses arbeiten wir darauf hin, dass das Ministerium dort, wo es zu-

ständig ist oder Einfluss geltend machen kann, an der Verbesserung der Ausbildungssituation mitwirkt. Wir müssen dies auch mehr als bisher zu einer prioritären Aufgabe machen, da wir sonst zu einer aussterbenden Spezies werden. Die hohen Psychologiebewerberzahlen verführen da zu einem falschen Bild: In der Mehrzahl wählen die

Studierenden heute nicht mehr Klinische Psychologie als Vertiefungsrichtung.

Wir möchten in weiteren Gesprächen mit dem Ministerium klären, welche Arbeitsgruppen und Fachkommissionen noch existieren, in denen unsere Belange berührt sind, in denen wir aber (noch) nicht vertreten sind. Ebenso wünschen wir uns eine Übersicht und alsbaldige Einbeziehung bei Fragen von Richtlinien und Erlassen.

Bisher haben wir auf verschiedenen Ebenen mit dem Ministerium eine gute Zusammenarbeit gepflegt und haben so auch konstruktiv im Verbund mit den anderen Heilberufskammern in die Novellierung des Heilkammergesetzes (HKG) einwirken können. Frucht dieser Bemühungen ist im derzeitigen Entwurf u.a. die Kammermitgliedschaft von angehenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im praktischen Teil der Ausbildung.

Eine weitere wichtige Änderung ist die Teilrechtsfähigkeit des Versorgungswerkes, d.h. dessen juristische und wirtschaftliche Selbständigkeit gegenüber der PKN. Noch weitergehende Vorstellungen einer Verselbständigung des Versorgungswerkes, um es für andere Landeskammern attraktiver zu machen, bedürfen noch weiterer Abstimmungen mit den anderen Heilberufskammern. Nicht zum Zuge gekommen sind wir mit unserer Anregung für eine Abwahlmöglichkeit für Kammervorstände.

Generell haben wir den Eindruck, dass wir immer stärker als „Mitspieler“ akzeptiert werden und dass wir nun auf



Roscherstr. 12: Hinter den geöffneten Fenstern im 1. Stock liegen die Räume der PKN-Geschäftsstelle

vielen Ebenen gute und wahrgenommene Arbeit leisten können. So sind wir z.B. jetzt in die Bemühungen eingebunden, Gutachterkriterien für die Begutachtung von Sexualstraftätern zu entwickeln. Dabei hat der Vorstand einen Fachmann aus dem Gebiet, Herrn Dr. Borchard (LKH Moringen), als Beauftragten gewinnen können.

Mit dem Kultusministerium stehen wir weiter in Kontakt in der Frage des von uns kritisierten Abbaus von Schulpsychologenstellen in Niedersachsen.

Das Finanzministerium Niedersachsen hat uns mitgeteilt, dass unsere Anregungen zur tariflichen Gleichstellung von Fachärzten und PP/KJP in den laufenden BAT-Verhandlungen der Tarifpartner zur Sprache kommen werden. Wir haben dieses Anliegen der BPTK übereignet – so wie überhaupt jetzt die BPTK alle Fragen übernehmen kann, die auf Bundesebene spielen (z.B. EBM/GOP, Psychotherapierichtlinien, Anerkennung von neuen Verfahren etc.).

Die Geschäftsstelle hat wie bisher in erheblichem Umfang Beitragsangele-

genheiten zu erledigen und hatte damit verbunden auch Meldebogenfragen zu klären. Das hat zu Missverständnissen und Ärgernissen geführt. Der Vorstand bezieht hier einen klaren Standpunkt: Mitglieder haben auch Pflichten, und wenn die Erfüllung der Meldepflicht Voraussetzung ist, die gerechte Beitragshöhe zu ermitteln, dann muss die Kammer auch schon einmal daran erinnern, dass sie auch so etwas wie eine Behörde ist und nicht nur irgendeine Dachorganisation von Psychotherapeutenverbänden.

Wir arbeiten daran, eine gute Zusammenarbeit der norddeutschen Kammern zu erreichen, die nicht zuletzt auch Kosteneinsparungen durch Kooperation der Geschäftstellen bringen soll. Dazu werden sich am 5. Dezember die Vorstände von Bremen, Hamburg, Niedersachsen und



Der Präsident und die Vizepräsidentin beim Bericht vor der Kammerversammlung

Schleswig-Holstein in Hamburg treffen.

Wie immer ist das Fazit guter Arbeit noch mehr Arbeit, die wir aber guten Mutes angehen können, nachdem wir alle schon eine ganze Menge vorzuweisen haben.

Dr. Lothar Wittmann, Inge Berns, Gertrud Cormann-Bergau, Werner Köthke, Prof. Dr. Hans-Joachim Schwartz

Aus der Arbeit der Schlichtungsstelle: Empfehlungen für die psychotherapeutische Praxis

Die Schlichtungsstelle der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen – zuständig für Streitigkeiten zwischen Patienten und Therapeuten – ist seit Aufnahme ihrer Tätigkeit im Dezember 2001 bereits rege in Anspruch genommen worden. Etwa alle drei Wochen erreicht eine neue Eingabe die Kammer, wobei der „Umweg“ über die Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen oder die Krankenkassen immer seltener wird: Die Institution „Psychotherapeutenkammer“ wird offenbar immer bekannter.

Schwerpunkte der Patientenbeschwerden lagen zunächst auf Fragen der Akteinsicht und der Honorarfor-

derungen. Die ganz überwiegende Zahl dieser Fälle konnte – insbesondere dank der Kompromissbereitschaft der betroffenen Behandlerinnen und Behandler – bereits im Vorverfahren im Sinne der Patienten geklärt werden. Die früher häufiger verbreitete Zurückhaltung bei Auskünften an den Patienten scheint immer mehr der differenzierten Betrachtungsweise zu weichen, die ein grundsätzliches Informationsrecht des Patienten anerkennt, wenn nicht eine gesundheitliche Gefährdung zu befürchten ist (vgl. Berufsordnung § 10).

Sehr uneinheitlich wird unter den Behandlerinnen und Behandlern die In-

rechnungstellung eines Ausfallhonorars gehandhabt. Die Erfahrungen der Schlichtungsstelle zeigen, dass alle hiermit zusammenhängenden Fragen (Höhe, Absagefristen, Ausnahmen u.Ä.) möglichst in einer der ersten Sitzungen durchgesprochen und schriftlich vereinbart werden sollten (vgl. Berufsordnung § 14 Abs. 3). Wenn es später hierüber zu einem Dissens kommt, kann die therapeutische Beziehung erheblich belastet werden.

Dieses Stichwort leitet zu einem Schwerpunkt über, der die Besonderheit der Arbeit einer psychotherapeutischen gegenüber einer ärztlichen Schlichtungsstelle kennzeichnet. Ohne

Zweifel ist eine Störung der Beziehung zum Therapeuten der häufigste Auslöser für eine Beschwerde des Patienten. Die Psychotherapeutenkammer wird sehr oft um Hilfe angerufen, wenn sich der Patient unschlüssig ist, ob er die Therapie abbrechen soll, oder wenn er diesen Schritt gerade vollzogen hat; in diesem Stadium liegt es nahe, dass der Patient sich „falsch behandelt“ fühlt.

Sind bei einer solchen Beschwerde mögliche Verstöße gegen das Gesetz oder die Berufsordnung erkennbar (z.B. wegen Verletzung der Schweigepflicht oder des Abstinenzgebotes), sind ggf. vom Kammervorstand Vermittlungen einzuleiten, die zu Sanktionen gegen den betroffenen Therapeuten führen können.

In allen anderen Fällen muss die Schlichtungsstelle sorgfältig prüfen, ob der Beschwerdeführer u.U. Regressforderungen gegen den Therapeuten geltend machen will, was keinesfalls immer klar aus der Beschwerde hervorgeht. In mehreren Einzelfällen wurde der Behandler für Ereignisse wie Suizid, ungewollte Schwangerschaft oder Verlust des elterlichen Sorgerechts zumindest mitverantwortlich gemacht.

Auf der Patientenseite ist oft eine beträchtliche Angst festzustellen, dem früheren Therapeuten im Konfliktgespräch noch einmal gegenüberzutreten. Als Folge des zurückliegenden therapeutischen Verhältnisses wird der Behandler oft als überlegen und gewandter gesehen, manchmal wird aufgrund seiner Profession auch manipulatives Verhalten befürchtet. Hier hat die Schlichtungsstelle den Patienten in der Verfolgung seines Anliegens zu ermutigen; im Schlichtungstermin hat sich die Anwesenheit eines (therapeutischen) Beistands auf der Seite des Beschwerdeführers als hilfreich erwiesen.



Der Vorsitzende der Schlichtungsstelle, Kai Withinrich, bei seinem Bericht vor der Kammerversammlung

Auch der Therapeut kann sich in einer schwierigen Rolle befinden, wenn er sich auf das – freiwillige – Schlichtungsverfahren einlässt. Seine Äußerungen können ggf. in einem späteren gerichtlichen Verfahren – das durch die Schlichtung vermieden werden soll, aber nicht ausgeschlossen werden kann – Verwendung finden. Trotzdem zeigen sich erfreulich viele Behandler bereit, den Beschwerdegegenstand mit ihren ehemaligen Patienten vor der Schlichtungsstelle zu erörtern.

In den folgenden Ausgaben des PTJ werden wir in unregelmäßigen Abständen über einzelne – natürliche anonymisierte – Fälle berichten, die besonders geeignet scheinen, Behandler aufmerksam zu machen auf „Stolperstellen“ im Behandlungsprozess, die leicht zu Beschwerden von Patienten führen und damit auch den Behandlungserfolg in Frage stellen können.

Die Schlichtungsstelle wird künftig vermehrt vor der – im Vergleich zu „Kunstfehlern“ in der organischen Medizin – sehr schweren Aufgabe stehen, in Haftungsfällen festzustellen, ob eine vermeidbare Fehldiagnose vorliegt bzw. unzureichende Behandlungsstandards

und/oder kontraindizierte Verfahren, Techniken und Interventionen gewählt bzw. angewandt wurden, die zu einer Schädigung der Gesundheit des Patienten geführt haben; ohne Fachgutachten wird dies i.d.R. nicht möglich sein.

Die Psychotherapeutenkammer hat sich entschieden, den Beschwerdeführer grundsätzlich von Kosten für solche Gutachten freizuhalten, um die Anrufung der Schlichtungsstelle nicht zu erschweren. Wichtig ist außerdem, dass sich die Schlichtungsstelle auf die Feststellung eines Behandlungsfehlers beschränken kann, ohne die Höhe eines eventuellen Schmerzensgeldes festzulegen. Mangels praxisbezogener Richtwerte sollte dies der Aushandlung zwischen den Parteien bzw. ihren Anwälten/Versicherern überlassen bleiben.

In den kommenden Jahren werden die Erfahrungen aus der Arbeit der Schlichtungsstellen sicherlich ihren Beitrag zur Ausgestaltung der fachlichen Anforderungen an eine verantwortliche psychotherapeutische Tätigkeit leisten.

Zur Absicherung der fachlichen Qualität ihrer Arbeit und damit auch zum eigenen Schutz in berufsrechtlichen Auseinandersetzungen gibt die Berufsordnung der PKN die Anforderungen vor. Die Erfahrungen der Schlichtungsstelle lassen erkennen, dass es – für die meisten Therapeutinnen und Therapeuten sowieso selbstverständlich – besonders wichtig ist, der Dokumentationspflicht ausreichend nachzukommen (vgl. Berufsordnung § 7 Abs. 1), die Behandlungsfälle regelmäßig super- oder intervidieren zu lassen und durch anerkannte Weiterbildungsmaßnahmen auf dem Stand der aktuellen wissenschaftlichen Diskussion zu bleiben.

