

Psychotherapeuten- journal

www.psychotherapeutenjournal.de

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

2/2007

22. Juni 2007 (S. 105-224)

- Wer wird Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn nach der Bologna-Reform?
- Vom „nichtärztlichen“ zum Psychologischen Psychotherapeuten/KJP
- Regionale Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Baden-Württemberg
- Psychotherapeuten in Institutionen – was können sie sich von der Kammer erwarten?
- Rechtsfragen für Angestellte
- Der Supervisor in der praktischen Ausbildung von PiAs

*Psychotherapeuten
Verlag*

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

angesichts des nun in Kraft getretenen GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) haben heftige Stürme im Gesundheitsteich getobt. Nachdem der Kampflärm abgeebbt ist und die Totalverweigerungshaltung einiger Ärztevertreter einem sanften Mittun gewichen ist, sieht man im sich legenden Nebel kaum zerzauste Psychotherapeuten. Offensichtlich hat die Interessenvertretung im Bund wie in den Ländern hervorragend geklappt. Jetzt kommt es darauf an, dass die Psychotherapeuten auch die Chancen ergreifen (können), die in den neu entstehenden Versorgungslandschaften liegen.

Wenn wir erleben, dass Ärzte zur Kooperation gezwungen, eingebunden und vernetzt werden, dass sie ihre alte (auch pekuniäre) Alleinstellung zugunsten von Management- und Teamfunktionen einbüßen, dann verstehen wir vielleicht, warum Funktionärsnerven blank liegen und Stellvertretergefechte und Sündenbockjagden so muntere Urstände feiern.

Scheinbar eignen sich Psychotherapeuten gut als Projektionsfiguren: in den KVen als Sündenböcke für die ungelösten Verteilungskämpfe und in den Ärztekammern als Sündenböcke für die jahrzehntelange Marginalisierung der ärztlichen Psychotherapeuten. Einige Ärztekammern haben, einem Ärztetagsbeschluss folgend, scheinbar ihr Herz für die ärztlichen Kollegen entdeckt. Da sie aber wie seit Jahrzehnten nur begrenzt Sympathien und Leistungen für diese Psychotherapeutenpezies aufzubringen bereit sind, wählen sie den wohlfeilen Weg, gegen die PP- und KJP-Vertretungen zu polemisieren. Wir sollen jetzt am schlechten Status der Psychotherapie durch Ärzte und der Nachwuchsanziehung Schuld sein und um dem abzuwehren, sollen wir den Namen „Psychotherapeutenkammern“ einbüßen. Zumindest in Hessen und NRW tobt ein heftiger Kampf um die Namensfrage. Dadurch, dass wir uns als das bezeichnen was wir sind: als Psychotherapeuten, würden Ärzte diskriminiert und Psychotherapie würde Psychologenbeute – so lautet der Vorwurf. Ich habe dagegen einen nahe liegenden Vorschlag zur Förderung der ärztlichen Psychotherapie. Statt um Benennung anderer sollten die eifernden Kammern sich

um eine Studienreform zur Stärkung der psychosozialen Inhalte im Studium kümmern, um die Anerkennung der ärztlichen Psychotherapeuten in den eigenen Reihen, um die Fort- und Weiterbildungsförderung, um gute Honorierung, um adäquate Vertretung in den Kammern, um Forschungsgelder für gerätefreie Nicht-Pharmaforschung und nicht zuletzt um Kooperation mit PP und KJP ...

Derweil sind wir ruhig dem Deutschen Psychotherapeutentag entgegen gegangen, der wichtige Entscheidungen zur finanziellen Ausstattung der Bundesvertretung und die Neuwahl des Vorstands beinhaltet.

Bevor ich dieses Heft vorstelle, erst einmal eine Reminiszenz zum vorigen Heft: Mit dem Autor Crane für das Heft 1-2007 hatte der Redaktionsbeirat einen guten Riecher. D. Russell Crane hat gerade den Forschungspreis 2007 der American Association of Marital and Family Therapy erhalten. Vielleicht blättern Sie noch mal zurück? Im nächsten Heft werden Sie dann Fragen aus dem Artikel und anderen Arbeiten des Heftes 1 wieder aufgelegt finden, wenn wir eine grundsätzliche Auseinandersetzung mit den Fragen der evidenzbasierten Medizin präsentieren. Die Methodik der Anerkennung neuer Verfahren durch den Gemeinsamen Bundesausschuss und der Entwurf eines Methodenpapiers des Wissenschaftlichen Beirats sind der Anlass, die Diskussion intensiv zu führen.

In diesem Heft finden Sie die Ihnen bereits vertraute Mischung wissenschaftlicher, rechtlicher und berufspolitischer Themen neben Informationen aus dem Bereich Ihrer Landeskammer. Im Einzelnen warten auf Sie folgende Artikel:

Gahleitner und Borg-Laufs stellen in einer systemisch-gesellschaftlichen Sicht Perspektiven von Sozialarbeit und Sozialpädagogik in bezug auf Rekrutierung von KJP und die künftige Ausrichtung der Ausbildung dar. *Schildt* schlägt einen großen Bogen von der „nichtärztlichen Psychotherapie“ bis zum Psychotherapeutengesetz und seinen Folgen. Als engagierter, an wesentlichen Entscheidungen beteiligter Zeitzeuge, mag er nicht immer alle anderen Meinungen mitvertreten können, seine Zeiteigenschaft lohnt in jedem



Fall die Lektüre. Manches droht nämlich schon in Vergessenheit zu geraten, ist es aber wert, für eine kritische Auseinandersetzung mit der Konstituierung unserer Profession erinnert zu werden. *Reisch, Raymann und Nübling* stellen die regionale Struktur der Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Baden-Württemberg dar. Die Fülle des Materials und die klare Argumentation haben die Politik aufhorchen lassen und der Wert der Bemühung strahlt hoffentlich auf andere Bundesländer aus. *Thomas Merz* vom Ausschuss Psychotherapie in Institutionen der BPTK stellt kenntnisreich und in abgewogener Bewertung die Problemvielfalt für angestellte Kolleginnen und Kollegen vor und nach dem PsychThG, ihre oft grundsätzliche Kritik wegen mangelnder Kammeraktivitäten und die zahlreichen realen Aktivitäten der Kammern für die Belange der Kollegen in Institutionen dar. *Schaffhausen* und *Rautschka-Rücker* erörtern wichtige Rechtsfragen für angestellte Kollegen, ein Themenblock, den wir auch im nächsten Heft fortsetzen. In der Ausbildungssupervision relevante Rechtsaspekte stellt *Seiters* dar. Supervisoren und PiA werden aufhorchen und reagieren. In der Rubrik *Aktuelles aus der Forschung* finden Sie diesmal von *Renate Mrazek* (Berlin) kommentierte empirische Arbeiten. An den Leserbriefen merken Sie schließlich dass die Debatte Freude in der Profession ungetrübt ist.

Im Namen des Redaktionsbeirats wünsche ich Ihnen eine anregende Lektüre.

Lothar Wittmann (Niedersachsen)
Mitglied des Redaktionsbeirates

Inhalt

Editorial	105
Originalia	108
<i>Silke Birgitta Gahleitner & Michael Borg-Laufs</i>	
Wer wird Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn nach der Bologna-Reform? Perspektiven der Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Heilpädagogik	108
Im Rahmen des Bologna-Prozesses entsteht die Chance, fachlich-inhaltliche Fragen der Psychotherapieausbildung kritisch zu überdenken. Im Qualifikationsrahmen für Masterabschlüsse geforderte Kompetenzen, wie z.B. Komplexität und Multidisziplinarität in Wissenschaft und Theoriebildung sind als Zulassungsvoraussetzung insbesondere auch für die KJP-Ausbildung sehr zu begrüßen. Entlang dieser Zielsetzung werden inhaltliche Überlegungen angestellt, die sowohl die Sinnhaftigkeit (sozial)-pädagogischer Qualifikation als Grundlage für die KP-Ausbildung als auch die Notwendigkeit des Master-Abschlusses als Eingangsvoraussetzung für diese Ausbildung begründen.	
<i>Holger Schildt</i>	
Vom „nichtärztlichen“ zum Psychologischen Psychotherapeuten/KJP	118
Einführend wird an die historische Entwicklung der Psychotherapie in der GKV erinnert. Es folgt eine Beschreibung der rechtlichen und berufspolitischen Widrigkeiten, denen sich die sog. Delegations- bzw. Erstattungspsychotherapeuten ausgesetzt sahen. Den Schwerpunkt bildet die Entstehungsgeschichte des „PsychThG“; die divergierenden Interessen und die mit ihrer Durchsetzung verbundenen Kämpfe hinter den Kulissen werden beleuchtet.	
<i>Michael Reisch, Trudi Raymann & Rüdiger Nübling</i>	
Zur regionalen Struktur der psychotherapeutischen/psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Baden-Württemberg	129
Unter der Annahme regionalitätsunabhängiger Prävalenzraten liegt der Versorgungsgrad für psychisch kranke Kinder und Jugendliche in Baden-Württemberg zwischen unter 20 % in schlecht versorgten Landkreisen und deutlich über 50 % in den Stadtkreisen. Das Fehlen einer eigenen Bedarfsplanung in diesem Bereich führt zu einer systematischen Unterschätzung des Bedarfs.	
<i>Thomas Merz</i>	
Psychotherapeuten in Institutionen – was können sie sich von der Kammer erwarten?	139
Landeskammern wie Bundeskammer tun einiges für die Belange der Angestellten, doch es wirkt sich meistens nur mittelbar auf deren Berufstätigkeit aus. Die wechselseitige Kommunikation ist verbesserungsbedürftig. Diese Momentaufnahme über Entwicklungen im Angestelltenbereich aus der Perspektive eines Mitgliedes des Bundesausschusses PTI kann als Beitrag dazu verstanden werden.	
Rechtsfragen für Angestellte	
Einleitung von Johann Rautschka-Rücker	142
<i>Martin Schafhausen</i>	
Die angestellte Psychotherapeutin/der angestellte Psychotherapeut – Spannungsverhältnis zwischen Freiheit der Berufsausübung und Weisungsrecht des Arbeitgebers	142
Die Tätigkeit eines Psychotherapeuten in einem Beschäftigungsverhältnis ist gekennzeichnet durch das Spannungsverhältnis der freien Berufsausübung einerseits und der weisungsabhängigen Beschäftigung in einem Arbeitsverhältnis. Die Lösung dieses Spannungsverhältnisses ist nicht allein rechtlich schwierig, sondern von tatsächlicher Brisanz.	
<i>Johann Rautschka-Rücker</i>	
Aufbewahrungsfrist für Dokumentationen – reicht ein halbes Jahr?	148
Berufsordnung und Weisungen des Arbeitgebers können sich widersprechen. Am Beispiel der Erziehungsberatungsstellen beleuchtet der Beitrag mögliche Folgeprobleme.	

<i>Johann Rautschka-Rücker</i> Aussagegenehmigung	149
Der Beitrag informiert über die Regelung zur Aussagegenehmigung, die in den Arbeitsverhältnissen mit öffentlichen und kirchlichen Arbeitgebern für angestellte Psychotherapeutinnen und -therapeuten besteht.	
Recht: Aktuell	150
<i>Michael Seiters</i>	
Aktuelles aus der Forschung	157
<i>Thomas Fydrich</i>	
Buchrezensionen	159
<i>Lothar Wittmann</i> Kasten, E. (2006). Body-Modification. Psychologische und medizinische Aspekte von Piercing, Tattoo, Selbstverletzung und anderen Körperveränderungen. München: Reinhardt.	159
<i>Heiner Vogel</i> Robert Koch Institut & Statistisches Bundesamt (2006). Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin, RKI Eigenverlag.	160
<i>Hella Gephart & Norbert Sattler</i> Uwe Strümpfel (2006). Therapie der Gefühle. Forschungsbefunde zur Gestalttherapie. Köln: Edition Humanistische Psychologie.	162
Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern	163
Bundespsychotherapeutenkammer	163
Baden-Württemberg	167
Bayern	172
Berlin	176
Bremen	180
Hamburg	184
Hessen	188
Niedersachsen	192
Nordrhein-Westfalen	196
Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer	200
Rheinland-Pfalz	204
Saarland	208
Schleswig-Holstein	212
Leserbriefe	216
Kontaktdaten der Kammern	219
Stellen-/Praxismarkt	220
Branchenverzeichnis	222
Kleinanzeigen	223
Inserentenverzeichnis	223
Impressum	224

Hinweise:

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

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

- Baden-Württemberg: Satzungen
- Niedersachsen: Weiterbildungsordnung

Wer wird Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn nach der Bologna-Reform? Perspektiven der Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Heilpädagogik

Silke Birgitta Gahleitner¹, Michael Borg-Laufs²

¹ Alice Salomon Hochschule (Berlin)

² Hochschule Niederrhein (Mönchengladbach)

Zusammenfassung: Zeitgemäße Ansätze zur Verbesserung der psychosozialen Passung zwischen Klient bzw. Klientensystem und Umwelt bedürfen eines theoretischen Rahmens, der die Verschränkung biologischer, psychologischer und sozialer Prozesse und Strukturen in Diagnostik und Behandlung thematisiert. Ausgehend von den im Rahmen des Qualifikationsprofils für Masterabschlüsse genannten Kernkompetenzen werden Bezüge (sozial-)pädagogischer Hochschulabschlüsse zur Psychotherapieausbildung dargestellt. Um dieses Qualifikationsniveau verbindlich zu sichern, hat sich eine Arbeitsgemeinschaft Zukunft der Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (AZA-KJP) gegründet und Standards bezüglich der Inhalte formuliert. Sie sollen ein klinisch-pädagogisch-sozialarbeiterisches Profil zur Grundlage für die Akkreditierung von Masterstudiengängen als Eingangsvoraussetzung für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verbindlich machen.

Einleitung

Mit der Veränderung der Hochschulabschlüsse im Rahmen des Bologna-Prozesses entsteht nicht nur die Notwendigkeit, die Zulassungsvoraussetzungen zur Psychotherapieausbildung neu zu regeln, sondern auch die Chance, fachlich-inhaltliche Fragen kritisch zu überdenken, um zukünftige AusbildungsteilnehmerInnen möglichst angemessen auf ihren späteren Aufgabebereich vorzubereiten. In diesem Rahmen plädieren wir dafür, die Diskussionen zu geeigneten Zugangsvoraussetzungen an fachlich-inhaltlichen Überlegungen statt an berufspolitischen Fragen zu orientieren. Aus dieser Perspektive ist es erforderlich sich zu vergegenwärtigen, mit welcher Ziel-

gruppe Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen es nach der Ausbildung zu tun haben und welche Kriterien infolgedessen eine gute Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. einen guten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ausmachen (vgl. zum ‚guten Therapeuten‘ auch ausführlich Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2006, S. 429 ff. sowie Willutzki & Laireiter, 2005).

Im Folgenden sollen dafür zunächst inhaltliche Überlegungen auf verschiedenen Systemebenen angestellt und anschließend Konsequenzen für die Ausbildungspraxis der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und deren Eingangsvoraussetzungen abgeleitet werden.

1. Gesundheit – ein nicht nur wertvolles, sondern auch komplexes Gut: makro-, meso- und mikroperspektivische Überlegungen

Die Inhalte des Qualifikationsrahmens für Deutsche Hochschulabschlüsse (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 21.04.2005) sehen als Voraussetzung für die Erteilung eines Masterabschlusses entlang den Kernkompetenzen ‚Theoriefundierung‘, ‚kommunikative Kompetenz‘, ‚systemische Kompetenz‘ und ‚Methodenkompetenz‘ u.a. die Fähigkeit zu wissenschaftlich fundierten Entscheidungen unter Einbezug gesellschaftlicher und ethischer Perspektiven, Wissensintegration, Umgang mit Komplexität sowie multidisziplinäre Problemlösungskompetenzen an. Dies ist als Zulassungsvoraussetzung für die Psychotherapieausbildung – in besonderem Maße für den Kinder- und Jugendbereich als einem hochkomplexen Arbeitsfeld – sehr zu begrüßen und erfährt inhaltliche Unterstützung aus überregionalen Analysen der Gesundheitsversorgung.

Makro- und Mesoperspektive

Der Bericht der WHO (2001) zur psychischen Gesundheit zeigt nicht nur auf, dass biologische, psychische und soziale Prozesse und Strukturen sowie deren Wechs-

selwirkungen die menschliche Gesundheit maßgeblich beeinflussen, sondern auch, dass die soziale Komponente in der psychotherapeutischen Behandlung gestärkt werden muss. Die „soziale Systemebene wird dort bisher weder systematisch in den Blick genommen noch systematisch bearbeitet“ (Ortmann & Kleve, 2000, S. 364). Nach Ansicht der WHO muss daher international wesentlich mehr als bisher für die psychosozialen Aspekte von Gesundheit und Krankheit getan werden – und zwar im Rahmen einer Umorientierung der Versorgung, die nach Ansicht der WHO auch eine Umorientierung der Ausbildung von Fachkräften mit entsprechend spezialisierten Kenntnissen im Hinblick auf die soziale Systemebene erfordert. Bisher, so der Bericht, klafft diesbezüglich ein beträchtlicher ‚treatment gap‘ in der Versorgung (Rutz, 2003).

Die Ursachenfrage führt in makro- und mesoperspektivische Überlegungen. Psychotherapie als angewandte Humanwissenschaft umfasst neben medizinischem und psychologischem Wissensbestand nicht umsonst auch soziologische und sozialwissenschaftliche Aspekte. Die soziostrukturellen Veränderungen in der Gesellschaft haben in den letzten Jahrzehnten nicht nur ein rasantes Tempo entwickelt, sondern insbesondere für sozial deklassierte Personen und Gruppen dramatische Ausmaße angenommen. PatientInnen, die bio-psycho-sozial benachteiligt sind, bleiben dabei

oftmals als ‚schwer erreichbar‘ sich selbst überlassen. Der Auftrag, das seelische und soziale Moment von Gesundheit und Krankheit in ganzem Umfang einzubeziehen, ist damit in keiner Weise eingelöst (siehe dazu auch Fiedler, 2006). Es bedarf vielmehr einer Entwicklung von adäquaten Behandlungsformen, die lebensweltorientierte Perspektiven (Thiersch, 1992) und Macht- und Austauschtheorien (Staub-Bernasconi, 1995; vgl. auch Bourdieu, 1992) einbeziehen, um auch sozial deklassierten Multi-Problem-Familien, beispielsweise durch aufsuchende bedarfsgerechte Angebote, eine angemessene Hilfe bieten zu können (vgl. zu den Konsequenzen für Klinische Sozialarbeit Gahleitner, 2006).

Insbesondere in der postmodernen Welt mit ihrer biographischen Unsicherheit und Orientierungslosigkeit (vgl. Wyrwa, i.Dr.) bedürfen scheiternde Menschen passgerechter Konzepte und einer klaren Parteilichkeit und Zuwendung bei den Bewältigungsversuchen in den umgebenden Verhältnissen (Keupp, 1997). Das gesellschaftspolitische Problem liegt dabei in der fortgesetzten Ausweitung und Steigerung des sozialen Gradienten (Zurhorst, 2005): Längst sind nicht mehr ‚nur‘ soziale Randgruppen betroffen. Statistiken und Forschungsarbeiten belegen die soziale Ungleichverteilung von Gesundheitsrisiken in unserer Gesellschaft und zeigen auf, dass psychosoziale Faktoren das wichtigste Verbindungsglied zwischen materieller Be-

nachteiligung und Gesundheit sind. Dies gilt in besonderem Maße für aufwachsende Kinder und Jugendliche.

„Dies bedeutet z.B. – internationalen Forschungsergebnissen entsprechend –, dass die Sorgen um Geld, Arbeitsplatz und Wohnung in die häusliche Konfliktsituation hineinwirken, dass die nervliche Anspannung größer ist und Eltern über geringere Reserven an Geduld und Toleranz verfügen. Der Mangel an Geld, Alternativen, Platz zum Spielen, an ausreichender Wohnfläche, um Raum für unvereinbare Familienaktivitäten zu schaffen – kurzum der Mangel an unterschiedlichen Ressourcen (auch an Zeit) – bedeutet, dass widersprüchliche Bedürfnisse und Ansprüche der Menschen aufeinander prallen. Je kleiner die Reserven sind, desto weniger Möglichkeit besteht, unvorhergesehene Schwierigkeiten, Unfälle, Umbrüche oder Verluste zu überwinden. Je größer potenzielle Stress- und Konfliktquellen sind, desto mehr werden das Familienleben und die soziale Unterstützung in Mitleidenschaft gezogen“ (Zurhorst, 2005, S. 5).

Gesundheit und Krankheit sind nach diesem Konzept eben auch wesentlich durch psychosoziale und kulturelle Rahmenbedingungen bedingt und erfordern eine (Be-)Handlungsstrategie, die dies einbezieht (vgl. Pauls, 2004). Auch im Rahmen von Prävention müssen Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen dies

besonders berücksichtigen (Zurhorst, 2000). In diesem Zusammenhang sind z.B. auch die Bemühungen zu nennen, Familien für Präventionsarbeit zu gewinnen, die ansonsten Hilfsangebote nicht in Anspruch nehmen (vgl. etwa Armbruster, 2007).

Mikroperspektivische Überlegungen unter Einbezug der übergeordneten Komponenten

Die meso- und makroperspektivischen Überlegungen schmälern keineswegs die Bedeutung traditioneller medizinischer und psychologischer Überlegungen zu Modellen der ‚normalen‘ und ‚pathologischen‘ Entwicklung von Kindern und Jugendlichen (vgl. z.B. Herpertz-Dahlmann et al., 2005). Diese sind lediglich um multifaktorielle Erklärungsmodelle psychischer Störungen zu ergänzen – ebenso wie durch moderne Erkenntnisse der Epidemiologie und Sozialepidemiologie (vgl. das integrierende Modell von Lenz, i.Dr.).

„That ‚Community Syndrome‘ consists of depression and stress related disorder and death, of suicide, selfdestructive behaviour and lifestyles, of violence and aggression, including family violence and risk-taking behaviour, of vascular morbidity and mortality, of alcoholism and addiction, of risk-taking behaviour leading to accidents in traffic and workplaces, and even of increasing anomy including losses of moral and ethical values and leading to traits of ‚moral insanity‘ in societies“ (Rutz, 2006, S. 4).

Ebenso sollten Diagnostik und Interventionsplanung neben der medizinisch und psychodiagnostisch ausgerichteten Perspektive eine Einführung in verschiedene Verfahren, Methoden und Klassifikationssysteme umfassen, die auf die sozial- und lebensweltliche Perspektive eingeht, wie dies bereits jetzt ansatzweise mit dem multiaxialen Klassifikationssystem für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Renschmidt, Schmidt & Poustka, 2006) geschieht. Dazu dienen beispielsweise soziale Netzwerkinventare wie die Eco-Map, Genogramme und mehrdimensionale Problem- und Bedingungsanalysen entlang von Defiziten und Ressourcen, die eine

gute Voraussetzung für transparente, indikationsspezifische und situationsadäquate Interventionsplanungen darstellen (Pauls, 2004; Gahleitner, 2005). So werden neben pathogenetischen auch biographische und salutogenetische Aspekte berücksichtigt, die wichtige Anhaltspunkte für ressourcenorientierte Interventionsstrategien abgeben können (Antonovsky, 1997). Ein umfassendes störungsübergreifendes Diagnostik-Modell für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, das neben den psychopathologisch klassischen Diagnoseansätzen wie etwa klassifikatorische Diagnostik, funktionale Analyse, Motivations- und Beziehungsdiagnostik auch die Ressourcen- und Systemdiagnostik sowie eine umfassende Analyse der sozialen Zusammenhänge berücksichtigt und für die psychotherapeutische Interventionsplanung handhabbar macht, liegt mit dem SDS-KJ (Borg-Laufs, 2006a) seit kurzem vor.

Intervention ist dabei nicht nur Intervention am Individuum, sondern immer auch „Intervention im Leben eines Menschen, der mit anderen Menschen zusammen lebt“ (Falck, 1997, S. 129). In der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist es ohnehin unabdingbar, neben der individuellen Behandlung auch an den privaten und professionellen sozialen Netzwerken der PatientInnen anzusetzen. Das bedeutet, das Unterstützungspotenzial auch der pädagogischen und sozialen Systeme, in denen die PatientInnen sich bewegen, zu mobilisieren (Pauls, 2005). Die Grundlagen wissenschaftlich begründeter Psychotherapieverfahren, pädagogische und systemorientierte Interventionen, u.a. aufsuchende Arbeit und Hilfen in komplexen sozialen Systemen, Prävention und Rehabilitation sowie der Umgang mit Versorgungsstrukturen sollten daher ebenfalls zu den vermittelten Inhalten in der Psychotherapieausbildung gehören.

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie trägt nach diesen Überlegungen dem Umstand Rechnung, dass jedes Kind – insbesondere im Kontext sozialer Benachteiligung – fortwährend vor der Aufgabe steht, auf dem Hintergrund seiner bisher entwickelten psychischen Struktur und seiner aktuellen psychosozialen Situation bedeut-

same Veränderungen seiner Lebenslage psychisch zu verarbeiten (Pauls, 2004). Jede Entwicklungsstufe beinhaltet neue Anforderungen, deren Wahrnehmung und Bewältigung durch die Geschichte der vorangegangenen Erfahrungen – wie durch ein Prisma „aktiv wirkender Biografie“ (Röper & Noam, 1999, S. 244) und der sie umgebenden Umstände – geprägt sind. Soll Psychotherapie – und insbesondere Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – eine angemessene professionelle Antwort auf gesundheitliche Überforderungen durch psychosoziale Verarbeitungsprozesse postmoderner Lebensverhältnisse bereitstellen, muss sie daher effektiv zu einer Verbesserung der psychosozialen Passung in den verschiedenen Dimensionen des menschlichen Lebens und der jeweils vorhandenen sozialen Chancensstruktur beitragen (Cicchetti, 1999). Diese Mehrdimensionalität in der Betrachtung wird als Faktor von Gesundheit und Krankheit zunehmend an Bedeutung gewinnen.

2. Professionelle Ansätze zur Verbesserung ‚psychosozialer Passungen‘?! – Konsequenzen für die Ausbildungspraxis und deren Zugänge

Integrierte professionelle Ansätze zur Verbesserung der psychosozialen Passung zwischen Patient und Umwelt bedürfen entlang der angestellten Überlegungen eines theoretischen Rahmens, der die Verschränkung biologischer, psychologischer und sozialer Prozesse und Strukturen in Diagnostik und Behandlung explizit zum Thema macht (vgl. Lenz, i.Dr.). Zur Theoriebildung und Entwicklung handlungsbezogener Konzepte ist angewandte Forschung notwendig. Dies war in der Vergangenheit die spezifische Aufgabe der Fachhochschulen und wird schwerpunktmäßig auch nach der Hochschulreform den sogenannten angewandten Hochschulen zugewiesen.

Soziale Arbeit, also Sozialarbeit und Sozialpädagogik sowie Heilpädagogik als Zugangsberufe zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sind traditionell mehrdimensionalen und interdisziplinären

Herangehensweisen in der Diagnostik und Intervention verpflichtet und daher spezifisch ausgerichtet auf ‚hard-to-reach‘-Klientel in Multiproblemsituationen. Die psychosoziale Fallarbeit muss dabei mehrere Aspekte miteinander verknüpfen: ohne eine hinreichende Förderung der individuellen Faktoren durch fokussierte Psychodiagnostik und Behandlung kann sie ebenso wenig zielführend sein wie durch eine zu enge Fokussierung auf allein psychologische Aspekte (Pauls & Mühlum, 2004; siehe dazu Abb. 1).

Wir plädieren daher ausdrücklich für eine interdisziplinäre statt ein- oder zweispuriger Perspektive unter Würdigung der bisher entwickelten medizinischen und psychologischen Konzepte, um die umfassende Aufgabe der Versorgung angemessen abdecken zu können. Eine Zusammenschau der Perspektiven und ein interdisziplinäres Zusammenwirken zwischen grundlagenforschungorientierten Universitäten und anwendungsorientierten Programmen an angewandten Hochschulen könnte die Chance eröffnen, eine angemessene Antwort auf die aktuelle Versorgungslage zu entwickeln, von der wir bisher weit entfernt sind (vgl. Borg-Laufs & Vogel, 2005). Die Hochschulreform, die den Graben zwischen den Hochschulen mit der Einheitlichkeit der Abschlüsse geschlossen hat (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 24.05.2002), unterstützt ausdrücklich diese Diversifizierung von Bachelor- und Masterprogrammen für

beide Hochschultypen. Insofern sind Universitäten ebenso aufgefordert, stärker praxisorientierte Masterstudiengänge zu entwerfen, die nicht nur für Forschung, sondern auch für die berufliche Praxis der Psychotherapie qualifizieren, wie angewandte Hochschulen sich stärker in die Forschung hinein entwickeln können, ohne dabei die Praxis aus dem Blick zu verlieren. In dieser Entwicklung sind fruchtbare Kooperationsprojekte nicht nur denkbar, sondern ausdrücklich gewünscht – nicht nur von ‚Bologna‘, sondern aus den Reihen der Praxis und der bisher vernachlässigten Klientengruppen.

Dies würde auch der Psychotherapie-Ausbildungslandschaft für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie mit den sehr verschiedenen Anbietern, Schwerpunkten und Vertiefungsmöglichkeiten entsprechen. Ein Blick über den Tellerrand in andere Länder und Regelungen, die bereits wesentlich mehr Diversifikation auf Hochschulniveau ausgebildet haben, erweist sich dabei als hilfreich.

Exkurs: Andere Länder, andere Möglichkeiten?

In den USA beispielsweise sind ÄrztInnen, PsychologInnen und SozialarbeiterInnen nicht nur in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, sondern auch in der psychotherapeutischen Versorgung Erwachsener vertreten. In Veröffentlichungen zur klinischen Praxis von Dorfmann (2004), Turner (1997), Cooper und Granucci

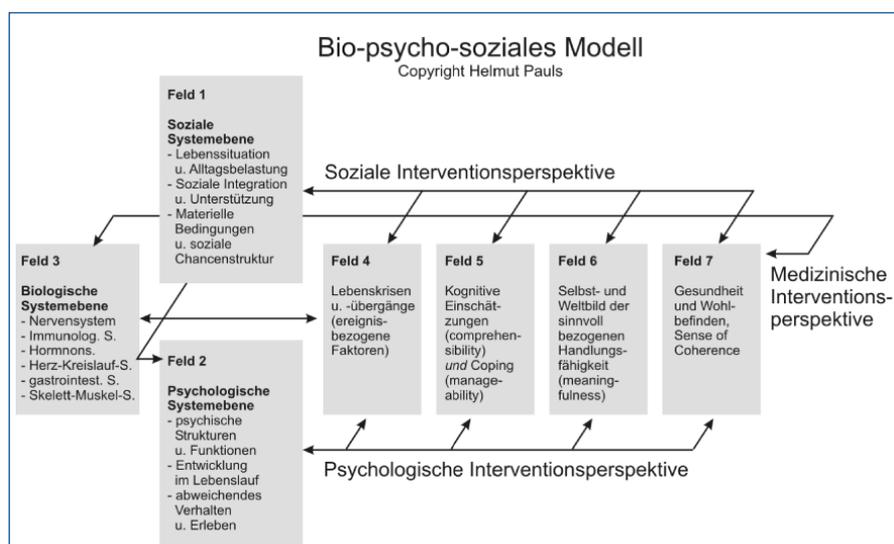


Abbildung 1: Das bio-psycho-soziale Modell (Pauls, 2004)

Lesser (2002) werden aus sozialarbeiterischer Sicht zielgruppen- und arbeitsfeldspezifisch methodische Ansätze unter Einbezug der psychotherapeutischen Schulen erarbeitet. Eine Promotion ist hierfür keineswegs – wie aus deutscher Sicht häufig fälschlicherweise angenommen – zwingende Voraussetzung, jedoch tragen Lizenzierungsverfahren und die Entwicklung von weiterführenden Ausbildungslevels, von Standards und wissenschaftlichen Zeitschriften in verschiedenen Disziplinen zu einer wissenschaftlichen Community bei, die sich interdisziplinär auf hohem Niveau auseinander setzt (vgl. dazu Dentler, 2006; Graziano, 2006; ABECSSW, 2004). Dies ebnet häufig den Weg in ein Kombinationsstudium, welches nach dem Masterabschluss einen sog. Ph.D. relativ leicht anschließen lässt. Daher ist der Anteil promovierter PsychotherapeutInnen in den USA weitaus höher als in Deutschland.

Die auf die Arbeit mit Kindern spezialisierte Praxis allein im Feld der Clinical Social Work zeichnet sich durch eine hohe Diversität hinsichtlich der Zielgruppen und Settingvarianten aus, die jeweils angefangen von der kindlichen Entwicklung, dem familiären Kontext und den jeweiligen Systemstrukturen über die Unabdingbarkeit der Selbsterfahrung bis hin zu (psycho-)therapeutischen Kompetenzen beschrieben und bezogen auf Praxisfelder ausgearbeitet ist (ABECSSW, 2004).

Die weitgreifenderen Möglichkeiten gelten keineswegs nur für Übersee, sondern auch für den deutschsprachigen und europäischen Raum wie beispielsweise in Österreich. So findet man dort seit vielen Jahren psychotherapeutische Gemeinschaftspraxen mit medizinischer, psychologischer und sozialarbeiterischer Ausrichtung, die je nach Problematik gezielt indikationspezifisch und situationsadäquat tätig werden und damit ermöglichen, dass verschiedene Disziplinen fruchtbar zusammenwirken – eine Entwicklung, die in Deutschland bisher im Rahmen ambulanter Kasenpsychotherapie nicht Fuß fassen konnte und einen nicht unbeachtlichen Teil psychosozialer Versorgung offen lässt (Gahleitner, 2006; vgl. allerdings zur Psychotherapie in Erziehungsberatungsstel-

len, in denen ein berufsgruppenübergreifender Ansatz verwirklicht wird z.B. Borg-Laufs, 2003; i.Dr.).

Die Hochschulreform in Deutschland verfolgt u.a. auch das Ziel von mehr Beweglichkeit der Studierenden und internationaler Konkurrenzfähigkeit der Studienabschlüsse (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 12.06.2003). In einer sorgfältigen Reflexion über den Stand der Professionalisierung im direkten Kontakt und Austausch auf Praktiker- und Hochschulebene und der Schaffung einer ‚internationalen scientific community‘ liegt tatsächlich eine Chance der gegenseitigen Bereicherung mit Blick auf die bestmögliche Unterstützung unserer PatientInnen (Klein, 2006).

Chancen und Möglichkeiten vor Ort

Sozialpädagogische Grundberufe befinden sich in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie mit zahlreichen PionierInnen in einer langjährigen Tradition. Dies spiegelt sich auch heute in der Versorgungslandschaft und in der Zusammensetzung der Ausbildungskurse für KJP wieder.

SozialarbeiterInnen, SozialpädagogInnen und HeilpädagogInnen mit Hochschulabschluss sind in ihrem Studium in großem Umfang mit Problemstellungen des Kindes- und Jugendalters befasst. Sie leisten ihre Praktika oftmals in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe und erfahren dort u.a. die Notwendigkeit der Integration psychosozialer Hilfen und psychotherapeutischer Behandlungen. Die im Studium vermittelten klinischen Kompetenzen betonen die Integration und Vernetzung der beratenden, sozial- und psychotherapeutischen sowie pädagogischen Arbeit, die beispielsweise im Rahmen der Elternberatung und Familienhilfe, der Interventionen im Alltag des Kindes bzw. Jugendlichen, der Kooperation z.B. mit Schulen und psychiatrischen Einrichtungen besondere Beachtung finden. Heilsame Veränderung vollzieht sich in diesem Altersbereich in besonderes großem Ausmaß in einem fördernden Lebensfeld – eine Aufgabenstellung Klinischer Sozialarbeit, liegen ihre spezifischen Stärken doch in der Arbeit mit besonders schwierigem Klientel

in ‚Multiproblemsituationen‘ (Pauls, 2004; 2005). Auf diese grundlegenden sozialpädagogischen Kompetenzen, die im Rahmen der KJP-Ausbildung durch individuumsbezogene psychotherapeutische Kompetenzen wesentlich erweitert wird, sollte auch zukünftig nicht verzichtet werden.

Psychotherapie ist offenkundig nicht die Domäne nur einer Berufsgruppe. Bereits die Psychiatrie-Enquete von 1975 stellte fest, dass nichtärztliche und nichtpsychologische Berufsgruppen, insbesondere die SozialarbeiterInnen bzw. SozialpädagogInnen, an der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung in Deutschland mitwirken: Sozialarbeiter und Sozialpädagogen „sind auf Grund ihrer speziellen beruflichen Grundausbildung ... sowie ihrer zusätzlichen berufsbegleitenden Weiterbildung in analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie für die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen sowie zur Beratung von deren Eltern und anderen Beziehungspersonen qualifiziert“ (BMJFG, 1975, S. 298). Ein integrierendes und kooperatives bio-psychosoziales Verständnis zwischen Medizin, Psychologie und Sozialarbeit war in Deutschland dennoch lange Zeit nicht gegeben. Seit einigen Jahren wird erkannt, dass zum Wohle der Betroffenen eine enge Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie erforderlich ist (Fegert, 2001). Dabei gewinnen soziale Dimensionen immer wieder auch primäre Bedeutung (Zurhorst, 2000).

Bologna bietet also eine Chance: die Chance der Qualitätssicherung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie auf einem interdisziplinären Niveau. Bei den ersten bereits bestehenden Masterstudiengängen mit klinischem Profil im Bereich der Sozialen Arbeit (Master of Arts) wurde das hohe wissenschaftliche und fachliche Niveau durch die erfolgreiche Akkreditierung mit der Empfehlung der AbsolventInnen für den Höheren Dienst bereits belegt. Um dieses Qualifikationsniveau durch einen verbindlichen Rahmenplan für Masterabschlüsse im (sozial-)pädagogischen Bereich zu sichern, hat sich eine Arbeitsgemeinschaft ‚Zukunft der Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten‘

gegründet (AZA-KJP), eine Initiative von VertreterInnen verschiedener relevanter Fachverbände, interessierter Hochschulen und der Bundespsychotherapeutenkammer.

Am 07.03.2006 wurden von der AZA-KJP entlang dem Gegenstandskatalog für die schriftlichen Prüfungen nach dem Psychotherapeutengesetz für den Ausbildungsgang für Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen Standards bezüglich der Inhalte (Krankheitsmodelle, Diagnostik, Intervention, Forschung und Evaluation) verabschiedet, die ein klinisch-pädagogisch-sozialarbeiterisches Profil zur Grundlage für

die Akkreditierung von Masterstudiengängen als Eingangsvoraussetzung für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verbindlich macht.¹

Obwohl der Bachelor-Abschluss weiterhin als der erste berufsqualifizierende Abschluss gilt, haben sich inzwischen aus guten Gründen die relevanten psychotherapeutischen Berufs- und Fachverbände, die Psychotherapeutenkammern und die universitären Psychologie-Institute darauf verständigt, nur den Master-Abschluss als neues Zulassungskriterium zu empfehlen und entsprechende politische Initiativen gestartet. Denn nur so ist eine Vergleich-

barkeit der unterschiedlichen Berufsgruppen (Ärzte, Psychologen, Sozialpädagogen, Pädagogen, Heilpädagogen etc.) möglich und sinnvoll. Die Heterogenität der konsekutiven und Weiterbildungs-Master soll durch einen Kriterienkatalog für solche Masterstudiengänge eingedämmt werden, die an einer Zulassung der AbsolventInnen zur Ausbildung in KJP interessiert sind. Dieser Kriterienkatalog mit dem Titel ‚Mindeststandards für ein klinisch-pädagogisch-sozialarbeiterisches Profil von Masterstudiengängen (M.A.) in Sozialer Arbeit und Heilpädagogik‘ wird zur besseren Übersicht im Folgenden vorgestellt (vgl. Abb. 2). Die aufgelisteten vier Studien-

¹ Die Erstunterzeichner der „Mindeststandards für ein klinisch-pädagogisch-sozialarbeiterisches Profil von Masterstudiengängen (M.A.) in Sozialer Arbeit und Heilpädagogik“ für die Akkreditierung eines Studienganges als Eingangsvoraussetzung für die Aufnahme einer KP-Ausbildung waren am 07.03.2006 in Ludwigshafen: Petra Baumann-Frankenberger (DVT und AkiP, Köln), Prof. Dr. Michael Borg-Laufs (DGVT & Hochschule Niederrhein), Christoph Dinter (bkj, Wiesbaden), Prof. Dr. Silke Gahleitner (Redaktion „Klinische Sozialarbeit“ & ASFH Berlin), Prof. Dr. Ludger van Gisteren (EFH Hannover), Martin Klett (bvvp & Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg), Prof. Dr. Björn Kraus (EFH Freiburg), Peter Lehndorfer (VAKJP & Ansprechpartner für die Bundespsychotherapeutenkammer), Dr. Dieter Lotz (BHP, Berlin), Prof. Dr. Albert Mühlum (DGS Sektion Klinische Sozialarbeit), Prof. Dr. Helmut Pauls (FH & ZKS, Coburg), Prof. Dr. Herbert Pielmaier (FBT Heilpädagogik & KFH Freiburg), Andreas Reichl (DBSH Bundesfachgruppe Selbständige), Christine Röpke (VAKJP & STÄKO), Marion Schwarz (bkj & Landespsychotherapeutenkammer Hessen, Wiesbaden), Klaus Winkelmann (Institut AKJP-HD & VAKJP, Heidelberg), Prof. Dr. Günter Zurhorst (GwG & Hochschule Mittweida).