Kai Witthinrich
Vorsitzender der Schlichtungsstelle der PKN

Satzungsänderungen: Satzung der Schlichtungsstelle und Beitragsordnung

Die Kammerversammlung der PKN hat am 30.08.03 folgende Satzungsänderungen beschlossen, die mit der Veröffentlichung in dieser Ausgabe des Psychotherapeutenjournals in Kraft treten:

Satzung der Schlichtungsstelle

Die Schlichtungsstelle ist nach einer Änderung der Satzung vom 30.11.2002 auch für die Schlichtung bei dem Vorwurf von Behandlungsfehlern zuständig. Die folgenden Ergänzungen, die vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit (MS) mit Bescheid 405.12-41932/1 vom 17.09.03 genehmigt wurden, stellen eine Anpassung an den erweiterten Arbeitsauftrag dar.

§ 2 Zusammensetzung

(1) ¹ Die Schlichtungsstelle der PKN setzt sich aus einem vorsitzenden und zwei beisitzenden Mitgliedern zusammen. ² Das vorsitzende Mitglied muss über die Befähigung zum Richteramt verfügen. ³ Ein beisitzendes Mitglied muss Kammermitglied sein und wird entsprechend der näheren Regelung von Absatz (4) bestimmt. ⁴ Ein beisitzendes Mitglied muss als Vertreter oder Vertreterin der Patientenschaft berufen worden sein.

(2) ¹ Für jedes Mitglied der Schlichtungsstelle der PKN ist ein stellvertretendes Mitglied zu berufen, für die Position des Kammermitglieds sind mehrere Vertreter entsprechend der näheren Regelung von Absatz (4) zu berufen.

(3) ¹ Alle Mitglieder der Schlichtungsstelle und ihre Vertreter werden auf Vorschlag des

Vorstands der PKN von der Kammerversammlung der PKN gewählt und vom Präsidenten oder von der Präsidentin der PKN berufen. Ihre Amtsperiode dauert längstens bis zur ersten Kammerversammlung nach der konstituierenden Sitzung der neugewählten Kammerversammlungsmitglieder.

(4) ¹ Das beisitzende Mitglied der Schlichtungsstelle, das Kammermitglied sein muss, wird vom Vorsitzenden nach Bedarf aus einer Gruppe berufener Vertreter bestimmt. ² Es muss Kammermitglied derjenigen Berufsgruppe der PKN sein, deren Verhalten Gegenstand der Streitigkeiten ist und soll zusätzlich nach Möglichkeit die gleiche Therapierichtung mit vertreten. ³ Zur Vermeidung von möglicher Befangenheit sollen bis zu 10 Kammermitglieder als Vertreter gewählt und berufen werden, die möglichst unterschiedliche Therapierichtungen vertreten und in unterschiedlichen Regionen arbeiten.

§ 4 Antragstellung

(3) ¹ Kommt eine Schlichtung nach Absatz 2 nicht zustande, leitet das vorsitzende Mitglied das Schlichtungsverfahren ein, wenn die Parteien ihr Einverständnis hierzu erklärt haben. ² In Streitigkeiten wegen Behandlungsfehlern soll der Haftpflichtversicherer des als Partei beteiligten Kammermitglieds um eine Deckungszusage für anfallende Verfahrenskosten ersucht werden.

§ 6 Eröffnung und Verhandlung

(4) ¹ Bei Streitigkeiten wegen Behandlungsfehlern kann die Schlichtungsstelle mit dem Einverständnis beider Parteien Fachgutachten einholen, wenn sich während der Verhandlung die Notwendigkeit hierfür ergibt. ² Zur Erörterung des Gutachtens kann ein weiterer Verhandlungstermin anberaumt werden.

§ 8 Schiedsspruch

(5) ¹ Bei Streitigkeiten wegen Behandlungsfehlern kann der Schiedsspruch auf die Feststellung eines Behandlungsfehlers beschränkt werden.

§ 11 Kosten

(3) ¹ Bei einer Schlichtung von Streitigkeiten über Behandlungsfehler können die Kosten für Gutachten und Sachverständige dem als Partei im Verfahren beteiligten Kammermitglied auferlegt werden, wenn die Schlichtungsstelle einen Behandlungsfehler feststellt. ² Hierüber sind die Parteien aufzuklären. ³ Die Gebührenordnung für Sachverständige wird von der Kammerversammlung der PKN beschlossen.

Beitragsordnung

Um finanzielle Doppelbelastungen beim Wechsel der Zugehörigkeit zu einer Kammer zu vermeiden, wird in Absprache mit den übrigen Landeskammern eine Stichtagsregelung eingeführt. Die Genehmigung dieser Änderung durch das MS erfolgte durch Bescheid 405.12-41933-BeitrO vom 17.09.03.

§ 1 (4) Die Beitragspflicht entsteht jahresanteilig mit dem Beginn des Monats, in dem die Mitgliedschaft beginnt, und endet mit Ablauf des Monats, in dem die Mitgliedschaft endet. Beim Wechsel in eine andere Landespsychotherapeutenkammer wird nur einmal ein Jahresbeitrag durch die Landeskammer erhoben, bei der am 01.02. des Jahres Beitragspflicht bestand.

§ 4 (1) Der Beitrag des einzelnen Kammermitgliedes wird mit Wirkung für das Beitragsjahr durch einen Beitragsbescheid festgesetzt. Eine Änderung oder Ermäßigung des Kammerbeitrages erfolgt durch einen Änderungsbescheid mit Wirkung für das jeweilige Beitragsjahr.

Die vollständigen Satzungstexte können Sie auf den Internetseiten der PKN nachlesen.

Grundsätze zur Einrichtung von Qualitätszirkeln

Der Ausschuss der PKN für Qualitätssicherung hat nach intensiver interner Diskussion der Kammerversammlung „Grundsätze der PKN zur Einrichtung von Qualitätszirkeln“ vorgelegt, die am 30.08.03 angenommen wurden. Ein gewisser Druck, entsprechende Richtlinien zu erarbeiten, kam auch durch viele Anfragen von Kolleginnen und

Kollegen zustande, die wissen wollten, ob die Qualitätszirkel, in denen sie bereits arbeiten, von der PKN anerkannt werden. Wir betrachten die im folgenden abgedruckten Grundsätze auch als Verhandlungsposition gegenüber der KVN und als Gesprächsgegenstand im Gemeinsamen Beirat mit der ÄKN – denn natürlich streben wir an, dass die

nach unseren Vorstellungen arbeiten. Den Qualitätszirkel auch von ärztlicher Seite und von der KVN anerkannt werden, da zum einen Qualitätszirkel der PKN auch für Ärzte offen und anerkannt sein sollen, da zum anderen die Kassenärztlichen Vereinigungen auch nach dem GKV-Modernisierungsgesetz die Aufgabe haben werden, die Qua-

lität der psychotherapeutischen Arbeit zu überwachen.

Präambel

Die Sicherung der Qualität psychotherapeutischer Berufstätigkeit gehört zu den Aufgaben der PKN gem. HKG § 9 (3) und § 2 (3) der Satzung. Die PKN hat ihre Mitglieder in der Berufsordnung § 15 (3) verpflichtet, Maßnahmen zur Qualitätssicherung ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit gegenüber der Kammer ggf. in geeigneter Form nachzuweisen.

Qualitätssicherung ist der kontinuierliche Prozess der Evaluation und Optimierung von Prozessen und Strukturen, die die Gesamtqualität der psychotherapeutischen Arbeit bestimmen. Dazu gehört die Reflektion von Ist- und Sollzuständen bezüglich der Struktur- und Prozessbedingungen der eigenen Arbeit sowie ihrer Wirksamkeit, die zu geeigneten Maßnahmen der Qualitätsverbesserung führen soll.

Die PKN sieht als eine zielführende Maßnahme der Qualitätssicherung die Einrichtung von Qualitätszirkeln, die ihren Mitgliedern ein auf Selbstverantwortung und kollegialer Unterstützung basierendes Instrument zur Qualitätssicherung bieten. Die PKN unterstützt die Arbeit der Qualitätszirkel.

Die Mitarbeit in einem Qualitätszirkel nach diesem Konzept ist eine geeignete Maßnahme des Nachweises von Qualitätssicherungsmaßnahmen gegenüber der Kammer. Die Möglichkeit der Teilnahme an den Qualitätszirkeln ist für alle Leistungsträger in der psychotherapeutischen Versorgung gegeben.

Qualitätszirkel-Kriterien

1.1 Definition

Qualitätszirkel dienen der Weiterqualifizierung durch kritische Überprüfung der eigenen Tätigkeit eines auf den klinischen Erfahrungen der Teilnehmenden und theoretischem Wissen aufbauenden Lernprozesses. Die teilnehmenden Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Ärztlichen Psychotherapeuten¹ beschreiben im Rahmen einer kollegialen Diskussion praxisbezogen ihre eigene Handlungsweise, vergleichen sie mit der Handlungsweise ihrer Kollegen und mit vorgegebenen Qualitätsstandards und bewerten sie. Diskussion von Fachliteratur im Qualitätszirkel steht jeweils im Zusammenhang mit einer konkreten Fallsituation. Qualitätszirkel unterscheiden sich grundlegend von reinen Fortbildungsveranstaltungen, bei denen unter Leitung eines Experten reines Fachwissen vermittelt wird. Qualitätszirkel können zur themenspezifischen Vertiefung und / oder Diskussion spezieller Fragestellungen Referenten einladen. Besonderer Wert wird auf die Diskussion diagnostischer und therapeutischer Vorgehensweisen gelegt.

Qualitätszirkel arbeiten:

- auf freiwilliger Basis
- mit selbstgewählten Themen

- erfahrungsbezogen
 - auf der Grundlage des kollegialen Diskurses
 - themenzentriert
 - systematisch
 - zielbezogen
 - kontinuierlich
 - mit Moderatoren
 - mit Evaluation der Ergebnisse
- Veranstaltungen, die im Rahmen psychotherapeutischer Fort- und Weiterbildung und/oder zum Qualifikationserwerb für genehmigungspflichtige Leistungen stattfinden, sind keine Qualitätszirkel in diesem Sinne.

1.2 Teilnehmer, Größe und Struktur

Zu einem Qualitätszirkel sollen sich in der Regel vier bis acht Teilnehmer zusammenschließen, die den offenen kontinuierlichen Erfahrungsaustausch mit Kollegen suchen. Die Zusammenarbeit freiberuflich und in einem Beschäftigungsverhältnis arbeitender Psychotherapeuten in einem Zirkel ist erwünscht.

Der QZ kann sich erweitern um Angehörige benachbarter Berufsfelder.

1.3 Organisation der QZ-Arbeit

Die Themen des Qualitätszirkels werden von den Teilnehmern selbst bestimmt und sollen aus dem Bereich der psychotherapeutischen Tätigkeit stammen. Dabei sollen aktuelle Entwicklungen / Erkenntnisse aus den Bereichen psychotherapeutischer Forschung, Diagnostik und Anwendung Berücksichtigung finden. Qualitätszirkel sollen auf längere Zeit kontinuierlich zusammenarbeiten.

Bei der konstituierenden Sitzung sollen Dauer und Frequenz der Zusammenkünfte festgelegt werden.

Um eine effektive Qualitätszirkelarbeit zu leisten, sollen die Teilnehmer in der Regel alle zwei Monate zusammentreffen.

1.4 Meldung, Dokumentation per Protokoll

Ein Qualitätszirkel ist bei der PKN per Formular anzumelden und bei Auflösung abzumelden. Mit der Anmeldung erklären die Teilnehmer, dass die "Grundsätze der PKN zur Einrichtung von Qualitätszirkeln" erfüllt werden. Jede Sitzung des Qualitätszirkels ist zu protokollieren. Dazu sind die Formulare der PKN zu verwenden. Die Protokolle verbleiben beim Qualitätszirkel. Auf Anfrage sind sie der PKN vorzulegen.

2. Moderatoren

Jeder Qualitätszirkel hat einen Moderator / eine Moderatorin. Die Moderatoren haben die Funktion eines Organizers und Ansprechpartners. Die Moderation kann von Sitzung zu Sitzung wechseln, jeder Teilnehmer kann die Funktion übernehmen. Die Moderatoren haben die folgenden Aufgaben:

- Sie melden den Qualitätszirkel mit der Liste der Teilnehmer bei der Psycho-

- therapeutenkammer Niedersachsen an.
- Sie sind für die Durchführung der Sitzungen verantwortlich (Termine, Räumlichkeiten, Vorbereitung der Sitzung, Protokoll, ggf. Evaluation).
- Sie achten bei der Planung der Themen darauf, dass diese inhaltlich aus dem Bereich der psychotherapeutischen Tätigkeit stammen.

3. Evaluation

Die Evaluation der Qualitätszirkelarbeit ist ein Instrument zur Selbstkontrolle bzw. konstruktiven Rückmeldung für die Zirkelteilnehmer. Die Teilnehmer evaluieren in regelmäßigen Abständen (mindestens einmal pro Jahr) ihren Arbeitsprozess und die Ergebnisse ihrer Arbeit unter Zugrundelegung ihrer Ziele.

4. Datenschutz

Bei der Arbeit in den Qualitätszirkeln müssen die Bestimmungen über den Schutz der Patientendaten und die Schweigepflicht beachtet werden. Patienten-, praxis- und institutionsbezogene Daten dürfen nur in anonymisierter/pseudonymisierter Form eingebracht werden. Über alle zur Sprache kommenden Daten haben alle Beteiligten Stillschweigen zu wahren. Erfasste Daten und Statistiken dürfen nicht unberechtigten Stellen, sondern ausschließlich der PKN zugänglich gemacht werden.

¹ Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und ärztliche Psychotherapeuten werden nachfolgend als Psychotherapeuten bezeichnet.

Anfragen zur Berufsordnung der PKN

In dieser Rubrik veröffentlicht die PKN in lockerer Folge Anfragen zur Berufsordnung und Stellungnahmen der Mitglieder des Ausschusses „Berufsordnung und Berufsethik“ der PKN. Die Mitglieder des Ausschusses würden es begrüßen, wenn ihre Kommentare auch andere Kammermitglieder zu einem Gedankenaustausch über die Auslegung der Paragraphen der Berufsordnung anregen würden, etwa in Form eines Briefes an die Geschäftsstelle oder eines Leserbriefes an das „Psychotherapeutenjournal“.

Die Anfrage bezieht sich auf das Ausbildungsverhältnis. Sie lautet sinngemäß:

In § 19 (1) heißt es, dass Psychotherapeuten den nicht der Kammer angehörenden Personen, die sie in ihrer Praxis beschäftigen, der jeweiligen Tätigkeit entsprechende Verträge anzubieten haben. Bedeutet dies, dass Psychotherapeuten Ausbildungsteilnehmern, die ihre praktische Ausbildung laut APrV ableisten, schriftliche Verträge und eine Vergütung anbieten müssen?

In § 28 (1) wird gefordert, dass in der Ausbildung tätige Psychotherapeuten keine Abhängigkeiten zur Befriedigung eigener Bedürfnisse und Interessen ausnutzen oder Vorteile daraus ziehen dürfen. Ist damit gemeint, dass in der praktischen Tätigkeit und der praktischen Ausbildung stehende Ausbildungsteilnehmer eine Vergütung erhalten müssen? Dies entspricht nicht der Gepflogenheit eines Instituts, nach der sämtliche Leistungen der PP in Ausbildung unentgeltlich zu erfolgen haben, da ja die APrV keine Pflicht zur Bezahlung regelt.

Mitglieder des Ausschusses „Berufsordnung und Berufsethik“ der PKN kommentieren:

Die hauptsächlich angesprochenen Paragraphen der Berufsordnung lauten:

§ 19 (1) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben den nicht der Kammer angehörenden Personen, die sie in ihrer Praxis beschäftigen, angemessene Arbeitsbedingungen und der jeweiligen Tätigkeit entsprechende Verträge anzubieten.

§ 28 (1) In der Ausbildung tätige Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben die Integrität von Teilnehmerinnen und Teilnehmern zu achten und dürfen Abhängigkeiten nicht zur Befriedigung eigener Bedürfnisse und Interessen ausnutzen oder Vorteile daraus ziehen.

§ 28 (4) Die Ausbildungsbedingungen müssen für alle Betroffenen transparent und vertraglich festgelegt sein.

Die Formulierung „der jeweiligen Tätigkeit entsprechen“ in § 19 (1) bezieht sich zunächst einmal darauf, dass vertraglich geregelt wird, welche Arbeitsleistungen der in der Praxis Beschäftigte zu welchen Bedingungen leistet. So sind einer Raumpflegerin, einer Sprechstundenhilfe, einer Sekretärin, einer Hilfskraft oder einer Geschäftsführerin entsprechende Verträge anzubieten, und das gilt natürlich auch für einen Ausbildungsvertrag mit einem Ausbildungsteilnehmer.

Zur Frage, ob die Formulierung so zu verstehen ist, dass Verträge schriftlich erfolgen müssen: Das ist nicht der Fall. Die schriftliche Form bietet jedoch optimale Transparenz und Sicherheit über die vertraglich festgelegten Inhalte, wie sie in § 28 (4) der BO gefordert sind. Bei einem mündlich geschlossenen Vertrag gerät das Kammermitglied ggf. in Beweisnot, wenn ihm ein Vorwurf dieser Art zur Last gelegt wird.

Zur Frage der Vergütung: § 28 untersagt die Vorteilsnahme und Ausnutzung von Abhängigkeiten. Die Nicht-Regelung einer Vergütung in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung bedeutet weder, dass eine, noch, dass keine Vergütung zu erfolgen hat. Nicht-Regelung eröffnet die Möglichkeit zur

angemessenen Selbst-Regulierung. Dies erfordert die Anwendung von Kriterien oder Prinzipien. Die Nicht-Ausnutzung von Abhängigkeiten zur Befriedigung eigener Bedürfnisse und Interessen sowie die Untersagung einer Vorteilsnahme stellen solche Prinzipien dar, die dem Kammermitglied den Raum eröffnen und ihn auch begrenzen. Jede getroffene Maßnahme kann im Falle einer Beschwerde an diesen Kriterien gemessen und gewertet werden.

Zur Frage von Gepflogenheiten: Ein auch von vielen Berufskollegen praktiziertes Vorgehen stellt keine Aussage darüber dar, dass dieses Vorgehen den anzuwendenden Kriterien entspricht, und entbindet das einzelne Kammermitglied nicht von der persönlichen Verantwortlichkeit für die eigene Praxis. Ob ein „Gewohnheitsrecht“ von Instituten den Kriterien entspricht, ist der bloßen Tatsache der Anwendung nicht zu entnehmen. Im Falle einer Beschwerde würde sicher der Frage nachgegangen werden, ob ein ausgewogenes Verhältnis der füreinander erbrachten Leistungen einschließlich des finanziellen Ausgleichs zwischen Ausbilder und Ausbildungsteilnehmer hergestellt wurde. Zu prüfen wäre auch, ob das Prinzip der Verpflichtung zur Kollegialität (§§ 17 und 18) angewendet wurde, das die Förderung des Berufsnachwuchses mit einschließt.

Inge Berns
Eckhard Winter

Geschäftsstelle

Roscherstr. 12
30161 Hannover
Tel.: 0511/850304-30
Fax: 0511/850304-44
Mail-Anschrift: info@pk-nds.de
Internet: www.pk-nds.de



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

Die Psychotherapeutenkammer NRW gründet ein Versorgungswerk!

Mit großer Mehrheit verabschiedeten die Mitglieder der Kammerversammlung am 28.09.2003 die Satzung des Versorgungswerkes „PTV-NRW“. Gleichzeitig sprach sich die Versammlung für einen Geschäftsbesorgungsvertrag mit dem Versorgungswerk der Steuerberater NRW aus. In den Verwaltungsrat, der das geschäftsführende Organ des PTV-NRW ist, wurden gewählt: Mechthild Greive, Karl-Wilhelm Hofmann, Rolf Mertens, Dr. Karl Stricker und Ingrid Roelle. Die konstituierende Sitzung des Verwaltungsrates am 09. Oktober 2003 wählte Karl-Wilhelm Hofmann zum Vorsitzenden und Ingrid Roelle zur Stellvertreterin. Damit ist der Weg frei für das Versorgungswerk, das zum 1. Januar 2004 errichtet wird.

Wer kann Mitglied des Versorgungswerkes werden und wie hoch sind die Beiträge?

Die Satzung unterscheidet zwischen Pflichtmitgliedern und freiwilligen Mitgliedern.

Pflichtmitglied des Versorgungswerkes ist:

1. wer am 01.01.2004 Mitglied der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen war und das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder
2. wer nach dem 01.01.2004 Mitglied der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen wird und das 63. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.



Mitglieder des Verwaltungsrates des Versorgungswerkes: von links Mechthild Greive, Dr. Karl Stricker, Karl-Wilhelm Hofmann, Rolf Mertens und Ingrid Roelle

Diese Mitglieder zahlen einen monatlichen Regelpflichtbeitrag von 5/10 des jeweils geltenden Höchstbeitrages in der gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten; dies ist z. B. ein Betrag von ca. 500,00 €. Bei niedrigerem Einkommen als 5.100,00 € monatlich wird 19,5 % von dem nachgewiesenen Einkommen zugrunde gelegt und davon 1/10, 2/10, 3/10 oder 4/10 gezahlt.

Wer ausschließlich angestellt tätig und pflichtversichert in der gesetzlichen Rentenversicherung ist, und sich nicht von dem Versorgungswerk hat befreien lassen, ist **freiwilliges Mitglied** und zahlt einen Mindestbetrag von 1/10 des jeweils geltenden Höchstbeitrages in der gesetzlichen Rentenversicherung (ca. 100,00 €).

Werden durch **psychotherapeutische Nebentätigkeit** Einkünfte erzielt, führen die zu einer Pflichtmitgliedschaft

in dem Versorgungswerk. Die Höhe des Beitrages ist abhängig von der Einkommenshöhe; max. 5/10 des jeweils geltenden Höchstbeitrages in der gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten.

Die **Befreiung** von der Beitragspflicht im Versorgungswerk **muss beantragt** werden.

Eine besondere Regelung gilt für sog. **Gründungsmitglieder**. Das sind Mitglieder der Psychotherapeutenkammer, die ihr am Stichtag 01.01.2004 angehören. Sofern sie das **40. Lebensjahr** noch nicht vollendet haben, werden sie **auf Antrag von der Beitragspflicht ganz oder teilweise befreit**. Haben Mitglieder der Psychotherapeutenkammer das **40. Lebensjahr, aber noch nicht das 63. Lebensjahr vollendet und sie sind nicht berufsunfähig**, können sie **auf Antrag** Mitglied des Versorgungswerkes werden.

Durch eine volle Beitragsbefreiung wird die Mitgliedschaft im Versorgungswerk beendet.

Was ist das Wesen von Versorgungswerken und wie arbeiten sie?

Die **Versorgungswerke** sind Sonder-systeme der Pflichtversorgung, da sie aufgrund eines landesgesetzlichen Versorgungsauftrages **ausschließlich** bestimmte Berufsgruppen zu versorgen haben. In der Regel sind es die verkammerten Berufe wie z.B. Architekten, Ärzte, Apotheker, Steuerberater, Tierärzte und Psychotherapeuten.

Sie erfüllen auch berufspolitische Aufgaben und sind nicht nur von dem Gedanken der kollektiven Eigenversorgung geprägt. Durch Vorsorge beugen sie z. B. der Berufsunfähigkeit und einer Überalterung der Berufsstände vor. Die Mitgliedschaft und die Versorgungs-verhältnisse sind in einem Landesgesetz geregelt.