Mindeststandards für ein klinisch-pädagogisch-sozialarbeiterisches Profil von Masterstudiengängen (MA) in Sozialer Arbeit und Heilpädagogik <small>Beschlossen von der AZA-KJP am 7.3.2006</small>	
Studienbereiche (insgesamt 18 ECTS, Aufteilung je nach Master)	
1. Modelle von Gesundheit, Krankheit, Normalität und Abweichung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Modelle der normalen und pathologischen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen ■ Epidemiologie/Sozialepidemiologie psychischer/psychosomatischer Störungen ■ Multifaktorielle Erklärungsmodelle psychischer Störungen
2. Diagnostik und Interventionsplanung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prinzipien der Diagnostik und Interventionsplanung ■ Einführung in Klassifikationssysteme ■ Diagnostische Verfahren und Methoden (Anamnese, Test, Fragebogen, Interview, partizipative Vorgehensweisen)
3. Psychosoziale, pädagogische und klinische Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Grundlagen und Methoden wissenschaftlich begründeter Beratungs- und/oder Psychotherapieverfahren ■ Psychosoziale Arbeit mit Einzelnen, Paaren, Familien und Gruppen <ul style="list-style-type: none"> ■ Familien- und Lebensformen ■ Interpersonelle Faktoren, Beziehungsgestaltung und psychische Störungen ■ Grundlagen und Methoden wissenschaftlich begründeter paar- und familienbezogener Interventions- und Therapieverfahren <ul style="list-style-type: none"> ■ Modelle und Interventionen der Gruppenarbeit ■ Pädagogische und systemorientierte Interventionen <ul style="list-style-type: none"> ■ Hilfen in therapeutischen Einrichtungen ■ Aufsuchende Arbeit und Interventionen ■ Hilfen in komplexen sozialen Systemen (Kita, Schule, Einrichtungen der Jugendhilfe etc.) ■ Prävention und Rehabilitation <ul style="list-style-type: none"> ■ Verhaltens- und verhältnisbezogene Präventionsansätze ■ Grundlagen und Konzepte der Rehabilitation ■ Praxisreflexion (Grundlagen und wissenschaftlich begründete Methoden der Anleitung, Supervision, Fallreflexion) ■ Versorgungsstrukturen
4. Forschungs- und Kontrollmethoden	<ul style="list-style-type: none"> ■ Methoden empirischer Sozialforschung (quantitative und qualitative Verfahren, Testtheorie) ■ Methoden der Dokumentation (Basisdokumentation) und Evaluation (Struktur-, Verlaufs- und Ergebnisbewertung) ■ Grundlagen der Interventionsforschung: Prozessforschung und Veränderungsmessung

Abbildung 2: „Mindeststandards“ der AZA-KJP

bereiche erscheinen aus fachlicher Hinsicht als ein notwendiges Minimum und sollen insgesamt in einem Mindestumfang von 18 ECTS (18 Leistungspunkte, die nach dem für Europa einheitlichen ECTS-Standard („European Credit Transfer and Accumulation System“) vergeben werden) in diejenigen Masterstudiengänge aufgenommen werden, die die weitere Zulassung in eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ermöglichen sollen.

Entsprechende Masterstudiengänge in der Sozialen Arbeit existieren bereits oder starten in Kürze. So gibt es inzwischen eine Reihe von Masterstudiengängen, die eine ausdrückliche klinische Schwerpunktsetzung beinhalten – entweder direkt in ihrer Bezeichnung („Master of Arts in Klinischer Sozialarbeit“, z.B. an der FH Coburg, ASFH Berlin, KFH Berlin) oder in ihrem inhaltlichen Profil (z.B. Masterstudiengang Sozialarbeit in der Psychiatrie, FH München; Master of Arts in Counselling, FH Frankfurt, Universität Dresden; Master of Arts Beratung und Mediation, Hochschule Niederrhein) – und die alle inhaltlichen Fundierungen für die Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vermitteln.

Bei genauer Betrachtung wird deutlich, dass es sich bei den genannten Kriterien nicht um eine Einbahnstraße handelt. Die Aufnahme psychologischer Inhalte in den Katalog bedeutet keinesfalls eine Einschränkung des pädagogischen Profils. Vielmehr wäre wünschenswert, dass die Masterstudiengänge für Psychologen, die auf die Ausbildung in KJP ausgerichtet sind, wesentlich mehr pädagogische Inhalte des Kriterienkatalogs berücksichtigen würden, statt allein einer Engführung auf Klinische Psychologie oder Forschungsorientierung zu folgen (AZA-KJP, 2006). Wie bereits angesprochen, geht es nicht um eine Polarisierung in die eine oder andere Richtung, sondern um eine Zusammenarbeit der verschiedenen Disziplinen unter Einbezug der bisherigen Leistungen der Psychologie und Medizin sowie der Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Heilpädagogik.

Resümee

Die Bundespsychotherapeutenkammer hat mit Recht darauf hingewiesen, dass der hohe fachliche und wissenschaftliche Qualitätsstandard der Psychotherapieausbildung gewahrt bleiben muss. Dies betrifft gleichermaßen den Erwachsenen- und den Kinderbereich. Wir schließen uns die-

sem Standpunkt ebenso wie Groeger (2006), Borg-Laufs und Vogel (2005) sowie Alpers und Vogel (2004) an. Die Studienreform darf nicht dazu führen, dass der Standard gesenkt wird, selbst wenn unter rein rechtlichen Gesichtspunkten der Zugang für die sozialwissenschaftlichen Fächer durch den Bachelorabschluss erfolgen könnte. Eine rein rechtliche Betrachtung ohne Berücksichtigung der Inhalte wird dem verantwortungsvollen Berufsbild in keiner Weise gerecht. Dass hier vom Bundesgesundheitsministerium unter Berufung auf die Kultusministerkonferenz (KMK) ein rein formales Kriterium angewendet wird (strukturelle Äquivalenz von Fachhochschul-Diplomen mit Bachelor-Abschlüssen und von Universitäts-Diplomen mit Master-Abschlüssen) ist – wie bereits an anderer Stelle dargestellt (Borg-Laufs, 2006b) – inhaltlich sinnfrei und formal problematisch. Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen durchlaufen eine formal identische und inhaltlich sehr ähnliche Ausbildung, wie dem Psychotherapeutengesetz und den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen, aber auch dem Gegenstandskatalog des IMPP (2004a,b) zu entnehmen ist. Da gerade in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – wie auch an unserem Beitrag ersichtlich – höchste Anforderungen an die Kompetenz der BehandlerInnen zu stellen sind (Arbeit mit Kindern und Jugendlichen auf unterschiedlichem Entwicklungsniveau, Arbeit mit den erwachsenen Bezugspersonen, Arbeit mit anderen Institutionen) ist in keiner Weise nachvollziehbar, inwiefern gerade für die Ausübung dieses Berufes geringere Anforderungen gestellt werden könnten. „Hier ist kein Spielraum zu erkennen, der eine Absenkung der Ausbildungsanforderungen rechtfertigen könnte“, schließt Groeger (2006, S. 348), was von unserer Seite nochmals deutlich unterstrichen werden soll. Der Masterabschluss sollte auch zukünftig unabdingbare Voraussetzung für die Aufnahme auch einer kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischen Ausbildung sein.

Der Gefahr, Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen auf Assistenzstatus zu degradieren, muss in jedem Falle vorge-

beugt werden, und zwar auch im Interesse von PatientInnen und deren Umfeld. Der Masterabschluss – ob nun Master of Arts oder Master of Science (in den sozialwissenschaftlichen Fächern wird grundsätzlich der M.A. vergeben) – ist also entgegen den momentanen politischen Bestrebungen in jedem Falle als verbindlich für beide Ausbildungsgänge festzusetzen. Das Gleiche gilt für die Laufbahn des höheren Dienstes, die seit der Hochschulreform von Masterabschlüssen der Universitäten wie Fachhochschulen gleichermaßen akkreditiert werden muss. Als Voraussetzung ist also der M.A. oder M.Sc. mit der Zugangsberechtigung zum höheren Dienst zu fordern.

Dies würde auch dazu verhelfen, innerhalb der sehr heterogenen Landschaft der sozialwissenschaftlichen/-pädagogischen und heilpädagogischen Disziplinen zu unterscheiden, welche Studiengänge klinische Inhalte in Entwicklung und Sozialisation sowie Diagnostik und Intervention keineswegs als Randbereiche behandeln, sondern ihnen zentrale Bedeutung für die Wis-

sensvermittlung beimessen. Hochschulen, die sich diesem Vorhaben in besonderem Maße und über die Mindeststandards der AZA-KJP widmen, könnten so mit den Ausbildungsinstituten auch Anrechenbarkeiten vereinbaren (vgl. Groeger, 2006). Konsequenterweise ergäbe sich daraus die Möglichkeit, die Psychotherapieausbildung mit dem Masterstudium zumindest teilweise zu verschränken, wie sie auch von Groeger (ebd.) beschrieben wird. Damit wäre verdeutlicht, welche Studiengänge – egal ob in Medizin, Psychologie oder Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Heilpädagogik – tatsächlich klinische Inhalte vermitteln und dies nicht nur auf ihre Fahnen schreiben, und so wäre der Qualitätssicherung auf beiden Seiten – der Lehre und Forschung wie auch der Praxis – gedient.

Die Möglichkeit, die Reform auf diese Weise in positiver Hinsicht für das Berufsbild des Psychotherapeuten bzw. der Psychotherapeutin zu nutzen, das Qualifikationsniveau zu sichern und diese Möglichkeit interdisziplinär auszugestalten, würde in

jedem Fall einen Gewinn für die Praxis vor Ort und insbesondere für die Patienten und Patientinnen darstellen, denen letztlich ja alle angestellten Überlegungen dienen sollen. Es ist bedauerlich, dass die aktuellen politischen Entscheidungen (Bachelorabschluss als Grundlage der KJP-Ausbildung aufgrund formaler Kriterien) hier lediglich vermeintlich „einfache“ Vorgehensweisen favorisieren, anstatt sich der anspruchsvolleren Aufgabe zu stellen, auch die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie qualitativ auf hohem Niveau zu sichern.

Literatur

American Board of Examiners in Clinical Social Work (ABECSW) (2004). *Practice with Children as Clients: A Specialty of Clinical Social Work. A position statement.* Verfügbar unter: www.abecsw.org/ABEChild%20paper%2010-2005%20final%20REV%20Feb%202006.pdf [16.04.2007].

- Alpers, G.W. & Vogel, H. (2004). Bachelor oder Master, wer wird Psychotherapeut? *Psychotherapeutenjournal*, 3 (4), 315 – 319.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT.
- Arbeitsgruppe Zugang zur Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (AZA-KJP) (2006). Profil der Sozialberufe bei der Zulassung zur staatlich anerkannten Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie („Mindest-Standards“). *Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen*, 2, 131-134. Verfügbar unter: www.vakjp.de/download/pdf/Mindeststandards%20+%20Begleittext.pdf [16.11.2006].
- Armbruster, M. (2007). Mehr Elternkompetenz für Problemfamilien – Wie die Quadratur des Kreises gelingt. *Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen*, 3, 69 – 76.
- Borg-Laufs, M. & Vogel, H. (2005). Die Neuordnung der Studiengänge in Deutschland – Überlegungen zu den zukünftigen Voraussetzungen für den Zugang zur PP-/KJP-Ausbildung angesichts der Einführung von Bachelor- und Master-Abschlüssen. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 37, 395 – 401.
- Borg-Laufs, M. (2003). Psychotherapie in Beratungsstellen. *Psychotherapeutenjournal*, 2 (3), 173 – 178.
- Borg-Laufs, M. (2006a). *Störungsübergreifendes Diagnostik-System für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (SDS-KJ). Ein Manual für die Therapieplanung*. Tübingen: DGVT.
- Borg-Laufs, M. (2006b). Zur Konstruktion von Unterschieden zwischen KJP und PP sowie zwischen Psychologen und Pädagogen – jüngste Entscheidungen des Gesundheitsministeriums in der Bachelor-Master-Debatte. *Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen*, 2, 134 – 136.
- Borg-Laufs, M. (i.Dr.). Verhaltenstherapie in der Erziehungsberatung. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Band 1: Grundlagen. Tübingen: DGVT.
- Bourdieu, P. (1992). *Die verborgenen Mechanismen der Macht*. Hamburg: VSA.
- Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (BMJFG). (1975). *Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung*. Bonn: Deutscher Bundestag (Drucksache 7/4200).
- Cicchetti, D. (1999). Entwicklungspsychopathologie: Historische Grundlagen, konzeptionelle und methodische Fragen, Implikationen für Prävention und Intervention. In R. Oerter, C. von Hagen, G. Röper & G. Noam (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie* (S. 11 – 44). Weinheim: Beltz – Psychologie Verlags Union.
- Cooper, M. G. & Granucci Lesser, J. (2002). *Clinical Social Work. An Integrated Approach*. Boston: Allyn & Bacon.
- Dentler, P. (2006). ‚Clinical Social Work‘ in den USA und Perspektiven für Deutschland? *Klinische Sozialarbeit*, 2 (4), 4 – 6.
- Dorfmann, R.A. (Hrsg.). (2004). *Paradigms of Clinical Social Work: Emphasis on Diversity*. New York: Brunner-Routledge.
- Falck, H. (1997). *Membership. Eine Theorie der Sozialen Arbeit*. Stuttgart: Enke.
- Fegert, J. (2001). Ein schwieriges Verhältnis – Problemfelder in der Zusammenarbeit von Psychiatrie und Jugendhilfe. *10. AGJ-Gespräch*, 15 – 31.
- Fiedler, P. (2006). Psychotherapie in der Entwicklung. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 38, 269 – 282.
- Gahleitner, S. B. (2005). Psychosoziale Diagnostik und Intervention bei komplexer Traumatisierung. In U. Klein (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit – die Kunst psychosozialen Helfens. Psychosozial 101*, 28 (3), 43 – 57.
- Gahleitner, S. B. (2006). ‚ICD plus‘ und ‚Therapie plus‘ – Diagnostik und Intervention in der Klinischen Sozialarbeit. *Klinische Sozialarbeit, Sonderausgabe*, 12 – 22. Verfügbar unter: www.klinische-sozialarbeit.de/KlinSa_Sonderausgabe%20Tagung_05.pdf [16.04.2007].
- Graziano, R. (2006). Clinical Social Work Practice in the U.S. A Brief History of the Past 100 Years. *Klinische Sozialarbeit*, 2 (4), 7 – 8.
- Groeger, W. M. (2006). Psychotherapie-Ausbildung im Rahmen der Bachelor-/Masterstudienreform. Was sich alles ändert, wenn sich nichts ändert – und wie das geändert werden kann. *Psychotherapeutenjournal*, 5, 340 – 352.
- Herpertz-Dahlmann, B., Resch, F., Schulte-Markwort, M. & Warnke, A. (2005). Entwicklungspsychiatrie. In B. Herpertz-Dahlmann, F. Resch, M. Schulte-Markwort & A. Warnke (Hrsg.), *Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen* (S. 315 – 357). Stuttgart: Schattauer.
- Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP). (2004a). *Gegenstandskatalog für die schriftlichen Prüfungen nach dem Psychotherapeutengesetz. Ausbildungsgang für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten*. Mainz: Eigendruck. Verfügbar unter: www.impp.de/pdf/GKPT_KJP.pdf [16.04.2007].
- Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP). (2004b). *Gegenstandskatalog für die schriftlichen Prüfungen nach dem Psychotherapeutengesetz. Ausbildungsgang für Psychologische Psychotherapeuten*. Mainz: Eigendruck. Verfügbar unter: http://www.impp.de/pdf/GKPT_PP.pdf [16.04.2007].
- Kanfer, F., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2006). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. Berlin: Springer.
- Keupp, H. (1997). *Ermütigung zum aufrechten Gang*. Tübingen: DGVT.
- Klein, U. (2006). Editorial. *Klinische Sozialarbeit*, 2 (4), 3.
- Lenz, A. (i.Dr.). Modelle psychischer Störungen des Kindes- und Jugendalters. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Band 1: Grundlagen (2. überarb. u. erw. Aufl.). Tübingen: DGVT.
- Ortmann, K. & Kleve, H. (2000). Sozialmedizin in der Sozialarbeit – ein Schlüssel für die Weiterentwicklung gesundheitsbezogener Sozialarbeit. *Gesundheitswesen*, 62 (7), 361 – 364.
- Pauls, H. (2004). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung*. Weinheim: Juventa.

- Pauls, H. (2005). Klinische Sozialarbeit und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Klinische Sozialarbeit, 1* (1), 10 f.
- Pauls, H. & Mühlum, A. (2004). *Klinische Kompetenzen. Eine Ortsbestimmung der Sektion Klinische Sozialarbeit der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit (DGS) – Sektion Klinische Sozialarbeit*. Verfügbar unter: www.klinische-sozialarbeit.de/Klinische%20Kompetenzen%20-%20Eine%20Ortsbestimmung%20der%20DGS-Sektion%20KlinSA.pdf [16.04.2007].
- Remschmidt, H., Schmidt, M. H. & Poustka, F. (2006). *Multiaxiales Klassifikationschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO* (5. vollst. überarb. u. erw. Aufl.). Bern: Huber.
- Röper, G. & Noam, G. (1999). Entwicklungsdiagnostik in klinisch-psychologischer Therapie und Forschung. In R. Oerter, C. von Hagen, G. Röper & G. Noam (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie* (S. 218 – 239). Weinheim: Beltz-Psychologie Verlags Union.
- Rutz, W. (2003). The european mental health program and the world health report 2001. Input and implications. *British Journal of Psychology, 183*, 73 – 74.
- Rutz, W. (2006). Mental Health Promotion in Times of Transition. *Klinische Sozialarbeit, 2* (1), 4 f.
- Staub-Bernasconi, S. (1995). *Systemtheorie, soziale Probleme und Soziale Arbeit: lokal, national, international*. Bern: Haupt.
- Thiersch, H. (1992). *Lebensweltorientierte soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel*. Weinheim: Juventa.
- Turner, F.J. (Hrsg.). (1997). *Social Work Treatment: Interlocking Theoretical Approaches*. New York: The Free Press.
- Willutzki, U. & Laireiter, A. R. (2005). Ausbildung in Verhaltenstherapie – Was ist ein guter (Verhaltens-)therapeut und wie soll Ausbildung gestaltet sein?. In A. R. Laireiter, & U. Willutzki (Hrsg.), *Ausbildung in Verhaltenstherapie* (S. 21 – 49). Göttingen: Hogrefe.
- World Health Organization (WHO). (2001). *Weltgesundheitsbericht 2001: Psychische Gesundheit: neues Verständnis – neue Hoffnung*. Verfügbar unter: www.who.int/entity/whr/2001/en/whr01_en.pdf [16.04.2007].
- Wyrwa, H. (i.Dr.). Die gesellschaftliche Konstruktion von Kindheit. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Band 1: Grundlagen (2. überarb. u. erw. Aufl.). Tübingen: DGVT.
- Zurhorst, G. (2000). Armut, soziale Benachteiligung und Gesundheit. In S. Sting, & G. Zurhorst (Hrsg.), *Gesundheit und Soziale Arbeit* (S. 41 – 54), Weinheim: Juventa.
- Zurhorst, G. (2005). Soziale Benachteiligung und psychosoziale Gesundheit. *Klinische Sozialarbeit, 1* (1), 4 – 6.

Prof. Dr. Silke Birgitta Gahleitner

Alice-Salomon-Hochschule Berlin
 Professur für Klinische Psychologie und Sozialarbeit
 Arbeitsbereich: Psychotherapie und Beratung
 Alice-Salomon-Platz 5
 D-12627 Berlin
 sb@gahleitner.net

Prof. Dr. Michael Borg-Laufs

Hochschule Niederrhein, Fachbereich Sozialwesen
 Professur für Theorie und Praxis der psychosozialen Arbeit mit Kindern
 Sprecher der Fachgruppe Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in der DGVT
 Richard-Wagner-Straße 101
 41065 Mönchengladbach
 michael.borg-laufs@hsnr.de

PSYCHOHOLIC®
 Psychologie & Neue Medien

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

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

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

alle Informationen
 und weitere Programme auf
www.psychoholic.de

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

Vom „nichtärztlichen“ zum Psychologischen Psychotherapeuten/KJP¹

Holger Schildt

Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)

Zusammenfassung: Seit 40 Jahren ist Psychotherapie Kassenleistung. Und fast genauso lange tragen Psychologen bzw. Pädagogen mit qualifizierter psychotherapeutischer (Zusatz-)Ausbildung zur Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung von GKV-Patienten bei. Angesichts des „Arztvorbehalts“ in RVO/SGB V über Jahrzehnte hinweg allerdings auf Basis einer unsicheren und von den Betroffenen als diskriminierend empfundenen Rechtslage. Aber obwohl der Regelungsbedarf spätestens Mitte der 70er Jahre offenkundig war, blickt wohl kaum ein Gesetz auf eine so lange und hart umkämpfte Geschichte zurück wie das am 01.01.1999 in Kraft getretene „PsychThG“. Das ihm zugrundeliegende, im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens immer wieder modifizierte Integrationsmodell bedeutet einen politisch erzwungenen Kompromiss, der die widerstreitenden Interessen bei Ärzteschaft, Kostenträgern und Politik – aber auch in der Profession selbst – mühsam zu vereinen sucht. Acht Jahre später scheint das ganz gut gelungen, aber es ist noch viel Luft nach oben!

A. Der lange Weg zur Anerkennung der Psychotherapie in der GKV

Am Anfang stand auch hier das Wort (die Psychoanalyse nämlich) und – so ist es nun mal – der Arzt! Schon 1918 hatte S. Freud auf dem Budapester Kongress vorhergesagt:

„Irgend einmal wird das Gewissen der Gesellschaft erwachen und sie mahnen, dass der Arme ein eben solches Anrecht auf seelische Hilfeleistung hat wie bereits jetzt auf lebensrettende chirurgische. ... Dann werden also Anstalten oder Ordinationsinstitute errichtet werden, an denen psychoanalytisch ausgebildete Ärzte angestellt sind, um ... (ihre Patienten) durch Analyse widerstands- und leistungsfähig zu erhalten. Diese Behandlungen werden unentgeltliche sein. Es mag lange dauern, bis der Staat diese Pflichten als dringende empfindet ...“²

Für *privatversicherte Patienten* wurde diese Vision schon bald Realität: Bereits in

der PREUGO 1924 waren unter „Besondere ärztliche Verrichtungen“ auch psychotherapeutische Sitzungen, insbesondere die Psychoanalyse aufgeführt, übrigens unter der Gebührenziffer 22 („Narkosen“). Der Vergütungsrahmen reichte von 5 bis 50 RM, das war immerhin so viel, wie für „Bemühungen zur Wiederbelebung eines Scheintoten“ gezahlt wurde.

Kassenpatienten waren allerdings noch Jahrzehnte lang schlechter dran, weil die Neurose nicht als Krankheit im Sinne der RVO anerkannt war. Die Patienten mussten als Selbstzahler durchschnittlich 15 DM pro Sitzung aufwenden und waren im übrigen als Bittsteller auf Zuschüsse von ihrer Krankenkasse, von der Rentenversicherung und vom Sozialamt angewiesen. Kassenleistung wurde Psychotherapie erst 1967, nachdem

■ der Deutsche Ärztetag 1956 auf Betreiben von DGPT und AÄGP (Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie) gegen den Widerstand

vieler somatisch tätiger Ärzte³ die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ in die ärztliche WBO eingeführt

- A. Dührssen im Jahre 1962 anhand von katamnestischen Untersuchungen bei 1004 Patienten⁴ die Wirksamkeit von analytischer Psychotherapie nachgewiesen
- und das Bundessozialgericht (BSG) 1964 den aktuellen neurotischen Konflikt (1976 auch die chronische Neurose) als Krankheit im Sinne der RVO anerkannt hatte.

Alles das führte, neben dem wachsenden Druck der Patienten auf ihre Krankenkassen, dazu, dass der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach jahrelangen Verhandlungen der Vertreter von DGPT und AÄGP mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Krankenkassen zum

1 Erweiterte Fassung zweier am 08.10.2006 in Braunschweig (1. Nds. Psychotherapeutentag) und am 03.02.2007 in Hamburg (Symposium anlässlich des 60. Geburtstages von Prof. Dr. Rainer Richter) gehaltener Vorträge. Der Verfasser hat sich um eine möglichst objektive Darstellung, in erster Linie auf der Grundlage aktenmäßig belegter Daten, bemüht. Soweit es darüber hinaus um Einschätzungen geht, schimmert im Einzelfall womöglich die Sichtweise eines langjährigen berufspolitischen Repräsentanten der Psychoanalytiker durch, was man ihm nachsehen möge.

2 Freud, S.: *Gesammelte Werke*, Bd. XII, S. 192 f.

3 Noch kurz vor dem Ärztetag schrieb der damalige Präsident der BÄK an den seinerzeitigen Vorsitzenden der DGPT, es handle sich bei Psychotherapie „nicht um eine ärztliche Tätigkeit, die andere Ärzte nicht auch ausüben“(!).

4 Durchgeführt am 1946 gegründeten Zentralinstitut für Psychogene Erkrankungen in Berlin.

01.10.1967 schließlich die ersten Psychotherapie-Richtlinien, ergänzt durch die Psychotherapie-Vereinbarungen als Anlage zum BMV-Ä, beschloss. Die Richtlinien galten zunächst aber nur für den Bereich der *Primärkassen* und für *analytische* Psychotherapie bzw. *tieferpsychologisch fundierte* Psychotherapie. Erst vier Jahre später – 1971 – gelang es nach mühevollen Verhandlungen, auch die *Ersatzkassen* in die Regelung einzu beziehen. *Verhaltenstherapie* wurde Kas senleistung erst 1980 (Ersatzkassen) bzw. 1987 (Primärkassen).

Der Grundstein wurde also vor 40 Jahren gelegt. Allerdings erschien der Preis vielen Psychoanalytikern (zu) hoch, denn die Finanzierung der Behandlung durch die Krankenkassen bedeutete zugleich

- Verzicht auf Kostenbeteiligung der Patienten (am von vielen Behandlern für notwendig gehaltenen „finanziellen Opfer“ der Patienten wären die Verhandlungen im Bundesausschuss fast gescheitert),
- Einbeziehung „Dritter“ (Gutachter, Krankenkassen) in die Arzt-Patient-Beziehung,
- Unterwerfung unter das Wirtschaftlichkeitsgebot der RVO (Korsett der limitierten Behandlungsstunden),
- Ausschluss der „nichtärztlichen Psychotherapeuten“ wegen des in § 122 RVO normierten Arztvorbehalts. Immerhin gelang es 1971 der DGPT (sie war seinerzeit die einzige berufspolitische Kraft, die die Interessen sowohl der ärztlichen als auch der nichtärztlichen Psychotherapeuten vertrat), das sog. Delegationsverfahren zu implementieren.

B. Der steinige Weg zum „Psychologischen Psychotherapeuten/KJP“

I. (Unselbständige) Berufsausübung im Delegationsverfahren als „Heilhilfsperson“

Für S. Freud war nicht der „Grundberuf“ des Psychoanalytikers, sondern dessen qualifizierte Ausbildung von entscheidenden

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR HYPNOSE (DGH)

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

Prof. Dr. Walter Bongartz

HYPNOTHERAPIEFORTBILDUNG

KONSTANZ und WIESBADEN

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

www.hypnose-kikh.de

der Bedeutung. In seiner 1926 erschienenen Schrift „Die Frage der Laienanalyse“ hieß es, „dass niemand die Analyse ausüben soll, der nicht die Berechtigung dazu durch eine bestimmte Ausbildung erworben hat. Ob diese Person nun Arzt ist oder nicht, erscheint mir als nebensächlich“.⁵ In der Tat gestaltete sich die psychoanalytische Ausbildung, in Berlin z.B. schon seit 1920, traditionell interdisziplinär. Berufsrechtlich schwierig wurde die Situation jedoch mit Aufhebung der Kurierfreiheit durch das Heilpraktikergesetz (HPG) im Jahre 1939, mit dem die *selbständige* Ausübung der Heilkunde den Ärzten und Heilpraktikern vorbehalten blieb. Gelöst wurde das Problem damals kurzerhand ministeriell über den Weg der „Heilhilfsperson“⁶.

Faktisch reichen die Wurzeln des Delegationsverfahrens also weit zurück. Eine verlässliche Rechtsgrundlage fand es wie gesagt aber erst 1971 in den Psychotherapie-Richtlinien und -Vereinbarungen. Im Laufe der Zeit wurde mit ihm viel *Kritik* verbunden. Es sei

- *unwürdig* für die Berufsgruppe, weil es ihrer Qualifikation und ihrem Versorgungsbeitrag nicht gerecht werde,
- *elitär*, weil es nur Absolventen einer Ausbildung in Richtlinienverfahren an von der KBV anerkannten Instituten offen stehe und überdies
- *unsicher*, weil es als subsidiäre „Kann-Regelung“ die ärztlichen Psychotherapeuten (immerhin auch Konkurrenten!) zwar zur Delegation berechtige, aber nicht verpflichte und bei etwaiger Bedarfsdeckung durch ärztliche Psychotherapeuten gestrichen werde.

In der Praxis gestaltete sich die Kooperation allerdings, jedenfalls bei den Psychoanalytikern, im wesentlichen unproblematisch. Die Probleme waren eher *rechtlicher* Art:

1. Der Delegationspsychotherapeut übte keinen „Katalogberuf“ im Sinne des § 18 EStG aus. Er galt deshalb formalrechtlich auch nicht als Freiberufler, sondern als gewerblich Tätiger, mit der entsprechenden Verpflichtung zur Abführung von Umsatz- und Gewerbesteuer. Erst nach langwierigen Verhandlungen, unter Einschaltung des Finanzausschusses des Deutschen Bundestages,

konnte *Anfang der 80er Jahre*⁷ erreicht werden, dass die Finanzverwaltung die Tätigkeit von Delegationspsychotherapeuten und Ausbildungskandidaten als freiberufliche akzeptierte (übrigens ist der PP/KJP auch heute noch nicht ausdrücklich in § 18 genannt, auf Grund der erforderlichen Approbation handelt es sich aber um einen „ähnlichen Beruf“⁸ im Sinne dieser Norm).

2. Im Jahre 1983 stellte das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) in einem grundlegenden Urteil⁹ klar, dass die Ausübung von Psychotherapie Heilkunde sei und deshalb die HPG-Erlaubnis erforderlich mache. Diese konnten die meisten Delegationspsychotherapeuten natürlich nicht vorweisen. Insbesondere die Bayerischen Gesundheitsämter überzogen die Kollegen deshalb flächendeckend mit Strafanzeigen bei den Staatsanwaltschaften, die sich nur mit Mühe und mit für den Berufsstand schmerzlicher Argumentation¹⁰ zur Einstellung der Verfahren bewegen ließen.

3. Im Jahre 1990 kam es dann zu einem ersten Kräfteressen mit den KVen wegen ungleicher Vergütung. „Sündenfall“ war eine Vereinbarung der KBV mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen, die im Ersatzkassenbereich zu einer niedrigeren Honorierung der Delegationspsychotherapeuten gegenüber den psychotherapeutischen Ärzten – 10,65 Pf. gegen 11,1 Pf. pro Punkt – geführt hätte.¹¹ Erst nach flächendeckenden Widerspruchsaktionen und Einschaltung der Sozialgerichte gaben die KVen nach, obwohl sie angesichts der bindenden Honorarvereinbarung der KBV für den Schlamassel gar nicht verantwortlich waren und die Ersatzkassen auch nur teilweise nachschossen.¹²

4. Wenige Jahre später stellten sich einige KVen (z.B. Niedersachsen) auf den Standpunkt, dass den Delegationspsychotherapeuten gar kein eigenständiges Widerspruchs- bzw. Klagerecht gegen ihre Honorarbescheide zustünde. Begründet wurde dies mit einer zu sehr am Wortlaut klebenden Auslegung der Psychotherapie-Vereinbarungen.¹³ Wir mussten gegen diesen Unsinn bis zum BSG ziehen, das 1999 in einem Grundsatzprozess endlich ein Machtwort sprach.¹⁴ Konsequenterweise wurde kürzlich entschieden, dass die KVN

für den Zeitraum 1993 bis 1998 auch den Delegationspsychotherapeuten Nachvergütung auf der Basis von 10 Pf. pro Punkt schulde, die ihre Honorarbescheide seinerzeit auf Grund der allgemein bekannten Rechtsauffassung der KV hatten bestandskräftig werden lassen.¹⁵

5 Freud, S.: *Gesammelte Werke*, Bd. XIV, S. 209 ff. 120

6 Ein unveröffentlichter Runderlass des Reichsministers des Innern an die Landesregierungen und Gesundheitsämter vom 18.03.1943 (IV c 529/43) wies darauf hin, dass die im Deutschen Institut für psychologische Forschung und Psychotherapie ausgebildeten behandelnden Psychologen als Hilfskräfte in der Gesundheitspflege anzusehen sind, die ihre Tätigkeit „nur auf Weisung eines Arztes ausüben“.

7 Schreiben des BMF an den Verfasser vom 09.02.1981 (IV B 4 – S. 2246 – 12/81) betr. die Diplom-Psychologen und vom 18.07.1983 (IV B 4 – S. 2246 – 23/83) betr. die Akademiker mit einem anderen Hochschulabschluss als in Psychologie, die analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und die Ausbildungskandidaten an (KBV-)anerkannten Instituten.

8 Schreiben des BMF vom 29.10.1999 (IV C 2 – S. 2246 – 55 (99).

9 BVerwG, Urt. vom 10.02.1983, NJW 1984, 1414 ff.

10 Herausarbeitung aller Umstände nämlich, die – unter Hinweis auf ein BSG-Urteil vom 02.02.1983 (Az. 3 RK 37/81) und auf eine hilfreiche Stellungnahme Schirmers (Justiciar der KBV) – die rechtliche Unselbständigkeit der Delegationspsychotherapeuten („dem Arzt zugeordnete Tätigkeit“) belegten, gegen alle in der täglichen Praxis mittlerweile errungenen Freiheiten.

11 Man beachte die Punktwert-Dimension! Wir waren insoweit vor 17 Jahren, auch unter Berücksichtigung der aktuell höheren Punktzahlen, also schon weiter als heute.

12 Die Situation war damals also schon ganz ähnlich der heutigen im Rahmen der Nachvergütungsprozesse: Auch jetzt sind die KVen an die Beschlüsse des Bewertungsausschusses gebunden und müssen sich im Nachhinein vor den Schiedsämtern mit den Krankenkassen wegen etwaiger Nachschussverpflichtung auseinandersetzen.

13 Gemäß § 10 der PT-Vereinbarungen stand die KV hinsichtlich der Abrechnung von Leistungen nur zu den delegierenden Ärzten in Rechtsbeziehungen.

14 BSG, Urteil vom 03.03.1999 (B 6 KA 10/98 R) in Sachen Schlösser ./. KVN, NZS 1999, Heft 4, S. VII.

15 LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 08.11.2006 (L 3 KA 199/02) in Sachen Poettgen-Havekost ./. KVN. Bezogen auf diesen atypischen Fall einer Fehlinformation durch die KV durchaus im Einklang mit BSG-Urteilen vom 22.06.2005, MedR 2006, 223 ff., in denen eine *generelle* Verpflichtung

5. Der rechtliche Status der Delegationspsychotherapeuten in der GKV war also immer wieder Angriffen ausgesetzt. Aber in der PKV und im *Beihilferecht* sah es nicht besser aus:

Mitte der 80er Jahre hatten die Beihilfevorschriften das Delegationsverfahren der GKV, d.h. auch Beschränkung auf die drei Richtlinienverfahren und Erfordernis der Institutsausbildung, übernommen. Im Gegensatz zu früher waren damit faktisch viele Psychologen von der Behandlung ausgeschlossen. Aber auch die Delegationspsychotherapeuten wurden mit dieser Regelung nicht glücklich. Sie konnten zwar „unmittelbar“ mit den Patienten abrechnen, das beihilfefähige Honorar war aber gekappt auf 110,40 DM (später 121,40 DM), während ihre ärztlichen Kollegen in der Regel das 2,3-fache = 175,00 DM abrechneten. Unsere Musterklage gegen diese systemwidrige und willkürliche Regelung vor dem Verwaltungsgericht Düsseldorf blieb allerdings erfolglos: Der Betrag liege zwischen dem Heilpraktiker- und dem Arzthonorar, und das sei auch angemessen; die nähere Begründung dafür muss man sich auf der Zunge zergehen lassen.¹⁶ Zwar konnte das Berufungsverfahren noch gewonnen werden¹⁷, die Revision beim BVerwG ging jedoch verloren.¹⁸ Und unsere dagegen eingelegte Verfassungsbeschwerde wurde vom Bundesverfassungsgericht (BVerfG) – ohne Begründung – nicht zur Entscheidung angenommen.¹⁹

Auch außerhalb der Beihilfe hatten es Privatpatienten von Delegationspsychotherapeuten vielfach schwerer als Patienten der GKV. Einige Versicherer hatten nämlich in ihren Tarifbedingungen die Leistungspflicht bei Psychotherapie auf Behandlung durch Ärzte beschränkt und leisteten allenfalls auf

Kulanz. Verhandlungen mit diesen Unternehmen, dem Bundesverband der privaten Krankenversicherer und Beschwerden beim Bundesaufsichtsamt fruchteten nicht. Auch ein gegen die „Landeskrankenhilfe“ angestrebter Musterprozess blieb erfolglos²⁰; der Bundesgerichtshof (BGH) wies unsere Revision 1991 unter Berufung auf die Vertragsfreiheit zurück.²¹

6. Wie gesehen, war der jahrzehntelange Kampf um eine angemessene (Gleich-) Behandlung der Delegationspsychotherapeuten bei Behörden und Gerichten nur teilweise erfolgreich. Gleichwohl – und bei aller berechtigten Kritik am Delegationsverfahren – sollte dessen Bedeutung aber nicht unterschätzt werden. *Versorgungspolitisch* schon gar nicht, weil angesichts der damals noch als unumstößlich geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen viele Patienten nur auf diese Weise an die notwendige Behandlung herankamen. Aber auch *berufspolitisch* nicht, weil es der **1. Wegbereiter des PsychThG** war: Immerhin konnte mit ihm der Ärzteschaft erstmalig und nachhaltig bewiesen werden, dass die Einbeziehung qualifizierter psychologischer Kollegen kein Teufelswerk ist.

II. (Selbständige) Berufsausübung als Heilpraktiker bzw. mit auf Psychotherapie beschränkter HPG-Erlaubnis

In § 1 HPG heißt es: „*Wer die Heilkunde, ohne als Arzt bestellt zu sein, ausüben will, bedarf dazu der Erlaubnis.*“ Bis Anfang der 80er Jahre war umstritten, ob dies auch für psychotherapeutisch tätige Diplom-Psychologen galt, weil es bei Erlass des HPG im Jahre 1939 den erst 1941 eingeführten Diplom-Psychologen noch

gar nicht gab und die Einbeziehung von Akademikern in das HPG, das nur Volksschulabschluss voraussetzt, verfassungsrechtlich problematisch schien. Dementsprechend machte die überwiegende

tion der KVen zur Rücknahme bestandskräftig gewordener Honorarbescheide verneint wurde. Über die Beschwerde der KVN gegen die Nichtzulassung der Revision wird das BSG (B 6 KA 92/06 B) voraussichtlich noch im Frühjahr 2007 entscheiden.

16 VG Düsseldorf, Urteil vom 01.04.1992 (10 K 1558/91): „Der approbierte Arzt ist diejenige Person, die nach ihrer Ausbildung, ihrer Erfahrung und nach allgemeiner Anschauung zur Ausübung der Heilkunde berufen ist; er besitzt die übergreifende Sachkunde. Seine Leistung ist typischerweise verlässlich, entspricht dem Stand der Wissenschaft und ist frei von Dilettantismus oder gar Quacksalberei ... Leistungen anderer Personen, mögen sie im Einzelfall fachgerecht erbracht werden und zum Heilerfolg führen, sind demgegenüber nachrangig.“

17 OVG für das Land NRW, Urteil vom 02.11.1994 (12 A 1762/92).

18 BVerwG, Urteil vom 29.08.1996 (2 C 2.95).

19 BVerfG, Beschluss vom 18.06.1997 (2 BvR 2256/96).

20 LG Hamburg, Urteil vom 04.01.1990 (71 O 338/89); OLG Hamburg, Urteil vom 27.07.1990 (14 U 50/90).

21 BGH, Urteil vom 22.05.1991, NJW 1992, 753 ff.: Im Übrigen habe die Delegationsregelung der GKV keine gesetzliche Leitbildfunktion, es gebe grundlegende Strukturunterschiede. Und: „Wer eine private Krankenversicherung abschließt, kann nicht erwarten, dass er damit so versichert ist, wie er es als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse wäre“ (rückblickend – angesichts der durch das GKV-WSG bewirkten Verpflichtung der PKV, einen der GKV entsprechenden „Basistarif“ anzubieten – ein heute erst recht zweifelhaftes Argument). Unser zweiter Versuch – nach Inkrafttreten des PsychThG – scheiterte erneut (BGH vom 15.02.2006, MedR 2006, 593 ff.). Die Urteilsbegründung überzeugt ebenso wenig wie die von 1991. Sie ist diesmal zwar um inhaltliche Abgrenzung bemüht, erinnert dabei aber sehr an frühere Vorbehalte in Teilen der Ärzteschaft, als es um die Integration der PP/KJP in die GKV ging.

Verwaltungspraxis, von unerfahrenen oder hartleibigen Gesundheitsamtsleitern abgesehen, schon wegen der lästigen Strafan drohung²² auch die Augen zu. Damit war es aber nach dem richtungweisenden Urteil des BVerwG²³ aus 1983 vorbei: Danach war Psychotherapie ja eindeutig Heilkunde, sie bedurfte also – nach vorangehender „Überprüfung“ der Kenntnisse und Fähigkeiten des Antragstellers²⁴ – der Erlaubnis. Die eigentliche Bedeutung des Urteils liegt allerdings nicht in dieser Feststellung, sondern in der gleichzeitig vorgenommenen Privilegierung von Diplom-Psychologen mit therapeutischer Zusatzausbildung: Bei denen müsse sich die Überprüfung nämlich auf die bei Durchführung von Psychotherapie erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten beschränken. Dies sei in Anpassung des HPG an die heutigen Gegebenheiten (Verhältnismäßigkeitsgebot des Art. 12 GG) „dringend geboten, so lange nicht der Gesetzgeber spezielle Berufszulassungsregeln für diese Berufsgruppe schafft“(!).

Neben viel Zuspruch bei den Betroffenen stieß das Urteil in der Literatur teilweise auf Kritik (Skizzierung eines neuen Berufsbildes „unter Niveau“, Präjudizierung der Übergangsbestimmungen eines zukünftigen Gesetzes). Das BVerfG²⁵ hat es allerdings mehrfach bestätigt. Spätere Entscheidungen übertrugen die Privilegierung von Diplom-Psychologen dann sogar auf Diplom-Soziologen mit psychotherapeutischer „Fort“bildung²⁶ bzw. auf Diplom-Pädagogen mit Prüfung im Fach Psychologie.²⁷ Von den für die Klärung dankbaren Gesundheitsbehörden wurde die Rechtsprechung jedenfalls zügig in die Verwaltungsvorschriften der Länder übernommen, wobei man es hinsichtlich der erforderlichen psychotherapeutischen Zusatzausbildung meist – rühmliche Ausnahme: NRW – nicht allzu genau nahm. Überwiegend wird die Erlaubnis heutzutage „nach Aktenlage“, also ohne jedes Überprüfungsgespräch erteilt. Wobei in Niedersachsen²⁸ im Extremfall sogar schon die Belegung (!) des Fachs angewandte Psychologie, nachgewiesen durch das Studienbuch, ausreicht. Das PsychThG hat übrigens an der Rechtslage grundsätzlich nichts geändert.²⁹ Immerhin hat sich

für den betroffenen Personenkreis aber das Problem der *Tätigkeitsbezeichnung* verschärft, weil die Begriffe „Psychotherapeut“ und „psychotherapeutisch“ jetzt gesetzlich geschützt sind. Allenfalls dürfte noch zulässig sein: „Heilpraktiker, Psychotherapie“ bzw. „Diplom-Psychologe, Psychotherapie“.

Wie immer man auch zu dieser Entwicklung stehen mag: Sie war, insbesondere das Urteil des BVerwG aus 1983, der **2. Wegbereiter des PsychThG**. Sozialrechtlich brachte die quasi-berufsrechtliche Fortentwicklung den nicht-ärztlichen Psychotherapeuten allerdings erst einmal gar nichts. Denn schon 1979 hatte das BSG in markigen Worten³⁰ entschieden, dass die Heilpraktiker zu recht von der GKV ausgeschlossen seien; das gelte auch für die selbständige Erbringung psychotherapeutischer Leistungen. Das Gericht verwirft alle denkbaren verfassungsrechtlichen Einwendungen und hält mit Entschiedenheit am tradierten Leitbild des Arztvorbehaltes fest, vorbehaltlich „möglicher Rechtsänderungen durch das in Vorbereitung befindliche Psychotherapeutengesetz“ (schon 1979!). Vom BVerfG wurde das in der Folge auch mehrfach bestätigt.³¹ Im Laufe der Zeit gewann die eingeschränkte Erlaubnis dann aber auch *leistungsrechtlich* große Bedeutung und zwar im Zusammenhang mit der sog. Erstattungspsychotherapie.

III. Insbesondere als „Erstattungspsychotherapeut“

Den Weg dahin hatten – vermeintlich – zwei BSG-Urteile aus 1979/81 gebahnt.³² Sie hatten nämlich einen Kostenerstattungsanspruch der Patienten direkt gegen ihre Krankenkasse bejaht, wenn diese nicht über die Möglichkeiten des Delegationsverfahrens aufgeklärt hatte bzw. keine freien Plätze bei „zugelassenen“ Behandlern nennen konnte (Kostenerstattung in Einzelfällen, § 13 Abs. 3 SGB V). Als sich diese „Einzelfälle“ dann aber häuften, sahen sich die Kassen gezwungen, Ordnung ins System zu bringen. Denn mittlerweile machte jede ihrer Bezirksstellen was sie wollte, um dem Druck der Versicherten wegen

unzumutbar langer Wartezeiten bei ärztlichen oder Delegations-Psychotherapeuten auszuweichen. Also trafen sich die Interessen der Verbände und die der Kassen im Abschluss von Verträgen: Die Verbandsmitglieder kamen so an GKV-Patienten heran. Und die Krankenkassen konnten wenigstens Mindestanforderungen an die Qualifikation der Behandler stellen, zugleich ihre Versicherten bedienen und sich – nicht zuletzt – gegenüber ihren Konkurrenten profilieren.

Wie vielen noch gewärtig sein wird, handelte es sich um die schon 1983 initiierte *TK-Regelung* des BDP und um die *Empfehlungsvereinbarung IKK/BKK* des DPTV aus dem Jahre 1995. Beide Vertragswerke etablierten unter dem Begriff der „Er-

22 Gemäß § 5 HPG wird die Ausübung der Heilkunde ohne ärztliche Approbation bzw. ohne Erlaubnis mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

23 Siehe B I.2 und Fn. 9.

24 § 2 lit. i der 1. Durchführungs-VO zum HPG. Eine Prüfung der Qualifikation ist damit nicht verbunden. Die Überprüfung dient allein der Gefahrenabwehr („keine Gefahr für die Volksgesundheit“).

25 Beschlüsse vom 10.05.1988, BVerfG E 78, 179, 194.

26 BVerfG, nicht veröffentlichter Beschluss vom 24.10.1994 (1 BvR 1016/89), S. 8.

27 BVerwG, Urteil vom 21.01.1993, BVerwGE 91, 356.

28 Runderlass des Sozialministeriums vom 22.02.1995 (Nds. MBl. S. 375).

29 Nach Horn: Psychotherapie auf der Grundlage des HPG, MedR 2002, 388, 390, gehört das „Obstpfücker-Privileg“ allerdings spätestens jetzt abgeschafft.

30 BSG, Urteil vom 01.03.1979, NJW 1979, 2363 ff. Zur näheren Begründung ihrer Entscheidung zitieren die Richter aus dem RVO-Entwurf von 1910(!): Die Beschränkung der Behandlung auf approbierte Ärzte solle „eine tunlichst rasche und sichere Heilung für die Versicherten gewährleisten“. Gewiss sei es nicht ausgeschlossen, dass auch „geschickte“ Nichtärzte „unter Umständen“ „gelegentliche“ Heilerfolge erzielen; eine Gewähr hierfür böten sie in ihrem nachgewiesenen Können jedoch nicht (auch insoweit bestätigt vom BVerfG, s. Fn. 31).

31 BVerfG, Beschluss vom 10.05.1988, NJW 1988, 2292 (Heilpraktikerin hatte vergeblich eine Zulassung beantragt); Beschluss vom 15.12.1997, NJW 1998, 1775 (Patient hatte vergeblich Rechnungen eines Heilpraktikers bei seiner Krankenkasse eingereicht).

32 BSG, Urteile vom 28.11.1979 und 18.02.1981, Urteilssammlung für die gesetzliche Krankenversicherung – USK 79220 bzw. 8123.

stattungspsychotherapie“ faktisch eine zweite Versorgungsebene, auf der so ziemlich alles unterlaufen wurde, was dem „Imperium“ (KBV, KVen, Richtlinienverbände mit ihren von der KBV anerkannten Ausbildungsinstituten) heilig war. Folgerichtig zog die KBV vor das Sozialgericht und gewann dort auch^{33, 34}. Ebenso in der Berufungsinstanz: Mit Urteilen des *LSG NRW* vom 23.10.1996 wurde die TK verurteilt, es zu unterlassen, Leistungen nach ihrer mit dem BDP vereinbarten Regelung zu erbringen; IKK/BKK wurden zur Rücknahme der Empfehlungsvereinbarung gegenüber den ihnen angeschlossenen Krankenkassen verurteilt.³⁵ Der Senat ließ dabei offen, ob die von den Krankenkassen behauptete Unterversorgung mit Psychotherapie im Bereich der GKV tatsächlich bestehe. Das sei nämlich unerheblich, denn jedenfalls verletzen beide Vertragswerke unter dem „Deckmantel“ des § 13 Abs. 3 SGB V den *Sicherstellungsauftrag der KVen*

■ durch Etablierung eines eigenständigen Versorgungssystems („geregelt“ Ko-

stenerstattung mit Behandlerstempeln, Behandlernummern, Vordrucken usw.), ■ unter Verstoß gegen grundlegende Normen des Kassenarztrechts: (Verletzung des Sachleistungsprinzips, Verzicht auf Einzelfallprüfung, Ausweitung der Behandlungsformen, Aufweichung der Qualifikation der Leistungserbringer, eigenständiges Gutachterverfahren usw.).

Am Ende formuliert der Senat in seinen Urteilen, in Anlehnung an das berühmte Bonmot von Karl Krauss zur Psychoanalyse sehr hübsch, dass die Regelungen im Ergebnis die Richtlinien-Therapie austrockneten und auf diese Weise die Unterversorgung produzierten, die sie zu bekämpfen vorgäben.

Zu einer Entscheidung der von den Kassen (verbänden) natürlich eingelegten *Revision* kam es nicht mehr, weil damals das Psychotherapeutengesetz schon absehbar war. Da sich die Problematik mit ihm kurz über lang erledigt haben würde, beschränkten sich die Parteien im Rahmen eines flän-

kierend eingeleiteten Eilverfahrens auf Aufhebung der sofortigen Vollstreckbarkeit der Urteile (die Revision hatte keine aufschiebende Wirkung!) am 22.05.1997 auf Vorschlag des BSG³⁶ vielmehr darauf, einen Vollstreckungsvergleich zu schließen, wonach einstweilen nach den bisherigen vertraglichen Regelungen – wenn auch unter schwerwiegenden Einschränkungen – weiter behandelt werden konnte. Das Schlimmste für die Erstattungspsychotherapeuten und ihre Patienten war damit zunächst einmal abgewendet.

Rückblickend lässt sich sagen, dass die von der KBV eingeleiteten Verfahren entscheidend dazu beigetragen haben, dass es bereits zwei Jahre nach den Urteilen des

33 SG Köln, Urteil vom 07.03.1990 (S 19 Ka 28/88) in Sachen TK;

34 SG Köln, Urteil vom 10.01.1996 (S 19 Ka 4/95) in Sachen IKK/BKK.

35 LSG Köln, Urteile vom 23.10.1996 (L 11 Ka 19/95 und L 11 Ka 51/96).

36 BSG, Az. 6 RKa 15/97.



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

Weiterbildungsserie für Psychotherapeuten Behandlung von Psychotraumastörungen

Möglichkeit zum Erwerb der Zusatzqualifikation
„Spezielle Psychotraumatheorie DeGPT“

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

weitere Informationen

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

AVT GmbH Köln Marzellenstraße 2-8 50667 Köln

Tel.: 0221-4248570

Fax: 0221-4248571

info@avt-koeln.org

www.avt-koeln.org

LSG NRW zum Psychotherapeutengesetz kam. Der Druck auf die Politik war jetzt einfach zu groß geworden, zumal die sich in ihrer Existenz bedroht fühlenden Psychologen nun auch begonnen hatten, auf die Straße zu gehen.³⁷ Denn die Erstattungspsychotherapie war auf Grund der Urteile – regional und je nach Kassenart in unterschiedlichem Ausmaß – mittlerweile vehement eingebrochen. Und als die Krankenkassen dann auch noch verpflichtet wurden, die Abrechnung der Erstattungsfälle ab 1997 aus Gründen der „Transparenz“ über separate Konten vorzunehmen, fuhren viele Kassen das Verfahren sogar gänzlich auf null zurück. Letztlich erwies sich die Erstattungspsychotherapie mit den von ihr verursachten Sozialgerichtsverfahren jedenfalls als (m.E. entscheidender) **3. Wegbereiter des PsychThG.**

IV. Die – fast – unendliche Geschichte des „PsychThG“

1. Schon 1978 gab es aus dem BMG einen ersten, auf das Berufsrecht beschränkten Gesetzentwurf auf *Referentenebene*. Dort blieb er aber stecken, weil die Profession seinerzeit dermaßen unter sich zerstritten war, dass die sozialliberale Koalition das eigentlich sowieso ungeliebte Kind schnell wieder fallen ließ. Danach tat sich erstmal lange Zeit gar nichts. Bis die damalige Gesundheitsministerin Lehr bei Meyer, Richter et al. ein „Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes“ in Auftrag gab. Das 300 Seiten starke Werk stellte 1991 eine erhebliche Unter- bzw. Fehlversorgung bei Psychotherapie fest und empfahl die Schaffung eines neuen Heilberufs („Fachpsychologe für Psychotherapie“).

2. Dementsprechend brachte 1993 die Bundesregierung einen neuen Gesetzentwurf ein, der neben der *berufsrechtlichen* auch eine *sozialrechtliche* Regelung beinhaltete.³⁸ Der im späteren Verlauf durch den Gesundheitsausschuss³⁹ erheblich modifizierte Entwurf entsprach in seinem berufsrechtlichen Teil im wesentlichen den heutigen Bestimmungen und stellte sozialrechtlich schon damals auf den Nachweis der Fachkunde in einem Richtlinienverfahren ab.⁴⁰ Darüber hinaus sah er al-

erdings (weitere?) schlimme Sachen vor: Zulassung durch die Verbände der Krankenkassen, Konsiliarbericht eines ärztlichen Psychotherapeuten (!), Abrechnung mit Verrechnungsstellen der Krankenkassen, 25 %-ige Zuzahlung seitens der Patienten. Wäre dieser Entwurf Gesetz geworden, hätte das die Wiedereinführung des Delegationsverfahrens durch die Hintertür bedeutet, überdies eine Abkoppelung der PP/KJP von den geltenden Zulassungs- und Vergütungssystemen der Gemeinsamen bzw. ärztlichen Selbstverwaltung und letztlich eine Aufspaltung der Psychotherapie in eine ärztliche einerseits und in eine psychologische andererseits. Verhindert hat das alles 1994 der damals SPD-beherrschte Bundesrat, der den Entwurf nach verboglicher Einschaltung des Vermittlungsausschusses⁴¹ ablehnte. Hauptsächlicher Streitpunkt war offiziell die Zuzahlungsregelung, selbst 10 Prozent waren schließlich nicht mehr konsensfähig.⁴² Wie auch immer, im Endeffekt ist uns hier jedenfalls einiges erspart geblieben.

3. Letztlich konnte der Gang der Dinge dadurch aber nicht aufgehalten werden, die Sache hatte jetzt ihre eigene Dynamik. Die Gespräche zwischen KBV und Spitzenverbänden der Krankenkassen wurden intensiviert, ebenso im von den Verbänden der AGR (Arbeitsgemeinschaft der Richtlinienverbände) und der AGPT (Arbeitsgemeinschaft Psychotherapie, deren Verbände überwiegend Erstattungspsychotherapeuten vertraten) gebildeten „Gesprächskreis Psychotherapeutengesetz“. Jeder Verband, der auf sich hielt, entwickelte darüber hinaus seine eigenen Vorstellungen, ein „Modell“ jagte das andere.⁴³

4. Aber auch in der *Ärztenschaft* blieb man nicht untätig. Schon im *Herbst 1993* hatte Dr. Hess, damals Hauptgeschäftsführer der KBV, erste Vorschläge zur *Integration* der nicht-ärztlichen Psychotherapeuten in das System der kassenärztlichen Versorgung unterbreitet. „Planungsgespräche“ zwischen der KBV und Vertretern der sog. Richtlinien-Verbände (Bell, Berger, Bruckmayer für die DGPT, Mehring, später Weidhaas für die Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten) führten in der Folge zur Gründung eines KBV-Arbeitskreises „Psy-

chotherapie“, in dem die Pläne vertieft wurden. Parallel dazu führte der Gesprächskreis „Spitzengespräche“ mit den Verbänden der Krankenkassen, die aus Kostengründen die Einbeziehung der Erstattungspsychotherapeuten bislang überwiegend abgelehnt hatten.

Nachdem der KBV-Arbeitskreis politisch grünes Licht für ein *Integrationsmodell (IM)* gegeben hatte, nahmen dann im *Oktober 1995* vorübergehend die Juristen das Heft in die Hand. Wir (Gerlach – VAKJP, Pulverich – BDP und Schildt – DGPT) trafen uns mit Hess in Bonn, wo dieser uns auf die Grundzüge des Modells einschwor. Danach passten wir in umfangreicher und langwieriger Korrespondenz Paragraph für Paragraph das SGB V an das Integrationsmodell an, bis Hess das fertige Werk schließlich beim BMG einspeisen konnte.

5. Naturgemäß stießen diese Vorstellungen sowohl bei der AGPT als auch bei vielen Ärzten auf heftigsten Widerstand, wobei die Übergangsbestimmungen für eine Zulassung von Anfang an im Zentrum der Kritik standen; den einen gingen sie nicht weit genug, den anderen zu weit. Aber glücklicherweise sorgt dann ja manchmal ein Außenfeind für Einigungsdruck, hier in Person der *SPD-Fraktion*.

37 Demos vom 25.01.1997 in Berlin mit 1.000-2.000 Teilnehmern (organisiert vom VPP/BDP) und vom 14.05.1997 in Bonn mit 3.000-5.000 Teilnehmern (veranstaltet von der AGPT).

38 BT-Drucksache 12/5890 vom 13.10.1993.

39 BT-Drucksache 12/6811.

40 Gemäß § 134a SGB V sollte die Zulassung als Kassenpsychotherapeut erhalten, wer neben der Approbation eine theoretische Ausbildung und hinreichende praktische Erfahrungen in Richtlinienverfahren nachweist.

41 BT-Drucksache 12/7730.

42 Beschluss des Bundesrats vom 10.06.1994. Bundesminister Seehofer hatte der SPD im letzten Moment sogar noch angeboten, es bei einer *fakultativen* Zuzahlung zu belassen!

43 „Kooperationsmodell“ der DGPT (ähnlich DVT), „Fusionsmodell“ des BDP, „Abteilungsmodell“ von Kommer et al., „Rabattmodell“ des DPTV (eine reine Verzweilungstät, die unsere Ansprüche auf angemessene Vergütung und unsere bereits laufenden Nachvergütungsprozesse konkurrenzieren. Original-Ton KBV: „Offensichtlich noch Luft drin!“).

Deren Gesetzentwurf von *Januar 1996* sah nämlich aus ärztlicher Sicht Ungeheuerliches vor: Innerhalb der KVen und der KBV sollten jeweils vier Sektionen gebildet werden: Haus-, Fach-, Zahnärzte und Psychotherapeuten (ärztliche und psychologische!), mit eigenem Sicherstellungsauftrag und mit eigenem Verhandlungsmandat bezüglich der mit den Kassen zu vereinbarenden Gesamtverträge und -vergütung, wobei die Vorstände der KVen/KBV durch Vertreter der jeweiligen Sektionen ersetzt werden sollten. Dieses „Sektionsmodell“ implizierte aus Sicht der Funktionäre eine fatale Schwächung des bisherigen zentralen KV-Systems, von der – ärztlicherseits – unerwünschten Abspaltung der ärztlichen Psychotherapeuten von ihren somatischen Kollegen einmal ganz abgesehen. Und Rettung von der Regierungskoalition war nicht in Sicht. Im Gegenteil, Seehofer drohte bereits, seinen 1993 gescheiterten Entwurf, der den größten Teil der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in den Einflussbereich der Krankenkassen verbracht hätte, erneut einzubringen.

Spätestens jetzt war der Ärzteschaft klar, was die Stunde geschlagen hatte. Um das Schlimmste zu verhüten, musste man sich in Richtung „drittschlechteste“ Lösung bewegen. Folgerichtig segnete der (einflussreiche) Länderrat der KBV im *Februar 1996* die Integration im Prinzip ab, allerdings unter Einforderung weitgehender Restriktionen: Kein Minderheitenschutz für die PP/KJP in den Vertreterversammlungen, Richtlinienqualifikation als Zulassungsvoraussetzung, keine Übergangsbestimmungen zu Gunsten der Erstattungspsychotherapeuten (statt dessen „Äquivalenzregelung“, was im Klartext „Nachqualifizierungserfordernis“ bedeutete). Die im *Juni 1996* folgende Vertreterversammlung der KBV stimmte dem in einer denkwürdigen

Sitzung, nach vielen kontroversen Beiträgen und fast beschwörenden Interventionen Dr. Schorres (damaliger Vorsitzender der KBV) sowie einem zurückhaltenden Schlusswort⁴⁴ des als Repräsentanten der zukünftigen Kollegen eingeladenen J. Weidhaas, schließlich zu (52 : 40 : 4).

Mit den seitens der Ärzteschaft jetzt geforderten Restriktionen war das Fass allerdings nun auch für den *BDP* übergelaufen. Nach schweren innerverbandlichen Auseinandersetzungen⁴⁵ kam es zum Schulterschluss zwischen ihm und dem *DPTV*, dessen Vorsitzender Schwarz Minister Seehofer am *21.10.1996* die endgültige Ablehnung des Integrationsmodells durch die AGPT mitteilte.⁴⁶ Mit ausschlaggebend dafür war auch, dass die AGR in Abstimmung mit KBV, BMG und den ärztlichen Psychotherapeutenverbänden mittlerweile an einem umfangreichen Empfehlungspapier zur sozialrechtlichen Zulassung und zur geregelten Nachqualifikation in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie bzw. Verhaltenstherapie saß, das für die AGPT nicht tragbar war.⁴⁷ Wenig später kündigte die AGPT der AGR ihre weitere Mitarbeit im Gesprächskreis auf.⁴⁸

6. Gegen den Widerstand der AGPT hielt Seehofer, der auf die „Koalition der Konsensfähigen“ setzte (wie er den Verbund aus BMG-Referenten, KBV-Vorstand und AGR-Verbänden nannte), am Integrationsmodell fest und brachte im *Juni 1997* einen *neuen Regierungsentwurf* – den letzten und maßgeblichen, auf dem dann alles Spätere beruht – in den Bundestag ein.⁴⁹ Von der „Kassenlastigkeit“ des 1993er Entwurfs war jetzt nichts mehr zu spüren, man bewegte sich nun wieder in den vertrauten Strukturen der ärztlichen bzw. Gemeinsamen Selbstverwaltung. Eine – bedarfsunabhängige (ab 01.01.1999 griff ja

die Bedarfsplanung) – Zulassung sollten in Anlehnung an die AGR-Empfehlung auch diejenigen erhalten, die nach den Übergangsbestimmungen des § 12 PsychThG approbiert waren, die dort geforderten theoretischen und praktischen Ausbildungsnachweise in Richtlinienverfahren erfüllten und bis zum 31.03.1999 einen Zu-

44 Zur Verblüffung der eher an harte Bandagen gewöhnten Ärztesfunktionäre verzichtete J. Weidhaas auf ein inhaltliches Statement, „im Respekt vor dem demokratischen Gremium der „KBV“ und im Vertrauen auf deren richtige Entscheidung.

45 Der Vorstand der „Sektion Psychologische Psychotherapeuten im BDP“ (VPP) hatte bis dato eine AGR/KBV-nahe Politik vertreten. Die damit verbundene Tolerierung relativ enger Übergangsbestimmungen führte zu nahezu 1.000 Austritten aus der Sektion. Auf Druck des AGPT-nahen Präsidiums des BDP erklärte der Sektionsvorstand daraufhin seinen Rücktritt.

46 Tragik der Ereignisse (man beachte das Datum): 2 Tage später, am 23.10.1996, brach das LSG NRW der Empfehlungsvereinbarung BKK/IKK und der TK-Regelung das Genick! (siehe Text unter B III).

47 Nach der Anfang 1997 fertig gestellten gemeinsamen Empfehlung von AGR, KBV sowie den ärztlichen Psychotherapeutenverbänden sollten Delegationspsychotherapeuten sowie PP/KJP mit umfangreicher Erfahrung in Richtlinien-Verfahren die unmittelbare Zulassung erhalten. Bei Nachweis wenigstens einer „Sockelqualifikation“ sollte eine von den Richtlinien-Instituten und -Fachgesellschaften organisierte curriculare „Nach-/Ergänzungsqualifizierung“ mit supervidierten Behandlungsstunden in einem „erweiterten Beauftragungsverfahren“ zur Zulassung führen.

48 Sitzung des Gesprächskreises vom 06.12.1996 in München. Die AGPT warf der AGR vor, eine closed shop-Politik zu betreiben und sich Pfründe erschließen zu wollen (Nachqualifikation!). Interessanterweise beschloss man aber gleichzeitig, zukünftig zwar getrennt, jedoch am selben Ort und zur selben Zeit tagen zu wollen.

49 BT-Drucksache 13/8035 vom 24.06.1997.

Gruppenanalyse

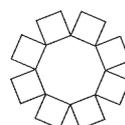
nach S. H. Foulkes

Kurs: Gruppenleitung in der Psychotherapie
(Laufzeit: 2 1/2 Jahre)

Gruppenprozesse in Klinik und Praxis –
Workshop zur Leitung psychotherapeutischer Gruppen

Selbsterfahrung in Blockveranstaltungen

Information und Prospekte:



**Institut für Therapeutische
und
Angewandte Gruppenanalyse**

Spiekerhof 5, 48143 Münster
Telefon 02 51 / 27 4799, Telefax 02 51 / 982 99 24
info.fgm@gruppenanalyse-muenster.de
www.gruppenanalyse-muenster.de

lassungsantrag gestellt hatten. Hilfsweise sollte bis zu diesem Zeitpunkt auch ein Antrag auf Nachqualifikation gestellt werden können, der zunächst zu einer bis Ende 2003 befristeten Ermächtigung – mit anschließender Umwandlung in eine Zulassung – führte.⁵⁰

Getrennt von diesem Entwurf – aber zeitgleich – brachte Seehofer gegen heftigen Widerstand insbesondere der AGR-Verbände das *neunte SGB V-Änderungsgesetz* ein. Danach sollten erwachsene Patienten „zur Stärkung ihrer Eigenverantwortung“ grundsätzlich 25 % des (eigentlichen) Kassenhonorars aus eigener Tasche an den Therapeuten zahlen.⁵¹

7. Obwohl der neue Entwurf der Bundesregierung grundsätzlich auf Richtlinien-Niveau abstellte und den übergangsweisen Zugang zur GKV befristete, ging dies der KBV-Basis noch zu weit. In einer eigens für den 20.09.1997 zum Thema „Psychotherapeutengesetz“ nach Düsseldorf einberufenen a.o. *Vertreterversammlung der KBV* stand immer noch das Gespenst einer Überflutung der KVen mit 15.000 neuen nichtärztlichen Leistungserbringern und einer nicht beherrschbaren Kostenexplosion im Raum – und vor „Italisierung der ärztlichen Selbstverwaltung“ wurde gewarnt. Trotz beschwörender Statements des Vorstands, eine Ablehnung des IM bedeute „politischen Selbstmord“, sprach sich die Vertreterversammlung nach heftigen Debatten diesmal mit 50 : 42 : 2 Stimmen gegen das Integrationsmodell aus.

Das konnte den Zug allerdings nicht mehr aufhalten. Am 02.10.1997 kam es im BMG zum show down, unter Beteiligung aller relevanten Kräfte (Gesundheitspolitiker der Fraktionen, KBV-Führung, Vertreter der Krankenkassen, ärztliche Psychotherapeutenverbände, AGR – und auch AGPT mit DPTV und neuer VPP-Führung!). Seehofer machte deutlich, dass am Integrationsmodell unbeirrt festgehalten werde, war allerdings gegenüber der Ärzteschaft zu einer letzten Konzession bereit: In Verschärfung der vorgesehenen Übergangsbestimmungen sollte Zugang zur Nachqualifikation nur haben, wer eine „Sockelqualifikation“ erfüllte⁵²; außerdem wurde die Repräsentation der zukünftigen PP/

KJP in den KVen und in der KBV auf 10 % der Sitze der Vertreterversammlungen beschränkt. Ausgehandelt werden konnte schließlich, für alle (etwas) erfreulich, eine Herabsetzung der Zuzahlung auf 10 DM pro Sitzung. Allein, bei diesen Verschärfungen blieb es nicht. Zur Überraschung aller wurde nämlich auf Empfehlung des Gesundheitsausschusses in letzter Minute die Antragsfrist auf den 31.12.1998 verkürzt und obendrein die bedarfsunabhängige Zulassung davon abhängig gemacht, dass man in der Zeit vom 25.06.1994 bis 24.06.1997 (Tag der ersten Lesung des Gesetzes im Bundestag) bereits an der GKV-Versorgung „teilgenommen“ hatte.⁵³ Dieses „Zeitfenster“ brachte jetzt allerdings viele – auch etliche Delegationspsychotherapeuten und Kandidaten an den Ausbildungsinstituten – in echte Bedrängnis.⁵⁴ Verbandsseitig reagieren konnte man darauf nicht mehr, denn zwei Tage später bereits, am 27.11.1997, passieren der Gesetzentwurf wie auch das Zuzahlungsgesetz in zweiter und dritter Lesung den Bundestag, gegen die Stimmen der SPD.

Am 19.12.1997 lehnt der *Bundesrat* zwar beide Gesetze ab und ruft den *Vermittlungsausschuss* an. Dort hat allerdings die CDU/FDP-Koalition wieder die Mehrheit, so dass sich die SPD mit ihrer Forderung nach Streichung des Zeitfensters und der Zuzahlungsregelung nicht durchsetzen kann. Immerhin einigt sich der Ausschuss darauf, im *Berufsrecht* die Behandlungsberechtigung von KJPlern auf Patienten bis zum 21. Lebensjahr zu erweitern und den Konsultationsvorbehalt in § 1 in Richtung Konsilium abzuschwächen („somatische Abklärung“). Und *sozialrechtlich* wird Psychotherapie nicht mehr als „Teil der ärztlichen Behandlung“ vereinnahmt.⁵⁵

Der Bundestag billigt das im Vermittlungsausschuss gefundene Ergebnis in seiner Sitzung vom 12.02.1998, der Bundesrat folgt am 06.03.1998. **Habemus legem!**

Das „Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze“ wird am 16.06.1998 verkündet⁵⁶ und tritt nach Jahr-

zehnten des Kampfes auf – wie gesehen – allen Ebenen zum 01.01.1999 in Kraft.

50 Die Antragsfrist (31.03.1999) sollte den Sorgen der Ärzteschaft vor „Überschwemmung“ Rechnung tragen. Sie entsprach derjenigen für Ärzte und Zahnärzte bei Einführung der Bedarfsplanung durch das GSG (vgl. dessen Art. 33 § 3 Abs. 1).

51 § 28a des 9. SGB V-ÄndG vom 24.06.1997, BT-Drucksache 13/8039. Grund für die getrennte Einbringung beider Gesetzentwürfe: Anders als das „PsychThG“ bedurfte die Zuzahlungsregelung keiner Zustimmung durch den SPD-beherrschten Bundesrat; dessen zu erwartender Einspruch konnte also mit der „Kanzlermehrheit“ des Bundestages überstimmt werden.

52 500 dokumentierte Behandlungsstunden in Richtlinien-Verfahren oder 250 Stunden unter Supervision.

53 Beschlussempfehlung des Gesundheitsausschusses vom 25.11.1997, BT-Drucksache 13/9212. Die Zeitfenster-Regelung wurde von der Politik im Hinblick auf die ab 01.01. 1999 im Zuge der Bedarfsplanung drohenden Zulassungsbeschränkungen seinerzeit als Akt „zur Vermeidung unnötiger Härten“ verkauft, die von ihr Betroffenen sehen das naturgemäß ganz anders. Der juristisch unscharfe „Teilnahmebegriff“ erwies sich darüber hinaus als wahre Arbeitsbeschaffungsmaßnahme für die Anwaltschaft. Nach jahrelangen Instanzenzügen definierte das BSG (Urteil vom 08.11.2000 – B 6 KA 52/00 = BSGE 87, 158 ff.) die Anforderungen verbindlich: 11,6 Behandlungsstunden pro Woche ein halbes Jahr lang bzw. 15 Wochenstunden im letzten Quartal des Zeitraumes. Das BVerfG (Beschluss v. 01.08.2003 – 1 BvR 1508/03) billigte die Regelung mehrfach, sowohl vom Grundsatz als auch von ihrer Ausgestaltung durch das BSG her.

54 Z.B. niederlassungswillige Angestellte, Beamte, Hochschullehrer, familiär stark Beanspruchte, in Aus- und Weiterbildung Engagierte (Lehranalytiker, Supervisoren) u.a.

55 § 28 SGB V lautet nun: „Die psychotherapeutische Behandlung einer Krankheit wird durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeuten) ... sowie durch Vertragsärzte ... durchgeführt.“ Damit hat der Gesetzgeber eine in mehrfacher Hinsicht problematische Legaldefinition – auch wenn sie auf das Leistungsrecht beschränkt ist – vorgenommen. Die Existenz der *ärztlichen* Psychotherapeuten sowie ihr Versorgungsauftrag (und -beitrag) werden mit ihr nämlich negiert. Und wie die später in vielen Bundesländern etablierten „*Psychotherapeutenkammern*“ zeigen, blieb die falsche Bezeichnung – vorhersehbar – auch für das Berufsrecht nicht ohne Folgen.

56 Bundesgesetzblatt 1998 Teil I S. 1311 ff.

8. Und was war nun mit der *Zuzahlung* der erwachsenen Patienten von 10 DM pro Sitzung? Die SPD hatte den gegen den Selbstbehalt kämpfenden Verbänden im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens versprochen, ihn gleich wieder abzuschaffen, wenn man im Herbst 1998 die Bundestagswahlen gewinne. Und so kam es dann ja auch: Das 9. SGB V-Änderungsgesetz war damit vom Tisch, bevor die Zuzahlungsregelung am 01.01.1999 überhaupt in Kraft treten konnte.⁵⁷ Ein schönes Beispiel dafür, dass Politiker ihre Versprechen manchmal auch halten!

C. Resümee und Ausblick

Mit diesem Beitrag sollte der Versuch einer „Wegbeschreibung“ unternommen werden. Eine ausführliche Würdigung des Gesetzes und seiner Folgen im Sinne einer kritischen Bestandsaufnahme hätte den vorgegebenen Rahmen gesprengt, muss demnach – soweit noch nicht erfolgt⁵⁸ – späteren Betrachtungen vorbehalten bleiben. Ein kurzer Blick darauf, wie es denn nun acht Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes um die Integration der beiden neuen Heilberufe in die vertragsärztliche Versorgung bestellt ist, sei jedoch gestattet.

Auch wenn es wie ein ärztliches Bulletin aus Eriwan klingt: Sie scheint mir im Prinzip, den Umständen entsprechend, gelungen. Wer auf Antrieb und in Kürze mehr erwartet hat, sollte sich klarmachen, dass die Einbindung einer neuen nichtärztlichen Berufsgruppe, die nach ihrem Berufsrecht selbständig Patienten behandeln darf, in die vorhandenen Strukturen der vertragsärztlichen Versorgung ohne Beispiel ist und eine kleine Revolution darstellt. Erst recht in einer Zeit, in der die Ressourcen knapp geworden sind und der Verteilungskampf immer härter wird. Und es war eben – wie gesehen – für die Ärzte und einen Großteil der PP/KJP von Anfang an auch keine Liebesheirat, sondern eine mehr oder weniger erzwungene Zweckgemeinschaft. Wobei die Unterstützung des Gesetzesvorhabens durch berufspolitisch engagierte ärztliche Psychotherapeuten, insbesondere aus den „gemischten“ Verbänden, von nicht zu unterschätzender

Bedeutung war und hier deshalb auch noch einmal hervorgehoben werden soll.

Formal spiegelt sich die fortschreitende Integration zunächst in den Zulassungszahlen wider. 1998, vor Inkrafttreten des PsychThG, gab es rund 6.700 Delegationspsychotherapeuten, davon 1.300 KJP. Demgegenüber zählte man 1999, im Jahre 2001 der Integration, 10.500 (1.500) PP/KJP. Ende 2005 war diese Zahl auf 15.200 (2.600) angewachsen; zum gleichen Zeitpunkt gab es rund 4.000 ausschließlich oder überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte. Diese Zahlen machen zum einen deutlich, dass die im Vorfeld des Gesetzes teilweise festzustellende Panikmache (Überschwemmung mit 15.000 *zusätzlichen* Abrechnern!) unrechtmäßig war. Sie zeigen zum anderen, dass die ambulante psychotherapeutische Versorgung heute überwiegend in den Händen der PP/KJP liegt. Und dass die Regelung in § 80 SGB V, wonach die PP/KJP höchstens 10 % der Mitglieder der Vertreterversammlungen stellen dürfen, den tatsächlichen Verhältnissen – regional unterschiedlich – allmählich nicht mehr gerecht wird (bundesdurchschnittlich liegt der Anteil bei 11,3 %, in Hamburg sogar bei 18 %). Ein Versuch, die Klausel über eine Wahlanfechtungsklage gerichtlich zu kippen, ist erwartungsgemäß gescheitert.⁵⁹ Ob es überhaupt sinnvoll ist, sie – auf politischem Wege – anzugreifen, sollte sorgfältig bedacht werden.⁶⁰

Auch *organisationsrechtlich* schreitet die Integration langsam aber stetig voran. Die paritätische Besetzung in Zulassungs-, Berufungs- und Fachausschüssen sowie im Gemeinsamen Bundesausschuss bzw. dessen Unterausschuss war schon frühzeitig gewährleistet. Auch in den Gremien der KBV (Ausschuss für Vorstandsangelegenheiten, Finanzausschuss, Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses) sind mit H. Nadolny, J. Doebert und D. Best mittlerweile PP vertreten; J. Weidhaas wurde zum zweiten stellvertretenden Vorsitzenden der KBV-Vertreterversammlung gewählt. Und R. Bittner ist bereits seit längerem Vorstandsmitglied der KV Bayerns. An eine derartige Verankerung der PP/KJP in den Strukturen war vor Jahren nicht im Traum zu denken. Dabei wurde schon

2001 eine große Chance noch leichtfertig vertan: Die Wahl eines „Integrationsbeauftragten“ der PP/KJP in den Vorstand der KBV war damals so gut wie sicher, scheiterte aber letztlich daran, dass sich die beiden berufspolitischen „Zugpferde“ gegenseitig neutralisierten.

Unbeschadet dieser im Grundsatz positiven Entwicklung wird allerdings im berufspolitischen Alltag – vor allem, wenn es um die Finanzen geht – immer wieder deutlich, dass Vorbehalte und Misstrauen in der allgemeinen Ärzteschaft gegenüber den beiden neuen Heilberufen noch nicht völlig ausgeräumt sind. Beispielhaft seien hier nur genannt eine entsprechende Fortentwicklung des EBM, die unselbige Verknüpfung des Vergütungsanspruchs mit einem *quartalsweisen* obligatorischen Bericht an den Hausarzt oder überweisenden Arzt (die bei Erscheinen dieses Beitrags hoffentlich bereits wieder in der Versenkung verschwunden sein wird), die sich immer noch in der Grauzone befindliche Regelung der Praxisgebühr und – nicht zuletzt – die Unfähigkeit oder Unlust

57 Streichung der in § 28a SGB V vorgesehenen Zuzahlungsregelung durch lit. a des Gesetzes zur Stärkung der Solidarität in der GKV (GKV-SolG) vom 19.12.1998, Bundesgesetzblatt 1998 Teil I, S. 3853.