Die berufsständischen Versorgungswerke erfüllen ihre Aufgabe in echter Selbstverwaltung. Gewählte Delegierte der Kammer beschließen über das Mitgliedschafts-, Beitrags- und Leistungsrecht. Es muss ein jährlicher Jahresabschluss und ein Lagebericht erstellt werden, die Gremien der Versorgungswerke entscheiden, wie die Überschüsse verwendet werden und wie das Kapital angelegt wird. Der Verwaltungsrat muss jährlich von der Kammerversammlung entlastet werden. Das demokratische Prinzip ist hiermit deutlich verwirklicht. Die Mitglieder gestalten das jeweilige berufsständische Versorgungswerk selbst, können in den Gremien des Versorgungswerkes mitwirken und können Einfluss nehmen auf Entscheidungen. Diese Mitgestaltung ist umfassender als in einer privaten Versicherung.

Die berufsständischen Versorgungswerke sind eigenfinanziert. Sie erhalten keine Staatszuschüsse, sondern erfüllen ihren Versorgungsauftrag in Eigeninitiative mit eigenen Mitteln.

Von der privaten Lebensversicherung unterscheiden sich die berufsständischen Versorgungswerke dadurch, dass die Mitgliedschafts- und Versorgungs-verhältnisse nicht durch Vertragsabschluss entstehen und auch nicht privatrechtlicher Natur sind. Die Rechtsbeziehungen zwischen den berufsständischen Versorgungswerken und ihren Mitgliedern sind öffentlich-rechtlicher Natur, kraft Gesetzes. Sie üben demgemäß im Rahmen ihres Versorgungsauftrages Hoheitsgewalt aus. Dies bedeutet, dass ihre Beitrags- und Leistungsbescheide rechtlich anfechtbar und einem Rechtsmittelverfahren unterworfen werden können. Für die Mitglieder bedeutet dies eine größere Transparenz und die Möglichkeit, vermeintlich fehlerhafte Bescheide durch einen Widerspruch überprüfen lassen zu können.

Die berufsständischen Versorgungswerke beschränken sich auf das Kerngeschäft. Sie gewähren Altersrenten, Hinterbliebenenrenten, Berufsunfähigkeitsrenten und finanzieren als Ermes-sungsleistungen Rehabilitationsmaßnahmen. Es gibt **keine Gesundheitsprüfung** und keinen **höheren Beitrag bei erhöhtem Risiko**. Einzelheiten zum Beitrags- und Leistungsrecht sind in der Satzung der Versorgungswerke geregelt.

Aus organisatorischen und wirtschaftlichen Gründen hat das PTV-NRW auf eine eigene Geschäftsstelle verzichtet und hat stattdessen mit einem erfahrenen und kompetenten Partner, dem Versorgungswerk der Steuerberater NRW, einen Geschäftsbesorgungs-

vertrag geschlossen. **Die Souveränität des PTV-NRW bleibt erhalten.**

Die Vorteile des Geschäftsbesorgungsvertrages liegen auf der Hand:

- Professionelle Verwaltung ab Gründung
- Kompetente Beratung der Gremien ab Gründung
- Zügige Abwicklung des Gründungs- und Ersterfassungsverfahrens
- Kompetente Betreuung der Mitglieder durch erfahrene Mitarbeiter
- Synergieeffekte durch Verwaltung mehrerer Versorgungswerke
- Kostenreduzierung durch Verteilung auf mehr Mitglieder
- Möglichkeiten der gemeinsamen Vermögensanlage
- Hochmodernes EDV-System mit aktenloser Verwaltung

Eine Informationskampagne ist bereits im November 2003 gestartet worden und dauert bis Ende Juni 2004 an. Durch Informationsveranstaltungen, eine Informationsbroschüre, eine Hotline und persönliche Beratung sollen die Mitglieder Kenntnisse und Kriterien erhalten, um eine persönliche Entscheidung treffen zu können, ob sie im Rahmen der Altersvorsorge dem Psychotherapeutenversorgungswerk angehören wollen oder auch nicht.

Als Beilage liegt dieser Ausgabe für NRW die Satzung des Psychotherapeutenversorgungswerkes (PTV) bei.

Weitere Infos zu dem Versorgungswerk PTV-NRW:

Homepage der Kammer:

www.ptk-nrw.de;

Link „Versorgungswerk“

E-Mail: versorgungswerk@ptk-nrw.de

Telefon: 02 11 / 17 93 69-0

1. Landespsychotherapeutentag NRW

Der 1. Landespsychotherapeutentag stand unter dem Thema „Zukunft der Psychotherapie in einer integrierten Gesundheitsversorgung“. Mehr als 370 Teilnehmer kamen zu dieser ersten Fachtagung der Psychotherapeutenkammer nach Neuss. Vorträge über Versorgungsstrukturen und zu zentralen gesundheitspolitischen Fragen füllten den Vormittag. Die nachmittäglichen Workshops dienten Austausch und Diskussion therapeutisch-praktischer Erfahrungen und der Vertiefung zuvor angesprochener Themen.

Die Kammerpräsidentin, **Monika Konitzer**, begrüßte Teilnehmer und Gäste. Sehr zufrieden stellend sei in den letzten Jahren die inhaltliche Zusammenarbeit mit der ärztlichen Selbstverwaltung, den Gesundheitsbehörden, den zuständigen Regierungsstellen und dem Ministerium verlaufen. In Anbetracht der erfolgreichen Kooperation in der psychoonkologischen Versorgung greift das Thema des Landespsychotherapeutentages die Frage auf, wie eine gleichzeitig moderne, wissenschaftliche und patientenorientierte psychotherapeutische Versorgung zukünftig aussehen kann. Dazu Monika Konitzer: „Wir möchten mit diesem Programm den inhaltlichen Dialog innerhalb unserer Berufe, vor allem zwischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, den politischen Entscheidungsträgern und Institutionen des Gesundheitswesens, besonders aber auch mit den Patientinnen und Patienten, weiter fördern.“

Impulsreferate

Dr. Michael Kusch, Leiter der Abteilung für Psychoonkologie im Klinikum Kreis Herford, eröffnete die Vortragsreihe mit einem Referat über „Psychotherapie in der integrierten Versorgung von Brustkrebs-Patienten“. Er schilderte das Konzept einer individuell angepassten Versorgungsstrategie bei psy-

chischen und psychosozialen Belastungen auf der Grundlage eines psychoonkologischen Screenings. Damit könnten rechtzeitig geeignete psychosoziale Maßnahmen in das Behandlungsprogramm aufgenommen werden.

Prof. Dr. Gerhard W. Lauth, Universität Köln, zeigte Perspektiven für eine optimierte und integrierte multimodale Behandlung emotionaler und psychosozialer Entwicklungsstörungen am Beispiel hyperkinetischer Kinder auf. Er sprach sich aus für eine verbesserte Differenzialdiagnostik, mehr Kurzzeitbehandlungen und eine bessere Vernetzung der Therapieangebote. Strategien zur Früherkennung und Prävention sollten entwickelt werden.

Günter Hölling, Gesundheitsladen Bielefeld e.V., vertrat die Perspektive betroffener Patienten. Integrierte Versorgung dürfe kein schematischer Automatismus sein. Patienten erwarten eine individuell angemessene Behandlung, eine ganzheitliche Wahrnehmung ihrer Leiden und Begleitprobleme, dazu umfassende Information über Therapiemaßnahmen mit der Möglichkeit, darüber mitentscheiden zu können.

Detlev Kommer, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, legte nahe, die Abschottung von stationärer und ambulanter Versorgung endlich zu überwinden und die rein somatische Orientierung des Gesundheitssystems durch eine psychosoziale Perspektive zu erweitern und diese für die Prävention, die kurative Behandlung und die Rehabilitation fruchtbar zu machen. Die Optimierung der psychotherapeutischen Versorgung sieht Kommer u. a. in einer indikatorengestützten Bedarfsplanung – getrennt nach Psychotherapie bei Erwachsenen und Psychotherapie bei

Kindern- und Jugendlichen, aber auch in einer an die Anforderungen der psychotherapeutischen Versorgung angepassten Reform der Psychotherapie-Richtlinien.



Detlev Kommer

Cornelia Prüfer-Storcks, Staatssekretärin MGSFF, erklärte, dass die von NRW-Gesundheitsministerin Birgit Fischer initiierte „Konzertierte Aktion gegen Brustkrebs des Landes NRW“ ein Beispiel für die gute Zusammenarbeit im Gesundheitswesen ist.



Cornelia Prüfer-Storcks

Die Staatssekretärin begrüßte, dass die Psychotherapeutenkammer in Zusammenarbeit mit dem Ministerium eine

Arbeitsgruppe leitet, die sich mit einem Screeningverfahren zur bedarfsorientierten psychoonkologischen Versorgung an Brustkrebs erkrankter Frauen beschäftigt. Weiterhin aktive Unterstützung von der Psychotherapeutenkammer erwarte das Ministerium hinsichtlich der stärkeren Integration der Psychotherapie in die bestehenden medizinischen Hilfsangebote, der Schaffung kooperativer Hilfestrukturen im Bereich der Jugendhilfe, der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie bei der Erarbeitung von Präventionsstrategien.

Workshops

Dr. Hubert Hermes, Westfälische Klinik für Psychiatrie Lippstadt, und **Dr. Reinhilde Kriebel**, Gelderland-Klinik, vertraten die Ansicht, dass infolge kürzerer stationärer Verweildauern Psychotherapie durch Psychoedukation ersetzt werde. Bei der kurzen stationären Behandlung ginge es immer häufiger nur um Krisenintervention, was eine Flexibilisierung der psychotherapeutischen Methoden erfordere.

Dr. Michael Borg-Laufs, Leiter einer Erziehungsberatungsstelle in Essen, und **Bernhard Moors**, KJP, stellten die Struktur komplexer psychotherapeutischer und psychosozialer Hilfeleistungen in Beratungsstellen dar. Verschiedene Formen der Psychotherapie werden fallspezifisch und flexibel in ein Spektrum multidisziplinärer psychosozialer Hilfsmaßnahmen integriert. Ein derartiges Behandlungsangebot für Kinder und Eltern eigne sich besonders für Fälle mit multipler Problembelastung.

Prof. Dr. Dietmar Schulte, Psychologisches Institut Universität Bochum, und **Prof. Dr. Wolfgang Senf**, Universitätsklinikum Essen, diskutierten mit über 100 Teilnehmern die Frage, ob die formalen Regularien für die alltägliche Therapiepraxis flexibel genug

sind, den objektiven psychotherapeutischen Versorgungsbedürfnissen zukünftig zu entsprechen oder ob am Versorgungsbedarf vorbei therapiert werde. Zur Frage der Bedeutung von Diagnosesystemen und Behandlungsleitlinien für den psychotherapeutischen Prozess wurde sehr lebhaft argumentiert.

Jutta Winter, Fachanwältin für Ausländer- und Asylrecht, und **Gerda Krause**, PP, gaben Einblick in das bestehende Asylrecht und den praktischen Ablauf der Antragstellung gewalttraumatisierter Frauen aus Kriegsgebieten. In einer engagierten Diskussion stellte sich die entscheidende Frage: "Wie sicher kann ein therapeutisches Arbeitsbündnis bei einer unklaren Aufenthaltssituation überhaupt sein?" Viele Meinungen gingen dahin, die Einschränkung der Therapiebeziehung zu thematisieren und zu akzeptieren.

Sabine Unverhau, Klinische Neuropsychologin GNP, demonstrierte an Fallbeispielen neuropsychologische Behandlungsverläufe und ihre Einordnung in ein Modell integrierter Versorgung. Die Therapie hirneingebundener psychischer Störungen habe sich zu einem ganzheitlichen Konzept erweitert, in dessen Mittelpunkt die Persönlichkeit des Patienten, die funktionsstörungsbedingten Veränderungen seines Selbsterlebens und seiner sozialen Beziehungen stünden.

Gerhard Bliersbach, **Dorothea Dewald**, **Gerd Hoehner** und **Dr. Wolfgang-F. Schneider**, Mitglieder Maßregelvollzugskommission, stellten Anforderungsprofil und Tätigkeitsmerkmale des psychologischen Gutachters im Maßregelvollzug vor. Die Praxis der Begutachtung wurde an einem konkreten Beispiel diskutiert, was auf großes Interesse der fachlich versierten Workshopteilnehmer stieß.