58 Z.B. Schwarz, H.-J. (2000). Das Psychotherapeutengesetz aus Sicht der Psychologischen Psychotherapeuten. *VSSR (Vierteljahresschrift für Sozialrecht)*, 4, S. 291 ff.

59 SG Hamburg, Gerichtsbescheid vom 09.08.2006 – S 27 KA 223/04.

60 Laut Gesundheitsausschuss (Fn. 53) ist die Begrenzung notwendig, weil die PP/KJP zur Sicherung ihrer Repräsentanz in den KVen ihre Delegierten *getrennt* wählen dürfen. Eine Streichung der Klausel würde deshalb *gemeinsame* Wahlen mit den Ärzten und Wegfall des Minderheitenschutzes bedeuten. Das soeben verabschiedete GKV-WVG lässt die Regelung übrigens unberührt.

des Bewertungsausschusses⁶¹, sich endlich einmal dazu durchzuringen, die Rechtsprechung des BSG zur Punktwertstützung 1 : 1 umzusetzen (was übrigens die ärztlichen Psychotherapeuten gleichermaßen betrifft).

Wie man sieht, bleibt hier also noch einiges zu tun. Dabei wird es vor allem darauf ankommen, dass sich die Psychotherapeuten (gleich welchen Vorberufs) nicht auseinanderdividieren lassen und dass man vermeidet, „ärztliche“ und „psychologische“ Psychotherapie gegeneinander zu polarisieren.⁶² Psychotherapie wird von Ärztlichen, Psychologischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erbracht. Dass es insoweit spezifische Aus-

prägungen und auch Interessen gibt, soll gar nicht verleugnet werden. Gemeinsames Anliegen und Ziel aller sollte aber die Verankerung und Sicherung der *Psychotherapie* im Versorgungssystem durch die drei Berufsgruppen sein. In diesem Sinne muss Psychotherapie als „unteilbar“ angesehen werden. *Dann klappt's auch mit der Integration!*

61 Der auf Grund der BSG-Rechtsprechung vom 28.01.2004 modifizierte Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 für den Zeitraum ab 2000 ist vom LSG Schleswig-Holstein (Urteil vom 13.10.2006 – L 4 KA 4/05) und auch vom SG Dresden (Urteile vom 13.12.2006 – S 11KA 795/01

u.a.) seinerseits schon wieder für rechtswidrig erklärt worden. Weitere Entscheidungen, z.B. in Celle, Berlin und Marburg stehen vor der Tür. Das BSG muss hier also erneut ran.

62 Deshalb setzt z.B. die Etablierung eines Ausbildungsgangs „Psychologische Psychotherapie“ in Berlin ein falsches Zeichen, ebenso einige Entschließungsanträge auf dem letztjährigen Deutschen Ärztetag in Magdeburg in ihrer einseitigen Ausrichtung auf eine „ärztliche“ Psychotherapie.

RA Holger Schildt

DGPT e.V.
Johannisbollwerk 20
20459 Hamburg
schildt@dgpt.de

Zur regionalen Struktur der psychotherapeutischen/psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Baden-Württemberg

Michael Reisch^{1,3}, Trudi Raymann^{2,3}, Rüdiger Nübling⁴

1 Familienberatungsstelle Emmendingen

2 Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Stuttgart

3 Ausschuss „Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

4 Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Zusammenfassung: Am Beispiel Baden-Württemberg wird aufbauend auf einer landesweiten Analyse der regionale Versorgungsgrad für psychisch kranke Kinder und Jugendliche in den Kreisen, Regionen und Regierungsbezirken geschätzt. Hierbei werden epidemiologische Daten mit der aktuellen Versorgungssituation in Beziehung gesetzt. Unter der Annahme regionalitätsunabhängiger Prävalenzraten schwankt der Versorgungsgrad zwischen unter 20 % in schlecht versorgten Landkreisen und deutlich über 50 % in den Stadtkreisen. Dies bedeutet, dass im Bereich der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen in einigen Regionen eine dramatische Unterversorgung besteht. Die in der Bedarfsplanung ermittelten Versorgungsgrade in einzelnen Zulassungsbezirken von z.T. mehreren 100 % können nicht bestätigt werden. Das Fehlen einer eigenen Bedarfsplanung für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie trägt offensichtlich zu einer systematischen Unterschätzung des Bedarfs bei. Die Analysemethodik ist auf andere Bundesländer bzw. auf das Bundesgebiet übertragbar.

1. Einleitung

Die Abschätzung des Versorgungsgrades psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Baden-Württemberg auf der Grundlage epidemiologischer und verfügbarer Versorgungsdaten ergab Hinweise auf eine mehr oder weniger große Unterversorgung (Nübling, Reisch & Raymann, 2006). Legt man die – inzwischen auch durch die ersten Ergebnisse des Jugend-Gesundheitssurveys gestützten (Kurth, 2006) – Prävalenzraten zwischen 7 und 20 % zu Grunde (Döpfner et al., 1998; Ihle & Esser, 2002; Ihle, Esser, Schmidt & Blanz, 2000; Barkmann & Schulte-Markwort, 2004; Hurrelmann, Klocke, Melzer & Ravens-Sieberer, 2003; Ravens-Sieberer, Thomas & Erhardt, 2003; Schubert et al., 2004), muss davon ausgegangen werden, dass nur ein Teil der betroffenen Kinder und Jugendlichen – zwischen 4 und 37 % – adäquat versorgt werden kann. Selbst wenn man nur die „behandlungs-

bereiten“ Kinder und Jugendlichen (nach Versorgungsstudien sind dies etwa 15-20 % der Behandlungsbedürftigen; Petermann, 2005) einschließt, ergibt sich ein durch Psychotherapie und psychosoziale Leistungen abgedeckter „Versorgungsgrad“ von etwa 20 bis maximal 75 % (Nübling et al., 2006).

Aktuelle Untersuchungen (z.B. PTK Hessen, 2006a, b) weisen auf ein starkes Stadt-Land-Gefälle zwischen relativ gut versorgten größeren Städten und dem ländlichen Raum hin. Nach Löcherbach et al. (2000) ist dies eine Folge der 1999 auch für die Psychotherapeuten in Kraft getretenen Bedarfsplanung, bei der für die Raumgliederungs- bzw. Kreistypen die Zahl der vorhandenen Psychotherapeuten als Soll-Größe festgelegt wurde, die Soll-Werte also auf der Grundlage „einer unreflektierten Ist-Feststellung“ (S. 251) gebildet wurden. Diese liegen zwischen ca. 2.500 (Kernstädte) und ca. 23.000 (ländliche

Regionen) Einwohner je Psychotherapeut. Eine solche Festlegung bedeutet faktisch die Annahme, dass Kinder und Jugendliche in ländlichen Gebieten hinsichtlich der Auftretenswahrscheinlichkeit von psychischen Erkrankungen etwa um den Faktor 10 weniger betroffen sind als in städtischen Gebieten. Dies ist durch epidemiologische Studien nicht belegbar (vgl. z.B. Schepank, 1987, für die Stadt- und Dilling, Weyerer & Castel, 1984, für die Landbevölkerung). Löcherbach et al. (2000) gehen davon aus, dass die vor In-Kraft-Treten der Bedarfsplanung entstandenen Ungleichgewichte in der Psychotherapeutendichte aufgrund von Marktaspekten zustande gekommen sind, nach der städtische Standorte für die Niederlassung „attraktiver“ waren als ländliche, wobei auch persönliche und familiäre Gesichtspunkte bei der Wahl des Praxisortes eine Rolle spielen.

Unter der Annahme, dass die Prävalenzraten bei Kindern und Jugendlichen im städtischen und im ländlichen Raum vergleichbar sind, schwankt der Versorgungsgrad nach der hier vorgelegten Modellrechnung in den 44 baden-württembergischen Stadt- und Landkreisen zwischen unter 20 % in schlecht versorgten Landkreisen und deutlich über 50 % in den Stadtkreisen. Lediglich in zwei Stadtkreisen belegt die Analyse einen Versorgungsgrad von über 100 %. Dies bedeutet, dass im Bereich der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen eine erhebliche Unterversorgung besteht. Die in der Bedarfsplanung ermittelten z.T. sehr hohen Versorgungsgrade in einzelnen Zulassungs-

bezirken können nicht bestätigt werden. Das Fehlen einer eigenen Bedarfsplanung für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie trägt offensichtlich zu einer systematischen Unterschätzung des Bedarfs bei.

Die in der vorliegenden Arbeit nur auf Baden-Württemberg beschränkte Analyse ist in analoger Form und unter Berücksichtigung der länderspezifischen Besonderheiten auch auf andere Bundesländer oder auch auf das gesamte Bundesgebiet übertragbar. Eine Diskussion darüber wird angeregt.

2. Fragestellung und Methodik

In der im ersten Beitrag¹ vorgelegten Modellrechnung wurde zunächst die Gesamtsituation in Baden-Württemberg betrachtet. Unberücksichtigt blieb dabei, wie sich die regionale Versorgungssituation darstellt. Die vorliegende Arbeit analysiert und vergleicht anhand des verfügbaren Datenmaterials die Situation in den einzelnen Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg.² Für jeden der 44 Kreise wird ausgehend von den dort lebenden Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre und anhand der Prävalenzraten zunächst die Unter- und Obergrenze der Zahl der behandlungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen ermittelt. Dabei wird davon ausgegangen, dass für die relevanten und epidemiologisch ermittelten psychischen Erkrankungen eine psychotherapeutische Behandlung oder zumindest eine Hilfe im Bereich der psychosozialen Versorgung „indiziert“ ist. Eine ausschließliche bzw. primär medikamentöse Behandlung stellt in der Regel keine gute Behandlungsalternative dar.

Ferner wird angenommen, dass bzgl. der Prävalenz keine gravierenden Unterschiede zwischen Kindern und Jugendlichen aus städtischer und ländlicher Bevölkerung bestehen.

In einem zweiten Schritt wird für jeden der Kreise die Anzahl der verfügbaren psychotherapeutischen Behandler ermittelt. Dabei wurden für den Bereich der Psychotherapie im engeren Sinne die Daten der KV-Verzeichnisse der vier ehemaligen Kassenärztlichen Vereinigungen in Baden-Württemberg, das Zahlenmaterial der Mitgliederdatenbank der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg und das Krankenhausverzeichnis des Landes Baden-Württemberg berücksichtigt. Zur Erfassung der Zahl der in den Kreisen im erweiterten Bereich der psychosozialen Versorgung zur Verfügung stehenden Behandler und Versorgungsstrukturen wurden die regionalisierten Befragungsergebnisse der Landesarbeitsgemeinschaft für Erziehungsberatung (Reuser & Chudziak, 2005) sowie die ebenfalls regionalisiert zur Verfügung stehenden Angaben des Statistischen Landesamtes zur teil- und vollstationären Versorgung in der Jugendhilfe (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2005a) und des Krankenhausplans Baden-Württemberg für die stationäre und teilstationäre kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2005b) verwendet.

3. Behandlungsbedarf

Tab. 1 zeigt die Bevölkerungszahlen von Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahren in den Regierungsbezirken Baden-Württembergs sowie die auf der Basis der Epi-

demieologie (1-Jahres-Prävalenz) und der Behandlungsbereitschaft geschätzte Anzahl behandlungsbedürftiger Kinder und Jugendlicher, bezogen auf die jeweilige Unter- und Obergrenze. Letzteres ergibt das geschätzte und von der Versorgung abzudeckende Fallzahlvolumen je Regierungsbezirk. Wie schon ausgeführt (Nübling et al., 2006), sollte wegen des hohen Chronifizierungsrisikos auch aus gesundheitsökonomischen Gründen für die Bedarfsberechnung unbedingt von der Prävalenz ausgegangen und darauf hingearbeitet werden, die Behandlungsbereitschaft psychisch kranker bzw. beeinträchtigter Kinder und Jugendlicher (und ihrer Eltern) zu erhöhen und zudem präventive Angebote auszubauen. Aus diesem Grund wird in Teil 4 die Abschätzung des Versorgungsgrads allein auf der Basis der Epidemiologie berechnet. So ergibt sich z.B. für den Regierungsbezirk Stuttgart ein Behandlungsbedarf für ca. 54.000 bis 154.000 Kinder und Jugendliche.

- 1 Wenn im Folgenden vom „ersten“ Beitrag oder von „Beitrag 1“ gesprochen wird, bezieht sich dies auf die in PTJ 3/2006, S. 246-256 erschienene Arbeit: „Zur psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Baden-Württemberg“ von R. Nübling, M. Reisch und T. Raymann.
- 2 Auf Anregung der Gutachter wurden in den Tabellen 1 sowie 3-6 die Zahlen nur auf der Ebene der Regierungsbezirke dargestellt und auf die ausführlichen, auch Regionen und Kreise einbeziehenden Tabellen v.a. aus Platzgründen und für eine bessere Lesbarkeit verzichtet. In der zentralen Tabelle 7 wird hingegen auch bzgl. Regionen und Kreise differenziert. Alle anderen Tabellen mit den Werten der einzelnen Stadt- und Landkreise sowie der Regionen können auf der Homepage der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (www.lpk-bw.de) eingesehen werden.

Regierungsbezirk	Anzahl Kinder- und Jugendliche bis 18 Jahre	Untergrenze		Obergrenze	
		Epidemiologie: Prävalenz 7 %	davon behandlungsbereit: 15 %	Epidemiologie: Prävalenz 20 %	davon behandlungsbereit: 20 %
Stuttgart	770657	53946	8092	154131	30827
Karlsruhe	499249	34948	5242	99850	19970
Freiburg	427124	29899	4485	85425	17085
Tübingen	368006	25761	3864	73601	14712
Baden-Württemberg	2065036	144554	21683	413007	82594

Tabelle 1: Anzahl behandlungsbedürftiger und behandlungsbereiter Kinder und Jugendlicher (bis 18 Jahre), jeweils Unter- und Obergrenzen

Versorgungsbereiche	In %	PT ¹	PSV ²	Gesamt ³
Ambulante Versorgung: Psychotherapeuten				
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Kassenzulassung als KJP)		100	–	100
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, gleichzeitig auch Erwachsenenpsychotherapeuten (Kassenzulassung als KJP und PP)		30	–	30
Ärztliche Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten		100	–	100
Kinder- und Jugendpsychiater		10	90	100
Kinderärzte mit Zusatztitel Psychotherapie		10	20	30
Fachkräfte an Psychologischen und Erziehungsberatungsstellen (PP, KJP und andere)		15	30	45
Teil- und Vollstationäre Versorgung: Behandlungsplätze				
Kinder- und Jugendpsychiatrie (Univ.-Kliniken, Krankenhäuser, andere)		100	–	100
Kinder- und Jugendlichenrehabilitation mit Indikation „Psychische und Verhaltensstörungen“		100	–	100
Jugendhilfe vollstationär		0	100	100
Jugendhilfe teilstationär		0	100	100

Tabelle 2: Psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher; prozentualer Anteil der Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungsbereichs in den Modellrechnungen zur Abschätzung der Versorgungskapazität

1 PT: Psychotherapeutische Versorgung; 2 PSV: Psychosoziale Versorgung; 3 Summe PT und PSV

4. Versorgungskapazität Modellrechnung

Die Grundannahmen der Modellrechnung sowie die hier verwendete Methodik der Bedarfsschätzung wurden bereits ausführlich beschrieben (vgl. hierzu Nübling et al., 2006) und werden hier nur skizziert. Nach Berechnung der Ober- und Untergrenze des Versorgungsbedarfs werden in einem zweiten Schritt die Behandlungskapazitäten der aktuellen ambulanten sowie der teil-/vollstationären Versorgung ermittelt. Die Modellrechnung unterscheidet dabei eine Versorgungskapazität für Psychotherapie im engeren Sinne (PT) und eine umfassendere psychosoziale Versorgung (PSV). In die psychotherapeutische Versorgung gehen mit unterschiedlicher Gewichtung für den ambulanten Bereich neben den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten die Fachärzte für Kinder- und

Jugendpsychiatrie sowie Kinderheilkunde und die Fachkräfte an psychologischen Beratungsstellen ein. Im stationären Bereich sind die Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Kinder- und Jugendrehabilitation erfasst. Die psychosoziale Versorgung umfasst im ambulanten Bereich erweiterte Versorgungskapazitäten der Kinder- und Jugendpsychiater, Kinderärzte mit Zusatztitel Psychotherapie und Fachkräfte an Beratungsstellen sowie im stationären Bereich Leistungen der Jugendhilfe. Die aus dem ersten Beitrag (Nübling et al., 2006) übernommene Tabelle (Tab. 2) gibt einen Überblick darüber, in welchem Umfang die einzelnen Versorgungsbereiche in die Modellrechnung einbezogen wurden.

Auf dieser Grundlage wird für jeden Versorgungsbereich die mögliche Fallzahlkapazität je Kreis, Region und Regierungs-

bezirk berechnet. In einem dritten Schritt werden diese dem errechneten Versorgungsbedarf gegenübergestellt. Dabei werden für die Berechnung der jeweiligen Fallzahlvolumen die in Beitrag I ermittelten durchschnittlichen Fallzahlen je Versorgungsbereich herangezogen.

4.1 Behandlungskapazität psychotherapeutische Versorgung

4.1.1 Ambulante psychotherapeutische Versorgung

Tab. 3 zeigt die Anzahl der verfügbaren Behandler je Versorgungsbereich für den Sektor der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. In den ersten beiden Spalten ist die Anzahl approbierter sowie doppeltapprobierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit KV-Zulassung oder Ermächtigung gelistet, die Spal-

Regierungsbezirk	KJPs	KJP/PP	ÄKJP	Ärzte KJ-Psychiat PT	KÄ-PT	PB/EB Fachkräfte*	Kapazität (jährliche Fallzahl)			
							KJP	Ärzte	PB/EB	Summe
Stuttgart	157	92	2	29	7	158,7	4061	123	262	4446
Karlsruhe	98	40	0	25	0	113,2	2420	55	186	2661
Freiburg	64	76	0	10	0	87,6	1910	22	145	2077
Tübingen	58	55	0	7	0	77,9	1639	15	128	1793
Baden-Württemberg	377	263	2	71	7	437,4	10030	215	721	10966

Tabelle 3: Jährliche Behandlungskapazität ambulante Psychotherapie

Legende: KJP: Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten; KJP/PP: Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit Approbation als Psychologische Psychotherapeuten („Doppeltapprobierte“); ÄKJP: Ärztliche Kinder und Jugendlichenpsychotherapeuten; KJ-Psychiat PT: Kinder- und Jugendpsychiater mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie; KÄ-PT: Kinderärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie; PB/EB: Psychologische/ Erziehungsberatungsstellen

Kapazitätsberechnung: a) KJP/PP = (Anzahl KJP x 22 Fälle pro Jahr) + (Anzahl KJP/PP x 6.6 Fälle pro Jahr), b) Ärzte = (Anzahl ÄKJP x 22 Fälle pro Jahr) + (KJ-Psychiat PT x 2.2 Fälle pro Jahr) + (KÄ-PT x 2.2 Fälle pro Jahr), c) PB/EB = (Anzahl Fachkräfte x 0.25 x 6.6 Fälle pro Jahr)

Regierungsbezirk	Betten/Plätze Kinder-/Jugendpsychiatrie		Betten Rehabilitation	Kapazität jährliche Fallzahl		
	stationär	ambul.-/teilstat.		Summe KiJuPsych	Summe Rehabilitation	Summe Gesamt
Stuttgart	71	19	37,1	871	323	1194
Karlsruhe	151	19	23,9	1552	208	1759
Freiburg	116	28	20,5	1381	178	1559
Tübingen	136	22	17,6	1467	153	1620
Baden-Württemberg	474	88	102	5271	862	6132

Tabelle 4: Jährliche Behandlungskapazität stationäre und teilstationäre Psychotherapie

Legende: KiJuPsych = Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kapazitätsberechnung a) KiJuPsych = (Betten stationäre KiJuPsych x 8,5 Fälle pro Jahr) + (Anzahl teilstationäre KiJuPsych x 14,1 Fälle pro Jahr), b) Rehabilitation = (Anzahl Betten Rehabilitation x 8,7 Fälle pro Jahr); etwaige Abweichungen in den Summen sind rundungsbedingt.

ten 3 bis 5 zeigen die Anzahl der verfügbaren ärztlichen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, der Kinder- und Jugendpsychiater sowie der Kinderärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie und die Spalte 6 die Anzahl der Fachkräfte an Psychologischen/ Erziehungsberatungsstellen (umgerechnet auf Vollzeitstellen). In den Spalten 7-10 ist dann die auf der Basis der ermittelten Versorgungsdaten (jährliche Fallzahlen je Bereich; vgl. Nübling et al., 2006) hochgerechnete Kapazität an verfügbaren Behandlungsplätzen für die ambulante Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie dargestellt.

4.1.2 Stationäre psychotherapeutische Versorgung – Behandlungskapazität

Zur Berechnung der Behandlungskapazitäten im Bereich der stationären psychotherapeutischen Versorgung wird versucht, die meist regional vorhandenen bzw. in Anspruch genommenen Strukturen auf die einzelnen Kreise umzurechnen. Dabei wird so vorgegangen, dass die in einer Region

verfügbare, im Landeskrankenhausplan ausgewiesene Bettenkapazität in der stationären und teilstationären Versorgung jeweils bevölkerungsanteilig (Kreis zu Region) auf die Kreise berechnet werden. So sind nach Krankenhausplan für die Region Stuttgart 30 stationäre und 10 teilstationäre Betten bzw. Behandlungsplätze verfügbar, diese befinden sich alle in einer Klinik in Stuttgart. Bei der Umrechnung auf die Kreise wurde davon ausgegangen, dass diese überregionalen Betten die gesamte Region Stuttgart versorgen, dementsprechend werden für Stuttgart selbst nur 5,5 stationäre und 1,8 teilstationäre Betten/Behandlungsplätze angenommen (entspricht 18,4 % von 30/10 Betten/Plätzen, entspricht 90.927 Einwohner bis 18 Jahre im Stadtkreis vs. 495.287 in der Region Stuttgart). Bei der Berechnung der Behandlungskapazitäten im Bereich der medizinischen Rehabilitation, für die keine regionalen, sondern nur n=102 hochgerechnete landesweite Betten angenommen wurden (vgl. Nübling et al., 2006), werden die Betten jeweils bevölkerungsanteilig

je Kreis, Region und Regierungsbezirk gegenüber der Gesamtanzahl der in Baden-Württemberg lebenden Kinder und Jugendlichen bis 18 Jahren verteilt.³

In einem zweiten Schritt wird die im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Kinder- und Jugendlichenrehabilitation jährlich mögliche Kapazität von Behandlungsfällen unter zu Grunde legen der ermittelten durchschnittlichen jährlichen Fallzahl (Kinder- und Jugendpsychiatrie: stationär: 8,5; teilstationär: 14,1; Kinder- und Jugendlichenrehabilitation: 8,7; vgl. Nübling et al., 2006, S. 254, Tab. 4) je Kreis berechnet. Tab. 4 gibt eine Übersicht über die sich auf dieser Berechnungsgrundlage ergebenden Fallzahlkapazitäten. Die Gesamtzahl der in Baden-Württemberg in

³ Die hier beschriebene und in Tab. 4 aus o.g. Gründen (vgl. Fußnote 2) nicht ausgeführte Berechnung der kreisbezogenen Daten sind indirekt in Tab. 7 enthalten. Für eine genauere Darstellung muss leider auf die o.g. Internetversion, in der alle Tabellen auch region- und kreisbezogen ausgeführt sind, verwiesen werden.

Regierungsbezirk	Ärzte			PB/EB* Fachkräfte	Kapazität jährliche Fallzahl		
	KJ-Psychiat PT	KJ-Psychiat ohne PT	KÄ-PT		Ärzte	PB/EB	Summe
Stuttgart	29	2	7	158,7	2851	8379	11230
Karlsruhe	25	12	0	113	3256	5977	9233
Freiburg	10	13	0	87,6	2024	4625	6649
Tübingen	7	8	0	77,9	1408	4113	5433
Baden-Württemberg	71	35	7	437,4	9451	23095	32545

Tabelle 5: Ambulante psychosoziale Versorgung durch Kinder- und Jugendpsychiater, Kinderärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie und Beratungsstellen

Legende: ÄKJP: Ärztliche Kinder und Jugendlichenpsychotherapeuten, KJ-Psychiat-PT: Kinder- und Jugendpsychiater; KJ-Psychiat-ohnePT: Kinder- und Jugendpsychiater ohne Psychotherapie; KÄ-PT: Kinderärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie; PB/EB: Psychologische/ Erziehungsberatungsstellen; Kapazitätsberechnung a) Ärzte = (Anzahl KJ-Psychiat x 88 Fälle pro Jahr) + (KÄ-PT x 17,6 Fälle pro Jahr), b) PB/EB = (Anzahl Fachkräfte x 52,8 Fälle pro Jahr); etwaige Abweichungen in den Summen sind rundungsbedingt.

Regierungsbezirk	Tagesgruppen- Plätze	Vollstationäre Plätze	Kapazität jährliche Fallzahl		
			teilstationär	vollstationär	Summe
Stuttgart	925	2738	389	1205	1594
Karlsruhe	1048	1664	440	733	1174
Freiburg	782	983	328	433	761
Tübingen	471	988	198	435	633
Baden-Württemberg	3226	6373	1355	2805	4160

Tabelle 6: Stationäre und teilstationäre psychosoziale Versorgung der Jugendhilfe

Legende: Kapazitätsberechnung a) teilstationär = (Anzahl Plätze x 0,42 Fälle pro Jahr) b) stationär = (Anzahl Plätze x 0,44 Fälle pro Jahr); etwaige Abweichungen in den Summen sind rundungsbedingt.

diesen Bereichen versorgbaren Kinder- und Jugendlichen unterscheidet sich geringfügig zu der im ersten Beitrag berechneten (jetzt: 6210, vorher: 5.687). Dies ist u.a. dadurch zu erklären, dass nach Rückmeldungen zum ersten Beitrag bei der regionalisierten Erfassung weitere Kapazitäten berücksichtigt wurden.

4.2 **Behandlungs- bzw. Betreuungskapazität psychosoziale Versorgung**

4.2.1 **Ambulante psychosoziale Versorgung**

Während es im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung weitgehend eindeutig festgelegte Versorgungsstrukturen (Bedarfsplanung, Krankenhausplan) gibt, bestehen im Bereich der ambulanten psychosozialen Versorgung keine verbindlichen Vorgaben. Allerdings legen gesetzliche Bestimmungen im SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfegesetz) fest, dass die Kommunen als öffentliche Jugendhilfeträger entsprechende Angebote vorhalten müssen, die Eltern, Kinder und Jugendliche kostenfrei in Anspruch nehmen können. So bestimmt z.B. der § 28 Erziehungsberatung: „Erziehungsberatungsstellen und andere Beratungsdienste und -einrichtungen sollen Kinder, Jugendliche, Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Klärung und Bewältigung individueller und familienbezogener Probleme und der zugrundeliegenden Faktoren, bei der Lösung von Erziehungsfragen sowie bei Trennung und Scheidung unterstützen. Dabei sollen Fachkräfte verschiedener Fachrichtungen zusammenwirken, die mit unterschiedlichen methodischen Ansätzen vertraut sind.“ Um eine einheitliche Versorgung sicherzustellen, wurden in Baden-

Württemberg von den Landeswohlfahrtsverbänden bis in die 1990er Jahre Zuschüsse an die Träger von Erziehungsberatungsstellen gezahlt. Da diese an die Einhaltung von Richtlinien gebunden waren, führte dies dazu, dass die Versorgungsstrukturen und -kapazitäten der Erziehungsberatungsstellen in Baden-Württemberg relativ einheitlich aufgebaut wurden. Wie Tab. 5 zeigt, wird die ambulante psychosoziale Versorgung, so wie sie hier definiert wurde, mit großer Mehrheit (landesweit ca. 78 %) von den Beratungsstellen geleistet und nur in etwa 20 % von den Kinder- und Jugendpsychiatern und Kinderärzten mit Zusatztitel Psychotherapie. Dabei schwankt auch hier die Versorgungskapazität zwischen großstädtischen und ländlichen Räumen z.T. erheblich, allerdings geringer, als dies bei der im engeren Sinne psychotherapeutischen Versorgung der Fall ist.

4.2.2 **Voll- und teilstationäre psychosoziale Versorgung**

Auch im Bereich der voll- und teilstationären Versorgung bilden sich die in der ambulanten Versorgung beschreibbaren strukturellen Unterschiede ab. Die Zahl der voll- und teilstationären Betten/Plätze der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden im Rahmen der Krankenhausbedarfsplanung landesweit festgesetzt. In der Kinder- und Jugendhilfe der Kommunen gibt es keine vergleichbare Planung. Während die Plätze der teilstationären Einrichtungen fast vollständig kreisbezogen belegt werden und auch fast zu 100 % ausgelastet sind, erfolgt die Belegung der vollstationären Plätze der Jugendhilfe trotz kreisbezogener Erfassung nur zu etwa 2/3 in Einrichtungen vor Ort. Die restlichen Belegungen sind

meist kreisübergreifend und in seltenen Fällen auch bundeslandübergreifend. Die landesweit verfügbaren vollstationären Plätze der Jugendhilfe sind derzeit nur zu etwa 90 % belegt (Kommunalverband für Jugend und Soziales KVJS, Frau Gerstner, mündliche Mitteilung). Für die Kapazitätsberechnung werden deshalb die von den einzelnen Kreisen am 31.12.2005 belegten Plätze (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2005a) mit dem Faktor ~ 1,09 (6373 verfügbare/5079 belegte) multipliziert, um so die insgesamt verfügbare Kapazität berücksichtigen zu können (Tab. 6).

4.3 **Synopse der Modellrechnung – Abschätzung des Versorgungsgrads**

Abschließend wird analog dem Vorgehen in Beitrag 1 (Nübling et al., 2006) für jeden Kreis, jede Region und jeden Regierungsbezirk die Unter- und Obergrenze des jährlichen Bedarfs der Zahl der real verfügbaren Therapieplätze (PT/Psychotherapeutische Versorgung) bzw. der insgesamt verfügbaren Behandlungs- und Betreuungskapazität (PT + Psychosoziale Versorgung PSV) gegenübergestellt (vgl. Tab. 7).⁴ Dies ergibt einen %-Index für den Grad der Übereinstimmung von Versorgungsbedarf und Versorgungsangebot für beide Bereiche (PT und PT + PSV) sowohl für die epidemiologische Unter- wie Obergrenze („Versorgungsgrad“; vgl. die vier rechten Spalten von Tab. 7). Ein Indexwert von 100 % entspricht dabei einer vollständigen Übereinstimmung, Werte über 100 % deuten auf eine Über-, Werte unter 100 % auf eine Unterversorgung

⁴ Vgl. Fußnote 2.

Kreis, Region, Reg.-Bez.	Epidemiologie: Prävalenz		Versorgungskapazität		Versorgungsgrad			
	Untergrenze 7 %	Obergrenze 20 %	PT ambul./stat.	PSV ambul./stat.	PT von Untergrenze	PT von Obergrenze	PT+PSV von Untergrenze	PT+PSV von Obergrenze
SK Stuttgart	6365	18185	1601	2375	25,2	8,8	62,5	21,9
LK Böblingen	5165	14757	560	1405	10,8	3,8	38,0	13,3
LK Esslingen	6819	19483	485	1444	7,1	2,5	28,3	9,9
LK Göppingen	3554	10154	327	1173	9,2	3,2	42,2	14,8
LK Ludwigsburg	7016	20045	530	811	7,6	2,6	19,1	6,7
LK Rems-Murr-Kreis	5752	16433	569	1225	9,9	3,5	31,2	10,9
Region Stuttgart	34671	99057	4074	8272	11,8	4,1	35,6	12,5
SK Heilbronn	1516	4331	213	1343	14,1	4,9	102,6	35,9
LK Heilbronn	4886	13959	264	954	5,4	1,9	24,9	8,7
LK Hohenlohekreis	1621	4630	88	195	5,4	1,9	17,5	6,1
LK Schwäbisch Hall	2838	8108	170	483	6,0	2,1	23,0	8,1
LK Main-Tauber-Kreis	1898	5422	130	302	6,8	2,4	22,8	8,0
Region Franken	12759	36450	866	3276	6,8	2,4	32,5	11,4
LK Heidenheim	1888	5395	215	389	11,4	4,0	32,0	11,2
LK Ostalbkreis	4630	13229	564	888	12,2	4,3	31,4	11,0
Region Ostwürttemberg	6518	18624	700	1277	10,7	3,8	30,3	10,6
Regierungsbezirk Stuttgart	53948	154131	5640	12824	10,5	3,7	34,2	12,0
SK Baden-Baden	576	1684	142	295	24,7	8,4	75,9	26,0
SK Karlsruhe	3092	8835	347	1853	11,2	3,9	71,2	24,9
LK Karlsruhe	5806	16588	443	1405	7,6	2,7	31,8	11,1
LK Rastatt	3045	8700	207	709	6,8	2,4	30,1	10,5
Region Mittlerer Oberrhein	12519	35807	1138	4262	9,1	3,2	43,1	15,1
SK Heidelberg	1404	4010	625	986	44,5	15,6	114,7	40,2
SK Mannheim	3497	9992	734	2120	21,0	7,3	81,6	28,6
LK Neckar-Odenwald-Kreis	2121	6060	283	272	13,3	4,7	26,2	9,2
LK Rhein-Neckar-Kreis	6900	19713	1011	1391	14,7	5,1	34,8	12,2
Region Unterer Neckar	13922	39775	2655	4770	19,1	6,7	53,3	18,7
SK Pforzheim	1488	4251	160	287	10,8	3,8	30,0	10,5
LK Calw	2359	6741	137	287	5,8	2,0	18,0	6,3
LK Enzkreis	2873	8215	166	384	5,8	2,0	19,1	6,7
LK Freudenstadt	1784	5097	167	416	9,4	3,3	32,7	11,4
Region Nordschwarzwald	8504	24304	627	1375	7,4	2,6	23,5	8,2
Regierungsbezirk Karlsruhe	34945	99886	4420	10407	12,6	4,4	42,4	14,8
SK Freiburg	2316	6618	819	1340	35,4	12,4	93,2	32,6
LK Breisgau-Hochschw.	3501	10004	603	948	17,2	6,0	44,3	15,5
LK Emmendingen	2207	6307	219	728	9,9	3,5	42,9	15,0
LK Ortenaukreis	5909	16882	799	1466	13,5	4,7	38,3	13,4
Region Südlicher Oberrhein	13933	39811	2441	4482	17,5	6,1	49,7	17,4
LK Rottweil	2110	6029	207	191	9,8	3,4	18,9	6,6
LK Schwarzwald-Baar-Kreis	2890	8257	302	592	10,4	3,7	30,9	10,8
LK Tuttlingen	2007	5734	178	366	8,9	3,1	27,1	9,5
Reg. Schw.-Baar-Heuberg	7007	20020	686	1148	9,8	3,4	26,2	9,2
LK Konstanz	3448	9853	240	736	7,0	2,4	28,3	9,9
LK Lörrach	3085	8813	163	562	5,3	1,8	23,5	8,2
LK Waldshut	2425	6928	105	480	4,3	1,5	24,1	8,4
Reg. Hochrhein-Bodensee	8958	25594	508	1780	5,7	2,0	25,5	8,9
Regierungsbezirk Freiburg	29898	85425	3636	7410	12,2	4,3	36,9	12,9
LK Reutlingen	3927	11220	378	1135	9,6	3,4	38,5	13,5
LK Tübingen	2951	8432	819	877	27,8	9,7	57,5	20,1
LK Zollernalbkreis	2691	7689	330	620	12,3	4,3	35,3	12,4
Region Neckar-Alb	9569	27341	1530	2634	16,0	5,6	43,5	15,2
SK Ulm	1435	4100	219	368	15,3	5,3	40,9	14,3
LK Alb-Donau-Kreis	2912	8320	204	514	7,0	2,5	24,7	8,6
LK Biberach	2934	8384	207	422	7,1	2,5	21,4	7,5
Region Donau-Iller	7281	20804	631	1303	8,7	3,0	26,6	9,3
LK Bodenseekreis	2788	7968	407	811	14,6	5,1	43,7	15,3
LK Ravensburg	4083	11667	621	895	15,2	5,3	37,1	13,0
LK Sigmaringen	2037	5819	212	422	10,4	3,6	31,1	10,9
Region Bodensee-Oberschw.	8908	25454	1241	2129	13,9	4,9	37,8	13,2
Regierungsbezirk Tübingen	25758	73599	3413	6066	13,3	4,6	36,8	12,9
Baden-Württemberg	144549	413041	17098	36705	11,8	4,1	37,2	13,0

Tabelle 7: Versorgungsgrad (in Prozent) nach Epidemiologie und Versorgungskapazität (Anzahl Kinder und Jugendliche); jeweils Ober- und Untergrenze und nach Kreis, Region und Regierungsbezirk

Legende: Versorgungskapazität: PT ambul./stat. = Kapazität ambulante Psychotherapie (Tab. 3) + Kapazität stationäre und teilstationäre Psychotherapie (Tab. 4); PSV ambul./stat. = Kapazität ambulante psychosoziale Versorgung (Tab. 5) + Kapazität stationäre und teilstationäre psychosoziale Versorgung (Tab. 6);

Versorgungsgrad: PT von Untergrenze = Anzahl PT ambul./stat. / Untergrenze 7 % Prävalenz; PT von Obergrenze = Anzahl PT ambul./stat./ Obergrenze 20 % Prävalenz; PT + PSV von Untergrenze = (S PT ambul./stat. + PSV ambul./stat.)/Untergrenze 7 % Prävalenz; PT + PSV von Obergrenze = (S PT ambul./stat. + PSV ambul./stat.)/Obergrenze 20 % Prävalenz.

hin. Die vier Spalten zum Versorgungsgrad bilden sozusagen die über die Kreise, Regionen und Regierungsbezirke aufgefächerte Tabelle 7 des ersten Beitrags (Nübling et al., 2006) ab. Die geringfügigen Unterschiede in den Gesamtzahlen ergeben sich durch Korrekturen, die bei der Aufgliederung der Daten vorgenommen werden mussten. So konnte bspw. im KV Bezirk Nordwürttemberg die Zahl der doppeltapprobierten PP/KJP nicht eindeutig ermittelt werden. Ebenso stellt die Zahl der vollstationären Plätze der Jugendhilfe keine verbindliche Obergrenze dar. Die Belegungszahlen in der Jugendhilfe im vollstationären Bereich ergeben sich nicht anhand regional verfügbarer Plätze sondern bilden den realen Bedarf des entsprechenden Kreises ab, da einem Kind bzw. seinen Eltern aus rechtlichen Gründen keine Hilfe verwehrt werden kann, wenn ein entsprechender Bedarf gegeben ist.

Zur Veranschaulichung der Versorgungssituation wurde eine Atlasdarstellung gewählt (vgl. Abb. 1), in der die Werte aus Tabelle 7 Spalte 7 grafisch umgesetzt sind. Dies bedeutet, dass mit einer angenommenen Prävalenzrate von 7 % und der Berücksichtigung der psychotherapeutischen **und** Psychosozialen Versorgung der niedrigst denkbaren Zahl der zu versorgenden Kinder und Jugendlichen das maximal zur Verfügung stehende Versorgungsangebot gegenübergestellt wurde. Man muss bei dieser Darstellung also davon ausgehen, dass sie die realen Versorgungsstrukturen optimistisch abbildet und ein noch größerer Bedarf angenommen werden kann.

Wie zu erkennen ist, gibt es auch bei dieser optimistischen Darstellung nur in den Stadtkreisen Heidelberg und Heilbronn mit einem Versorgungsgrad von 114,7 bzw. 102,6 eine Entsprechung von Bedarf und Versorgung. In den übrigen Stadtkreisen wird ein Versorgungsgrad zwischen 30 (Pforzheim) und 93 % (Freiburg) erreicht. In den Landkreisen hingegen erreicht einzig der von der Universitätsstadt Tübingen geprägte Landkreis Tübingen einen Versorgungsgrad von über 50 % (58 %). In ländlichen Kreisen wie etwa in den Landkreisen Hohenlohekreis (17,5 %) Lud-

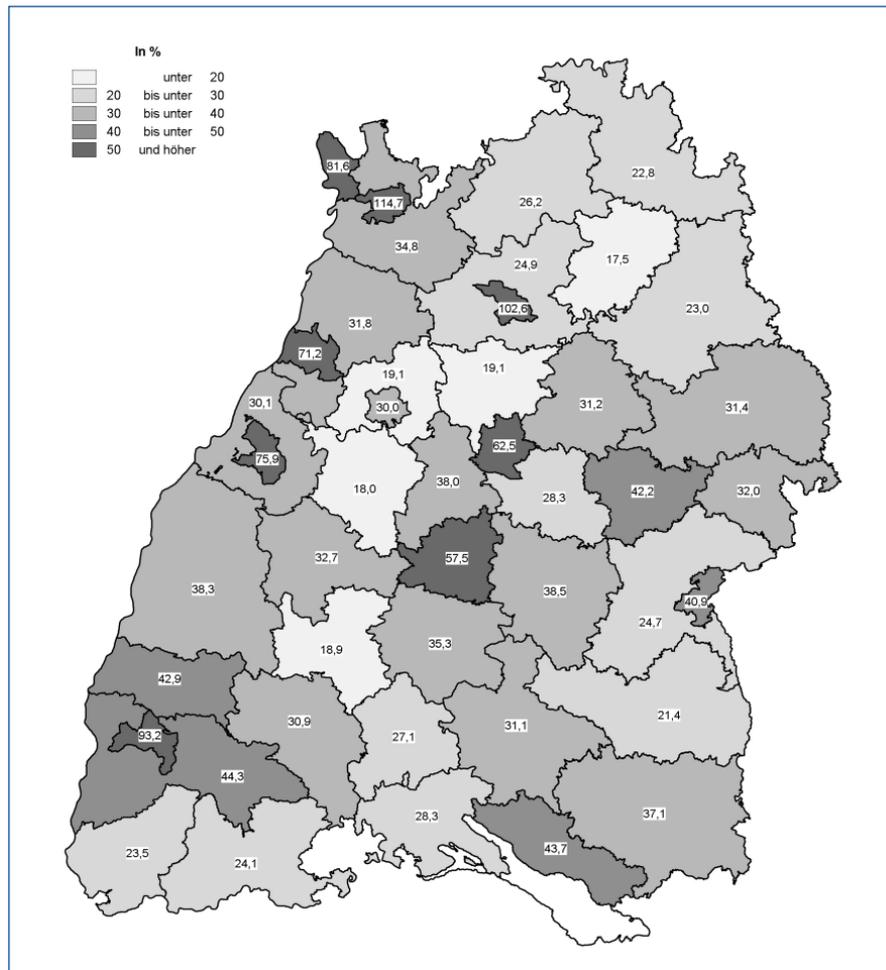


Abbildung 1: Versorgungsgrad Psychotherapie und Psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren bei einer Prävalenzrate von 7 % in den Kreisen Baden-Württembergs

wigsburg (19,1 %), Calw (18,0 %), Enzkreis (19,1 %) oder Rottweil (18,9 %) erreichen die Versorgungsgrade nur Werte unter 20 %. Dies bedeutet, dass in diesen Kreisen auch bei der optimistischen Berechnungsgrundlage nur etwa jedem fünften psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Kind oder Jugendlichen ein entsprechender Behandlungsplatz zur Verfügung steht.

5. Zusammenfassung und Diskussion

Wie bereits ausgeführt, gibt es im Bereich der Versorgungsforschung der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen nur wenige gesicherte Erkenntnisse und viele offene Fragen (Nübling et al., 2006; Schulz et al., 2006). Während bisherige Studien meist auf einen Versorgungssektor fokus-

siert haben, unternimmt die vorliegende Studie den Versuch einer umfassenderen Analyse. Sie bezieht alle Versorgungsbereiche und Leistungserbringer ein, den stationären wie den ambulanten Sektor, die vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Versorgung sowie die Jugendhilfe. Sie liefert begründete Hinweise dafür, dass die Situation für psychisch kranke Kinder und Jugendliche auch in dem vergleichsweise gut versorgten Bundesland Baden-Württemberg durch eine deutliche Unterversorgung gekennzeichnet ist. Den behandlungsbedürftigen Kindern und Jugendlichen steht nur ein unzureichendes psychotherapeutisches Angebot gegenüber. Selbst unter der Annahme konservativer Bedarfs- und optimistischer Versorgungsschätzungen kann nicht von einer Deckung des Bedarfs ausgegangen werden. Die von den Autoren durchgeführten Modellrechnungen ergeben, dass

im besten Fall nur etwa eines von 3 behandlungsbedürftigen Kindern oder Jugendlichen unter 18 Jahren auch eine psychotherapeutische und/oder psychosoziale Hilfe erhält.

Allein der hohe Anteil der durch die psychosozialen Angebote der Jugendhilfe versorgten Kinder- und Jugendlichen belegt die Tatsache, dass aufgrund der geringen Anzahl der zugelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten diesem Bedarf derzeit nicht in ausreichenden Umfang mit Psychotherapie begegnet werden kann. Historisch gewachsen hält das System der psychosozialen Versorgung ein landesweit sehr viel einheitlicheres Strukturangebot vor als die vertragsärztliche Versorgung. Im Gegensatz zum Gesundheitssystem sind die vielfältigen Leistungen der Jugendhilfe auch nicht „gedeckelt“ sondern bilden realitätsnah den von den Sorgeberechtigten bei den Jugendämtern abgerufenen Bedarf ab. Die Zahlen der in der Jugendhilfe gewährten Hilfen belegen eine grundsätzlich bestehende Diskrepanz im Bedarf zwischen den Stadt- und Kreisjugendämtern. Dies wird damit erklärt, dass in (groß)städtischen Regionen die familienbezogenen Hilfsstrukturen stärker zerrüttet sind als in ländlichen Regionen und deshalb mehr Menschen potentiell hilfe- und therapiebedürftig sind. Allerdings überschreitet diese bei den teil- und vollstationären Hilfen nur den Faktor 2 (1,1 : 2,9 teilstationär – 2,2 : 5,6 vollstationär) und erreicht an keinem Punkt die in den Planzahlen der KBV zugrundegelegten Faktoren 3 oder gar 10.

In der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung sind durch die Regelungen und Berechnungen der Bedarfsplanung nahezu alle Gebiete als überversorgt ausgewiesen, wodurch diese Bezirke für weitere Zulassungen gesperrt sind. Dies führt insbesondere im ländlichen Raum zur Festschreibung einer massiven Unterversorgung, während die bereits vor der Einführung der Bedarfsplanung besser versorgten Städte dieses Niveau halten konnten. Allerdings führt auch in städtischen Bezirken die größere Zahl an Psychotherapeuten nur in einzelnen Fällen dazu, dass von einer annähern-

den Bedarfsdeckung ausgegangen werden kann.

Die im Modul Psychische Gesundheit des Jugendgesundheits surveys (Bella-Studie; Kurth, 2006; Ravens-Sieberer, Wille, Bettge & Erhart, 2006) aktuell an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe ermittelte Anteil von rund 21 % psychisch auffälliger Kinder und Jugendlichen bestätigt die bislang vorliegenden epidemiologischen Daten. Die Daten weisen darüber hinaus auf eine Verschiebung von den akuten zu den chronischen Erkrankungen hin (wie z.B. Asthma, Krankheiten des allergischen Formenkreises oder Adipositas). Ferner zeigte sich eine Verlagerung von somatischen zu psychischen Störungen wie z.B. die Entwicklungs- und Verhaltensstörungen, Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen, Gewaltbereitschaft, emotionale Auffälligkeiten sowie Alkohol und Drogenkonsum. Die „neue Morbidität“ wird zu einem großen Teil von Störungen der Entwicklung, der Emotionalität und des Sozialverhaltens bestimmt.

Diese Veränderungen sind sorgfältig zu reflektieren. Sie unterstreichen die Notwendigkeit einer frühzeitigen, präventiven Begleitung von Kindern und ihren Familien, aber auch von einer frühzeitigen Behandlung psychisch auffälliger Kinder. Dabei sollte verhindert werden, dass auffällige Kinder zwischen den unterschiedlichen Hilfesystemen – somatische Medizin, Psychotherapie, psychosoziale Versorgung, Jugendhilfe – hin- und hergeschoben werden. Ziel muss es vielmehr sein, betroffenen Kindern und deren Eltern so früh wie möglich und so umfassend wie möglich eine auch zwischen den Hilfesystemen koordinierte und abgestimmte Hilfe anbieten zu können.

Eine frühe Feststellung von Entwicklungsauffälligkeiten und psychischen Störungen ist die Voraussetzung für eine zeitnahe fachliche Unterstützung des Kindes und seiner Familie. Hier haben die Kinder- und Jugendärzte, die das Kind auf seinem Weg begleiten, eine bedeutsame Rolle. Eine bessere Information von Eltern, Erziehern und Lehrern über psychische Störungen und die Möglichkeiten von Psychotherapie ist wichtig, damit Kin-

der die adäquate Hilfe bekommen. Werden psychische Störungen übersehen oder als nicht behandlungsbedürftig angesehen, können sie sich verfestigen und einen chronischen Verlauf annehmen. In diesem Sinn wirken sich die oft langen Wartezeiten auf einen Therapieplatz negativ aus. Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik weist darauf hin, dass 14 bis 25 % aller Kleinkinder relevante psychische Störungen haben, die allerdings oft übersehen, nicht adäquat diagnostiziert und als nicht behandlungsbedürftig angesehen werden (Deutsches Ärzteblatt, Ausgabe PP, Heft 3, März 2007, 101). Unbehandelte psychische Störungen stellen auch eine Belastung für das Kind und sein soziales Umfeld (Kindergarten, Schule) dar. „Die Beteiligten werden hierdurch nicht selten überfordert. Nicht behandelte ... Störungen haben zudem vielfach gravierende Konsequenzen. Sie können zu Schulabbrüchen, Schulverweis oder auch Unterbringung in einer Jugendhilfeeinrichtung führen, weil ein zuträgliches Leben in der Familie nicht mehr möglich ist“ (Schwarz & Lehndorfer, 2006). Wird ein Kind oder Jugendlicher durch eine psychische Erkrankung blockiert, kann es häufig seine Möglichkeiten und Begabungen nicht ausschöpfen. Ein Scheitern im schulischen Bereich wirkt sich auf die Chancen bei der späteren Berufswahl und auf das weitere Leben aus. Psychotherapie kann über eine Stärkung der Persönlichkeit auch den Lebenserfolg befördern.

Der Versuch einer umfassenden Analyse der Versorgung wird dadurch erschwert, dass es derzeit zu wenig verlässliche Datenquellen gibt, die eine gesicherte Interpretation der Situation ermöglichen. Bei der Berechnung der Versorgungskapazitäten der einzelnen Versorgungsbereiche muss immer wieder auf Schätzungen zurückgegriffen werden, die die Realität nur annäherungsweise abbilden können. So ist der Anteil, den psychotherapeutisch tätige Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Baden-Württemberg zur psychotherapeutischen Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen tatsächlich beitragen, derzeit nicht

eindeutig ermittelbar. Wie eine Anfrage der Landespsychotherapeutenkammer bei den vier ehemaligen Kassenärztlichen Vereinigungen in Baden-Württemberg ergab, werden die Abrechnungsdaten derzeit nur personenbezogen gespeichert und nicht weiter ausgewertet. Bei der Schätzung des psychotherapeutischen Beitrags der verschiedenen Berufsgruppen wurde z.T. auf Informationen aus anderen Kassenärztlichen Vereinigungen zurückgegriffen. Bei der Gruppe der Kinder- und Jugendpsychiatern wurde berücksichtigt, dass es verschiedene Praxistypen gibt mit einem unterschiedlichen Anteil an Psychotherapie von über 90 % bis nahezu 0 %. Praxen mit Sozialpsychiatrievereinbarung, in denen Logopäden, Ergotherapeuten und Angehörige anderer Berufsgruppen mitarbeiten, tragen mehr zur psychosozialen als zur psychotherapeutischen Versorgung bei.

Nur eine sowohl auf Landes- als auch auf Bundesebene unterstützte und betriebene Versorgungsforschung kann dieses Dunkelfeld erhellen (Schulz et al., 2005). So wäre bspw. wünschenswert, dass die Kassenärztliche Vereinigung in Baden-Württemberg das ihr aus dem Abrechnungsverhalten der Behandler vorhandene Zahlenmaterial für statistische Analysen zugänglich macht und/oder auswertet und ermittelt, welchen Anteil die verschiedenen Leistungserbringer an der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen haben. Diese Daten sind als Grundlage für eine exaktere Versorgungsforschung von großer Bedeutung, die wiederum die Basis sein kann für Modelle, mit denen die Versorgungssituation an den Bedarf angepasst werden kann.

Schlussfolgerungen

Eine eigene Bedarfsplanung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie hätte bundesweit etwa 800 weitere Zulassungen zur Folge. Eine entsprechende Forderung der Landeskammern, der Bundespsychotherapeutenkammern und der Fachverbände wurde jedoch von der Politik nicht aufgegriffen. Auch die Option für eine Verbesserung der Versorgung, eine

Quote von 20 % für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie einzurichten, fand im Vertragsarztrechtsänderungsgesetz keinen Niederschlag.

Da Psychotherapie besonders bei Kindern und Jugendlichen nachhaltig wirkt, muss die Forderung nach einer Verbesserung der Versorgung gestellt werden. Die Studie kann einen Beitrag liefern für ein Modell einer epidemiologisch fundierten Bedarfsplanung, das auf der Basis der Psychotherapeutendichte und der Prävalenzraten die erforderliche Zahl an Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten für jeden Zulassungsbezirk ermittelt und damit zu einer bedarfsadäquaten Versorgung im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie beitragen kann.

Nachbemerkung

Den Autoren ist bewusst, dass einige der berichteten Einzelzahlen nicht zu 100 % die aktuelle Versorgungssituation wiedergeben. Das liegt u.a. an der z.T. schlechten Verfügbarkeit dieser Daten. Der Beitrag ist, wie beschrieben, ein erster Versuch, die vorhandenen Daten zusammenzustellen und soll künftig laufend aktualisiert werden. Sollten Ihnen Fehler oder Abweichungen auffallen, zögern Sie bitte nicht, diese an die Autoren rückzumelden.

Literatur

- Barkmann, C. & Schulte-Markwort, M. (2004). Prävalenz psychischer Auffälligkeit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – ein systematischer Literaturüberblick. *Psychiatrische Praxis*, 6 (31), 278 – 287.
- Dilling, H., Weyerer, S. & Castell, R. (1984). *Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung*. Stuttgart: Enke.
- Döpfner, M., Plück, J., Berner, W., Englert, E., Fegert, J.M., Huss, M., Lenz, K., Schmeck, K., Lehmkuhl, G., Lehmkuhl, U. & Poustka, F. (1998). Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen in den neuen und alten Bundesländern. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 27, 9 – 19.

- Ihle, W. & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53 (4), 159–169.
- Ihle, W., Esser, G., Schmidt, M. H. & Blanz, B. (2000). Prävalenz, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede psychischer Störungen vom Grundschul- bis ins frühe Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29 (4), 263–275.
- Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W. & Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.). (2003). *Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*. Weinheim: Juventa.
- Kurth, B.-M. (2006). Symposium zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz – Medizin*, 49, 1050–1078.
- Kurth, B.-M., Bergmann, K. E., Hölling, H., Kahl, H., Kamtsiuris, P. & Thefeld, W. (2002). Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey – Das Gesamtkonzept. *Gesundheitswesen*, 64, Sonderheft 1, 3–11.
- Löcherbach, P., Henrich, T., Kemmer, H., Kinstler, H.-J., Knopp-Vater M., Rieckmann, N., Schneider, A. & Weber, I. (2000). *Indikatoren zur Ermittlung des ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 125. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Nübling, R., Reisch, M. & Raymann, T. (2006). Zur psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Baden-Württemberg. *Psychotherapeutenjournal* 5 (3), 247–257.
- Petermann, F. (2005). Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, 14, 48–57.
- Ravens-Sieberer, U., Thomas, C. & Erhart, M. (2003). Die subjektive Gesundheit von Jugendlichen in Deutschland – körperliche, psychische und soziale Aspekte. In K. H. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer, & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*. (S. 19–98) Weinheim: Juventa.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S. & Erhart, M. (2006). *Modul Psychische Gesundheit (Bella-Studie)*. Vortrag auf dem Symposium „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Erste Ergebnisse“ (KiGGS-Symposium), Berlin, 25.09.2006. Verfügbar unter: http://www.kiggs.de/experten/downloads/dokumente/ppt_bella.pdf [16.04.2007].
- Reuser, B. & Chudziak, F. (2005). Erste Ergebnisse der LAG-Umfrage 2005. *Nachrichten der Landesarbeitsgemeinschaft für Erziehungsberatung (LAG-Nachrichten) Heft 2*, 3–8.
- Schepank, H. (1987). *Psychogene Erkrankungen in der Stadtbevölkerung*. Berlin: Springer.
- Schubert, I., Horsch, K., Kahl, H., Köster, I., Meyer, C. & Reiter, S. (2004). *Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T., Dirmaier, J., Watzke, B. & Koch, U. (2006). Versorgungsforschung in der psychosozialen Medizin. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz – Medizin*, 49, 175–187.
- Schwarz, M. & Lehdorfer, P. (2006). Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten stellen sich vor. *Kinder- und Jugendarzt*, 37 (8), (1–2).
- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg. (2005a). *Kinder- und Jugendhilfe Teil I – Erzieherische Hilfen in Baden-Württemberg 2004*. Statistische Berichte Baden-Württemberg, Öffentliche Sozialleistungen, Artikel-Nr. 3831 04001 vom 12.08.2005. Verfügbar unter: http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/Veroeffentl/Statistische_Berichte/3831_04001.pdf [16.04.2007].
- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg. (2005b). *Krankenhausstatistik 2004*. Statistische Berichte Baden-Württemberg Gesundheitswesen, Artikel-Nr. 3212 04001 vom 28.11.2005. Verfügbar unter: http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/Veroeffentl/Statistische%5FBerichte/3212_04001.pdf [16.04.2007].

Dipl.-Psych. Michael Reisch

Psychologischer Psychotherapeut
Erziehungs- und Familienberatungsstelle
des Landkreis Emmendingen
Gartenstr. 30
78132 Emmendingen

Dipl.-Päd. Trudi Raymann

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin
Marienstr. 9
70178 Stuttgart
Trudi.Raymann@t-online.de

Dr. Dipl.-Psych. Rüdiger Nübling

Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg
Jägerstr. 40
70174 Stuttgart
nuebling@lpk-bw.de

Psychotherapeuten in Institutionen – was können sie sich von der Kammer erwarten?

Thomas Merz

Ausschuss Psychotherapie in Institutionen der BPTK

Zusammenfassung: Die Zersplitterung der Tätigkeitsfelder im Angestelltenbereich, die große Heterogenität der beruflichen Kontexte und viele landesspezifische Regelungen – im Gegensatz zu den relativ einheitlichen Rahmenbedingungen im GKV-Bereich – verlangen ein differenziertes Vorgehen der Kammern und ihrer PTI-Ausschüsse. Der folgende Artikel versucht, ohne Anspruch auf Vollständigkeit, einen Überblick über die Aufgabenstellungen in den einzelnen Tätigkeitsfeldern zu geben.

Seit Gründung der Kammern wird immer wieder die Frage aufgeworfen, ob die Kammern nicht in erster Linie die Interessen der Niedergelassenen vertreten und die Belange der Angestellten hintenanstellen. Zuletzt genährt wurde diese Sorge auf dem 9. Deutschen Psychotherapeutentag im November 2006 als das Präsidium ein zweiteiliges Aufgabenportfolio vorstellte, bei dem sich die meisten angestellten-relevanten Aufgaben in Teil B befanden. Dieser Aufgabenkomplex könne erst dann angegangen und abgearbeitet werden, so die Argumentation des Vorstandes, wenn durch einen höheren Bundeskammerbeitrag weitere Ressourcen für wissenschaftliche Mitarbeiter zur Verfügung gestellt werden könnten.

Immer wiederkehrend ist auch die Diskussion in den Länderkammern, ob sich ein unterschiedlicher Nutzen, den Niedergelassene und Angestellte von der Kammer hätten, nicht auch in unterschiedlichen Beitragssätzen ausdrücken müsste. Sind also Angestellte Kammermitglieder zweiter Klasse oder worin bestehen die Schwierigkeiten der Kammern, sich für deren Interessen sichtbar einzusetzen?

Mitgliederbefragungen, die inzwischen von fast allen Länderkammern durchgeführt wurden (1), haben eines ganz deutlich gezeigt: Die Tätigkeitsfelder der angestellten

ten PP und KJP sind äußerst heterogen. Eine systematische Sichtung durch H. Vogel ergab 20 verschiedene Tätigkeitsfelder (2). Auch wenn man auf den ersten Blick zwei größere Felder ausfindig machen kann – Psychiatrische und Reha-Kliniken, Beratungsstellen – so sind auch dort die Arbeitsbedingungen höchst unterschiedlich. Es gibt spezifische rechtliche Grundlagen mit gänzlich unterschiedlicher sozialrechtlicher Einordnung. Unterschiedliche Träger geben unterschiedliche Rahmenbedingungen vor und entlohnen nach unterschiedlichen Tarifverträgen: LWV, Caritas, Diakonie, andere freie Träger, Kommunen, Universitäten, private Klinikbetreiber und Gesundheitskonzerne. Auch Entwicklung und Stellenwert der Psychotherapie sind weit davon entfernt, als einheitlich bezeichnet werden zu können. In einer psychosomatischen Klinik beispielsweise arbeitet eine Kollegin mit den höchst elaborierten psychotherapeutischen Verfahren in Gruppen- und Einzelsettings, während ihr approbierter Kollege in der JVA größte Anstrengungen unternehmen muss, um einzelnen Häftlingen oder Gruppen von Häftlingen (z.B. Sexualstraftätern) überhaupt psychotherapeutische Hilfe zugänglich zu machen.

Zusätzlich zur psychotherapeutischen Kompetenz muss der in einer Institution beschäftigte Psychotherapeut über eine

Feldkompetenz verfügen, die es ihm ermöglicht, im multiprofessionellen Team seine spezifischen Kenntnisse, Sichtweisen und Fähigkeiten einzubringen. Die Verbindung von teamorientiertem Handeln und patientenorientiertem therapeutischen Arbeiten ist nicht selten eine spannungsreiche. Statusfragen spielen dabei je nach Tätigkeitsfeld eine mehr oder weniger große Rolle. Bei der Klärung von Statusfragen – insbesondere im Verhältnis zu den Ärzten – erhoffen sich die angestellten Kammermitglieder – das ergaben die Umfragen – Unterstützung von ihrer Kammer.

Was haben die Kammern unternommen?

Während im vergangenen Jahr VÄndG, GKV-WSG und die GB-A-Entscheidungen zur Richtlinienpsychotherapie und zur sozialrechtlichen Zulassung der GPT einen Großteil der Ressourcen der Bundeskammer in Anspruch genommen haben, gab es auf Länderebene vielfältige Aktivitäten für die in Institutionen tätigen PP und KJP – durchaus mit Unterstützung der BPTK. Es fanden sog. „Angestelltentage“ statt in Saarbrücken, Berlin und Frankfurt, weitere sind für dieses Jahr in Vorbereitung: in Stuttgart und in Niedersachsen und Bremen. Zusätzlich fanden und finden auf fast allen Landes-Psychotherapeutentagen Arbeitsgruppen oder Foren zu angestelltenspezifischen Themen statt. So widmet sich z.B. der „Norddeutsche Psychotherapeutentag“ am 2. Juni in Kiel u.a. arbeitsrechtlichen Fragen. Die Tendenz in den Landeskammern weist aber in Richtung periodischer, eigenständiger

Fortbildungstage für Angestellte. Auch in der Öffentlichkeitsarbeit für die Kammermitglieder wird der eigenen Perspektive abhängig beschäftigter Psychotherapeuten besonders Rechnung getragen: Informationsveranstaltungen zur Berufsordnung bieten gesonderte Arbeitsgruppen für Angestellte an, Angestellten-Newsletter und Angestellten-Seiten auf der Homepage der Kammer sind in etlichen Ländern in Vorbereitung.

Darüber hinaus wird in zunehmendem Umfang seitens der Kammermitglieder Beratungskapazität in den Geschäftsstellen der Kammern für arbeitsrechtliche Fragen in Anspruch genommen, wobei hier zugleich die Grenzen einer Heilberufskammer deutlich werden. Selbst wenn sich Kammerfunktionäre in Gewerkschaftsgremien für eine angemessene Ausgestaltung der Vergütungsregelungen für PP/KJP im TVöD einsetzen, so ist den Kammern als Körperschaften des öffentlichen Rechts doch eine direkte Einflussnahme auf die Tarifverhandlungen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern verwehrt, gilt hier strikt die Tarifautonomie. Die Kammern sind öffentlich rechtliche Körperschaften und kein Berufs- oder Fachverband – wie etwa im ärztlichen Bereich der Marburger Bund.

Der Wert einer eigenen Berufsordnung wird von angestellten Kollegen zunehmend erkannt, wenn es um die Klärung von Kompetenzen im eigenen Arbeitsgebiet in der Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen und gegenüber Vorgesetzten geht. Mitunter scheint es sogar zur Klärung von Statusfragen beizutragen, dass PP und KJP nunmehr einer eigenen Berufsordnung verpflichtet sind. Eine unmittelbare Wirkung auf das Weisungsrecht des Arbeitgebers hat die Berufsordnung jedoch nicht, allenfalls einen mittelbaren Einfluss, der sich günstig auf die Moderation von Arbeitsplatzkonflikten auswirken könnte.

Ein Erschwernis für das Engagement der Kammern für „ihre Angestellten“ ist nicht nur die starke Zersplitterung der Tätigkeitsfelder, sondern auch die Vielzahl länderspezifischer Gesetze und Regelungen. Bei der systematischen Durchsicht der Landeskrankengesetze in Bezug auf die Be-

teiligung von PP und KJP in den Gremien und in Bezug auf die sog. Poolbeteiligung eruierte vor kurzem R. Straub (3), ob und wie diese in den einzelnen Ländern geregelt ist.

Ein Glücksfall für die Arbeit des Bundesausschusses PTI ist es da schon, wenn länderübergreifende Reformen anstehen, wie z.B. in 2005 die Überarbeitung der Klassifikation Therapeutischer Leistungen in der Rehabilitation (KTL) – am 01.01. 2007 in Kraft getreten – wo die in diesem Feld engagierten Psychotherapeuten gemeinsam mit Psychologen daran mitwirkten, die verschiedenen psychotherapeutischen Einzeltätigkeiten in einem bundeseinheitlich verbindlichen Leistungskatalog für den Reha-Bereich zu kodifizieren und unsere Berufsgruppen im multiprofessionellen Team angemessen zu positionieren.

In der stationären Krankenhausversorgung betrifft das vor einigen Jahren eingeführte Entgeltsystem nach Fallpauschalen (DRGs) direkt die Tätigkeit der Kollegen in den Akutkliniken. Der Bundesausschuss PTI lotet zur Zeit die Einflussmöglichkeiten aus, wenn es in den nächsten Monaten darum geht, das Entgeltsystem im Rahmen der Krankenhausplanung weiterzuentwickeln. Krankenhausplanung und -finanzierung waren Anfang des Jahres Anlass einer Sonderkonferenz der Gesundheitsminister der Länder, nachdem nicht zuletzt als Konsequenz der Föderalismusreform eine Neuordnung der Zuständigkeiten für die Krankenhausplanung anstand.

Für die in den Psychiatrischen Kliniken tätigen Kolleginnen und Kollegen steht möglicherweise nun doch bald eine Reform der PsychPV ins Haus. So wünschenswert eine offizielle Aufnahme unserer beiden Heilberufe in die Stellenpläne wäre – würde es doch auch die Chance für entsprechende Arbeitsverträge und Tätigkeitsbeschreibungen eröffnen –, so zurückhaltend waren unsere Vertreter in der Vergangenheit mit der Forderung nach einer Reform der PsychPV, weil zu befürchten stand, dass auch diese Reform dazu benutzt werden könnte, Einsparungen vorzunehmen und den vergleichsweise

günstigen Stellenschlüssel zu verändern. Es gibt eine bis in die 70er Jahre zurückreichende Tradition der Beschäftigung von „Psychologen“ in Psychiatrischen Kliniken bis hin zur Betrauung mit Leitungsfunktionen, v.a. in Zeiten akuten Ärztemangels. Der Tätigkeitsschwerpunkt für die „Psychologen“ hat sich in den letzten 30 Jahren immer mehr in Richtung „Einzel- und Gruppentherapie“ verlagert und die Forensik ist zu einem neuen, wichtigen Arbeitsgebiet geworden. Psychotherapeutische Kompetenz wird heute bei Neueinstellungen von Diplom-Psychologen vorausgesetzt, zumindest eine begonnene Psychotherapieausbildung wird von den Stellenbewerbern erwartet. Angekommen ist der PP und der KJP aber deshalb oft noch lange nicht: Eingestellt werden „Dipl.-Psych.“ und dass sie ihre Berufsbezeichnung intern gegenüber den Patienten und extern im Schriftverkehr nennen dürfen, ist nicht überall eine Selbstverständlichkeit. In diesem Zusammenhang sei an das mit Unterstützung der Hessischen Kammer erstrittene Gerichtsurteil eines Kollegen erinnert, der über zwei Instanzen hinweg sein Recht auf Führung seiner Berufsbezeichnung in einer Psychiatrischen Klinik durchgeklagt hat (4).

Auch in dem – neben den psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken – zweiten großen Berufsfeld von PP/KJP, den Beratungsstellen – und hier insbesondere in den Familien- und Erziehungsberatungsstellen und den Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen –, wird der Wert und Nutzen der psychotherapeutischen Kompetenz für die Fall- und Präventionsarbeit grundsätzlich anerkannt. Dass diese Kompetenz eine von jeder Beratungsstelle vorzuhaltende Kernkompetenz sei, gilt aber in diesem Berufsfeld schon als umstritten, genauso wie die Frage, ob psychotherapeutische Kompetenz ausschließlich an eine Approbation geknüpft sei.

Brisant sind diese Fragen vor allem für Erziehungsberatungsstellen, da sie aufgrund ihrer Verortung in der Jugendhilfe Leistungen nach SGB VIII zu erbringen haben und eben keine heilkundliche Leistungen nach SGB V. Ob es dann neben der heilkundlichen Psychotherapie noch eine andere, eine sog. „nicht-heilkundliche“

gibt, beschäftigt seitdem sowohl die BKE als auch die BPtK. Die anfängliche Sorge, die Aufwertung von einigen Kollegen zu PP/KJP würde zu Spannungen oder gar zu Spaltungen in den multidisziplinären Teams führen, hat sich zumeist nicht bewahrheitet.

Dass Beratungsarbeit, die dem Bereich der Prävention zuzurechnen ist, langfristige gesamtgesellschaftliche Kosten einzusparen in der Lage ist, ist zwar einleuchtend, aber noch nicht hinreichend empirisch belegt. Um diesem Misstand abzuhelpfen, führt der PTI-Ausschuss in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Hochschule Hannover eine gesundheitsökonomische Pilotstudie zu den Effekten von Erziehungsberatung durch. Die Datensammlung ist noch nicht ganz abgeschlossen, die Auswertung wird vermutlich bis zum Herbst vorliegen.

Schon seit langem fordert der Ausschuss PTI, Beratungsstellen sollten als Ort für den 2. Teil der praktischen Tätigkeit für PiAs anerkannt werden können. Regelungen im PsychThG und den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für PP/KJP stehen dem aber bisher entgegen. Auch hier wird aber weiter nach Möglichkeiten gesucht, zukünftigen PP/KJP dieses Arbeitsfeld erfahrbar zu machen. Nicht alle Kolleginnen und Kollegen werden nach Erlangung der Approbation in die Niederlassung streben, manche werden möglicherweise die Teamarbeit in einer Beratungsstelle mit ihrem breiten Spektrum an Aufgaben einer Einzelpsychotherapiepraxis vorziehen.

Und noch drei weitere Aktivitäten der letzten Monate seien hier aufgeführt, die das Spektrum der Kammertätigkeit im Angestelltenbereich illustrieren:

■ **Psychotherapie im Strafvollzug:** Auch Straffällig-Gewordene haben ein Recht auf eine angemessene Gesundheitsversorgung während und nach der Haft, dies schließt die Möglichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung mit ein. Hier gilt es, u.a. die

Kooperationsmöglichkeiten zwischen den Psychologen und den approbierten Kollegen in den JVA und den Niedergelassenen zu verbessern. Dazu haben in mehreren Länderkammern Sondierungsgespräche vor Ort stattgefunden. Der Vorstand der BPtK hat zur Reform des Maßregelrechts und der Führungsaufsicht Expertisen eingeholt und Stellungnahmen zum Gesetzgebungsverfahren eingebracht (5).

■ **Stationäre Suchtbehandlung:** Eine bessere Verzahnung von stationären und ambulanten Reha-Angeboten im Suchtbereich sowie die Stellenpläne und die Möglichkeit zur Übernahme von Leitungsfunktionen waren Anlass für Gespräche mit der Deutschen Gesellschaft für Suchtpsychologie (DGSPs) und der DRV Bund.

■ **Zur Verbesserung der Situation der PiAs** hat eine Länderkammer ein Treffen mit Leitenden Psychologinnen in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken initiiert, welches auf eine erfreulich gute Resonanz stieß.

Mit dem beschlossenen Strukturwandel im GKV-System werden sich schon in naher Zukunft neue berufliche Möglichkeiten für angestellte Psychotherapeuten im ambulanten Sektor ergeben. Inwieweit und zu welchen Konditionen diese miteinbezogen werden, wenn MVZs und „Berufsgruppenübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften“ gegründet werden, hängt außer von der entsprechenden Weiterqualifizierung der interessierten Kollegen auch davon ab, inwieweit sich die Kammern als Vertreter unserer beider Berufsgruppen für eine gleichberechtigte Teilhabe auf allen Ebenen stark machen und den notwendigen Dialog mit den ärztlichen Kollegen führen. Hier kommt viel Arbeit auf die Kammern zu, will man die Chancen, die sich durch den Strukturwandel ergeben, auch für PP/KJP nutzen.

Frage die Überschrift dieses Artikels danach, was Sie sich als Angestellte von ihrer Kammer erwarten können, so möchte ich meinen Beitrag damit beenden, was

sich die Kammerdelegierten von Ihnen, den angestellten KollegInnen, erwarten: Dass Sie uns mitteilen, wo Sie Handlungs- oder Änderungsbedarf in Ihrem spezifischen Arbeitsfeld in bezug auf Ihre Berufsausübung sehen, denn oft erst dann können wir einen Ansatzpunkt für konkrete Überlegungen und Maßnahmen finden.

- (1) Kenntnisse über die Verteilung der Kammermitglieder auf unterschiedliche Tätigkeitsfelder und ihre Kompetenzen sind für jede Landes- und insbesondere auch die Bundeskammer von besonderer Bedeutung. Einerseits als Datengrundlage für die öffentliche Gesundheitsberichterstattung (Landes- wie Bundesebene), andererseits als Argumentationsbasis bzw. Wissenshintergrund, wenn die Kammer sich im gesundheitspolitischen Diskurs äußert. Dann wird sie regelmäßig gefragt, wie viele ihrer Mitglieder dies oder das machen und da fehlte es bislang häufig an belastbaren Daten.
- (2) H. Vogel „Überlegungen zur mittelfristigen Arbeitsplanung des Bundesausschusses Psychotherapie in Institutionen der Bundespsychotherapeutenkammer“ – Anhang zum Protokoll der 10. Sitzung des Ausschusses PTI am 20.03.2006; Bericht an die Bundesdelegierten zum 9. DPT.
- (3) R. Straub: Regelungen zur Beteiligung von PP/KJP in Gremien in den LKH-Gesetzen. Untersuchung i.A. des Bundesausschusses PTI (noch unveröffentlicht).
- (4) Hessisches Landesarbeitsgericht, Urteil v. 20.01.2006, AZ: 3 Sa 951/05.
- (5) BPtK: Stellungnahme zur Reform des Maßregelrechts: Sicherung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt – 01.09.2006.

Dipl.-Psych. Thomas Merz

Psychologischer Psychotherapeut
Bahnhofstr. 24
35037 Marburg
thomasmerzpraxis@aol.com

Rechtsfragen für Angestellte

Einleitung

Johann Rautschka-Rücker

Angestellten- bzw. Beschäftigungsverhältnisse können vielfältige rechtliche Probleme und Zweifelsfragen aufwerfen, weil mit der Approbation die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten einen freien Beruf ausüben, der sich auch eine eigene Berufsordnung gegeben hat. Abhängig Beschäftigte sind indessen in ein weiteres rechtliches Regulierungssystem eingebunden, das im Einzelfall in Widerspruch zu der Berufsordnung stehen kann. Das birgt Konfliktstoff.

Erst im Konfliktfall werden die rechtlichen Normen sichtbar, in deren Geltungsbereich sich alle Berufsangehörigen bewegen und die im beruflichen Alltag im Hintergrund

bleiben. Es verhält sich wie mit der allgemeinen Vorfahrtsregelung im Straßenverkehr: sie ist nicht sichtbar und nicht fassbar, sie kanalisiert das Verhalten und bei einem Unfall rückt sie in das Zentrum der Beurteilung.

Mit solchen Konfliktsituationen befasst sich die nachfolgende Zusammenstellung von Einzelbeiträgen, die unterschiedliche Aspekte der beruflichen Tätigkeit aufgreifen. Wegen der besseren Lesbarkeit wurden sie in zwei Abschnitte unterteilt. Der erste Abschnitt wird in diesem Heft abgedruckt, der zweite Abschnitt folgt in Heft 3/2007. Dies ist auch sinnvoll, weil die juristische Sprache für viele Psychologische Psychotherapeuten und Kinder-

und Jugendlichenpsychotherapeuten ungewohnt ist, bzw. der Leser/die Leserin durch die Fülle der Aspekte sich leicht erschlagen oder ermüdet fühlen könnte.

Der Anstoß für diese Veröffentlichung entstand durch den Fortbildungstag für Angestellte der hessischen Psychotherapeutenkammer. Dort hat Herr Rechtsanwalt Schafhausen zur Weisungsproblematik referiert; sein Referat gelangt hier als erster Beitrag umgearbeitet zum Abdruck. Es folgen zwei Beiträge von Ass. jur. Johann Rautschka-Rücker, Geschäftsführer der hessischen Psychotherapeutenkammer. Er steht Ihnen für Rückfragen zur Verfügung.

Die angestellte Psychotherapeutin/der angestellte Psychotherapeut – Spannungsverhältnis zwischen Freiheit der Berufsausübung und Weisungsrecht des Arbeitgebers

Martin Schafhausen

Zusammenfassung: Der Beruf des Psychotherapeuten ist kein Gewerbe und seiner Natur nach ein freier Beruf. Dieser Grundsatz, der in der Berufsordnung festgehalten ist, steht in einem Spannungsverhältnis zur weisungsabhängigen Tätigkeit in einem Arbeitsverhältnis. Diese ist gekennzeichnet durch das Weisungsrecht des Arbeitgebers. Ob ein Psychotherapeut den fachlichen Weisungen seines nicht selbst approbierten Vorgesetzten folgen muss, ob er entgegen der Weisung der leitenden Psychotherapeutin einen Patienten anders behandeln kann, welche arbeitsrechtlichen Reaktionen zu befürchten sind, wenn solchen Weisungen nicht gefolgt wird, wird in diesem Beitrag aufgezeigt.¹

Das Arbeitsverhältnis ist gekennzeichnet durch die **Weisungsunterworfenheit** des

Arbeitnehmers. Das Arbeitsrecht definiert das Arbeitsverhältnis als Rechtsverhältnis

aufgrund dessen eine Person „auf Grund eines privatrechtlichen Vertrages zur Arbeit im Dienst eines anderen verpflichtet ist“².

- 1 Dem Beitrag liegt ein Referat zu Grunde, das der Verfasser auf einer Fortbildungsveranstaltung der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen – Psychotherapie in Institutionen, 2. Dezember 2006 – gehalten hat. Der Vortragsstil ist im wesentlichen beibehalten.
- 2 Vgl. dazu die allgemeinen Nachweise bei ErfK/Preis § 611 BGB Rn. 45; BAG AP § 611 Abhängigkeit Nr. 26.

Wesentliches Abgrenzungskriterium ist die vertragliche Verpflichtung, weisungsgebundene Arbeit für einen anderen zu erbringen.

Demgegenüber bestimmt die **Berufsordnung** der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten Hessen³:

„§ 2 Freiheit der Berufsausübung

Der Beruf des Psychotherapeuten ist ein freier Beruf. Er ist kein Gewerbe. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten üben den Beruf in eigener Verantwortung, frei und selbstbestimmt aus, soweit Gesetz und Berufsordnung sie nicht im Besonderen verpflichten oder einschränken.“

Für angestellte Psychotherapeutinnen und angestellte Psychotherapeuten konkretisiert die Berufsordnung diese Freiheit der Berufsausübung weiter. Es finden sich Regelungen, die die psychotherapeutische Tätigkeit in einem Beschäftigungsverhältnis betreffen.