Prof. Dr. Volker Tschuschke, Universität Köln, referierte über Möglichkeiten und Grenzen psychotherapeutischer Intervention bei unheilbar erkrankten oder vom Tod bedrohten Krebskranken. Diskutiert wurde, wie bei sehr ängstlichen, widerständigen oder traumatisierten Patienten eine Therapiebeziehung aufzubauen ist. Verlauf, Erkrankungsstadium und onkologischen Behandlung bestimmen wesentlich Zeitpunkt, Art und Dauer individuell abgestimmter psychotherapeutischer Behandlungsangebote.

Im Schlussvortrag des Veranstaltungstages stellte **Karl-Wilhelm Hofmann**, Mitglied des Vorstands, das nunmehr gegründete Versorgungswerk NRW vor. Bei den Kammermitgliedern bestanden ein sehr reges Interesse und ein hoher Informationsbedarf. Zahlreiche Fragen wurden beantwortet.

Mitgliederberatung

Die parallel zu den Veranstaltungen von der Geschäftsstelle angebotene Mitgliederberatung für niedergelassene und abhängig beschäftigte Kammermitglieder fand große Resonanz.

Resümee und Termin 2004

Wissenschaftliche Vorträge über Versorgungsfragen und die Diskussion der Praxis sorgten für einen sehr anregenden Diskurs. Die Aktualität und das breite Spektrum spezifischer Themen sowie die Dienstleistung der Kammer wurden in zahlreichen Anerkennenden Kommentaren der TeilnehmerInnen hervorgehoben.

Der **2. Landespsychotherapeutentag** findet am **10. Juli 2004** statt.

Kammerversammlung beschließt eine neue Beitragsordnung und eine Haushalts- und Kassenordnung und berät eine neue Gebührenordnung

Die 8. Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW hat am 28.09.2003 eine überarbeitete Beitragsordnung und eine Haushalts- und Kassenordnung beschlossen sowie eine Gebührenordnung beraten.

I. Beitragsordnung

Eine Novellierung der Beitragsordnung war deshalb erforderlich, weil sich die Landeskammern darauf verständigt hatten, den Stichtag für die Beitrags-erhebung einheitlich auf den 1. Februar eines jeden Jahres festzusetzen. Durch die Umsetzung dieser Regelung wird zukünftig erreicht, dass Kammerangehörige bei Umzug in ein anderes Bundesland nur in einem Land beitragspflichtig sind.

Im Übrigen wurden einige unklare Formulierungen hinsichtlich der Ermäßigungsmöglichkeiten präziser gefasst. Dies dient einer größeren Rechtssicherheit bei der Beurteilung von Ermäßigungsanträgen und ermöglicht eine schnellere Bearbeitung und Bescheidung durch Geschäftsstelle und Vorstand.

Zwischenzeitlich wurde die Beitragsordnung vom Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie genehmigt und tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Ministerialblatt für das Land NRW in Kraft. Die Veröffentlichung im Ministerialblatt für das Land NRW erfolgt in einer der Ausgaben des Monats Dezember 2003.

II. Haushalts- und Kassenordnung

Die Vorlage für die von der Kammer-versammlung abschließend verabschiedete Haushalts- und Kassenordnung war eine Musterordnung des Ministeriums, die ohne Veränderungen angenommen wurde.

Aufgrund der sorgfältigen Vorbereitung und im Vorfeld erfolgter Information der Kammerversammlungsmitglieder wurden die zur Abstimmung gebrachten Ordnungen nach kurzer Aussprache sämtlich ohne Gegenstimme beschlossen.

III. Gebührenordnung

Die von der Kammerversammlung erstmals beratene Gebührenordnung soll die Kammer in die Lage versetzen, die von einem Kammermitglied persönlich veranlassten Sonderleistungen und Amtshandlungen, wie z.B. Bescheinigungen für Behörden etc., ausschließlich diesem in Rechnung stellen zu können.

Der Grundsatz, dass die üblichen Serviceleistungen der Psychotherapeutenkammer NRW für Kammermitglieder kostenlos sind, bleibt unverändert bestehen.

Nach Rücksprache mit dem Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie wird die Gebührenordnung auf der nächsten Kammerversammlung erneut beraten und soll dann beschlossen werden.

Geschäftsstelle

Willstätterstr. 10
40549 Düsseldorf
Tel 0211/ 52 28 47-0
Fax 0211/ 52 28 47-15
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Beratung am Telefon

Beratung durch den Geschäftsführer der Kammer (Rechtsanwalt)

Mi.: 14.00-15.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 0

Mitgliederberatung durch den Vorstand

Mo: 12.30-13.30 Uhr; 17.30-18.00 Uhr
Di: 12.30-13.30 Uhr; 18.30-19.00 Uhr
Fr: 11.00-12.00 Uhr; 12.30-13.30 Uhr

Telefon 0211 / 52 28 47 27

Sprechstunde der Präsidentin

Mo: 12.00-13.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 0

Beratung von Angestellten für Angestellte:

Mi: 13.00-14.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 0

Wir bitten um Verständnis, dass bei dieser Ausgabe des Journals nicht alle Wünsche nach Auslieferung an die Praxisadresse berücksichtigt werden konnten. Bis zum Redaktionsschluss waren die Daten aus den neuen Meldebögen noch nicht vollständig erfasst.

Präsentieren Sie Ihr Unternehmen im Psychotherapeutenjournal!

Wir beraten Sie gerne!

Sie erreichen unser Anzeigenteam unter: Tel. 06221/489-154, Fax: 06221/489-323
Anzeigenschluss für die nächste Ausgabe 01/2004 (ET 25.03.2004) ist der 03.03.2004.

Beitragsordnung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen vom 28.9.2003

Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW hat in ihrer Sitzung vom 28. September 2003, aufgrund des § 23 Abs. 1 des Heilberufsgesetzes (HeilBerG) vom 9. Mai 2000 (GV. NRW., S. 403), zuletzt geändert durch Gesetz vom 17. Dezember 2002 (GV. NRW. S. 641), folgende Beitragsordnung erlassen:

Inhaltsübersicht

- § 1 Beitragszweck und Beitragspflicht
- § 2 Beitragshöhe
- § 3 Erhebung auf Fälligkeit
- § 4 Schlussbestimmungen

§ 1

Beitragszweck, Beitragspflicht, Beitragsfälligkeit

- (1) Die Psychotherapeutenkammer NRW erhebt zur Erfüllung ihrer Aufgaben und zur Deckung ihres sachlichen und personellen Aufwandes Beiträge von ihren Kammermitgliedern.
- (2) Die Kammerbeiträge sind öffentlich-rechtliche Pflichtabgaben.
- (3) Beitragspflichtig sind alle Mitglieder der Kammer.
- (4) Die Beitragspflicht entsteht mit dem 1. des Monats, der dem Beginn der Mitgliedschaft folgt. In den Folgejahren ist der Beitrag zum 1. Februar eines jeden Jahres fällig.
- (5) Die Beitragspflicht endet mit Ablauf des Monats, vor dem das Mitglied aus der Kammer ausscheidet.
- (6) Bei Tod eines Mitgliedes erlischt die Beitragspflicht mit Ablauf des Monats vor dem Todesfall.

§ 2

Beitragshöhe

- (1) Die Beiträge werden als Jahresbeiträge erhoben. Beginnt die Mitgliedschaft im laufenden Jahr, wird der anteilige Beitrag gemäß § 1 Abs. 4 erhoben.
- (2) Die Höhe der Beiträge wird von der Kammerversammlung festgesetzt und in einer Beitragstabelle aufgeführt, die Bestandteil dieser Beitragsordnung ist (Anlage).
- (3) Zur Deckung außerplanmäßiger Ausgaben der Kammer kann auf Beschluss der Kammerversammlung zusätzlich ein außerordentlicher Beitrag erhoben werden, welcher der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde bedarf.

§ 3

Beitragserhebung

- (1) Der Beitrag wird jährlich zum Fälligkeitstermin für das Kalenderjahr erhoben. Die

Mitglieder werden über Änderungen informiert.

(2) Frühestens vier Wochen nach Fälligkeit wird der Beitrag kostenpflichtig angemahnt. Die Höhe der Mahnungskosten ist in der Gebührenordnung der Psychotherapeutenkammer NRW geregelt.

(3) Beiträge, die nach zweimaliger Mahnung nicht entrichtet sind, werden zusammen mit einer Gebühr nach den Vorschriften des Verwaltungsvollstreckungsgesetzes für das Land Nordrhein-Westfalen vom 13. Mai 1980 (GV. NRW. S. 510) in der jeweils geltenden Fassung beigetrieben.

(4) Für die Verjährung der Beitragsforderung gelten die Vorschriften der Abgabenordnung über die Verjährung der Steuern von Einkommen und Vermögen (§§ 143 bis 148 AO). Die Verjährungsfrist beträgt 5 Jahre; sie beginnt mit Ablauf des Jahres, in dem die Beitragsforderung entstanden ist.

(5) Gegen die Entscheidungen nach § 2 und § 3 ist innerhalb eines Monats nach Zustellung Widerspruch zulässig. Er ist schriftlich oder durch Niederschrift bei der Geschäftsstelle der Kammer zu erheben. Der Widerspruch sollte begründet und die Widerspruchsgründe sollten belegt werden. Über den Widerspruch entscheidet der Vorstand der Kammer. Der Widerspruchsbescheid ist zu begründen, wenn dem Widerspruch nicht oder nicht in vollem Umfang abgeholfen wird. Er ist mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen und dem Beitragspflichtigen zuzustellen.

(6) Gegen einen ablehnenden Widerspruchsbescheid kann innerhalb eines Monats nach Zustellung bei dem für den Sitz des Widerspruchsführers zuständigen Verwaltungsgericht Klage erhoben werden.

(7) Der Rechtsbehelf gegen die Beitragsfestsetzung hat keine aufschiebende Wirkung.

§ 4

Schlussbestimmungen

Diese Beitragsordnung tritt am Tage nach ihrer Veröffentlichung im Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen in Kraft. Gleichzeitig tritt die Beitragsordnung vom 13.03.2001 (MBL. NRW. S. 834) außer Kraft.

Die vorstehende Beitragsordnung wird hiermit ausgefertigt.
Düsseldorf, den 28.9.2003
Die Präsidentin
Monika Konitzer

Genehmigt.

Düsseldorf, den 27. Oktober 2003
Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nord-

rhein-Westfalen
III 7 – 8010-104 –

Im Auftrag
Godry

Anlage Beitragstabelle

A.

Zur Erfüllung der Aufgaben der Psychotherapeutenkammer NRW wird ein jährlicher Beitrag von Euro 250,- erhoben. Das Beitragsjahr ist das Kalenderjahr.

B.

Ermäßigung, Stundung, Befreiung aus wirtschaftlichen Gründen, Niederschlagung:

(1) Der Beitrag nach Buchst. A kann auf schriftlichen Antrag unter Vorlage entsprechender Nachweise auf bis zu 50% ermäßigt werden bei völliger Unterbrechung der Berufstätigkeit von insgesamt mehr als 6 Monaten innerhalb des Beitragsjahres wegen

- Arbeitslosigkeit,
- Elternzeit,
- gesundheitlicher Gründe.

(2) Der Beitrag nach Buchst. A kann auf schriftlichen Antrag unter Vorlage entsprechender Nachweise in dem Jahr, in dem die berufliche Erwerbstätigkeit dauerhaft aufgegeben wurde, auf bis zu 20 % reduziert werden. Die dauerhafte Aufgabe der Berufstätigkeit ist glaubhaft zu machen.

(3) Anträge auf Beitragsermäßigung gemäß B 1 und B 2 können bei Vorliegen des Ermäßigungsgrundes im Verlaufe des Beitragsjahres jederzeit unter Hinzufügung geeigneter aussagefähiger Belege gestellt werden. Die Anträge müssen an den Vorstand gerichtet werden.

(4) Jedes Kammermitglied kann bei Vorliegen nachgewiesener materieller Notlage jederzeit die Stundung, Befreiung bzw. Ermäßigung von den Beitragsforderungen beantragen.

(5) Über die Stundung, Befreiung und Ermäßigung von Beitragsforderungen entscheidet der Vorstand im Einzelfall. Die Entscheidung ergeht schriftlich und ist zu begründen.

(6) Überzahlte Beiträge werden nach Verrechnung mit offenen Beitragsforderungen ohne Abzug von Gebühren erstattet.

(7) Beitragsforderungen können niedergeschlagen werden, wenn ihre Beitreibung keinen Erfolg verspricht oder wenn Aufwand und Kosten der Beitreibung in einem Missverhältnis zur Höhe des Beitrages stehen.

Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz

Bericht aus der Vertreterversammlung

Die Vertreterversammlung ist am 18. Oktober zu ihrer zweiten Sitzung in diesem Jahr zusammengekommen. Neben einer ausführlichen Information des Vorstandes und der Geschäftsführerin über die Hauptaktivitäten in den letzten Monaten standen die Beratung und Verabschiedung einer Berufsordnung, der Entwurf einer Weiterbildungsordnung sowie die Fortbildungsordnung auf dem Programm.

Die Berufsordnung ist die Grundlage, auf der die Berufsausübung unserer Mitglieder fußt. Hierin sind die Grundsätze der Berufsausübung, wie z. B. Verantwortung, allgemeine Pflichten, Abstinenz, Umgang mit Minderjährigen oder nicht unbeschränkt einwilligungsfähigen Personen, Dokumentation, Fortbildungsverpflichtung etc., geregelt. Den genehmigten Text der Berufsordnung wie die anderen Satzungsbeschlüsse finden Sie in der Beilage zu diesem Journal.

Einen breiten Raum nahm die Diskussion der Fortbildungsordnung ein. Diese enthält eine Verpflichtung zum regelmäßigen Nachweis der abgeleiteten Fortbildungen. Vor dem Hintergrund des am 17.10.2003 durch den Bundesrat verabschiedeten GKV-Modernisierungsgesetzes – GMG sah sich die Vertreterversammlung mehrheitlich in der Verantwortung, nach außen für alle sichtbar dokumentieren zu können, dass von Psychotherapeuten Fortbildungsangebote intensiv wahrgenommen werden. Politisch glaubwürdige Diskussionen sind nur mit Argumenten zu führen, die auch auf nachweisbaren Zahlen beruhen.

Es sollte uns warnend vor Augen stehen, dass die Ärzteschaft sich vehement gegen eine Fortbildungsverpflichtung gewehrt hatte, ohne konkret nachweisen zu können, dass die Ärzte sich ausreichend auf freiwilliger Basis fortbilden. Die Politik und Krankenkassen haben deshalb die Argumentation der Ärztekammern immer wieder angezweifelt. Letztendlich war dies Ausschlag gebend für die jetzige rigide gesetzliche Regelung. Die Bewertung der einzelnen Fortbildungsveranstaltungen, angefangen bei Kongressen über Supervisionen/Interventionen bis zum Selbststudium gab erheblichen Anlass zur Diskussion. Die Vorlage der Kollegen aus Berlin wurde als nicht ausreichend angesehen, so dass die Anlage zur Fortbildungsordnung noch überarbeitet und in der nächsten Versammlung beschlossen werden muss. Die Diskussion der Weiterbildungsordnung wurde ebenfalls auf die nächste Vertreterversammlung verschoben, um eine ausführliche Beratung und Koordination mit der auf Bundesebene gegründeten Fort- und Weiterbildungs-Kommission zu ermöglichen.

Eine Richtungsentscheidung wurde zum Versorgungswerk getroffen. Man

hat beschlossen, sich mit dem Versorgungswerk einem anderen Versorgungswerk anzuschließen und diesen Anschluss im Jahr 2004 zu vollziehen. Damit sind jetzt die konkreten Voraussetzungen zur Aufnahme von Verhandlungen und Einleitung der rechtlichen Schritte geschaffen. Wir werden sie aktuell an dieser Stelle oder über Sonderrundschreiben unterrichten.

Die zum Haushalt und der Entschädigungsordnung getroffenen Beschlüsse waren notwendig, um die Verwerfungen, die durch das nicht für ehrenamtlich Tätige gedachte Landesreisekostengesetz entstanden sind, einigermaßen auszugleichen.

**Zur nächsten Vertreterversammlung
am Samstag, dem 31. Januar 2004,
um 10.00 Uhr
im Kleinen Saal des Bürgerhauses
Hechtsheim
Am Heuergrund 6
55129 Mainz**

laden wir sie herzlich ein. Die Sitzung ist öffentlich. Auf der Tagesordnung werden u. a. der Haushalt 2004, die Beitragsordnung und die Gründung des Versorgungswerks stehen.

PsychotherapeutInnen in Institutionen – Ergebnisse einer Umfrage in Rheinland-Pfalz

Mit der deskriptiven Auswertung einer Umfrage unter den angestellten und beamteten Mitgliedern der Landespsychotherapeutenkammer RLP legt der zuständige Ausschuss ein erstes Arbeitsergebnis vor. Es war das vornehmliche

Ziel der Erhebung, Informationen zu zwei Fragestellungen zu liefern:

Wie sind die konkreten Arbeits- und Vergütungsbedingungen unserer Mitglieder?

Was erwarten die in Institutionen tätigen KollegInnen von der Kammer, in welcher Hinsicht wünschen sie Unterstützung?

Nach wie vor tut sich ein Teil der angestellten¹ KollegInnen schwer mit der Verkammerung; der Sinn und Nutzen für die eigenen Belange wird nicht gesehen, die Pflichtmitgliedschaft wird als lästig und teuer erlebt. Dementsprechend verhalten ist die aktive Beteiligung an der Selbstverwaltung. Auf der anderen Seite nimmt die Zahl der Anfragen an die Geschäftsstelle aus dem Kreis der angestellten KollegInnen deutlich zu bezüglich Vergütung, Kooperation mit anderen Berufen, eigenständiger Berufsausübung, strategischer Berufsplanung u. a. Die Kammer wird also durchaus genutzt und sieht es als ihre Aufgabe an, sich für die Erwartungen und Interessen der angestellten KollegInnen – die Hälfte der Mitglieder immerhin – zu engagieren.

Welches Bild ergibt sich nun aus der Umfrage?

Vorbehaltlich der Annahme, dass unsere Umfrageergebnisse annähernd repräsentativ sind, was bei einer Rücklaufquote von ca. 42% und im Vergleich mit ähnlichen Daten anderer Kammern vermutet werden kann: Unsere Zielgruppe ist überwiegend weiblich (59,9 %) und durchschnittlich 46 Jahre alt ist und im Mittel seit 17 Berufsjahren tätig.

Die klare Mehrheit (ca. 95 %) befindet sich in einem unbefristeten Beschäftigungsverhältnis, knapp 50 % sind tätig im stationär-klinischen Bereich, etwa ein Viertel in Beratungsstellen. Die Mehrheit arbeitet unter allgemein vertrauten tarifvertraglichen Bedingungen (über 85 % BAT-gebunden, in Anlehnung oder ähnlich) mit einem guten bis akzeptablen Einkommen auf Grundlage der Eingruppierung in BAT

1b oder besser (37 %) oder zumindest BAT 2 und entsprechende (34 %).

Ohne Risiko einer groben Fehleinschätzung kann man soweit zusammenfassen, dass ein großer Teil unserer angestellten Mitglieder das erreicht hat, was bislang schon in der beruflichen Karriere eines Dipl.-Psychologen möglich war. Die höheren Einkommen korrespondieren klar mit dem Lebensalter bzw. Berufserfahrung und der Ausübung von Leitungspositionen, was immerhin für ein gutes Drittel (34 %) der Befragten zutrifft.

Und damit können wir uns der anderen Seite zuwenden. Es ist uns aus RLP kein Fall bekannt, dass ein/e Kollege/in wegen der Approbation eine Höher- oder Umgruppierung erfahren hätte. Vielmehr zeigt die Statistik (und wir finden es durch persönliche Anfragen bestätigt), dass immerhin 8 % unterhalb BAT 2 vergütet werden und erhebliche Schwierigkeiten haben, zumindest die bisherigen Standards zu erreichen. Dies trifft in besonderer Weise für die KJP zu, die auch im mittleren Jahreseinkommen (48 000 €) deutlich unterhalb der PP (53 000 €) liegen. Die Approbation hat somit bislang im Bereich der Angestellten keine Tarifrelevanz. Entsprechend nachdrücklich steht die Forderung nach angemessener Vergütung in den Tarifverträgen und angemessener Vergütung mit an oberster Stelle (bei 57 % der Befragten)². Diese Forderung wird in Zukunft durch die Verankerung in den Tarifverträgen umzusetzen sein.

Die Approbation hat auch nach wie vor keine erkennbare Bedeutung hinsichtlich des Status der Beschäftigten. Zwar wird sie zunehmend insbesondere im Rahmen klinisch-stationärer Behandlung erwartet, die Position in der Hierarchie ändert sich dadurch, von Einzelfällen abgesehen, nicht. Entsprechend häufig wird dieses Thema von den Befragten im politischen Forde-

rungskatalog angesprochen: Die Klärung von Statusfragen, der Gleichstellung mit den Fachärzten und die Gleichwertigkeit von PP und KJP wird von bis 58 % der Befragten verlangt und rangiert damit noch knapp vor materiellen Forderungen. Nicht unerheblich erscheinen auch die Klagen über mangelnde Fortbildungs- und Supervisionsangebote bei deutlich über einem Drittel der Mitglieder mit entsprechenden Erwartungen an die Kammer. Andere Probleme nehmen sich dagegen zahlenmäßig eher gering aus, wengleich die Belastung durch (und Ärger über) unbezahlte Überstunden besonders im stationären Bereich bei knapp einem Drittel der Mitglieder nicht unerheblich ist.

Auf die Wiedergabe und Kommentierung weiterer Einzelergebnisse muss hier aus Platzgründen verzichtet werden, eine übersichtliche Darstellung finden sie im Internet unter www.lpk-rlp.de. Eine weitere Aufbereitung der Daten ist in Arbeit und wird zu einem späteren Zeitpunkt nachgereicht.

Ein Nachwort sei noch angefügt.

Fragebogenaktionen wirken nie einseitig, sie erfüllen neben dem vordergründigen Zweck, Informationen zu liefern, auch eine stimulierende Aufgabe, indem sie zur Beschäftigung und Auseinandersetzung mit der eigenen Situation auffordern. Als Befragte sind Sie eingeladen, die Perspektive des „Untersuchungsobjektes“ zu verlassen und selbst zu Fragenden und Forschenden zu werden. Die Erhebung und Be-

1 Aus Gründen sprachlicher Vereinfachung sind die verbeamteten KollegInnen mitgemeint

2 Die Datenfeinanalyse zeigt, je höher das Einkommen, umso lauter der Ruf nach angemessener Vergütung. Paradox? Nicht wirklich, die KollegInnen kennen eben die Vergütungsrealitäten und wissen, mit wem sie sich vergleichen müssen....

schreibung der Ist-Situation ist nur der Anfang. Helfen sie mit bei der Entwicklung von Perspektiven und Initiativen, die auf den Erhalt guter und die Veränderung schlechter Bedingungen abzielen. Dies wird auch dringend nötig sein. Denn was uns heute noch selbst-

verständlich und sicher erscheint, kann schon morgen Gegenstand weitergehender Rationalisierungs- und Spar-konzepte sein.