„§ 25 Umgang mit Weisungen in einem Beschäftigungsverhältnis

(1) Weisungen für das inhaltliche Vorgehen bei einer stationären oder ambulanten psychotherapeutischen Behandlung dürfen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nur von Vorgesetzten annehmen, die selbst die Berechtigung zur eigenverantwortlichen Durchführung von Psychotherapien haben.

In einem Beschäftigungsverhältnis dürfen sie Weisungen von Vorgesetzten nicht befolgen, die mit dieser Berufsordnung nicht vereinbar sind oder deren Befolgung sie selbst nicht verantworten können, sofern sie ihre psychotherapeutische Tätigkeit betreffen.“

Eine Regelung, die für vorgesetzte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gilt findet sich in § 25 Abs. 2 BO:

„(2) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als Vorgesetzte dürfen nur

solche Weisungen erteilen, die mit dieser Berufsordnung vereinbar sind.“

Dass mit diesen gegensätzlichen Feststellungen nicht gemeint sein kann, dass es die Ausübung eines freien Berufes in einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis nicht gibt, setzt nicht nur die Berufsordnung voraus, sondern war bereits Gegenstand einer gerichtlichen Entscheidung. Das Bundesarbeitsgericht führt in einem Urteil aus dem Jahre 1961 aus:

„Es gab und gibt darüber hinaus auch Arbeitsverhältnisse, bei denen dem Arbeitgeber eine Einflussnahme auf die sachliche Ausübung der Tätigkeit des Arbeitnehmers rechtlich versagt ist.“⁴

Von Interesse ist aber, in welchen Zusammenhang das Bundesarbeitsgericht diese Feststellung getroffen hat. Gegenstand des Klageverfahrens war eine verhaltensbedingte Kündigung, die einem Chefarzt gegenüber ausgesprochen worden war. Um diese Kündigung am Maßstab des § 1 Abs. 2 KSchG messen zu können, musste die Klägerin in einem Arbeitsverhältnis beschäftigt gewesen sein (§ 1 Abs. 1 KSchG). Ohne darauf einzugehen, dass der Arzt in einem freien Beruf tätig war und die Berufsordnungen der Landesärztekammern ähnliche Regelungen zur Frage der Weisungsunterworfenheit enthalten, wird die Anwendbarkeit des Kündigungsschutzgesetzes bejaht. Gegenstand der Entscheidung des Bundesarbeitsgerichts war aber nicht, ob der Arzt eine Weisung seines Arbeitgebers zu beachten hatte.

Zu dieser Fragestellung findet sich in der Rechtsprechung nichts. Ob dies damit zu erklären ist, dass das Spannungsverhältnis zwischen Weisungsunterworfenheit des Arbeitnehmers auf der einen und der ausdrücklichen Weisungsfreiheit bei Ausübung des freien Berufes der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten auf der anderen Seite in der Rechtswirklichkeit unproblematisch „gelebt“ wird oder ob Konflikte außergerichtlich gelöst werden, lässt sich nicht sicher beurteilen. Dieses Spannungsverhältnis hat jedoch eine nähere juristische Betrachtung verdient.

Bevor – unter Berücksichtigung von Beispielfällen – der Frage nachgegangen werden soll, wie und auf welche Bereiche der Weisungsunterworfenheit sich das Gebot des § 25 Abs. 1 BO auswirkt, muss dargestellt werden, wie sich diese berufsordnungsrechtlichen Regelungen überhaupt auf das Arbeitsverhältnis auswirken.

1. Rechtliche Wirkung der Berufsordnung der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten Hessen – insbesondere auf das Weisungsrecht des Arbeitgebers

Ohne Zweifel haben auch die Parteien eines Arbeitsverhältnisses die bestehende Rechtsordnung zu beachten. Dies gilt für die allgemeinen rechtlichen Regeln, Gesetze, Verordnungen usw., aber auch für Sonderregelungen des Arbeitsrechts, die regelmäßig als Arbeitnehmerschutzrechte verstanden werden, aber auch für kollektivrechtliche Regelungen, die etwa in Tarifverträgen oder Betriebsvereinbarungen festgehalten sind.

Auch im Hinblick auf das Weisungsrecht des Arbeitgebers ist anerkannt, dass dieses einseitige Bestimmungsrecht nicht grenzenlos sein kann, sondern Weisungen nicht zu beachten sind, wenn sie gegen die guten Sitten und gesetzliche Regelungen, Betriebsvereinbarungen oder Tarifverträge verstoßen.⁵ § 106 GewO bestimmt insoweit:

³ Inhaltsgleiche Regelungen finden sich auch in der Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer. § 1 Abs. 3 MBO: Freie Berufsausübung, § 25 MBO: Ausübung des Berufs in einem Beschäftigungsverhältnis. Weitergehend die Verpflichtung der vorgesetzten Psychotherapeuten in § 25 Abs. 3 MBO, die bei der Gestaltung von Rahmenbedingungen darauf hinzuwirken habe, dass die Rahmenbedingungen dem weisungsgebundenen Berufskollegen die Einhaltung der Berufspflichten ermöglicht wird.

⁴ BAG, Urteil v. 27.07.1961 – 2 AZR 255/60 – BAGE 11, 225.

⁵ BAG, Urteil v. 20.12.1984 – 2 AZR 436/83 – BAGE 47, 363; ErfK/Preis § 611 Rn. 276.

„Der Arbeitgeber kann Inhalt, Ort und Zeit der Arbeitsleistung nach billigem Ermessen näher bestimmen, soweit diese Arbeitsbedingungen nicht durch den Arbeitsvertrag, Bestimmungen einer Betriebsvereinbarung, eines anwendbaren Tarifvertrages oder gesetzliche Vorschriften festgelegt sind. Dies gilt auch hinsichtlich der Ordnung und des Verhaltens der Arbeitnehmer im Betrieb. Bei der Ausübung des Ermessens hat der Arbeitgeber auch auf Behinderungen des Arbeitnehmers Rücksicht zu nehmen.“

1.1 Unmittelbare Wirkung der Berufsordnung

Das die Berufsordnung Teil der Rechtsordnung ist, ist nicht zu bestreiten. Fraglich bleibt aber, ob und wie sie auf das Arbeitsverhältnis, das Weisungsrecht des Arbeitgebers wirkt. Bereits § 1 Abs. 1 Satz 1 BO macht deutlich, dass eine unmittelbare Wirkung auf jedes Arbeitsverhältnis einer abhängig beschäftigten Psychotherapeutin oder eines abhängig beschäftigten Psychotherapeuten ausscheiden muss. Der Geltungsbereich der Berufsordnung wird beschränkt auf Mitglieder der Psychotherapeutenkammer. Die Berufsordnung schafft aber keine Rechtsregelung, die über den eigenen Rechtskreis hinaus geht.

Nur dann, wenn Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten (die Kammermitglied sind) bei einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten beschäftigt sind, die selbst Mitglieder der Kammer sind, kommt eine unmittelbare Wirkung dieser berufsrechtlichen Regelungen in Betracht. In anderen Fällen, in denen nur eine Partei des Arbeitsverhältnisses Mitglied der Kammer ist, sieht die Berufsordnung schon vor, dass eine (unmittelbare) Wirkung der Berufsordnung ausscheidet.

Es kommt hinzu, dass den Berufsordnungen kein Rechtsverordnungscharakter im Sinne des Art. 80 GG zugesprochen werden kann.⁶ Auch § 24 Satz 1 Hess. Heilberufegesetz kann nicht als Verordnungsermächtigung angesehen werden. Den Kammern wird vielmehr (allein) die Befugnis zugewiesen, sich und damit ihren Mitgliedern, eine Berufsordnung zu geben.

Damit verbunden ist aber die Schlussfolgerung, dass eine über die Mitglieder der Psychotherapeutenkammer hinausgehende generalisierende Wirkung (auf andere Rechtsverhältnisse) nicht besteht.⁷ Die Satzung ist Binnenrecht, entfaltet unmittelbare Rechtswirkung nur zwischen den Mitgliedern der satzungsgebenden Institution.

1.2 Mittelbare Wirkung der Berufsordnung auf den Inhalt des Arbeitsvertrages

Nur in seltenen Fällen wird der Arbeitsvertrag einer angestellten Psychotherapeutin oder eines angestellten Psychotherapeuten ausdrücklich festhalten, dass die Regelungen der Berufsordnung Gegenstand des Vertragsverhältnisses geworden sind, insbesondere, dass im Hinblick auf die fachlichen Weisungen Grenzen zu beachten sind.

Ebenso wenig sind tarifvertragliche Regelungen oder Bestimmungen in Betriebsvereinbarungen zu finden, die die Anwendbarkeit berufsordnungsrechtlicher Regelungen auf ein Arbeitsverhältnis vorsehen.

Anerkannt ist aber, dass bei fehlenden Regelungen und zur näheren Konkretisierung der arbeitsvertraglichen Pflichten der Arbeitsvertrag auszulegen (§§ 133, 157 BGB) ist. Danach ist der wirkliche Wille der Vertragsparteien zu ermitteln. Die Auslegung richtet sich nach Treu und Glauben und hat dabei Rücksicht auf die Verkehrssitte zu nehmen.

Erfolgt die Anstellung als Psychotherapeutin oder Psychotherapeut, wird man ohne weiteres annehmen können, dass auch die Berufsordnung den Willen der Vertragsparteien konkretisiert – § 133 BGB – diese Tätigkeit eben nur im Rahmen des für die Therapeutin oder den Therapeuten zulässigen Rahmens durchzuführen.⁸ Dies gilt insbesondere dann, wenn die Beschäftigung bei einem Arbeitgeber erfolgt, der selbst Kammermitglied ist oder – in Institutionen – dessen leitende Mitarbeiter Mitglied der Landespsychotherapeutenkammer oder Landesärztekammer sind. In solchen Fällen ist davon auszugehen, dass die Beschäftigung nur unter Beachtung

der Berufsordnung erfolgt, sich der Wille der Arbeitsvertragsparteien auf die Beschäftigung im Rahmen der berufsordnungsrechtlichen Regelungen richtet.

Aber auch dann, wenn allein der Arbeitnehmer approbiert ist, gilt nichts anderes. Auch in solchen Fallgestaltungen kann angenommen werden, dass die Vertragsparteien nur eine Tätigkeit des Arbeitnehmers im Rahmen der von dem Mitarbeiter zu beachtenden berufsrechtlichen Regelungen wünschen.

Die von Lücke⁹ vorgebrachten Überlegungen zur Übertragung des – dem fachlich gleichgestellten Vorgesetzten – zustehenden Weisungsrechts, überzeugen zumindest in den Fällen nicht, in denen solche Vorgesetzte fehlen, die Tätigkeit einer Psychotherapeutin oder eines Psychotherapeuten bei einem Arbeitgeber erfolgt, der selbst keine Berechtigung zur eigenverantwortlichen Durchführung von Psychotherapien (§ 25 Abs. 1 Satz 1 BO) hat und keine weitere Person beschäftigt, die so berechtigt ist. Da die Übertragung des Weisungsrechts auf geeignete Fachvorgesetzte nicht in allen Arbeitsverhältnissen möglich ist, kann dieser Ansatz eine allgemeingültige Lösung der rechtlichen Problematik nicht bieten.

Für die „Auslegungslösung“ spricht auch, dass so berufsordnungsrechtliche Regelungen auf Arbeitsverhältnisse wirken, die länger bestehen und in denen die Psychologin oder der Psychologe erst im Laufe der Zeit mit Zustimmung des Arbeitgebers die Approbation erwirbt.

1.3 Zwischenergebnis

Die Berufsordnung wirkt grundsätzlich nicht unmittelbar auf den Inhalt eines Arbeitsverhältnisses einer Psychotherapeutin oder eines Psychotherapeuten. Dies gilt nur dann, wenn dies ausdrücklich in dem Arbeitsvertrag geregelt ist.

6 Lücke, O. (1995), Die Hierarchie des Ärztlichen Dienstes im Spannungsverhältnis zwischen Direktionsrecht und freiem Beruf. Fankfurt/M.: Lang, S. 25

7 Lücke O. (1995), a.a.O., S. 26.

8 Lücke O. (1995), a.a.O., S. 27. Für den ärztlichen Bereich auch Wendeling-Schröder, BB 1988, 1742, 1747.

9 A.a.O., S. 33 ff.

Im Übrigen wirken die Regelungen der Berufsordnung aber mittelbar durch Auslegung auf den Inhalt des Arbeitsverhältnisses, da die Beschäftigung einer Psychotherapeutin oder eines Psychotherapeuten nur unter Wahrung dieser Berufsregeln möglich sein soll.

2. **Begrenzung des Weisungsrecht des Arbeitgebers durch § 25 Abs. 1 BO**

§ 25 Abs. 1 BO verpflichtet die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nur solche Weisungen für das **inhaltliche Vorgehen** bei einer stationären oder ambulanten psychotherapeutischen Behandlung zu befolgen, die von Vorgesetzten stammen, die selbst die Berechtigung zur eigenverantwortlichen Durchführung von Psychotherapien haben. Ein Kernbereich der psychotherapeutischen Tätigkeit soll nach § 25 Abs. 1 Satz 2 BO selbst dann weisungsfrei bleiben, wenn die Weisung von einem Fachvorgesetzten erteilt wird.

Da das Arbeitsrecht – in Statusfragen – zwischen verschiedenen Modalitäten des Weisungsrechts unterscheidet¹⁰, sollen diese Differenzierungen dargestellt werden. Dabei ist zu bedenken, dass der Inhalt des Arbeitsverhältnisses grundsätzlich durch den Arbeitsvertrag und erst dann durch das einseitigen Weisungsrecht des Arbeitgebers bestimmt wird, wenn keine Regelungen getroffen wurden oder im Einzelfall Abweichendes bestimmt werden muss.

2.1 **Arten des Weisungsrechts im Arbeitsrecht**

Als wesentliches Kriterium für das Vorliegen eines Arbeitsverhältnisses nimmt die Rechtsprechung und die allgemeine Auffassung in der Literatur die **örtliche Weisungsgebundenheit** an. Ist der Leistende verpflichtet, seine Dienste an einem Ort anzubieten, den er nicht selbst bestimmen kann, liegt regelmäßig ein Arbeitsverhältnis vor.¹¹

Bestimmt der Arbeitgeber Dauer und zeitliche Lage der Arbeit, so liegt eine **zeitliche Weisungsgebundenheit** vor.

Bei „Diensten höherer Art“ – zu denen auch die Tätigkeit einer Psychotherapeutin

und eines Psychotherapeuten gehört – verliert die so genannte **fachliche Weisungsgebundenheit** in Statusfeststellungsverfahren an Bedeutung. Zwar kann der Arbeitgeber auch fachliche Weisungen erteilen, tut es aber nicht, da viele hochqualifizierte Mitarbeiter fachlich weitgehend selbständig arbeiten.

2.2 **Weisungen eines Nicht-Berechtigten**

Von den Vorgaben der arbeitsrechtlichen Nomenklatur trennt sich die Berufsordnung. Nicht untersagt ist die Beachtung fachlicher, zeitlicher oder örtlicher Weisungen eines „nicht-berechtigten“ Vorgesetzten. Verboten ist vielmehr allein die Beachtung von „Weisungen für das inhaltliche Vorgehen bei einer stationären oder ambulanten psychotherapeutischen Behandlung“, soweit diese von einem Nicht-Berechtigten stammen.

Ansatzpunkt für diese berufsordnungsrechtliche Regelung ist die psychotherapeutische Behandlung, der Patient. Nicht jede Weisung des Nicht-Berechtigten darf nicht beachtet werden, sondern nur die, die auf die inhaltliche Ausgestaltung der Behandlung abzielt.

Fall 1: Der Leiter des Kreisjugendamtes (Jurist) weist die dort beschäftigte Kinder- und Jugendpsychotherapeutin an, am kommenden Morgen bereits um 8 Uhr 30 ihren Dienst anzutreten. Eine gemeinsame Besprechung wurde vorverlegt.

Zwar liegt die Weisung einer Person vor, die nicht selbst die Berechtigung zur eigenverantwortlichen Durchführung von Psychotherapien besitzt, die Weisung des Vorgesetzten ist nichtsdestotrotz zu beachten. Sie steht in keinem Zusammenhang mit der inhaltlichen Ausgestaltung der Behandlung.

Anders dagegen im folgenden Fall:

Fall 2: Der kaufmännische Direktor einer psychotherapeutischen Reha-Klinik fordert den dort beschäftigten Psychotherapeuten auf, die Behandlung einer Patientin abzubereiten. Es sei genug geredet, er möge nun endlich seine Berichte schrei-

ben. Dies wäre seit Wochen überfällig; zu regelmäßige Vorlage von Berichten sei er nach dem Arbeitsvertrag verpflichtet.

Die Aufforderung seiner Berichtspflicht nachzukommen, konkretisiert (bezogen auf den Einzelfall) eine arbeitsvertragliche Pflicht. Eine solche Weisung ist grundsätzlich im Arbeitsverhältnis zulässig. In der vorliegenden Sachverhaltsgestaltung **aber** geht mit dieser Weisung einher, der **Eingriff in die inhaltliche Ausgestaltung der Behandlung**. Es ist allein Sache des zur Psychotherapie berechtigten Mitarbeiters, die Behandlung des anvertrauten Patienten zu bestimmen, so darf diese Weisung des „nicht-berechtigten“ Klinikleiters von dem Psychotherapeuten nicht beachtet werden.

Die Nichtübernahme der arbeitsrechtlichen Modalitäten des Weisungsrechts in der Berufsordnung erfolgt zu Recht. Bereits diese beiden Beispiele haben deutlich gemacht, dass nicht allein durch fachliche Weisungen in die Befugnisse der angestellten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eingegriffen werden kann.

Dient „die Berufsordnung dem Ziel, im Interesse der Gesundheit des Einzelnen und der Bevölkerung

- die Qualität der psychotherapeutischen Berufsarbeit sicherzustellen und zu fördern,
- das besondere Vertrauensverhältnis zwischen Patientinnen und Patienten und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als Grundlage von Psychotherapie zu bewahren,
- auf berufswürdiges Verhalten von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten hinzuwirken“

so die Präambel der Berufsordnung, also in erster Linie Allgemeinwohlinteresse und den Interessen der Patientinnen und Patienten, so müssen solche Weisungen von nicht zur Psychotherapie berechtigten Vorgesetzten ausgeschlossen sein, die diesen Zielsetzungen zuwiderlaufen.

¹⁰ Vgl. nur ErfK/Preis § 611 Rn. 82 ff.

¹¹ BAG, Urteil v. 13.01.1983 – 5 AZR 149/82 –, BAGE 41, 247.

In § 25 Abs. 1 Satz 1 BO konkretisiert sich darüber hinaus die Freiheit der psychotherapeutischen Berufsausübung. Nicht allein in der „Staatsfreiheit“, also in der Freiheit staatlicher Eingriffe in die Berufsausübung, sondern auch in der „weisungs“-freien, dem Patienten dienenden, eigenverantwortlichen Durchführung der therapeutischen Maßnahmen erweist sich die Psychotherapeutin, der Psychotherapeut auch in einer abhängigen Tätigkeit als Arbeitnehmer als in einem freien Beruf tätig.

2.3 Kernbereich der psychotherapeutischen Tätigkeit

§ 25 Abs. 1 Satz 2 BO erweckt den Eindruck, dass es im Kernbereich psychotherapeutischer Tätigkeit Weisungen geben kann, die auf keinen Fall zu beachten sind. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die

„in einem Beschäftigungsverhältnis [tätig sind, dürfen] ... Weisungen von Vorgesetzten nicht befolgen,

- die mit dieser Berufsordnung nicht vereinbar sind oder
- deren Befolgung sie selbst nicht verantworten können, sofern sie ihre psychotherapeutische Tätigkeit betreffen.“

Die Tragweite dieser Regelung machen folgende Beispiele deutlich:

Fall 3: Entgegen § 14 Abs. 2 Satz 2 BO (keine Behandlung eines Minderjährigen, wenn nur die Zustimmung eines Erziehungsberechtigten vorliegt), fordert die Praxisinhaberin den bei ihr angestellten Kinder- und Jugendpsychotherapeuten auf, mit der Behandlung einer jugendlichen Patientin zu beginnen. Der Widerspruch der Mutter gegen die Behandlung sei ohne Belang, diese wisse nicht, was für ihr Kind gut sei. Dass eine akute Notlage nicht vorliege, sei bedeutungslos.

Ein Verstoß gegen die Berufsordnung ist anzunehmen. Nach § 14 Abs. 2 BO bedarf die Behandlung eines Minderjährigen, bei dem beide Elternteile sorgeberechtigt sind, die Zustimmung beider Eltern. Die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut hat sich vor Behandlungs-

beginn zu erkundigen, ob diese Voraussetzung erfüllt ist. Die Behandlung ist auszusetzen, wenn ein Elternteil die Zustimmung verweigert oder zurücknimmt und eine gerichtliche Entscheidung noch nicht herbeigeführt wurde. Eine Notlage, die Ausnahmen von dieser berufsordnungsrechtlichen Regelung zulässt, liegt nicht vor.

Noch schwieriger fällt die Beurteilung des folgenden Falles:

Fall 4: Der Berufsanfänger, der in einer Klinik tätig ist, berichtet dem leitenden Psychotherapeuten, sein Patient sei akut suizidgefährdet, dies habe sich in dem Einzelgespräch sehr deutlich gezeigt. Der Vorgesetzte möge eine Kollegin bitten, die folgende Einheit, eine gruppentherapeutische Behandlung, durch einen Kollegen durchführen zu lassen. Nachdem der leitende Therapeut mit dem Patienten gesprochen hat, weist der Vorgesetzte seinen Mitarbeiter an, die Gruppenstunde zu leiten.

Der Berufsanfänger bittet seine Kollegen um Rat, ob er auch in Zukunft solchen Weisungen folgen müsse.

Es spricht einiges dafür, hier anzunehmen, dass der Kernbereich psychotherapeutischer Arbeit betroffen ist. Der Berufsanfänger erkennt die Notwendigkeit, sich in einer akuten Situation ausschließlich einem Patienten zu widmen. Der hinzu gerufene Fachvorgesetzte erteilt aber eine anderslautende Weisung.

Exkurs: Arbeitsrechtliche Folgen der Nichtbeachtung einer Weisung

Beachtet ein Arbeitnehmer eine (berechtigte) Weisung des Arbeitgebers nicht, so verstößt er gegen arbeitsvertragliche Pflichten. Dies hat zur Folge, dass der Arbeitgeber das Fehlverhalten abmahnen kann und regelmäßig abmahnen muss. Wiederholte Vertragsverletzungen ähnlicher Art und ein besonders schwerer Verstoß gegen Pflichten aus dem Arbeitsverhältnis berechtigen den Arbeitgeber zum Ausspruch einer verhaltensbedingten ordentlichen oder außerordentlichen Kündigung des Arbeitsverhältnisses.

Voraussetzung der Wirksamkeit einer Abmahnung und insbesondere einer Kün-

digung des Arbeitsverhältnisses ist aber nicht allein die Feststellung einer Verletzung arbeitsvertraglicher Pflichten durch den Arbeitnehmer. Neben weiteren Voraussetzungen – auf die es in diesem Zusammenhang nicht ankommen soll – fordern Rechtsprechung und Lehre seit langer Zeit einhellig, dass auch im Rahmen der Überprüfung der Wirksamkeit einer ordentlichen Kündigung (§ 1 Abs. 2 KSchG) eine umfassende Interessenabwägung erfolgen muss. Eine verhaltensbedingte Kündigung des Arbeitsverhältnisses ist danach nur dann gerechtfertigt, wenn ein Tatbestand vorliegt, der bei gewissenhafter Abwägung der beiderseitigen Interessen einen verständlich urteilenden Arbeitgeber zur Kündigung veranlassen würde.¹² Bei der fristlosen Kündigung ist Interessenabwägung Tatbestandsmerkmal (§ 626 Abs. 1 BGB).

Besonderes aufwändig und sorgfältig prüfen die Arbeitsgerichte die Wirksamkeit einer Kündigung, wenn sich der Arbeitnehmer darauf beruft, seiner Arbeitsverweigerung beruhe auf einem Gewissenskonflikt. Zwar stellt das Bundesarbeitsgericht auf den sog. „subjektiven Gewissensbegriff“ ab¹³, verlangt aber, dass

„der Arbeitnehmer ... seine Entscheidung im einzelnen darlegen und erläutern [muss]. Es muss hierbei erkennbar sein, dass es sich um eine nach außen tretende, rational mitteilbare und intersubjektiv nachvollziehbare Tiefe, Ernsthaftigkeit und absolute Verbindlichkeit einer Selbstbestimmung handelt.“

Das Bundesarbeitsgericht macht in dieser Entscheidung weiter deutlich, dass das Arbeitsverhältnis eines Arbeitnehmers, der sich auf eine Gewissensentscheidung beruft, ggf. durch eine personenbedingte Kündigung beendet werden kann, wenn keine anderen Einsatzmöglichkeiten bestehen.

¹² ErfK/Ascheid/Oetker § 1 KSchG Rn. 319; BAG, Urteil 22.07.1982 – 2 AZR 30/81 –, AP Nr. 5 zu § 1 KSchG 1969 Verhaltensbedingte Kündigung.

¹³ Grundlegend BAG, Urteil v. 24.05.1989 – 2 AZR 285/88 –, BAGE 62, 59.

2.4 Lösungsmöglichkeiten

Gibt es aber einerseits den jede Kündigung rechtfertigenden Grund nicht, kann es andererseits Gründe nicht geben, die einen Arbeitnehmer zur Nichtbeachtung jedweder Weisung des Arbeitgebers – selbst wenn der Arbeitnehmer erkennt, dass ein Verstoß gegen die Berufsordnung vorliegt und er bei Beachtung dieser Weisung in einen Gewissenskonflikt gerät – berechtigen könnten. Auch die Entscheidung des Arbeitnehmers, einer Weisung auch und gerade im Kernbereich der psychotherapeutischen Berufsausübung nicht zu folgen, bedarf einer umfassenden Interessenabwägung. In diese Überlegungen sind nicht allein die Interessen des Arbeitnehmers einzustellen und der Umstand des (möglichen) Verstoßes gegen diese.

Zwar wird man annehmen können, dass dem Berufsanfänger im **Fall 4** eine Weisung erteilt wurde, deren Befolgung er selbst nicht verantworten zu können glaubt, so dass man gestützt auf die Berufsordnung annehmen sollte, eine solche Weisung müsse in Zukunft nicht befolgt werden. Wie aufgezeigt kommt es aber auf die Besonderheiten des Einzelfalles an. Es ist eine umfassende Interessenabwägung erforderlich. Dringend ist zu empfehlen, dem Vorgesetzten die Beweg- und Hintergründe der „Gewissensentscheidung“ darzulegen und zu erläutern. Allein der Hinweis darauf, man könne das Befolgen der Weisung „nicht verantworten“, genügt sicher nicht. Eine schriftliche Dokumentation der eigenen Entscheidung und der „Auseinandersetzung“ mit dem Vorgesetzten ist zwingend erforderlich. Besteht ein Betriebsrat, sollte dieser in die Auseinandersetzung eingeschaltet werden.

Unter Berücksichtigung des mitgeteilten Lebenssachverhalts spricht sicher gegen eine Nichtbeachtung der Weisung des Vorgesetzten, dass der Kernbereich der psychotherapeutischen Tätigkeit betroffen ist, die Suizidgefahr des Patienten für den angestellten Therapeuten greifbar ist, die Interessen der Gruppe an der Durchführung der Therapie zurücktreten muss. Zugunsten der Beachtlichkeit der Weisung

spricht aber, dass der Vorgesetzte sich selbst ein Bild verschafft hat.

Auch im **Fall 3** ist die Sachverhaltschilderung zu dünn. Etwa fehlen Einzelheiten zu den Beweggründen der Entscheidung der Mutter. Es finden sich keine Angaben zur familiären Situation. Allein wirtschaftliche Überlegungen des Arbeitgebers werden aber einen Verstoß gegen die Berufsordnung nicht rechtfertigen können.

3. Ergebnis

Die berufsordnungsrechtlichen Regelungen zu Fragen der freien Berufsausübung und der Weisungsunterworfenheit angestellter Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten finden unmittelbar keine Anwendung auf den Arbeitsvertrag einer abhängig beschäftigten Psychotherapeutin oder eines abhängig beschäftigten Psychotherapeuten. Mittelbar können diese berufsrechtlichen Regelungen aber Inhalt des Arbeitsvertrages werden.

Die fachliche Weisung eines nicht zur psychotherapeutischen Behandlung zugelassenen Vorgesetzten ist unbeachtlich. Soweit jedoch nicht der Inhalt der psychotherapeutischen Tätigkeit betroffen ist, sind Weisungen auch solcher Vorgesetzten zu beachten.

Die fachliche Weisung eines zur psychotherapeutischen Behandlung zugelassenen Vorgesetzten, selbst dann wenn durch sie der Kernbereich der psychotherapeutischen Tätigkeit betroffen ist, ist nicht per se unbeachtlich. Es ist eine umfassende Interessenabwägung vorzunehmen; die Überlegungen und Hintergründe sind zu dokumentieren.

RA Martin Schafhausen

Plagemann Rechtsanwälte
Myliusstraße 15
60323 Frankfurt am Main
m.schafhausen@plagemann-rae.de

Aufbewahrungsfrist für Dokumentationen – reicht ein halbes Jahr?

Johann Rautschka-Rücker

Psychotherapeutenkammer Hessen

Zusammenfassung: Die Berufsordnungen der Landeskammern lassen teilweise Unterschreitungen der Frist von 10 Jahren nicht zu. Im institutionellen Bereich hat der einzelne Arbeitnehmer häufig kaum Einfluss auf Dienstanweisungen, die die Frist verkürzen. Die Empfehlung der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke) für den Bereich der Erziehungsberatung ist rechtlich nicht zwingend und stellt für den Einzelnen ein Risiko dar, wenn sich strafrechtliche Ermittlungen gegen ihn richten. Empfohlen wird eine 10-jährige Aufbewahrung und die Sperrung der Daten.

Die Berufsordnungen der einzelnen Länder sind hinsichtlich der Aufbewahrungsfristen der Behandlungsdokumentation sehr unterschiedlich gestaltet: Die Musterberufsordnung sieht eine Mindestfrist von zehn Jahren vor, „sofern sich nicht aus gesetzlichen Vorschriften eine längere Aufbewahrungsdauer ergibt“ (ähnlich die Berufsordnungen z.B. in Bayern und Bremen). Nach dem Wortlaut der Berufsordnungen anderer Länder (z.B. NRW, Niedersachsen, Hessen, Rheinland-Pfalz) könnte die Aufbewahrungsdauer aufgrund anderer Vorschriften auch zehn Jahre unterschreiten.

Im institutionellen Bereich finden sich häufig Dienstanweisungen, die eigenständige Fristenregelungen enthalten und auf die die Mitarbeiter nur begrenzten oder keinen Einfluss haben. Zum Beispiel orientieren sich manche Träger von Erziehungsberatungsstellen an der Empfehlung der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke), nach Abschluss einer Beratung die Beratungsdokumentation zu vernichten. Dies ist nach Auffassung der bke im Regelfall sechs Monate nach dem letzten Gesprächstermin der Fall (vgl. Rechtsfragen in der Beratung, S. 61 f.). Ausdrücklich werden auch „als psychotherapeutisch zu qualifizierende Maßnahmen“ (vgl. a.a.O., S. 63 – dort auch Hinweis auf eng begrenzte Ausnahmen) und ärztliche Tätigkeit (vgl. a.a.O., S. 67) in diese Empfehlung einbezogen. Insoweit wird Bezug auf einen Beschluss der Rechtsberaterkonferenz der Bundesärztekammer von 1993 genommen, wonach die sofortige Löschung nach § 84 SGB X bei den Da-

ten greife, die im Rahmen der Aufgaben in einer Erziehungsberatungsstelle (Jugendhilfeleistungen) aufgenommen würden.

Dieser Beschluss und die näheren Erwägungen der Bundesärztekammer sind nicht veröffentlicht. Die Bezugnahme auf § 84 SGB X ist aber u.E. nicht zwingend. Mit guten Gründen sind Stellpflug/Berns der zu engen Auslegung des sozialrechtlichen Datenschutzes entgegengetreten (vgl. Kommentar zur Musterberufsordnung, § 9 Rn. 225 ff.). Sie weisen auf die zentrale Funktion der Dokumentation zur Therapie-sicherung, Rechenschaftslegung und Beweissicherung hin.

Nun wird in den letzten Jahren viel über das Verhältnis von Psychotherapie und Erziehungsberatung diskutiert. Neuerdings kommt Menne zu dem Ergebnis, Erziehungsberatung sei eine Leistung eigener Art (vgl. Menne, K. (2006). *Psychotherapie und Erziehungsberatung, Kindschaftsrecht und Jugendhilfe*, Seite 206 ff.). Hier soll auf die fein gesponnenen Begründungsansätze nicht näher eingegangen werden: Im Hinblick auf die Beweissicherungsfunktion der Dokumentation ist z.B. vor allem relevant, ob die Strafgerichtsbarkeit psychotherapeutische Interventionen (oder ihnen methodisch eng verwandte Leistungen der Erziehungsberatung nach Menne) als Handlungen ansieht, die im konkreten Einzelfall den Tatbestand der Körperverletzung erfüllen können (mit der strafrechtlichen Haftung im Weisungsbereich setzt sich Frau Julia Rendschmidt im nächsten Heft auseinander).

Dann wird es für den betroffenen Psychotherapeuten darauf ankommen, einerseits Aufklärung und Einwilligung nachzuweisen und andererseits einem eventuellen Vorwurf, einen Kunstfehler begangen zu haben, entgegenzutreten zu können. Beides ist ohne Dokumentation nicht oder nur sehr schwer möglich. Übrigens verjährt Körperverletzung nach fünf Jahren und Totschlag nach zehn Jahren.

Es ist deshalb allen in Institutionen Tätigen anzuraten, mit ihrem Arbeitgeber über eine Verlängerung angeordneter kurzer Aufbewahrungsfristen zu diskutieren. Das Mengenproblem, das sich selbstverständlich in Institutionen, wie z.B. Erziehungsberatungsstellen, wesentlich drängender stellt als in einer Praxis, sollte kein großes Hindernis sein. Die elektronische Speicherung und die Sicherung auf Bändern oder CDs bieten sich als Lösung an. Datenschutzrechtlich sind diese Daten dann zu sperren (84 Abs. 3 SGB X). Sperren bedeutet ein Verwendungsverbot mit Ausnahme-regelung, wobei der allgemeine Zugriff auf die Daten verhindert werden muss.

Zur berufsrechtlichen Verantwortlichkeit wäre noch anzuführen, dass unseres Erachtens das einzelne Mitglied dann nicht wegen des Verstoßes gegen die Berufsordnung verfolgt werden kann, wenn es selbst nicht die Möglichkeit einer eigenen Entscheidung über die Aufbewahrungsdauer hat. Es sollte aber eine eigene Initiative gegenüber der entscheidungsbefugten Person oder Stelle verlangt werden.

Ass. jur. Johann Rautschka-Rücker

Psychotherapeutenkammer Hessen
Gutenbergplatz 3
65187 Wiesbaden
JRautschka-
Ruecker@psychotherapeutenkammer-
hessen.de

Aussagegenehmigung

Johann Rautschka-Rücker

Psychotherapeutenkammer Hessen

Zusammenfassung: Zusätzlich zur allgemeinen Schweigepflicht gibt es bei öffentlichen und kirchlichen Arbeitgebern eine arbeitsrechtliche Schweigepflicht: Sie behalten sich vor, eine Aussagegenehmigung zu erteilen. Das Prozessrecht sichert den betroffenen Arbeitnehmer, wenn er dem „öffentlichen Dienst“ im weiteren Sinne angehört.

Fallbeispiel: Die Mitarbeiterin P. einer kirchlichen Beratungsstelle soll in einem strafrechtlichen Ermittlungsverfahren aussagen. Die Ermittlungen richten sich gegen den Vater eines vierjährigen Kindes, das von P. psychotherapeutisch behandelt wird; die allein sorgeberechtigte Mutter hat P. von der Schweigepflicht entbunden.

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sehen sich nicht selten mit der Anforderung konfrontiert, als Zeugin/Zeuge in einem Ermittlungs- oder Gerichtsverfahren aussagen zu sollen. Dazu sind sie grundsätzlich auch verpflichtet (Zeugenpflicht). Ob sie zur Sache aussagen dürfen, hängt immer davon ab, ob die straf- und berufsrechtlich verankerte Schweigepflicht (§ 203 StGB, § 8 Musterberufsordnung) dies im Einzelfall zulässt. Korrespondierende Zeugnisverweigerungsrechte finden sich in den diversen Prozessordnungen (z.B. § 53 Strafprozessordnung). *In dem Ausgangsfall ist insoweit eine Zeugenaussage möglich und sogar Pflicht, weil die wirksame Entbindung von der „allgemeinen“ Schweigepflicht vorliegt.*

Für in Institutionen angestellt Tätige, gibt es daneben und **zusätzlich** aber sehr häufig eine **arbeitsrechtliche Schweigepflicht**, die dann zu beachten ist, wenn eine Zeugenaussage sich auf Sachverhalte beziehen soll, die Ihnen bei Ihrer beruflichen Tätigkeit bekannt geworden sind. Beispielhaft sei auf § 9 BAT, § 3 Abs. 1 TVöD und § 5 Abs. 1 und 2 der Kirchlich-Diakonischen Arbeitsvertragsordnung der evangelischen Kirche in Hessen und Nassau verwiesen. Auch im Individualarbeitsvertrag kann eine derartige Schweigepflicht verankert sein.

Diese Verpflichtung gilt im Regelfall auch noch nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses. Das kann dazu führen, dass Sie ohne Genehmigung Ihres Arbeitgebers nicht aussagen dürfen. Die Rechtsordnung gestattet das, wenn Sie Beamter sind oder als eine „andere Person des öffentlichen Dienstes“ nach den jeweiligen Prozessordnungen (z.B. 54 StPO, 376 ZPO) eingestuft werden. Am Ende dieses Abschnittes wird näher darauf eingegangen, wer zu diesem Personenkreis gehört.

Die arbeitsrechtliche „Schweigepflicht“ (nach dem Prozessrecht „Pflicht zur Amtsverschwiegenheit“) dient in erster Linie der Wahrung der Interessen des Arbeitgebers, d.h. der jeweiligen Institution. Er darf gegenüber den Ermittlungsbehörden, Gerichten und Prozessparteien nicht grundsätzlich auf Ihrer Verschwiegenheit bestehen. Die Grenzen ergeben sich aus §§ 62 Bundesbeamtengesetz, 39 Beamtenrechtsrahmengesetz in direkter oder analoger Anwendung: die Aussage muss geeignet sein, die Erfüllung der Aufgaben der Institution ernstlich zu gefährden oder erheblich zu erschweren. Unterhalb dieser Schwelle muss Ihr Arbeitgeber eine Aussagegenehmigung erteilen.

Die Einholung der Aussagegenehmigung ist nach dem Prozessrecht eigentlich Sache der Ermittlungsbehörden und Gerichte (z.B. § 54 StPO i.V.m. Ziff. 66 der Richtlinien für das Straf- und Bußgeldverfahren, § 376 Abs. 3 Zivilprozessordnung). Erfahrungsgemäß unterbleibt das aber häufig: Sie sollten sich deshalb selbst an Ihren Dienstvorgesetzten wenden, diesem die Zeugenladung vorlegen und die Frage der Aussagegenehmigung klären.

Ohne schriftliche Aussagegenehmigung, die einer Ermittlungsbehörde, dem Gericht oder Ihnen persönlich vorliegt, sollten Sie nicht aussagen, soweit Sie Beamter oder andere Person des öffentlichen Dienstes sind. Es ist übrigens auch nicht Ihre Aufgabe, zu prüfen und zu entscheiden, ob Ihr Arbeitgeber eine Aussagegenehmigung zu Recht erteilt oder verweigert hat. Das kann im Einzelfall zu Schwierigkeiten führen.

Ein dem Fallbeispiel ähnlicher Fall war Gegenstand zweier Beschlüsse des OLG Köln vom 14.04.1998, Az.: 2 Ws 62 – 63/98. Die Sache ging danach noch bis zum BGH, dessen Entscheidung hier aber nicht von Bedeutung ist. Das OLG Köln hat einen Beschluss des LG Köln aufgehoben, mit dem gegen zwei Beschäftigte einer Beratungsstelle des Gesamtverbandes der Kirchengemeinden Köln Ordnungsgelder und die Auferlegung von Verfahrenskosten festgesetzt worden waren. Ihr Dienstvorgesetzter hatte ihnen keine Aussagegenehmigung erteilt, das LG Köln war der Auffassung, sie seien keine „anderen Personen des öffentlichen Dienstes“, für die die Strafprozessordnung eine Pflicht zur Amtsverschwiegenheit billigt.

Nach dem Urteil des OLG Köln ist der Begriff des öffentlichen Dienstes weit auszulegen und beschränkt sich nicht auf den Bereich staatlicher oder kommunaler Verwaltung. In der Entscheidung wird auf die Rechtsstellung des „Gesamtverbandes“ als öffentlich-rechtliche Körperschaft einerseits und andererseits auf die Beratungstätigkeit als Aufgabenstellung, die unmittelbar dem Gemeinwohl dient, als entscheidende Gesichtspunkte verwiesen.

Ass. jur. Johann Rautschka-Rücker

Psychotherapeutenkammer Hessen
Gutenbergplatz 3
65187 Wiesbaden
JRautschka-
Ruecker@psychotherapeutenkammer-
hessen.de

Recht: Aktuell

Praxistipps – Hinweise – Informationen

Michael Seiters, Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht und Steuerrecht

Der Supervisor in der praktischen Ausbildung von PiAs

Eine Risikoanalyse

Der Beitrag befasst sich mit Rechts- und Haftungsfragen im Zusammenhang der Tätigkeit selbständiger Supervisoren an Ausbildungsinstituten. Im Anschluss an die Ausführungen von RA Gerlach in einer der letzten Ausgaben des PTJ werden zunächst einzelne weitere berufs-, steuer- und sozialversicherungsrechtliche Aspekte besprochen (A), wobei der Autor zum Teil eine andere Auffassung als Gerlach vertritt. Sodann wird der Frage der **zivilrechtlichen Haftung des Supervisors für die therapeutische Tätigkeit der Ausbildungskandidaten** nachgegangen (B). Zur Veranschaulichung der Problematik wird beiden Teilen eine typische Sachverhaltskonstellation vorgestellt.

A. Einzelne berufs-, steuer- und sozialversicherungsrechtliche Fragen zur Tätigkeit des Supervisors

Sachverhaltskonstellation I.

Der Diplom-Psychologe TS (Therapeut und Supervisor) arbeitet seit mehreren Jahren als approbierter psychologischer Psychotherapeut mit Kassenzulassung in eigener Praxis. Da seine Sprechstun-

dentätigkeit in der Praxis ihn zeitlich nicht mehr als ca. 15 Stunden wöchentlich beansprucht, ist er seit einiger Zeit zunehmend außerdem als Supervisor tätig. Im Umfang von ca. 8 Wochenstunden supervidiert TS approbierte Berufskollegen. Weitere ca. 12 Stunden wöchentlich supervidiert er die Ausbildungsteilnehmer eines staatlich anerkannten Ausbildungsinstitutes. Dort steht TS neben weiteren Supervisoren auf einer Liste, aus der sich die Kandidaten den für ihre Ausbildungstheorien benötigten Supervisor ihrer Wahl aussuchen. Wie sich aus dem zwischen dem Institut und TS abgeschlossenen freien Mitarbeitervertrag ergibt, ist TS für die Abführung der im Zusammenhang seiner Tätigkeit anfallenden Steuern und Sozialversicherungsabgaben selbst verantwortlich.

1. Zur Präsenz und Erreichbarkeit des niedergelassenen Vertrags-Psychotherapeuten

Fraglich ist zunächst, ob dem TS die beschriebene Supervisionstätigkeit neben seiner Tätigkeit als Kassen-Psychotherapeut ohne weiteres gestattet ist. Die Tätigkeit könnte sowohl von ihrer zeitlichen Organisation her, wie auch nach ihrem

Umfang in berufs- und vertragsärztlicher Hinsicht problematisch sein.

a) **Berufsrechtlich** hat der Therapeut zu gewährleisten, dass Hilfe suchende Patienten ihn auch tatsächlich in seiner Praxis antreffen können (soweit er nicht zulässigerweise einen Vertreter bestellt hat). In § 22 der Musterberufsordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (BO) heißt es dazu: „Praxen von Psychologischen Psychotherapeuten müssen den besonderen Anforderungen der psychotherapeutischen Behandlung genügen. Präsenz und Erreichbarkeit sind zu gewährleisten ...“

b) Die **vertragsärztliche Präsenzpflicht** geht noch darüber hinaus:

aa) Gemäß § 17 Abs. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) ist der Vertragsarzt gehalten, seine Sprechstunden entsprechend dem Bedürfnis nach einer ausreichenden und zweckmäßigen vertragsärztlichen Versorgung und den Gegebenheiten seines Praxisbereiches festzusetzen und seine Sprechstunden auf einem Praxisschild bekannt zu geben. Danach ist es dem Therapeu-

ten untersagt, seine Praxis für den Patientenverkehr willkürlich zu öffnen oder zu schließen. Zwar enthält diese Vorschrift gegenwärtig noch keine konkreten zeitlichen Vorgaben. Allerdings gilt ein Vertragsarzt nach § 20 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte für die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit als nicht geeignet, wenn er wegen eines Beschäftigungsverhältnisses oder wegen anderer nicht ehrenamtlicher Tätigkeit für die Versorgung der Versicherten persönlich nicht in erforderlichem Maße zur Verfügung steht. Dabei ist die Grenze bei einer **Nebentätigkeit** in einem **abhängigen Beschäftigungsverhältnis** bereits dann überschritten, wenn sie den Therapeuten **mehr als 13 Stunden wöchentlich** beansprucht (vgl. z.B. Urteil des Bundessozialgerichts vom 30. 01.2002, – Az.: – B 6 KA 20/01 R –). Die Frage, ob diese Grenze auch für die Ausübung einer **selbständigen Tätigkeit** gilt, hatte das Bundessozialgericht bisher offengelassen. Insoweit stellte sich in der Rechtsprechung bisher eher die Frage, ob die in Rede stehende andere „ärztliche Tätigkeit ihrem *Wesen* nach mit der Tätigkeit des Vertragsarztes am Vertragsarztsitz zu vereinbaren ist“ (vgl. § 20 Abs. 2 Satz 1 Ärzte-ZV).

Anhaltspunkte dafür, dass die Tätigkeit des Supervisors als solche mit der Tätigkeit des Vertragspsychotherapeuten nicht zu vereinbaren ist, sind m.E.n. jedoch nicht ersichtlich. Dies dürfte auch ungeachtet der Frage gelten, ob es sich bei der Tätigkeit des Supervisors letztlich um eine „ärztliche Tätigkeit“ im Sinne der obigen Vorschrift handelt.

bb) Allerdings hat der Gesetzgeber im Zuge der **Änderungen des Vertragsarztänderungsgesetzes** in dem **neu eingeführten § 19a Ärzte-ZV** geregelt, dass die Zulassung den Vertragsarzt **verpflichtet, die „vertragsärztliche Tätigkeit vollzeitig auszuüben“**. „Vollzeitig“ soll hier nach der Auffassung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung heißen, dass der Vertragsarzt wenigstens 20 Stunden allein an Sprechstundenzeiten in seiner Praxis zur Verfügung steht. Gemäß § 19a Abs. 2 Ärzte-ZV ist der Arzt jedoch berechtigt, „seinen Versorgungsauftrag durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss **auf die Hälfte des Versorgungsauftrages zu beschränken**“. Mit dieser neuen Regelung betreffend die **„Teilzulassung“** wollte der Gesetzgeber einerseits die beruflichen Betätigungsmöglichkeiten (insbesondere von Ärztinnen und Psychotherapeutinnen) flexibilisieren und andererseits teilweise bestehende Unterversorgungssituationen besser bewältigen. (vgl. hierzu Schirmer, Anmerkungen der KBV vom 10.01. 2007 zum Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze vom 22.12.2006, S. 50 ff.) Will TS in unserem Fall also nicht Gefahr laufen, dass ihm der Zulassungsausschuss nicht **„teilweise“ seine Zulassung**

entzieht (was nach der neuen Gesetzeslage gemäß § 95 Abs. 6 S. 2 SGB V möglich ist) sollte er sich daher mit dem Gedanken tragen, seine vertragsärztliche Tätigkeit rechtzeitig zu beschränken. Alternativ dazu könnte er – nach Rücksprache mit seiner KV – einen „Teil“ seiner Zulassung zunächst für einige Monate ruhen lassen, um sich erst danach endgültig zu entscheiden, in welchem Umfang er künftig als Vertragspsychotherapeut tätig sein will oder kann. In diesem Zusammenhang könnte er z.B. auch in Betracht ziehen, andere Berufskollegen mit in seine Praxistätigkeit einzubeziehen. Die durch das Vertragsarztänderungsgesetz zum 01.01. 2007 eingeführten Neuerungen enthalten dazu – etwa mit Blick auf die Möglichkeiten **neuer Kooperationsformen** und die **weitreichenderen Befugnis zur Anstellung** von Kollegen einige Vorschläge.

2. Supervision in der Ausbildung als heilberufliche Tätigkeit im Sinne des UStG

In (**Umsatz-**) **steuerrechtlicher Hinsicht** weist die Sachverhaltskonstellation ebenfalls kleinere Besonderheiten auf.

a) Dass Supervisionsleistungen im Bereich der Psychotherapie spätestens seit der Entscheidung des Finanzgerichts Köln vom 29.11.2002 (Az.: – 5 K – 2725/89), die der Bundesfinanzhof am 30.06.2005 bestätigt hat, grundsätzlich der Umsatzsteuerpflicht unterliegen, ist offenbar noch nicht allen Supervisoren geläufig. Das Finanzgericht hat dazu ausgeführt, dass derartige Leistungen in der Hauptsache der Professionalisierung und der Bewältigung spezifischer Probleme therapeutischer Arbeit dienen.

Der Umsatzsteuer-Befreiungstatbestand des § 4 Nr. 14 UStG ist daher in diesen Fällen mangels „unmittelbar heilberuflicher Tätigkeit“ nicht anwendbar. Da für Supervisionsleistungen gegenüber approbierten Therapeuten ein anderer Steuerbefreiungstatbestand nicht ersichtlich ist, gilt es hier also vorichtig zu sein; zumal die Umsatzsteuerproblematik auch manchen Steuerberatern nicht hinreichend bekannt ist. Das Finanzamt kann in derartigen Fällen die Nachzahlung der nicht vereinnahmten und dem gemäß auch nicht weitergeleiteten Umsatzsteuer rückwirkend für vier Jahre beanspruchen. Der betroffene Supervisor müsste dann also 19 % seines Honorars (bzw. 16 % sei-

nes Honorars der vergangenen Jahre) an das Finanzamt abführen. In unserem Fall kann sich TS allerdings ggf. auf die Regelung des § 19 UStG „Kleinunternehmer“ berufen, wenn seine umsatzsteuerpflichtigen Einnahmen nicht die dort beschriebenen Grenzen überschreiten.

b) Die Supervisionsleistungen, die TS im Verhältnis zu den Ausbildungskandidaten erbringt, sind dagegen bereits unter dem Gesichtspunkt des § 4 Nr. 21 b) UStG von der Umsatzsteuer befreit – soweit die Leistungen den Ausbildungskandidaten tatsächlich zugute kommen und das Institut eine **Bescheinigung der zuständigen Landesbehörde**

Das Seminar für Gruppenanalyse Zürich (SGAZ)

bietet **Aus- und Weiterbildung** für Interessierte aus **allen sozialen Berufen an**.

Unserem **gruppenanalytischen Selbstverständnis** (klassische Gruppenanalyse nach S.H.Foulkes) entspricht die **basisdemokratische Mitbestimmung aller Teilnehmer**.

Diese hat sich während des 25jähr.Bestehens des SGAZ bewährt und garantiert die Weiterentwicklung aller Beteiligten.

Die 3 Blockseminare pro Jahr zu je 4 Tagen beinhalten umfangreiche Theorie und Supervision in Groß- und Kleingruppen. Die Selbsterfahrungsgruppen werden von renommierten Lehranalytikern geleitet. Das internationale Flair der Stadt Zürich spiegelt sich in der Zusammensetzung der Teilnehmer aus allen deutschsprachigen Ländern. Für deutsche Interessenten: Das SGAZ ist vom DAGG als Ausbildungsinstitut anerkannt.

Interessierte können an einem Einführungsworkshop am 8./9. September 2007 teilnehmen.

Weitere Informationen und Anmeldungen bei:

Seminar für Gruppenanalyse Zürich
 Quellenstraße 27,
 CH-8005 Zürich
 Tel. +41 44 2718173
 E-mail: sgaz@bluewin.ch
 www.sgaz.ch

S G A Z



gem. § 4 Nr. 21 a), bb) UStG darüber nachweisen kann, dass die in Rede stehende Ausbildung auf einen Beruf oder eine vor einer juristischen Person des öffentlichen Rechts abzulegenden Prüfung ordnungsgemäß vorbereitet. Letzteres ist bei der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der Fall. Soweit ersichtlich haben sich die meisten Ausbildungsinstitute die entsprechende Bescheinigung zwischenzeitlich besorgt. Die mit diesen Instituten abgeschlossenen Honorarverträge der Dozenten und Supervisoren unterliegen daher regelmäßig nicht der Umsatzsteuerpflicht. Für den besonderen Fall, dass der Supervisor seine Leistungen nicht gegenüber dem Institut, sondern unmittelbar gegenüber den Ausbildungsteilnehmern abrechnet, kommt die **Ausstellung und Aushändigung der erforderlichen Bescheinigung u.U. auch direkt an den jeweiligen Supervisor** in Betracht (vgl. Seiters, M. (2005). *Psychotherapeutische Praxis*, 3, 131 ff.).

c) Auf die steuerrechtlich interessante Frage, ob die hier in Rede stehenden Supervisionsleistungen im Rahmen der praktischen Ausbildung nicht doch als „**unmittelbar heilberufliche Tätigkeit**“ und damit zugleich als umsatzsteuerfrei i.S.d. § 4 Nr. 14 UStG einzuordnen wären, kommt es nur in den Fällen an, in denen weder das Institut noch der Supervisor selbst die gem. § 4 Nr. 21 UStG erforderliche Bescheinigung erhält. Nach der hier vertretenen Auffassung greift die Argumentation des Finanzgerichts Köln, mit der es in der oben zitierten Entscheidung zur Umsatzsteuerpflicht

der Supervisionsleistungen gelangt ist, für Supervisionsleistungen im Rahmen der Ausbildung nicht durch. Anders als gegenüber bereits approbierten Therapeuten dient die Supervision hier nämlich nicht lediglich der Reflexion und Kontrolle der eigenen Therapieleistung des sich der Supervision unterziehenden Ausbildungsteilnehmers. Die **Supervision ist hier vielmehr Bestandteil der mittels der Ausbildungstherapeuten gegenüber dem Patienten erbrachten Therapieleistung selbst**. Ohne die Supervision wäre die Therapie weder medizinisch fundiert noch im Rahmen des Sozialversicherungssystems auch nur abrechenbar. Das ergibt sich zunächst aus § 117 Abs. 2 SGB V, der fordert, dass die Krankenbehandlung „unter der Verantwortung von Personen stattfindet, die die fachliche Qualifikation für die psychotherapeutische Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen“. In § 8 der Psychotherapie-Vereinbarungen heißt es dazu: „Die Abrechnung von Leistungen, die in Einrichtungen erbracht werden, die gemäß § 117 Abs. 2 SGB V an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (*also universitäre und private staatlich anerkannte Ausbildungsinstitute*), unterliegt der Maßgabe, dass die Leistungen der ambulanten Psychotherapie (...) durch den Ausbildungsteilnehmer (...) unter Supervision dafür qualifizierter Therapeuten durchgeführt wird.“ Dieser zunächst rein sozialrechtliche Aspekt hat auch für die steuerrechtliche Einordnung Bedeutung. Insoweit gilt es zu bedenken, dass der BFH die Befreiung von der Umsatzsteuer wegen einer „heilberuflichen Tätigkeit“ im Sinne des

§ 4 Nr. 14 UStG in streitigen Fällen dann zuerkennt, wenn die Umsatzsteuer die Sozialversicherungsträger, d.h. die Krankenkassen, belasten würde. Das aber trifft letztlich auch für die hier in Rede stehenden Leistungen zu, sodass der BFH die Supervisionsleistungen, wie sie im Rahmen der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erbracht werden, – ebenfalls als umsatzsteuerfrei i.S.d. § 4 Nr. 14 UStG behandeln könnte. Allein, über diese Frage hatte der BFH bisher nicht zu entscheiden.

3. Zur Frage der Rentenversicherungspflicht selbständig tätiger Supervisoren im Rahmen der Ausbildung

In sozialversicherungsrechtlicher Hinsicht könnte der geschilderte Sachverhalt weiter Anlass zu der Frage geben, ob TS – wie ein Dozent – hinsichtlich seiner Tätigkeit der **Sozialversicherungspflicht in der Rentenversicherung** unterliegt. Dozenten, die im Rahmen der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten selbständig tätig sind, sind gemäß § 2 Nr. 1 SGB VI als „**Lehrer**“ im Sinne dieser Vorschrift regelmäßig rentenversicherungspflichtig – also auch dann, wenn sie hinsichtlich ihrer Kranken- und Arbeitslosenversicherung als selbständig tätig und deshalb als versicherungsfrei beschäftigt gelten. Die Versicherungspflicht in der Rentenversicherung führt dazu, dass die Betroffenen ca. 19,5 % ihres Honorars an Versicherungsbeiträgen abführen müssen, obwohl sie durch ihre Beiträge möglicherweise – z.B. wegen Unterschreitung der Mindestversicherungszeit von fünf Jahren – später keinerlei Renten-

versicherungsansprüche erwerben können.

Über die Frage, ob nicht auch die im Rahmen der Ausbildung tätigen Supervisoren als „**Lehrer**“ i.S.d. § 2 Nr. 1 SGB VI der Rentenversicherungspflicht unterliegen, wurde bisher noch nicht gerichtlich gestritten. Nach der hier vertretenen Auffassung wäre eine dahingehende Analogie allerdings u.a. aus den folgenden Gründen nicht zulässig.

a) Zunächst liegt der Sinn und Zweck der bereits zu Beginn des vergangenen Jahrhunderts eingeführten Regelung des § 2 Nr. 1 SGB VI vorrangig in der Unterschutzstellung von Lehrern, die – wie die damals häufig anzutreffenden Hauslehrer – mangels einer sonstigen institutionellen Anbindung keinerlei eigene Altersvorsorge treffen können. Zwar scheint dieser Aspekt die Sozialversicherungspflicht auch für einzelne Dozenten heute oft nicht mehr hinreichend zu begründen. Für den an einem Ausbildungsinstitut tätigen Supervisor dringt er jedoch schon deshalb nicht durch, weil dieser von seiner Qualifikation her als approbierter Psychologischer Psychotherapeut regelmäßig bereits Pflichtmitglied in einem berufsständischen Versorgungswerk ist.

b) Die Einordnung des Supervisors als „**Lehrer**“ würde aber vor allem seiner berufsspezifischen Tätigkeit selbst nicht hinreichend gerecht. Insoweit können die normativen Gesichtspunkte des § 117 Abs. 2 SGB V und des § 8 der Psychotherapievereinbarungen auch hinsichtlich der übrigen sozialrechtlichen Einordnung des Supervisors nicht unberücksichtigt bleiben. Wie bereits ausgeführt, kommt der Tätig-

keit des Supervisors einerseits konstitutive Bedeutung für die Abrechenbarkeit der mittels der Ausbildungskandidaten erbrachten Therapieleistung zu. Andererseits ist sie der eigentliche und einzige Garant für eine dem wissenschaftlichen Standard genügende Behandlung gegenüber den die Institutsambulanz aufsuchenden Patienten. Erst die vertragsärztlich-medizinische Komponente verleiht der Supervisionsleistung daher ihr wesentliches Gepräge. Dafür sprechen auch die hohen gesetzlichen Anforderungen an die Tätigkeit des Supervisors im Rahmen der Ausbildung, die sich hinsichtlich der Approbation aus §§ 2, 12 PsychThG, hinsichtlich des Tätigwerdens im System des SGB V aus § 95c SGB V i.V.m. § 6 Psychotherapievereinba-

rungen und im übrigen aus § 4 Abs. 3 PsychTh-APrV ergeben. Sie verlangen neben der persönlichen Eignung eine mindestens fünfjährige psychotherapeutische Tätigkeit in einem Richtlinienverfahren bzw. eine mindestens dreijährige Tätigkeit an einer Ausbildungsstätte. Zwar tritt die mit der Supervisionstätigkeit in diesem Rahmen einhergehende Ausbildungskomponente deshalb nicht in den Hintergrund. Die Qualifizierung des Supervisors lediglich als „Lehrer“ i.S.d. § 2 Nr. 1 SGB VI lässt die medizinrechtliche Komponente indes in einer Weise unberücksichtigt, dass eine Gleichstellung des Supervisors mit „Dozenten“ im Rahmen der Ausbildung auf eine Herabstufung in sozialversicherungsrechtlicher Hinsicht nicht gerechtfertigt erscheint.

B. Zur Frage der zivilrechtlichen Haftung des Supervisors für das Therapieverhalten der Kandidaten im Rahmen der praktischen Ausbildung.

Sachverhaltskonstellation II.

1. Anlässlich eines Erstgespräches in der Institutsambulanz berichtet die Patientin (P) der Ambulanzleiterin (A) u.a. von Beziehungsstörungen, hin und wieder erlebten Depressionen sowie davon, dass sie auch schon einmal an sich herumgeschnibbelt hätte. Deshalb habe sie sich auch freiwillig in ein Psychiatrisches Krankenhaus begeben, wo sie den Ausbildungskandidaten (K) kennen gelernt habe. Von diesem hätte sie gehört, dass er

kurz vor seiner Approbation als Psychologischer Psychotherapeut stünde und in der Ambulanz des Institutes bereits selbständig Therapien durchführe. Soweit K, mit dem sie sich angefreundet hätte, die Therapie auch bei ihr persönlich durchführe, wolle sie sich als GKV-Patientin in der Institutsambulanz behandeln lassen. A erläutert der P, dass der Behandlungsvertrag nicht mit K, sondern nur mit dem Institut zustande kommen könne. Zwar würde K die Therapiestunden persönlich durchführen. Die Therapie erfolge jedoch unter einer Supervision, in deren Rahmen K seine Therapie mit professioneller Hilfe reflektiere.

a) Schon im Laufe der ersten Sitzungen gelingt es der P zu

K offenbar eine intensive Vertrauensbeziehung aufzubauen. Als sich beide zufällig auf einer Party von gemeinsamen Bekannten begegnen, kommt es zwischen ihnen jedoch unter dem Einfluss von Alkohol zum Austausch von Intimitäten. Im Rahmen der Supervision berichtete K dem TS von seinem möglichen Fehler und erhält von ihm den Rat, die Therapie vorsichtig an einen anderen Therapeuten abzugeben. P ist mit dem Wechsel ihres Therapeuten indessen nicht einverstanden. Da K, der sich auch privat mit P nicht mehr treffen will, die Therapie indessen seinerseits nicht fortführen möchte, verlässt P die Ambulanz ohne einen Hinweis auf etwaige weitere Behandlungspläne mitzuteilen.

b) Einige Monate nach dem Therapieabbruch erhält TS jedoch unerwartet Post von einem Rechtsanwalt. Dieser vertritt den zwischenzeitlich für P bestellten gesetzlichen Betreuer, der für die P gegenüber TS Schadensersatz- und insbesondere erhebliche Schmerzensgeldansprüche geltend macht. Zur Begründung trägt er vor, P hätte sich während der Therapie in K verliebt. Nach der unerwarteten Beendigung der Sitzungen sei sie in eine anhaltende Depression verfallen, aus der heraus sie schließlich versucht habe, sich mittels eines Rasiermessers das Leben zu nehmen. Nur zufällig sei sie noch gerade rechtzeitig im Bad ihres Appartements gefunden worden. Bis dahin hätte sie allerdings schon so viel Blut verloren, dass es zu einer Sauerstoffunterversorgung ihres Gehirns gekommen sei. Nach der Auskunft ihrer Ärzte müsse damit gerechnet werden, dass P nie wieder vollständig gesund wür-

de. Da TS der einzige mit der Therapie befasste approbierte Vertragsarzt gewesen sei, müsse er dafür auch die Verantwortung tragen.

c. TS bedauert die Entwicklung, weist aber daraufhin, dass ihm selbst kein Behandlungsfehler unterlaufen sei. Bei K habe es sich um einen fortgeschrittenen und vergleichsweise **erfahrenen Kandidaten** gehandelt, der auch nicht von ihm sondern von der Ambulanzleitung der P auf deren Wunsch hin als Therapeuten zugewiesen worden sei. Als Supervisor sei er im Übrigen nur indirekt mit der Therapie befasst gewesen. Auf deren Verlauf hätte er jedenfalls nicht mehr rechtzeitig einwirken können.

III. Zur Rechtslage in arzt haftungsrechtlicher Hinsicht

1. Bevor der Frage der Verantwortung des TS nachgegangen wird, seien die rechtlich problematischen Punkte in dem geschilderten Sachverhalt kurz zusammengefasst, wobei auf alle Gesichtspunkte hier allerdings nicht erschöpfend eingegangen werden kann (vgl. hierzu allgemein z.B.: Seifers, M. & Ströhm, W. (2007). Rechtsfragen Psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. In B. Strauß, F. Hohagen, F. Caper (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie*, (S. 999 ff.).

a) Bereits in der Zuweisung der P an K könnte ein **Übernahmeverschulden** gesehen werden. Nachdem P der A von ihrer Freundschaft zu K erzählt hatte, lag eine Verletzung des **Neutralitätsgebotes** ebenso nahe wie ein Verstoß gegen das **Abstinenzgebot**. Zu letzterem kam es jedenfalls durch die Aufnahme intimer Bezie-

hungen in einer Zeit, während die Therapie noch andauerte. Durch sein Verhalten hat K den Standard seiner Fachdisziplin somit schuldhaft verletzt, wobei sein Verhalten zugleich als grober Behandlungsfehler qualifiziert werden muss.

b) Da der Behandlungsvertrag mit dem Institut zustande gekommen war, kommt zivilrechtlich indessen vorrangig eine Haftung des Ausbildungsinstitutes als unmittelbarem Vertragspartner der P gem. § 280 BGB in Betracht. Für den Fall seiner Inanspruchnahme müsste sich das Institut das Verhalten derer, die es sich zur Erfüllung seiner Verbindlichkeiten bedient, gemäß § 278 BGB zurechnen lassen. Im vorliegenden Falle käme darüber hinaus ein eigenes **Organisationsverschulden** des Institutes in Betracht, da von Seiten des Institutes offenbar keinerlei hinreichenden Kontrollvorkehrungen im Zusammenhang der Zuweisung eines Ausbildungsteilnehmers an den Patienten getroffen wurden. Insoweit dürfte allein die Delegation dieser Aufgabe an einen Ambulanzleiter jedenfalls nicht ausreichen.

c) Zwar mag die Kausalität zwischen dem Verhalten des K und dem späteren Suizidversuch der P problematisch, zumindest aber schwer zu beweisen sein. Da das Verhalten des K – wie wohl auch das Organisationsverschulden des Institutes – im Rahmen eines Zivilprozesses zur Annahme eines **groben Behandlungsfehler** führen würde, käme es **im Zivilprozess zu Beweiserleichterungen zugunsten der Patientin**, hier also zugunsten von P. Unter Berücksichtigung der geschilderten Vorgeschichte der P dürfte es daher im vorliegenden Falle

Sache des Institutes sein, zu beweisen, dass der Suizidversuch der P mit seinen Konsequenzen nicht die Folge eines Behandlungsfehlers des K bzw. des Institutes war.

2. Allerdings macht der Betreuer von P deren Ansprüche jedoch gegenüber TS geltend. Fraglich ist daher, ob der **Supervisor** hier persönlich – ggf. **gesamtschuldnerisch neben dem Institut** – für einen Behandlungsfehler einzustehen hat.

a) Dazu soll zunächst noch einmal auf die vertragsarztrechtlichen Hintergründe und die dort im Einzelnen geforderten Voraussetzungen eingegangen werden. Als in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientin hatte P gegenüber ihrer Kasse einen Anspruch auf die Gewährung einer dem medizinischen Standard entsprechenden Behandlung durch einen Vertragsarzt (vgl. §§ 11 Abs. 1 Nr. 4, 27 Abs. 1 Nr. 1, 28 Abs. 1 SGB V). Dabei gehört zur ärztlichen Behandlung auch **die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten** ist. Diesem Anspruch wurde die Kasse durch die Bewilligung der Therapie durch das Ausbildungsinstitut gerecht, das seinerseits vertragsärztlich dazu verpflichtet war, die Therapie unter den dafür vorgeschriebenen, engen Voraussetzungen des Krankenversicherungsrechts durchzuführen. Soweit es sich dazu der Ausbildungskandidaten bediente, musste die Therapie also gem. § 117 Abs. 2 SGB V **unter der „Verantwortung“ von Personen stattfinden, die ihrerseits die fachliche Qualifikation für die psychotherapeutische Behandlung**

im Rahmen der **vertragsärztlichen Versorgung aufwiesen**. Dabei sieht der Gesetzgeber den medizinischen Standard des jeweiligen Psychotherapie-Verfahrens nur dann als gewährleistet an, wenn die Ausbildungskandidaten den Nachweis von ausreichenden Kenntnissen und Erfahrungen in dem betreffenden Psychotherapieverfahren erbracht haben und die durch sie durchgeführte Therapie unter der Supervision dafür qualifizierter Therapeuten durchgeführt wird (vgl. § 8 der Psychotherapievereinbarungen).

b) Fraglich ist daher weiter, ob TS durch sein eigenes Verhalten der ihm obliegenden „**Verantwortung**“ tatsächlich gerecht geworden ist. Wie sich aus dem Vorhergehenden ergibt,

bezieht sich der Begriff der „Verantwortung“ hier nicht etwa auf die Belange der Ausbildung oder gar auf die persönlichen Belange des Kandidaten. Im System der Krankenversicherung geht es – neben Aspekten der Wirtschaftlichkeit – einzig um den Schutz des jeweils von der Behandlung betroffenen Patienten. Der Begriff der Verantwortung des Supervisors wird deshalb inhaltlich gefüllt und begrenzt durch das Recht des Patienten auf eine dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung. Dem Recht des Patienten auf der einen Seite steht deshalb die entsprechende Pflicht des Supervisors auf der anderen Seite gegenüber. Handelt der Supervisor nicht entsprechend dieser Verpflichtung, nimmt er seine Verantwortung also in diesem Sinne nicht hinreichend

wahr, handelt er fahrlässig mit der Folge, dass er dafür zivilrechtlich einzustehen und das heißt ggf. zu haften hat (vgl. § 823 BGB). Dabei entlastet ihn der Hinweis, dass sich der jeweilige Kandidat bereits in einem entsprechend fortgeschrittenem Ausbildungsstadium befand und möglicherweise auch einmal den Nachweis von ausreichenden Kenntnissen und Erfahrungen in dem betreffenden Psychotherapieverfahren erbracht hat, in keiner Weise. Insoweit handelt es sich bei dieser gesetzlichen Vorgabe lediglich um eine Mindestvoraussetzung, da andernfalls die Durchführung einer Therapie durch den Ausbildungskandidaten schlechterdings nicht möglich wäre. Im vorliegenden Falle – und das ist gängige Praxis – hat TS lediglich das getan, was er auch

im Verhältnis zu bereits approbierten Psychotherapeuten getan hätte. Seine Supervision beschränkte sich auf die Kontrolle der eigenen Reflexion des Ausbildungskandidaten hinsichtlich seines Therapieverhaltens. Da der „Therapeut“ im Rahmen der Ausbildung aber (noch) nicht approbiert ist, gehört es zur Verantwortung des Supervisors gegenüber dem Patienten, den mit diesem Ausbildungsdefizit verbundenen Mangel bei jeder Therapie mit zu berücksichtigen und – ggf. durch sein persönliches Einwirken auf den Ausbildungsteilnehmer – zu kompensieren.

c) Daraus folgt, dass der Supervisor im Rahmen der Ausbildung das Therapiegeschehen insgesamt von Anfang an kontrollieren können muss.



"ALLES TRAUMA - ODER?"

VON DER NOTWENDIGKEIT EINER WISSENSCHAFTLICH FUNDIERTEN TRAUMATHERAPIE

ReferentInnen: Prof. Dr. Gottfried Fischer, Dr. Kurt Mosetter, Peter Osten, Vera Walter-Moog
u.a.

Datum: 29.09.2007 - Ort: Maternushaus/Köln

Veranstalter: AGPF - Information und Anmeldung: DGIK - www.dgik.de

Akkreditierung beantragt - PTK NRW

Dazu gehört nach der hier vertretenen Auffassung insbesondere auch, dass er eine sachgerechte Zuweisung zwischen Patient und Ausbildungstherapeut sicherstellt. Kann er das nicht, etwa weil diese Aufgabe nach der Geschäftsordnung des Instituts allein dem Ambulanzleiter übertragen wurde, entbindet dieser Umstand den Supervisor ebenfalls nicht bereits von seiner Verantwortung als approbierten Vertragsarzt. Vielmehr muss er sich diesbezüglich seinerseits ein Verschulden und zwar eine **Übernahmeverschulden** und je nach der Sachverhaltskonstellation ebenfalls ein Organisationsverschulden vorhalten lassen, wenn er die Supervision einer Ausbildungstherapie übernimmt, ohne zuvor sichergestellt zu haben, dass er die Therapie in allen wesentlichen Schritten persönlich mit verant-

worten kann. Damit knüpft die Frage des Verschuldens des Supervisors somit nicht an das hiervon abgeleitete Verschulden des Ausbildungskandidaten sondern an sein eigenes fehlerhaftes Verhalten aus sog. unerlaubter Handlung im Sinne des § 823 BGB an. Danach kommt eine Haftung des Supervisors grundsätzlich auch ohne, dass eine vertragliche Beziehung zwischen ihm und dem Patienten besteht, in Betracht. Zwar sieht § 831 Satz 2 BGB in besonderen Fällen eine Exkulpationsmöglichkeit vor, wenn der Betroffene bei der Auswahl des für die Verrichtung der in Rede stehenden Tätigkeit bestellten Dritten die im Verkehr erforderliche Sorgfalt beachtet hat. Da TS in unserem Falle bei der Zuweisung der P zu dem des Ausbildungskandidaten K indessen gar nicht beteiligt war, konnte

er anlässlich der Auswahl auch nicht die im Verkehr erforderliche Sorgfalt beachten. In der hier zum Zwecke der Besprechung ausgewählten Fallkonstellation wäre der Schadensersatzanspruch der P gegenüber TS daher wohl begründet.

3. Damit steht also neben der **Frage nach der hinreichenden Engmaschigkeit der Supervisionen** auch die in den Ausbildungsinstituten verbreitete Praxis hinsichtlich der Durchführung der **Erstgespräche** durch einen Ambulanzleiter und dessen alleinige Zuweisung der Patienten an die Kandidaten auf dem Prüfstand. Nach der hier vertretenen Auffassung wäre es wünschenswert, wenn bereits die **Erstgespräche** mit den Patienten entweder unmittelbar mit oder zumindest unter der Kontrolle

des Supervisors stattfinden, ebenso wie die Vermittlung zwischen Patient und Ausbildungskandidat. Auf die damit verbundene Problematik kann in diesem Rahmen jedoch nicht näher eingegangen werden. Allerdings sollte die **Organisation der Institutsambulanzen** so gestaltet werden, dass dort – neben den Belangen der Ausbildung – unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Vorgaben **vorrangig die Interessen der Patienten** Berücksichtigung finden.

Michael Seiters

Rechtsanwalt, Fachanwalt für
Medizinrecht und Steuerrecht
Stuttstraße 20
48149 Münster
RA.Seiters@datevnet.de

Aktuelles aus der Forschung

Thomas Fydrich

Psychotherapeutenkammer Berlin, Ausschuss Wissenschaft, Forschung, Qualitätssicherung

Psychotherapie – Prozessforschung

Spinhoven, P., Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Kooiman, K. & Arntz, A. (2007). The Therapeutic Alliance in Schema-Focused Therapy and Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75 (1), 104 – 115.

In einer holländischen Therapiestudie wurde untersucht, ob und ggf. in welcher Weise die therapeutische Beziehung einen Einfluss auf den Therapieverlauf und -erfolg in der psychotherapeutischen Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer Borderline Störung hat. Im Rahmen einer ambulanten Behandlung wurden 88 Patienten per Zufall entweder zur „transference-based psychotherapy“ (TFP; Psychodynamisch orientierte Psychotherapie nach Clarkin, Yeomans und Kernberg) oder der „schema-focused therapy“ (SFT; Kognitive, schemaorientierte Therapie nach Young, Klosko & Weishaar) zugeordnet. Im Rahmen der SFT stehen dysfunktionale Wahrnehmungs-, Erlebens- und Verhaltensweisen im Fokus der Behandlung; zum Konzept gehört u.a., dass Therapeuten positive Bewältigungsmodelle für die Patienten präsentieren und edukative, bewältigungsorientierte Anteile in der Therapie enthalten sind. Um die Entwicklung einer differenzierteren und realistischen Sichtweise von Interaktion mit anderen zu fördern, werden im Rahmen der TFP eher die häufig auftretenden negativen und destruktiven Tendenzen der Borderline-Patienten adressiert. In beiden Behandlungsbedingungen fanden über einen Zeitraum von drei Jahren zwei Mal pro Woche Therapiesitzungen statt. Von

den 44 SFT-Patienten beendeten 11 die Behandlung vorzeitig, während von 42 Patienten unter der TFP Bedingung 21 die Behandlung abbrachen. Die Beurteilung der therapeutischen Beziehung in den ersten drei Monaten der Therapie wurde sowohl von Seiten der Patienten als auch der Therapeuten in der SFT Bedingung besser eingeschätzt als unter der TFP Bedingung. Eine ungünstige Einschätzung der therapeutischen Beziehung ging einher mit einer höheren Rate an Therapieabbrüchen; positive Beurteilung der therapeutischen Allianz hing mit einer deutlich günstigeren klinischen Verbesserung im Verlauf der Therapie zusammen.

Angststörungen

Hamm, A.-O., Weike, A.-I., Melzig, Ch.-A. (2006). Wenn Furcht und Angst entgleisen. Zur Pathologie des menschlichen Defensivsystems. Psychologische Rundschau, 57, 154 – 164.

Aus der Perspektive der Biologischen Psychologie sind Furcht und Angst durch die Aktivierung eines Defensivsystems gekennzeichnet, das sowohl die Enkodierung bedrohlicher Reize reguliert als auch die Organisation automatisch ablaufender Reaktionsprogramme übernimmt. Vor allem die Amygdala wurde als zentrale Schaltstation dieses Defensivsystems identifiziert, wobei diese Struktur sensorische Eingänge aus dem Thalamus und Kortex erhält und efferente Projektionen in verschiedene Strukturen

Im Artikel wird diskutiert, ob das eher bewältigungsorientierte Vorgehen im Rahmen der Schematherapie bei Borderline-Patienten einen günstigeren Einfluss auf die therapeutische Beziehung und damit auf den therapeutischen Prozess hat als der sich eher auf negative Übertragung beziehende psychodynamische Ansatz. Die Befunde unterstützen zudem die Argumentation, dass Beziehung und Therapietechnik deutliche Zusammenhänge aufweisen können und eine gute therapeutische Beziehung allein nicht als hinreichende Komponente einer Erfolg versprechenden Psychotherapie betrachtet werden kann.

des Kortex, des Zwischen- und Mittelhirns sowie des Hirnstamms aussendet. Pathologische Formen von Furcht und Angst unterscheiden sich nicht prinzipiell von normalen affektiven Reaktionen, es liegt aber eine Sensibilisierung des Defensivsystems vor. Dies führt dazu, dass das Defensivsystem bereits bei geringer raumzeitlicher Nähe und Intensität des bedrohlichen Reizes spezifisches Abwehrverhalten initiiert (etwa eine Vorbereitung zur Flucht). Gleichzeitig wird das perzeptuelle System gebahnt, was zu einer weiteren Sensibilisierung des Systems beiträgt. Bei chronifizierten Angstzuständen befindet sich das Defensivsystem in permanent erhöhter Erregungsbereitschaft, die äußere Umgebung (z.B. bei der Agoraphobie) oder

körpereigene Reize (z.B. bei der Panikstörung) werden ständig nach potenziell bedrohlichen Hinweisreizen abgesucht (Hypervigilanz). Auch die defensive Reaktionsbereitschaft ist chronisch erhöht, was sich etwa in vegetativer Über-

erregtheit und motorischer Anspannung zeigen kann.

Die Zusammenfassung dieser aktuellen Befunde kann als eine hilfreiche Grundlage

im Kontext der Psychotherapie und Psychoedukation von Patientinnen und Patienten mit Angststörungen zur Erklärung der Entstehung und Aufrechterhaltung der Problematik dienen.

Versorgungsforschung

Brockmann, J., Schlüter, T. & Eckert, J. (2006). Langzeitwirkungen psychoanalytischer und verhaltenstherapeutischer Langzeitpsychotherapien. Eine vergleichende Studie aus der Praxis niedergelassener Psychotherapeuten. Psychotherapeut, 51, 15–25.