J. Kammler-Kaerlein, A. Dehmlow, Dr. U. Dormann, Dr. P. Nilges

Bericht aus dem Ausschuss für die Belange der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Der Ausschuss trat am 6. September 2002 zu seiner konstituierenden Sitzung zusammen. Als erste Arbeitsschwerpunkte wurden hier Überlegungen zur Zusammenarbeit mit den anderen Fachausschüssen getroffen. Außerdem wurde die langfristige Vorgehensweise zur Erarbeitung des Fragenkataloges des Vorstandes an den Ausschuss festgelegt.

In den darauf folgenden Sitzungen wurde eine Information über die Einrichtung des Ausschusses sowohl an die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als auch an die Psychologischen Psychotherapeuten erstellt.

Außerdem wurden Fragen erörtert, die mit den besonderen Belangen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Unterschied zu denen der Psychologischen Psychotherapeuten von Bedeutung sind.

So wurde es als notwendig erachtet, die unterschiedlichen Bedingungen und Besonderheiten der beiden Berufsfelder in der Praxis anhand von Vergleichsprofilen herauszuarbeiten. Der Ausschuss hat im Frühjahr/Sommer diesen Jahres eine Umfrage bei niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt, um die Arbeitssituation derjenigen zu erfragen, die psychotherapeutisch mit Kindern und Jugendlichen arbeiten. Derzeit beschäftigen sich die Ausschussmitglieder damit, den Fragebogenrücklauf zu bearbeiten

und anhand der Kriterien, die festgelegt wurden, auszuwerten.

Erste Ergebnisse der Umfrage zur Versorgung von Kindern- und Jugendlichen können wir heute bekannt geben.

Von 226 Psychotherapeuten, die entweder als KJP bzw. PP und KJP approbiert sind, bzw. über eine Abrechnungsgenehmigung für Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen verfügen, haben 118, d. h. gut 50 % geantwortet. Über die Zahl derjenigen, die privat oder im Kostenerstattungsverfahren mit dieser Gruppe arbeiten, liegen keine Daten vor. Die Rücklaufquote ist nicht geeignet, um repräsentative Ergebnisse zu erzielen, die Auswertung verdeutlicht aber schon, welche Probleme konkret existieren. Es ist auch schon abzusehen, dass durchaus Thesen für weitere Forschungsinhalte abgeleitet werden können.

Verteilung der KJP in den Regionen Stadt/Land:

Im ländlichen Bereich scheint nach wie vor die Versorgungskapazität deutlich geringer zu sein als in der Stadt. 20 % der Behandler sind auf dem Land niedergelassen, während mehr als 40 % ihre Praxis in kleineren Städten und 38 % in größeren Städten betreiben.

Aufteilung auf Verfahren:

Es ist sehr auffällig, dass unter den angegebenen Psychotherapieverfahren

die Verhaltenstherapie dominierend ist, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Psychoanalyse sind viel geringer repräsentiert. Das Verhältnis von VT zu TP/PA beträgt etwa 70/30.

Wartezeiten:

Bei 33% der Psychotherapeuten besteht eine Wartezeit von bis zu 6 Monaten, bei mehr als 33 % besteht eine Wartezeit von mehr als 6 Monaten. Knapp ein Drittel der Therapeuten kann aber innerhalb von 3 Monaten einen Therapieplatz anbieten. Tendenziell zeigt sich, dass in den kleineren Städten die Nachfrage offenbar größer ist als auf dem Land selbst bzw. in den größeren Städten. Die Wartezeiten sind in den größeren Städten unter dem von uns errechneten Durchschnitt (56 %), auf dem Land bewegen sie sich im Mittel (67 %), während in den kleinen Städten 81 % der Psychotherapeuten Wartezeiten von bis zu 6 Monaten und mehr angeben. Zu fragen ist, ob ein Zusammenhang mit den strukturellen Wandlungsprozessen besteht und dem größeren therapeutischen Angebot u. a. durch Beratungsstellen in den größeren Städten. Ebenso ist zu überlegen, ob auch heute noch eine größere Nachfrage in den kleineren Städten dadurch entsteht, dass die Psychotherapie für einen Teil der Bevölkerung immer noch schambesetzt ist und man deshalb eher die Anonymität einer Stadt bevorzugt bei der Wahl des Psychotherapeuten.

Insgesamt zeigt sich sehr deutlich, dass die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychotherapeutischen Leistungen nach wie vor nicht gewährleistet ist.

Weitere Ergebnisse werden nach einer detaillierten Analyse an dieser Stelle vorgestellt.

Luzia Schneider, Edith Kreuz, Margit Holzer-Herzhauser, Gabriele Kunz

Wir gedenken unserer in diesem Jahr verstorbenen Mitglieder:

Dipl.-Psych. Bernd Baltes
Saarstr. 21
54441 Kanzem
geb. am 27.05.1950
gest. am 10.01.2003

Dipl.-Psych. Irma Gastgeb
Georg-Büchner-Str. 4
55257 Budenheim
geb. am 29.09.1941
gest. am 02.08.2003

Geschäftsstelle

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

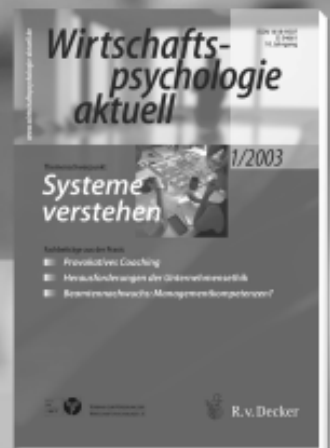
Vorstand und Geschäftsführung wünschen allen ein gutes, erfolgreiches Neues Jahr.

Wirtschaftliche Ziele erreichen Sie nur mit Menschen

Wer sich wirtschaftliche Ziele setzt, kann sie nur mit seinen Mitarbeitern erreichen. Das setzt psychologische Kenntnisse voraus, die nicht allein aus Erfahrung zu gewinnen sind. Die Zeitschrift **Wirtschaftspsychologie aktuell** bietet Informationen und Anregungen für die Arbeit mit Menschen.

Wirtschaftspsychologie aktuell betrachtet quartalsweise praxisnah das Wirtschaftsgeschehen vom psychologischen Standpunkt aus.

Die Themen im Mittelpunkt: • Personalmanagement • Organisation • Kommunikation
• Marketing-, Umwelt-, Medien-, Gesundheits- und Finanzpsychologie.



Hüthig GmbH & Co. KG
Im Weiher 10, 69121 Heidelberg
Tel. 06221/489-307, Fax 06221/489-529
E-Mail: wirtschaftspsychologie@huethig.de
www.wirtschaftspsychologie-aktuell.de

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

Leserbriefe

Leserzuschriften zum allgemeinen (redaktionellen) Teil der Zeitschrift sind der Redaktion willkommen. Bitte beachten Sie, dass sie die Meinung des Absenders wiedergeben und nicht die der Redaktion. Da die Veröffentlichungsmöglichkeiten leider beschränkt sind, sollten die Leserbriefe jedoch kurz sein und/oder sich beispielsweise auf neue Argumente zu einer Diskussion konzentrieren. Schreiben mit polemischem oder beleidigendem Inhalt und Kammerinterna werden nicht veröffentlicht. Die Redaktion muss sich zudem eine sinnwahrende Kürzung vorbehalten.

Leserbrief Psychotherapeutenjournal 3/2003

Zu Ihrem Bericht „Vier Jahre Psychotherapie-Ausbildung – eine erste Bilanz“ seien mir ein paar Anmerkungen gestattet.

Natürlich ist W. M. Groeger zu folgen, dass diese erste Bilanz zu einem frühen Zeitpunkt kam. Und gemessen am Ergebnis, auch zu früh, denn da „tragen (sie) ihre Erfahrungen zu einem Gesamtbild zusammen“, „die Rundumsicht erweiterte den Horizont“, im „Detail wurde der Blick auf Ungereimtheiten geschärft“ und ein „gemeinsames Interesse daran gefördert, sich über Mängel und mögliche Verbesserungen zu verständigen“. Klingt ein bisschen wie: „Gut, dass wir darüber gesprochen haben“.

Nun zum scharfen Blick aufs Detail. Was bei mir ankommt, ist die Forderung: Weniger Ausbildung für mehr Geld. Und zahlen sollen die öffentlichen Kassen. Abgesehen davon, dass jeder, der diese Ausbildung anstrebt,

weiß, was auf ihn zukommt, gibt es auch andere Möglichkeiten, die Kosten für die Ausbildungskandidaten zu reduzieren. Muss es über 150 Ausbildungsinstitute geben? Wer überprüft deren Qualität und was verdienen die? Es wird auch eine bessere Vergütung durch die KV (Krankenkassen) für die „ambulanten Fälle“ gefordert. Mit welchem Recht? Sie dienen nicht der Sicherstellung der Versorgung. Trotz immer wieder gegenteiliger Behauptung. Sie dienen nur der Ausbildung und sind ein Positivposten in den Bilanzen der Ausbildungsinstitute.

Was nun das „psychiatrische Jahr“ betrifft, so wird eine Kürzung auf die Hälfte gefordert. Welch ein Unsinn! Wie kann gerade eine Therapierichtung, die sich einem bio-psycho-sozialen Ansatz verpflichtet fühlt, auf einen so wesentlichen Teil, nämlich den „biologischen“, fast vollständig verzichten wollen. Es gibt doch mittlerweile keine andere Möglichkeit für die Auszubildenden mehr, praktische Erfahrungen mit Fragestellungen und Terminologie der Medizin zu machen, als diese Zeit. Und das vor dem Hintergrund der Zunahme funktioneller Störungen, die zumindestens ein rudimentäres Wissen über biologische/medizinische Zusammenhänge erfor-

Leserbrief zur Rubrik „Aktuelles aus der Forschung“, insbesondere „Zur Effizienz der Behandlung mittels EMDR bei posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS)“ (Heft 2/2003, S. 119): Wirksamkeit von EMDR gut untersucht und gut belegt

Die im Psychotherapeutenjournal 2/2003 zitierte Studie von Taylor et al. (2003) ist für den aktuellen Forschungsstand zur Wirksamkeit der EMDR-Methode nicht repräsentativ. Es liegen bislang 17 kontrollierte ran-

domierte Wirksamkeitsstudien zu EMDR vor. Eine aktuelle Meta-Analyse dieser 17 Untersuchungen (einschließlich der zitierten Studie von Taylor et al.) ergab, dass EMDR nachweislich in der Behandlung posttrau-

dem. Also wäre hier doch eher ein Mehr als ein Weniger zu fordern. Bemerkenswert an dem Artikel ist auch, dass Forderungen nach sozialmedizinischer Kompetenz gar nicht vorkommen. Wieder vor dem Hintergrund einer Therapierichtung, die auch das „sozial“ im Modell führt. Das heißt, all die Fragen, die mit Erwerbsfähigkeit, Arbeitslosigkeit, Renten etc., zuhängen und in der heutigen Zeit immer mehr an Gewicht gewinnen, werden weder gestellt noch beantwortet.

Müssten die Forderungen der Experten da nicht viel eher heißen: Lassen wir die Zeiten wie sie sind, aber verändern wir die Inhalte. Bereiten wir die Auszubildenden auf das vor, was sie in hohem Maße in der beruflichen Tätigkeit erwartet. Vermeiden wir Wiederholungen aus dem Studium dadurch, dass der Theorieteil und die Praxis durch relevante biologische/medizinische und sozial/sozialmedizinische Inhalte ergänzt werden. Aber kürzen wir auf gar keinen Fall die Ausbildungszeiten.

Mit freundlichen Grüßen
Dr.med. Dieter Pütz
Lug ins Land 5
31848 Bad Münster

matischer Belastungsstörungen effektiv ist (Barth, 2003). Bei allen durchgeführten Vergleichen von EMDR mit anderen Behandlungsmethoden erzielte EMDR im Durchschnitt bei 4 von 5 Outcome-Variablen zum Behandlungsende signifikant bessere Ergebnisse. (PTBS-Schwere, Intrusion, Ängstlichkeit und Depressivität). Bei Follow-Up-Erhebungen war für diese vier Outcome-Variablen keine signifikante Überlegenheit mehr nachweisbar, nun aber in der Outcome-Variable Vermeidung. Prof. Dr. M. Berger stellte in einem aktuellen Interview des Deutschen Ärzteblatts fest, dass „das als EMDR bezeichnete Vorgehen als Ganzes nach Kriterien der evidenzbasierten Medizin zum derzeitigen Zeitpunkt als gut untersuchtes und wirksames Therapieverfahren bei der chronischen PTBS beurteilt werden kann“ (Ausgabe PP/Heft 10/Okttober 2003/S. 475).

Sack et al. (2001) haben in einer früheren Metaanalyse einen deutlichen Zusammenhang zwischen Studienqualität und Studienergebnissen nachgewiesen. In den methodisch höherwertigeren Studien schnitt die EMDR-Methode signifikant besser ab (ebenso auch in Maxfield & Hyer, 2002). In einer der referierten Studie von Taylor et al. vergleichbaren und ebenfalls aktuellen, aber umfangreicheren Vergleichsstudie (Power et al., 2002) erwiesen sich EMDR und kognitiv-behaviorale Behandlungen bei Posttraumatischer Belastungsstörung als gleichermaßen einer Kontrollgruppe (Warteliste) überlegen mit leichten Vorteilen von EMDR gegenüber Exposition + kognitive Umstrukturierung.

Klärungsbedürftig ist nach wie vor die Wirkungsweise der EMDR-Methode, was allerdings auch durch untersuchungstechnische und forschungsökonomische Begrenzungen erschwert wird. Stickgold hat auf der Basis seiner umfangreichen Forschungen über Schlaf und Traum ein plausibles theoretisches

Modell über den möglichen neurobiologischen Wirkprozess von EMDR vorgelegt (Stickgold, 2002).

Literatur:

Barth, J. (2003). Efficacy of EMDR in patients with PTSD: a meta-analytic review of randomised controlled trials. Poster at the European Conference on Traumatic Stress, 22.-25. Mai in Berlin.

Maxfield, L. & Hyer, L. (2002). The Relationship between Efficacy and Methodology in Studies Investigating EMDR Treatment of PTSD. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (1), 23-41.

Power, K., McGoldrick, T., Brown, K., Buchanan, R., Sharp, D., Swanson, V. & Karatzias, A. (2002). A controlled comparison of EMDR versus exposure plus cognitive restructuring versus wait list in the treatment of post traumatic stress disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 9, 299-318.

Sack, M., Lempa, W. & Lamprecht, F. (2001). Metaanalyse der Studien zur EMDR-Behandlung von Patienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen. *Psychother Psychosom med Psychol* 51, 350-355.

Stickgold, R. (2002). EMDR: A Putative Neurobiological Mechanism of Action. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (1), 61-75.

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

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Bruno Waldvogel
Enhuderstr. 1
80333 München

(Mitglied der Delegiertenversammlung der Bayerischen Psychotherapeutenkammer)

Erst Milch, dann Mathe

Über 800 Millionen Menschen weltweit sind unterernährt. Gerade für Kinder hat das fatale Folgen. terre des hommes hilft nicht nur, den akuten Hunger zu stillen, sondern fördert Programme, die den Hunger auf Dauer bekämpfen. Bewässerungskanäle, Gewächshäuser oder Kleinkredite für den Kauf von Kühen bringen Milch, Gemüse und Getreide. Informationen senden wir Ihnen gerne kostenlos zu. Schicken Sie uns diese Anzeige mit Ihrer Anschrift.

11526 sec 2003 k

terre des hommes
Postfach 4126
49 031 Osnabrück

Telefax 0541/70 72 33
eMail terre@t-online.de
Internet www.tdh.de

Spendenkonto 700 800 700
Volksbank Osnabrück eG
BLZ 26590025

 terre des
hommes

Praxisverkauf/-kauf

KV-Sitz Berlin (PP) abzugeben.
Suche Rhein-Main-Gebiet.
Kauf oder Tausch.
030-42806730

Hamburg.
Ausschließl. psychotherapeutisch
tätiger KV-Facharzt
f. Psychiatrie & Psychotherapie
sucht
Praxisgemeinschaft
zum Einstieg.
(gerne auch Teilzeit)
Tel. 04651-5903

KV-Sitz (PP)
Kauf oder Tausch. Biete Raum Berlin
gegen Kv-Sitz Bodenseeregion,
München, Köln, Hamburg
Chiffre

KV-Sitz (PP)
in Düsseldorf
ab 03/04 abzugeben.
Chiffre

KV-Sitz PP/KJP
in Donauwörth abzugeben.
Te. 0906-7051899



Stellengesuche

PP (w.) mit Fachkundenachweis TP
für Erwachsene sucht Job-Sharing in
KV-Praxis im Raum München und
Umkreis (inkl. Augsburg, Landsberg)
Tel. 08142/41356

**Präsentieren Sie
Ihr Unternehmen
im
Psychotherapeuten-
journal!**

Anzeigenschluss für
Ausgabe 01/2004

(ET 25.03.2004) ist der
03.03.2004.

Ihre Ansprechpartnerin
für Anzeigen:
Tanja Schott

Tel.: 06221/489-154, Fax: -323,
t.schott@huethig.de

Inserenten

Akademie für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer, Hannover	285
DGVT-Verlag, Tübingen	269
Dt. Ges. f. analytische Psychotherapie, Halle	269
Ergosoft, Haßloch	U2, 271
GNP-Akademie, Würzburg	266
Hogrefe-Verlag, Göttingen	293
Hüthig Verlag, Heidelberg	U3, 277, 296, 349
ID Institut, Kassel	289
IFT, München	266
Psychoholic, Bonn	257
Psycho-Vision, Kempten	299
Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten e. V., Ludwigshafen	U4

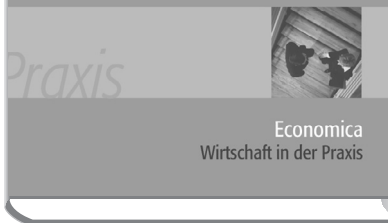
Personalberatung mit System



Karin Martens-Schmid (Hrsg.)

Coaching als Beratungssystem

Perspektiven, Konzepte, Methoden



Coaching als Beratungssystem Perspektiven, Konzepte, Methoden

Herausgegeben von
Dr. Karin Martens-Schmid
X, 310 Seiten. Gebunden.

€ 54,-

ISBN 3-87081-288-5

(Wirtschaft in der Praxis)

Dr. Karin Martens-Schmid praktiziert seit 15 Jahren Beratung, Supervision und Coaching im eigenen Institut und führt Aus- und Weiterbildungen in diesen Bereichen durch.

Coaching ist seit mehr als zehn Jahren ein etabliertes Instrument der Personalberatung. Angesichts der zunehmenden Verwendung des Begriffs wird es jedoch immer schwieriger, die spezifische Qualität von Coaching auszumachen und weiterzuentwickeln.

Das vorliegende Werk leistet auf hohem Niveau einen fundierten Beitrag zur weiteren Professionalisierung von Coaching als Beratungsinstrument in Unternehmen und Organisationen: Was kann Coaching, was dürfen die Klienten erwarten und was ist der Unterschied zu anderen Beratungs-

formen? Gleichzeitig regt das Buch immer wieder zur (Selbst-) Reflexion über die Praxis des Coaching an.

Neben fundierten Beiträgen zu unterschiedlichen Aspekten von Coaching wird die bislang größte qualitative Untersuchung zu den Erfahrungen mit Coaching aus der Nutzerperspektive vorgestellt: Ergebnisse aus 31 Interviews mit Führungskräften aus verschiedenen Branchen geben einen interessanten Einblick in die Praxis des Coaching aus Sicht der Klienten - und führen zu aufschlussreichen Erkenntnissen für die Anwender.

Coaching

Impressum

Das „Psychotherapeutenjournal“ publiziert Beiträge, die sich – direkt oder indirekt – auf die Prävention, Therapie und Rehabilitation psychischer Störungen und auf psychische Aspekte somatischer Erkrankungen sowie auf wissenschaftliche, gesundheitspolitische, berufs- und sozialrechtliche Aspekte der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Berufspraxis von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beziehen. Das „Psychotherapeutenjournal“ ist der Methodenvielfalt in der Psychotherapie und ihren wissenschaftlichen Grundlagendisziplinen sowie der Heterogenität der Tätigkeitsfelder der Psychotherapeuten verpflichtet.

Herausgeber

Bundespsychotherapeutenkammer, Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin, Psychotherapeutenkammer Bremen, Psychotherapeutenkammer Hamburg, Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen, Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz.

Redaktionsbeirat

Detlev Kommer (Baden-Württemberg), Siegfried Schmieder (Baden-Württemberg), Dr. Nikolaus Melcop (Bayern), Dr. Heiner Vogel (Bayern), Gisela Borgmann (Berlin), Anne Springer (Berlin), Karl Heinz Schrömgens (Bremen), Prof. Dr. Rainer Richter (Hamburg), Harry Askitis (Hamburg), Jürgen Hardt (Hessen), Uta Cramer-Düncher (Hessen), Dr. Lothar Wittmann (Niedersachsen), Karl Wilhelm Hofmann (NRW), Dieter Best (Rheinland-Pfalz).

Anschrift Redaktion

Dr. Barbara Ripper
Landespsychotherapeutenkammer B-W
Hauptstätterstr. 89
70178 Stuttgart
Tel.: 0711/674470-40
Fax: 0711/674470-15
ripper@psychotherapeutenkammer-b-w.de

Verlag und Abonnementservice

R. v. Decker's Verlag, Hüthig GmbH & Co. KG, Im Weiher 10, 69121 Heidelberg, Annette Kerstein, Tel.: 06221/489-318, Fax: 06221/489-529, a.kerstein@huethig.de

Anzeigen

Tanja Schott, Tel. 06221/489-154, Fax: 06221/489-323, t.schott@huethig.de

Satz

Strassner ComputerSatz,
69181 Leimen

Druck

Druckhaus Darmstadt GmbH
64295 Darmstadt

Bezug und -bedingungen

Inland € 72,- (inkl. Versandkosten)
Ausland € 75,- (inkl. Versandkosten)
Studenten € 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 und Rheinland-Pfalz ist der Bezugspreis durch den Kammerbeitrag abgegolten.

Urheber- und Verlagsrechte

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten.

Manuskripte

Manuskripte sind schriftlich in dreifacher Ausfertigung oder elektronisch (Diskette; Email) im Word- oder rtf-Format an die Redaktion zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (tif-Format, mind. 300 dpi), Tabellen in getrennten Dateien einzureichen. Bei Einreichung in schriftlicher Form wenden Sie sich bitte zu den Formalitäten zu Abbildungen und Tabellen an die Redakteurin. Der Umfang des Manuskripts sollte im Regelfall 10 Seiten (zweizeiliger Abstand 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 Redak-

tion behält sich das Recht auf Kürzungen vor.

Autoren erhalten jeweils zwei Belegexemplare der Ausgabe des „Psychotherapeutenjournal“, in der ihr Beitrag erschienen ist.

Rechtseineräumung

Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt.

Der Autor räumt – und zwar auch zur Verwertung seines Beitrags außerhalb der ihn enthaltenden Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung – dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:

- Das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck – auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zur sonstigen Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen (Abstracts);
- das Recht zur Veröffentlichung einer Mikropie-, Mikrofiche- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Wege von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe durch Radio und Fernsehsendungen;
- das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z.B. Diskette, CD-Rom, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm – sei es unmittelbar oder im Wege der Datenfernübertragung –, sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte;
- das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z.B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sog. Kopienversandes auf Bestellung;
- das Recht zur Vergabe der vorgenannten Nutzungsrechte an Dritte im In- und Ausland sowie die von der Verwertungsgesellschaft WORT wahrgenommenen Rechte einschließlich der entsprechenden Vergütungsansprüche.

Verantwortlich für den allgemeinen Teil ist der Redaktionsbeirat. Für die Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern sind deren Vorstände verantwortlich.