Unter naturalistischen Bedingungen wurden je 31 Patienten mit einer depressiven Störung oder einer Angststörung von niedergelassenen Psychotherapeuten verhaltenstherapeutisch (4 Therapeuten) oder psychoanalytisch (12 Analytiker) behandelt und über einen Zeitraum von sieben Jahren zu fünf Zeitpunkten psychometrisch untersucht. Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 209 Stunden im Zeitraum von 3 ½ Jahren bei psychoanalytischer Behandlung und 2 ½ Jahre mit durchschnittlich 63 Stunden bei der Verhaltenstherapie. Patienten in Verhaltenstherapie waren im Vergleich zu Psychoanalyse-Patienten zu Beginn der Behandlung deutlich stärker durch ihre Symptomatik (erfasst mit der SCL-90R) beeinträchtigt, hatten einen geringeren Bildungsstand, wurden häufiger von einem Arzt in die Psychotherapie überwiesen und nahmen häufiger Psychopharmaka ein.

Alle Patienten zeigten in beiden Behandlungsformen deutliche Symptomverbesserungen, die bis zum 7-Jahres-

Zeitpunkt stabil blieben. In Bezug auf die interpersonale Problematik (erfasst mit dem IIP-D) verbesserten sich die psychoanalytisch behandelten Patienten nach 3,5 Jahren weiter; bei den verhaltenstherapeutisch Behandelten blieben diese Werte stabil.

Bei der Interpretation der Befunde ist wichtig zu berücksichtigen, dass – trotz glei-

cher Verteilung der Diagnosen – die Patienten in beiden Behandlungsarten schwer vergleichbar sind. Bei einer randomisierten Zuordnung zu den Behandlungsbedingungen würde dieses Problem zwar nicht auftreten, jedoch kann davon ausgegangen werden, dass Therapieverlauf und -erfolg bei informierten Patienten auch von der aktiven Wahl des Therapieverfahrens und des Therapeuten abhängig sind.

Grundlagenforschung – Essstörungen

Mauler, B.I., Hamm, A.-O., Weike, A.-I. & Tuschen-Caffier, B. (2006). Affect regulation and food intake in bulimia nervosa: Emotional responding to food cues after deprivation and subsequent eating. Journal of Abnormal Psychology, 115, 567–579.

Im Rahmen einer experimentellen Studie wurde für eine Gruppe von 32 Patientinnen mit Bulimia nervosa im Vergleich mit einer gesunden Kontrollgruppe gezeigt, dass essenbezogene Reize (z.B. Bilder von Speisen) bei Frauen mit dieser Essstörung zu deutlichen negativeren emotionalen Reaktionen führen. Die emotional-negativen Reaktionen wurden u.a. als unwillkürliche Reaktionen des Lidschlags während des Experiments erfasst. Besonders star-

ke Reaktionen traten unter Bedingungen dann auf, wenn vor dem Zeigen von Bildern von Speisen die Frauen längere Zeit nichts gegessen hatten. Diese Befunde unterstützen experimentell Modelle und klinische Beobachtungen, nach denen bei Frauen mit Essstörungen, besonders wenn sie etwas hungrig sind, spezifische, essbezogene Reize deutlich negative affektive Reaktionen auslösen, die dann möglicherweise Auslöser für Essanfälle sein können.

Prof. Dr. Thomas Fydrich

Psychotherapeutenkammer Berlin
Brümmmerstr. 46a
14195 Berlin
mrazekrenate@gmx.de

Buchrezensionen

Kasten, E. (2006). Body-Modification. Psychologische und medizinische Aspekte von Piercing, Tattoo, Selbstverletzung und anderen Körperveränderungen. München: Reinhardt. 393 Seiten.

Lothar Wittmann

Der Autor, Privatdozent, Medizinpsychologe in Magdeburg, sieht seine Aufgabe darin, das in Amerika schon viel länger virulente Thema der Manipulation am eigenen Körper(-bild, body modification, body art), für die hiesige Diskussion aufzuarbeiten. Er wählt dazu einen dokumentarischen Stil, indem er auf 393 Seiten „unvoreingenommen authentische Aussagen von modifizierten Menschen“ dem Leser nahe bringen will, die er mit einer Fülle von Bildmaterial illustriert. Er versucht dann, diese Aussagen zu erklären und einzuordnen.

Kasten berichtet eingangs von der Geschichte der Körpermodifikation unter anthropologischem und ethnologischem Gesichtspunkt (Kap. 1 und 2) und kommt anschließend zu aktuellen (gleichwohl oft sehr alten) Formen der Körpermodifikation. Nicht-invasive und passagere Formen der Bemalung und der Haartracht stehen neben langfristiger „Body-Mod“ durch Gewichtsmanipulation, Krafttraining und neben dauerhaften, invasiven Formen wie Tattoo, Piercing, Surface Bars, Stretching (z.B. der Schamlippen und Hoden), Implants, Branding etc. Auch das Thema Genitalverstümmelung ist hier eingeordnet. Übergangslos führt der Autor dann

Geschlechtsumwandlung, Kastration und Amputation, Blendung, Kannibalismus auf, um mit Altern und Krankheit die Aufzählung zu beschließen. 30 Arten von Body Modification nennt das Kapitel 3.

Der quantifizierende Wissensstand jenseits von Phänomenologie und Enumeration ist bescheiden. Ganze vier Seiten, die von einer Hand voll Studien berichten, finden sich zum Vorkommen von Piercings und Tattoos (Kap. 4). Nur knapp und vorwiegend anekdotisch wird die soziale Stigmatisierung behandelt (Kap. 5). Medizinische Komplikationen erfahren dagegen eine kompakte und informative Darstellung (Kap. 6). Unter Schmerz- und Schmerzerleben (Kap. 7) vergibt der Autor eine Chance, dem psychologischen Leser Querbezüge zu eröffnen, genauso wie bei dem folgenden Kapitel über Nervosität, Angst und Euphorie (Kap. 8). Es mutet schon etwas merkwürdig an, wie knapp die Emotionen wegkommen. Psychodynamische Bezüge fehlen ganz. Enttäuscht wird man dann erst recht, wenn man sich Erklärungen zum Wozu und Warum von Body Modification erhofft. Sage und schreibe 21 Motivkonstellationen werden unverbunden nebeneinander diskutiert (Kap. 9). Alle schein-

en etwas zu erklären (von ästhetischer Verbesserung, Konformismus, Rebellion und Protest, Sensation Seeking, Perversionen über Spiritualität bis hin zu Selbsterstörung). In der unterschiedlosen Reihung und in ihrer massiven Überschneidung erklären sie leider kaum etwas. Der Psychotherapeut, der gewohnt ist, sorgfältig nach Motiven und Antezedentien zu fragen, ist zwangsläufig enttäuscht von einem solchen Sammelsurium. Der Bezug der Phänomene zu Persönlichkeitsstörungen und psychischem Krankheitsgeschehen sowie zu Theorien der Krankheitsentstehung bleibt weitgehend aus, auch Sozialpsychologie und Differentielle Psychologie bleiben ausgeklammert.

Interessanter und substantieller sind in dieser Hinsicht die folgenden Kapitel zu Body Modification und Sucht, zu Essstörungen, zu Normalität und Body Modification (Kap. 10–12) und schließlich die neurobiologisch inspirierten Überlegungen zu Selbstverletzung (Kap. 13) und zu Lust und Schmerz (Kap.14).

Will man das Buch zusammenfassend bewerten, ist zuerst ein Kardinalpunkt der Kritik zu nennen. Der Autor lässt sich von Erscheinungsformen und ei-

nem Vollständigkeitsanspruch leiten und übersieht dabei in der Vielfalt die Regelmäßigkeit und Erklärbarkeit. Dimensionen wie Grad der Invasivität, sexuelle Verankerung, Konventionalität werden zu wenig diskutiert. Nach meiner Ansicht kommt der Autor bereits im Ansatz zu einem kritisierbaren Schluss, wenn er originale Aussagen mit „unvoreingenommen authentisch“ gleichsetzt, denn man kann sich ja fragen, welche Authentizität zwanghafte oder suchtartige, in der Regel die Hautgrenze verletzende Handlungen und die Kommentierung ihrer Folgen haben können, die massiver sozialer Stigmatisierung unterliegen. Wie authentisch als Selbstaussdruck sind denn wohl die drei Tattoo-Punkte von Knastinsassen zwischen Daumen und Zeigefinger? Was ist die Authentizität eines Maoritattoos mitten in Berlin z.B.? Dass er dies nicht diskutiert hat und dass er Originalaussagen ganz unabhängig von Entstehungszusammenhang und Quellensituation eine höhere Dignität zuzusprechen will, lässt den Autor hier mehr als Featureautor denn als Wissenschaftler erscheinen. Hier zeigt sich eine grundlegende Schwäche des Buches. Es hat viel von Gruselkabinetten und Kuriositätenausstellungen der alten Jahrmärkte, und es wirkt mit

seiner großen Anzahl unverbundener Unterkapitel wie eine Vor-Linnésche Biologie. Das löbliche Anliegen, die Betroffenen selbst zu Wort kommen zu lassen, verschwindet hinter einer Fülle mehr oder minder ungeordneter Materials, dem eines zu fehlen scheint: die ordnende Hand des Wissen-

schaftlers. Vielleicht liegt hierin aber auch die zu hohe Erwartung und damit eine Überforderung des Autors durch den psychotherapeutischen Leser. Kasten kann wohl nüchtern betrachtet nicht mehr Systematik liefern als ein weitgehend noch unbeackertes Gebiet anbietet.

Das Buch bietet einen Steinbruch mit interessanten Einzelstücken, sein Material ist reich und in dieser Zusammenstellung für den deutschen Sprachraum neu. Literaturverzeichnis und aufgeführte Internetseiten bieten für den neugierig gewordenen Leser weiterführende Information.

Der Text ist flüssig geschrieben. So handelt es sich um ein Buch, aus dem auch Psychotherapeuten auszugsweise etwas für sich gewinnen können.

Dr. Lothar Wittmann

Medemstr. 7
21762 Otterndorf

**Robert Koch Institut & Statistisches Bundesamt. (2006). Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI Eigenverlag. 224 Seiten
Kostenloser Bezug über E-Mail: gbe@rki.de, oder Download über www.rki.de.**

Heiner Vogel

Fachliche Diskussionen beruhen zumeist auf guten Argumenten und Fakten. Geht es um Beratungen zu gesundheitlichen Themen, um Positionierungen und fachliche Beiträge, so ist man bei der Suche nach relevanten Fakten vielfach auf sehr unterschiedliche Quellen angewiesen gewesen, die in ihrer Qualität sehr heterogen waren. Vor diesem Hintergrund wurde im Jahr 1998 der erste Gesundheitsbericht für Deutschland vorgelegt, er stellte den Startpunkt dar für die inzwischen auch von mehreren Bundesländern routinemäßig vorgenommene Gesundheitsberichterstattung. Während der 98-er Gesundheitsbereich den Versuch einer Gesamtdarstellung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung, entlang der Diagnosen des ICD-Schlüsseldarstellte und zudem die wesentlichen Versorgungsfelder prägnant darstellte, so begann anschließend eine differenziertere Darstellung. Inzwischen sind über 30 Themenhefte und zwei Schwerpunktberichte

in der Gesundheitsberichterstattung erschienen, die jeweils sehr sorgfältig spezifische Themen der gesundheitlichen Versorgung aufarbeiten (Themenhefte wie z.B. chronische Schmerzen, Angststörungen, Sterbebegleitung, Selbsthilfegruppen, Übergewicht und Adipositas, gesundheitsbedingte Frühberentung; Schwerpunkthefte zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sowie von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter). Sie enthalten jeweils eine Zusammenstellung der besten verfügbaren Daten zum jeweiligen Feld, bezogen einerseits auf die Bundesrepublik, aber auch in den Vergleich zu anderen Staaten gesetzt. Es werden gesundheitsökonomische und versorgungsepidemiologische Analysen soweit verfügbar oder herstellbar, vorgestellt und gesundheits-/versorgungspolitische Perspektiven herausgearbeitet.

Der nun vorgelegte Gesundheitsbericht stellt die Zusammenschau und Aktualisierung der Arbeiten aus den bisher-

gen Themenheften dar und bietet damit erneut einen fundierten Gesamtüberblick über Daten und Fakten zur Gesundheit und zur Gesundheitsversorgung in Deutschland.

Die übersichtlich gestalteten Kapitel befassen sich mit Querschnittsdaten zur Gesundheit (Epidemiologische Daten zu den verschiedenen Krankheitsgruppen, Analysen zu Krankheitsfolgen und zur Sterblichkeit), mit den Einflussfaktoren auf Gesundheit (Soziale Lage, Ernährung, klassische Risikofaktoren, Umwelt), den Leistungen des Gesundheitswesens in den verschiedenen Sektoren und der Entwicklung der Inanspruchnahme sowie mit den Kosten der Gesundheitsversorgung und den Möglichkeiten der Patientenbeteiligung. Es werden vielfältige Datenanalysen vorgestellt, mit regionalen Vergleichen, Zeitreihen und internationalen Vergleichen. Die wesentlichen Datenquellen, auf die sich der Bericht stützt, werden online im Gesundheitsinforma-

tionssystem der Gesundheitsberichterstattung (www.gbe-bund.de) für ergänzende Analysen und Recherchen zur Verfügung gestellt. Beteiligte Autor/inn/en sind insgesamt ca. 40 anerkannte Fachleute aus den Bereichen Epidemiologie, Public Health, Medizin, Soziologie u.a. unter der Leitung von Hans-Konrad Selbmann.

Aus psychotherapeutisch-psychosozialer Sicht ist es besonders erfreulich festzustellen, dass die Autor/inn/en in fast allen Bereichen bemüht sind, die verschiedenen Ebenen eines biopsychosozialen Gesundheitskonzeptes und insbesondere auch die gesellschaftliche Bedingtheit von Gesundheit (und Krankheit) herauszuarbeiten, so dass damit Ansatzpunkte für Prävention und Public Health, aber auch für Weiterentwicklungen von Strukturen des gegenwärtigen Gesundheitssystems ersichtlich werden.

Zwei kleine (inhaltliche) Schönheitsfehler finden sich, wenn man das Werk sorgfältig-

ger liest: Erstens: Positiv ist es zwar, dass unter den Berufsgruppen die neuen Berufe der Psychologischen Psychotherapeut/inn/en und Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeut/inn/en bereits erwähnt werden. Jedoch wird darauf hingewiesen, dass sich die Zahl der Psychotherapeut/inn/en seit dem Psychotherapeutengesetz „sprunghaft vermehrt“ habe. Und die Autor/inn/en berufen sich dabei auf die Zahlen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), welche die Entwicklung der Vertragspsychotherapeutenzahlen wiedergeben. Hier mag einfach die Annahme vor-

geherrscht haben, dass die zusätzlichen Personen tatsächlich neu in die Versorgung hineingekommen sind – eine grobe Verkennung der tatsächlichen Entwicklung. Denn das Gesetz wurde ja gerade damit begründet, dass man (im niedergelassenen Bereich) die außerordentlich große Zahl an Leistungserbringern, die bisher im Erstattungsverfahren arbeiteten, ins Vertragsärztliche System hineinholen wollte. Analog erfolgte auch im Angestelltenbereich die übergangsgeregelte Approbation zahlreicher Psycholog/inn/en, die vorher wie nachher psychotherapeutisch tätig waren.

Mit dem anderen Schönheitsfehler ist gemeint, dass die Rehabilitation in all ihren Facetten erschreckend vernachlässigt wird und im Grunde überhaupt nicht vorkommt. Ist sie doch gerade darauf gerichtet, die durchaus dargestellten bedeutsamen Krankheitsfolgen und -folgekosten zu senken und gesellschaftliche und berufliche Eingliederung zu ermöglichen. Obwohl hier bereits heute erhebliche Finanzmittel investiert werden, ist diese Vernachlässigung möglicherweise etwas symptomatisch für das Gesundheitssystem generell und insofern vielleicht doch wieder nicht verwunderlich.

Insgesamt trotz der wenigen Einschränkungen ein wichtiges und außerordentlich hilfreiches Werk – wertvoll immer dann, wenn man aktuelle Angaben zur Gesundheitsversorgung und zur Epidemiologie benötigt.

Dr. Heiner Vogel

Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg
Klinikstraße 3
97070 Würzburg
h.vogel@uni-wuerzburg.de

Strümpfel, U. (2006). Therapie der Gefühle. Forschungsbefunde zur Gestalttherapie. Köln: Edition Humanistische Psychologie. 424 Seiten.

Hella Gephart, Norbert Sattler

Im vorliegenden Buch wird der bisher umfassendste Überblick über alle, die Gestalttherapie betreffenden Studien gegeben. Das ist der große Verdienst von Uwe Strümpfel, der in langjähriger Arbeit einige Untersuchungen selber durchgeführt, eine große Fülle von Studien gesichtet und Metastudien analysiert hat.

Die Motivation für die Forschungsarbeiten Strümpfels liegt vor allem im historisch ideologisch begründeten mangelnden akademischen Engagement von Gestalttherapeuten und in dem schon lange andauernden Rückzug der Gestalttheorie aus den Hochschulen. Darüber droht es zu einem Bedeutungsverlust der

Gestalttherapie zu kommen, die ihrer faktischen Wirksamkeit diametral entgegen steht.

Strümpfels Zielsetzung ist, in seiner Veröffentlichung den klinisch-therapeutischen Erfahrungsschatz der Gestalttherapie systematisch zu dokumentieren und die einschlägigen Forschungsbefunde zu gestalttherapeutischen Therapieprozessen und -wirkungen aufzuarbeiten. Dabei wendet er sich an den wissenschaftlich Interessierten, aber auch an den praktisch arbeitenden Therapeuten, um ein Interesse am vorurteilsfreien wissenschaftlichen Diskurs zu entwickeln.

In einem ersten Teil stellt Strümpfel eine Standortbe-

stimmung der Gestalttherapie her. Als Kernelemente der gestalttherapeutischen Theorie werden Selbstkonzept, Kontaktzyklus, die Bedeutung des Hier-und-Jetzt, Achtsamkeit (Awareness) und Störungen im Kontakt identifiziert mit besonderer Betonung der im Kontakt zwischen Therapeut und Klient auftauchenden Impulse, Gefühle und Bedürfnisse als zentraler Ort im therapeutischen Dialog. Ebenso werden Emotions- und erlebnisfokussierende Interventionen der Gestalttherapie und ihre Weiterentwicklungen beschrieben. Von dieser theoretisch-praxeologischen Analyse werden dann Forschungsfragen abgeleitet.

Das Kernstück des Buchs von Strümpfel besteht in einer umfangreichen Forschungsübersicht, die Prozessforschung, die Wirksamkeit einzelner emotionsfokussierender Methoden (Identifikation, Übertreibung, Arbeit mit Polaritäten, gestalttherapeutische Traumarbeit u.a.), klinische Wirksamkeitsstudien, den Vergleich mit anderen Therapieansätzen und schließlich metaanalytische Befunde einschließlich eines großen Kapitels über eigene Analysen beinhaltet. Akribisch und methodisch versiert leistet er auch durch kritische Analysen bekannter Studien zum Wirksamkeitsvergleich verschiedener psychotherapeutischer Verfahren (z.B. Grawe et al., 1994) Aufklärung über methodisch

bedingte Verzerrungseffekte und öffnet so den Weg zum fairen wissenschaftlichen Diskurs jenseits von schulenspezifisch getrübttem Blick.

Diese beeindruckende Arbeit ist – entgegen dem oben formulierten Ziel – durch eine gewisse Sprödigkeit der Formulierung und eine hohe Verdichtung der Darstellung beeinträchtigt. Den Gestalttherapie und -theorie Kundigen gibt sie allerdings die Gelegenheit, ihr Wissen auf die Probe zu stel-

len oder zu weiterer Vertiefung zu motivieren. Als Überblick oder gar Einführung in die gestalttherapeutische Psychotherapie ist der Text weniger geeignet. Da ist die Darstellung in Hartmann und Strümpfel (Hartmann-Kottek, L. & Strümpfel, U. (2004). *Gestalttherapie*. Berlin: Springer) zu empfehlen.

Der an Forschungsergebnissen und vor allem an einzelnen Studien interessierte Leser aber wird hier fündig und bekommt in einer 22seitigen Übersicht

alle Studien nach Thematiken geordnet in einer übersichtlichen Tabelle zusammengefasst.

Wir wünschen dem Buch vor allem Resonanz in der klinisch-therapeutischen Forschungsgemeinschaft, damit die beeindruckenden positiven Befunde zur Wirksamkeit der Gestalttherapie Aufmerksamkeit im wissenschaftlichen Diskurs gewinnen, und die landläufigen Urteile über mangelnde empirische Solidität der Gestalttherapie an Wirkung verlieren.

Dr. Hella Gephart

Däumling-Institut für wissenschaftliche Weiterbildung und Forschung
Georgstraße 12
53721 Siegburg

**Dipl.-Psych.
Norbert Sattler**

Praxisgemeinschaft Psychologischer Psychotherapeuten
Rathenaustraße 3
63456 Hanau
sattler@praxenhaus.de



Mitteilungen der Bundespsychotherapeutenkammer

10. Deutscher Psychotherapeutentag: Startschuss für die 2. Wahlperiode

Der 10. Deutsche Psychotherapeutentag wählte am 12. Mai 2007 in Berlin den neuen Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer. Er stattete ihn für die Arbeit der zweiten Wahlperiode durch eine Erhöhung der Beiträge zur BPTK mit ausreichenden finanziellen Ressourcen aus.

Bericht des Vorstandes

Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) und Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)

Im Bericht des Vorstandes ging der Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, Prof. Rainer Richter, auf die Themenschwerpunkte der Vorstandsarbeit von November 2006 bis April 2007 ein. Er erinnerte daran, dass beim VÄndG und beim GKV-WSG durch die gemeinsame und abgestimmte politische Arbeit der Kammern sowie der Berufs- und Fachverbände für psychisch kranke Menschen, aber auch für Psychotherapeuten viel erreicht wurde. Nun komme es darauf an, bei der Umsetzung der Gesetze die erfolgreiche Arbeit fortzusetzen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) passe aktuell die Bedarfsplanungsrichtlinie-Ärzte an. Erst nach Intervention der BPTK suche er nun bei den Regelungen zum qualitativen Sonderbedarf einen Ausweg aus der Unterversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher. Die Definition von Art, Umfang und Honorierung psychotherapeutischer Leistungen im neuen PKV-Basistarif sei von zentraler Bedeutung, um für psychisch kranke Menschen einen Versicherungsschutz im PKV-Bereich zu realisieren. In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) seien die fachlich adäquaten Vorgaben des Gesetzgebers für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen erst in trocken-



Der neu gewählte Vorstand (v.l.n.r.): Peter Lehndorfer (Beisitzer), Andrea Mrazek (Beisitzerin), Prof. Dr. Rainer Richter (Präsident), Monika Konitzer (Vizepräsidentin) und Dr. Dietrich Munz (Vizepräsident)

nen Tüchern, wenn die gemeinsame Selbstverwaltung die entsprechenden Regelungen auch im Sinne des Gesetzgebers umgesetzt habe. Ein besonderes Augenmerk werde der neue Vorstand auf die mit dem GKV-WSG initiierte Einführung eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches und die Neuorganisation des G-BA haben müssen.

Anerkennungsverfahren Gesprächspsychotherapie

Von besonderer Bedeutung für die Profession sei, so Rainer Richter, die Beanstandung des Beschlusses zur Gesprächspsychotherapie durch das Bundesgesundheitsministerium. Die BPTK erhalte die Möglichkeit, den HTA-Bericht zur Gesprächspsychotherapie nachzuvollziehen und eine angemessene moderne Definition der Gesprächspsychotherapie vorzuschlagen. Sie werde dies mit Unterstützung eines Expertengremiums in einem transparenten Verfahren tun. Im Anschluss an den

wissenschaftlichen Diskurs in der Expertenkommission werde der Vorstand der BPTK, unterstützt durch die Landeskammern, zu seinen eigenen Schlussfolgerungen kommen müssen. Dieses ressourcenintensive Vorgehen werde sich für alle Psychotherapeuten auszahlen. Prof. Richter erinnerte daran, dass auch die Richtlinienverfahren einer Nutzenbewertung durch den G-BA zugeführt werden sollen. Die Profession stärke mit diesem Vorgehen, eine den psychotherapeutischen Behandlungsmethoden angemessene Bewertungsmethode zu definieren, ihren Einfluss auf die Zukunft der Psychotherapie, die – was den sozialrechtlichen Teil angehe – nun einmal vom G-BA mitbestimmt werde. Auch die fachlich angemessene Operationalisierung des Konzepts der Versorgungsrelevanz liege im Interesse der Psychotherapeuten, vor allem aber im Interesse psychisch kranker Menschen. Der ganzheitliche Ansatz der Psychotherapie müsse erhalten bleiben – eine indikationsbezogene Zulassung müsse verhindert werden.

Anerkennungsverfahren neuropsychologische Therapie

Auch das Anerkennungsverfahren zur neuropsychologischen Therapie werde hoffentlich vom Standing der BpTK profitieren. Zurzeit prüfe eine Themengruppe, die aus Mitgliedern der Unterausschüsse Psychotherapie und Heilmittel gebildet ist, den Nutzen der neuropsychologischen Therapie. Der Nutzenbericht werde im Unterausschuss Heilmittel beraten. Der Unterausschuss werde zunächst entscheiden, ob die neuropsychologische Therapie aufgrund eines nachgewiesenen Nutzens zuzulassen sei. Hierauf aufbauend werde dann der Unterausschuss Heilmittel darüber befinden, ob die neuropsychologische Therapie als Heilmittel zugelassen werde. Erst für den Fall, dass er das ablehne, werde das Thema „Verortung der Leistungserbringung“ durch den Unterausschuss Psychotherapie behandelt. Mit anderen Worten: Die neuropsychologische Therapie könnte zum ärztlich verordneten Heilmittel degradiert werden. Dies sei geradezu absurd, betonte der Präsident der BpTK. Für die BpTK stehe außer Zweifel, dass die neuropsychologische Therapie eine psychotherapeutische Methode sei. Die Ausübung der neuropsychologischen Therapie erfordere schließlich zusätzlich zur Approbation als Psychotherapeut eine zweijährige Weiterbildung in Klinischer Neuropsychologie. Eine Zulassung als Heilmittel sei vor diesem Hintergrund unsachgemäß und rechtlich unhaltbar.

Diskussion

Die anschließende Aussprache befasste sich vor allem mit dem Anerkennungsverfahren der Gesprächspsychotherapie (GT). Delegierte sahen im Nachvollzug der Studienbewertung des G-BA das Risiko, dass auch die BpTK zu der Schlussfolgerung kommen könne, die Gesprächspsychotherapie könne nur für ein sehr eingeschränktes Indikationsspektrum ihre Wirksamkeit nachweisen. Andere Delegierte vermuteten größere Erfolgchancen für die GT, wenn die BpTK auf einen Nachvollzug der Studienbewertung verzichte und auf eine Entscheidung der Gerichte in dieser Sache setze.

Dem hielt der Vorstand der BpTK entgegen, dass er seine juristische Argumentation



Prof. Richter beim Bericht des Vorstandes

unverändert aufrechterhalte. Eine Wiederholung bekannter und bereits vorgetragener Argumente sei jedoch nicht hilfreich. Die BpTK habe durch das BMG die Möglichkeit erhalten, ihre fachwissenschaftliche Kompetenz in das Verfahren einzubringen. Die Chance, eigene, der Psychotherapie angemessene Bewertungsstandards zu definieren und zu kommunizieren, könne und dürfe die Profession nicht ungenutzt verstreichen lassen. Es gehe schließlich um die Versorgung psychisch kranker Menschen, deren besonderen Bedürfnissen bei Krankenbehandlung Rechnung zu tragen ist. Insgesamt signalisierte der 10. DPT mit großer Mehrheit, dass er den Kurs des Vorstandes in dieser Frage voll und ganz unterstützt.

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (WBP)

WBP und G-BA wollen künftig bei Literaturrecherchen zum Zweck der Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie kooperieren. Zu diesem Zweck ist geplant, dass die Trägerorganisationen des WBP, Bundesärztekammer und BpTK, eine Rahmenvereinbarung abschließen. WBP und G-BA sind sich dabei darüber im Klaren, dass ihre jeweiligen Verfahren zur Beurteilung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie unterschiedlichen Zwecken dienen und dadurch teilweise unterschiedlichen Bewertungsparametern

entsprechen müssen. Einzelne Delegierte sahen diese Kooperation dennoch mit Sorge. Sie befürchteten, dass die Trennung zwischen berufs- und sozialrechtlichen Zulassungsverfahren verwischt werde. Der Vorstand betonte, dass er an dieser Trennung festhalte. Die BpTK werde sich wie in der Vergangenheit für eine unbeeinflusste, ergebnisoffene Arbeitsweise des WBP einsetzen – und dies gelte für alle beteiligten Organisationen.

Tätigkeitsbericht 2003 – 2007

Vor der Wahl des neuen Vorstandes dankten der Versammlungsleiter, Jürgen Hardt, und der Präsident der gastgebenden Kammer, Michael Krenz, dem scheidenden Vorstand für die in der zurückliegenden Wahlperiode geleistete Arbeit. Der Vorstand legte einen Tätigkeitsbericht für die Jahre 2003 bis 2007 vor. Der Bericht dokumentiert, dass die BpTK in den ersten vier Jahren ihres Bestehens ihre Hausaufgaben erledigt hat. Die Psychotherapeuten verfügen über eine Musterberufsordnung, eine Musterfortbildungsordnung und eine Musterweiterbildungsordnung. Zentrale Themen, wie z. B. die Unterversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher, ziehen sich wie ein roter Faden durch die Vorstandsarbeit der letzten vier Jahre. Gesundheitspolitisch hat die BpTK das „Schwimmen im Haifischbecken“ gelernt. Sie konnte Erfolge in der politischen Beratung verzeichnen, die sich für alle Psychotherapeuten – im niedergelassenen, aber auch im angestellten Bereich – auszahlen werden. Für die geleistete Arbeit wurde neben dem scheidenden Vorstand der 2005 verstorbene erste Präsident der BpTK, Detlev Kommer, noch einmal gewürdigt. Außerdem bedankten sich die Delegierten bei dem 2005 aus persönlichen Gründen zurückgetretenen Vizepräsidenten, Dr. Lothar Wittmann, für die in der Aufbauphase geleistete Arbeit. Die Vorstandsmitglieder Hans Bauer und Hermann Schürmann verzichteten auf eine erneute Kandidatur.

Wahl des Vorstandes der BpTK

Der 10. Deutsche Psychotherapeutentag wählte mit überwältigender Mehrheit den amtierenden Präsidenten Prof. Dr. Rainer Richter für eine zweite Amtsperiode. Prof.

Aus dem BPTK-Tätigkeitsbericht 2003 – 2007^{*)}

BPTK 2003 - 2007 im Überblick

Wo arbeiten Psychotherapeuten

Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

- Versorgungsdichte KJP
- Stellungnahmen
- Positionspapiere

Steigender Bedarf an qualifiziertem Nachwuchs

Europäische Gesundheitspolitik

Volkskrankheit Depression

- Häufigkeit depressiver Erkrankungen

Maßregelrecht und Führungsaufsicht

Telematik im Gesundheitswesen

Musterordnungen der BPTK

Gesundheitspolitik: Schwimmen lernen im Haifischbecken

- Vertragsarztrechtsänderungsgesetz
- Was ändert sich für Psychotherapeuten?
- Selektivvertragssystem
- GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz: Die wichtigsten Neuerungen

Psychotherapeutische Akutversorgung im Notfall

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie

Weiterentwicklung der Psychotherapie-Richtlinien

- Liste der Stellungnahmen an den G-BA
- Neuropsychologische Therapie
- 12-Monats- und Lifetime-Prävalenzen
- Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen
- Gesprächspsychotherapie

Anhang

- Bundesdelegierte der Deutschen Psychotherapeutentage
- Vorstand/Länderrat/Vorstandsbeauftragte
- Kommissionen/Ausschüsse
- Landespsychotherapeutenkammern

- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie
- Fachbeirat Psychotherapeutenjournal
- Mitgliedschaften der BPTK
- Veranstaltungen
- Stellungnahmen/Positionspapiere
- Geschäftsstelle der BPTK
- Organigramm der BPTK

*) Download unter www.bptk.de/publikationen

Richter machte deutlich, dass er die erfolgreiche Arbeit der ersten Wahlperiode fortsetzen wolle. Er werde dabei wie in der Vergangenheit auf den Dialog mit den Landeskammern und den Berufs- und Fachverbänden setzen. Aus dem alten Vorstand wurden Monika Konitzer als Vizepräsidentin und Peter Lehndorfer als Beisitzer im Vorstand der BPTK in ihren Ämtern bestätigt. Auch sie traten für Kontinuität in der Arbeit der BPTK ein. Neu als Vizepräsident wurde Dr. Dietrich Munz, Präsident der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, gewählt. Zweite Beisitzerin wurde Andrea Mrazek, die neu gewählte Präsidentin der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer. Alle Vorstandsmitglieder erzielten überzeugende Wahlergebnisse, die das große Vertrauen des 10. DPT in den neuen BPTK-Vorstand dokumentieren.

Aufgabenportfolio der BPTK in der 2. Wahlperiode

Für die Arbeit des neuen Vorstandes sind die verfügbaren Ressourcen von entscheidender Bedeutung. In der Vergangenheit war deutlich geworden, dass sich der BPTK weitaus mehr Aufgaben stellen, als sie mit der personellen Ausstattung der Geschäftsstelle leisten kann.

Mehr als die Hälfte der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist älter als 50 Jahre. Die Diskussion um eine attraktive Ausbildung zum Beruf des Psychotherapeuten, insbesondere eine Finanzierung des Psychiatriejahres und die Weiterentwicklung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen, müssen im Aufgabenportfolio der BPTK mehr Platz finden.

Psychotherapie ist außerdem nicht allein in der Gesundheitspolitik ein Thema. Häufig sind auch Jugend- und Familienpolitik sowie Rechtspolitik berührt. Gesundheitspolitik ist ein europäisches Zukunftsthema und die gesellschaftspolitische Verantwortung der Psychotherapie wird noch viel zu wenig thematisiert. Die BPTK hat sich auf diesen Feldern bereits engagiert, sollte dies künftig aber deutlich mehr tun.

Die Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, zwischen Kuration und Rehabilitation, zwischen GKV-Gesundheitssystem und Gemeindepsychiatrie bzw. Jugendhilfe müssen für die Versorgung psychisch kranker Menschen optimiert werden. Dazu werden sich die gewohnten Versorgungsstrukturen im ambulanten und stationären Bereich verändern. Die Kooperationen zwischen den Professionen, Sektoren und Kostenträgern werden sich anders gestalten und neue Finanzierungsmodelle notwendig machen. In die hierzu anstehenden Gesetzgebungsvorhaben und Debatten sollte sich die BPTK künftig einbringen können. Dabei geht es darum, auch die berufliche Situation der in der Psychiatrie, der Rehabilitation und der Jugendhilfe arbeitenden Psychotherapeuten verstärkt zu reflektieren.

Die Delegierten des 10. Deutschen Psychotherapeutentages begrüßten diese Aufgabenpalette. Mit Zwei-Drittel-Mehrheit beschloss der 10. DPT eine Erhöhung der Mitgliedsbeiträge der BPTK ab 2008.

Bildung und Besetzung von Ausschüssen und Kommissionen

Der 10. DPT verschob die Bildung und Besetzung der Ausschüsse und Kommissionen der BPTK auf den 11. DPT. Er wollte dem neuen Vorstand die Möglichkeit geben, seine Arbeitsschwerpunkte zu präzisieren, um darauf aufbauend Ausschüsse und Kommissionen, die den Vorstand in seiner Arbeit unterstützen werden, zu bilden.

Resolutionen

Zum Schluss verabschiedete der 10. DPT eine Resolution zur Kindergesundheit. Die Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sei eine

vorrangige gesellschaftliche Aufgabe. Die Unterversorgung psychisch kranker und gefährdeter Kinder und Jugendlicher sei mittlerweile mehrfach belegt. Dennoch fehlten immer noch finanzielle Mittel für ein flächendeckendes, niedrigschwelliges Beratungsangebot durch Erziehungsberatungsstellen und ausreichende Behandlungsangebote durch niedergelassene Psychotherapeuten. Es sei endlich an der Zeit, den üblichen Verschiebeparkplatz zwischen beitrags- und steuerfinanzierten Hilfen für psychisch kranke oder gefährdete Kinder zu beenden und in allen Versorgungsbereichen zu einer konstruktiven Kooperation auf der Basis ausreichender finanzieller Ressourcen zu finden.

Mit einer Resolution zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte drückten die Delegierten noch einmal ihre Sorge aus, dass diese das Vertrauensverhältnis zwischen Psychotherapeuten und ihren Patienten gefährden könne. Sie fordern den Vorstand der BPTK auf, diesem Thema nachzugehen, darüber hinaus sollten datenschutzrechtliche Fragen vertieft erörtert werden und es müsse sichergestellt

sein, dass die mit der Einführung verbundenen hohen Kosten nicht den Heilberufen angelastet werden.

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

Der 10. DPT absolvierte ein umfassendes Arbeitsprogramm. Er war der erste Psychotherapeutentag, bei dem gewählte Delegierte aller approbierten Psychotherapeuten vertreten waren: Mit der Gründung der OPK zum 30. März 2007 und ihrem Beitritt zum 1. April 2007 sind nun alle Landeskammern Mitglieder der BPTK.



Die Delegierten der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer

Kurz notiert:

Fortbildungspflicht für angestellte Psychotherapeuten

Am 01.04.2007 ist mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz auch die Fortbildungspflicht für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der stationären Versorgung in Kraft getreten. Eine Nachweispflicht gibt es jedoch für PP und KJP, die im stationären Bereich arbeiten, gegenwärtig noch nicht. Zunächst muss der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ein Verfahren festlegen, wie die Erfüllung dieser Fortbildungspflicht im Einzelnen nachgewiesen werden kann.

Geschäftsstelle

Klosterstraße 64
10179 Berlin
Tel. 030 / 278785-18
Fax. 030 / 278785-44
info@bptk.de
www.bptk.de

BPtK-Newsletter 2/2007*)

- Kurzbericht zum 10. Deutschen Psychotherapeutentag
- Die Zukunft der Krankenhausversorgung
- VÄndG – Bedarfsplanungsrichtlinie geändert
- Morbi-RSA und psychische Erkrankungen
- Maßregelrecht und Führungsaufsicht: Stand der Gesetzgebung

- Neues Institut: Was wirkt wie im Versorgungsalltag?
- Neustrukturierung des G-BA

BPtK-Focus

- BPtK- Symposium „Prävention psychischer Erkrankungen: Best Practice in Europa“

BPtK-Inside

- Neues vom Gemeinsamen Bundesausschuss

*) Der BPtK-Newsletter 2./2007 erscheint am 25.05.2007 und kann abgerufen werden unter: www.bptk.de/publikationen/bptk_newsletter/index.html



Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

WICHTIG – WICHTIG

Im Mittelteil dieser Ausgabe sind für die Mitglieder in Baden-Württemberg die folgenden, am 17.03.2007 verabschiedeten Satzungen der Landespsychotherapeutenkammer eingeleitet: Zweite Satzung zur Änderung der Hauptsatzung, Neufassung der Hauptsatzung, Satzung zur Änderung der Berufsordnung (BO) und Weiterbildungsordnung (WBO).

NEUE Adresse: Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, Jägerstraße 40, 70174 Stuttgart (Mitte)

WICHTIG – WICHTIG

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

nicht nur in Baden-Württemberg, sondern auch in anderen Bundesländern wird an die Psychotherapeutenkammern immer wieder die Kritik hergetragen, dass die Belange der angestellten Kolleginnen und Kollegen in der Kammerarbeit zu wenig Aufmerksamkeit finden würden.

Wir hatten uns in den letzten Monaten mit zwei wichtigen Gesetzesnovellierungen zu befassen, von denen angestellte Kolleginnen und Kollegen in Krankenhäusern einerseits und die im Justizvollzug arbeitenden Kolleginnen und Kollegen andererseits unmittelbar betroffen sind. Ob unsere Intervention, dass Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Krankenhäusern den Fachärzten gleichgestellt werden, erfolgreich sein wird, bleibt abzuwarten.

Nach Hinweisen von Kolleginnen und Kollegen aus dem Justizvollzug haben wir als Kammer zum Gesetzesentwurf zum Datenschutz im Strafvollzug Stel-

lung bezogen. Es ist nicht hinnehmbar, dass Informationen aus Psychotherapien nicht mindestens genauso vertraulich, letztlich sogar vertraulicher behandelt werden als ärztliche Befunde und Behandlungsdaten. Es kann auch nicht hingenommen werden, dass nicht mehr der Behandler entscheidet, ob er sich, wie bisher gesetzlich festgelegt, gegenüber der Anstaltsleitung offenbart, dass ein Patient einer besonderen Behandlung bedarf. Dies soll jetzt zur Offenbarungspflicht werden.

Deutlich ist, dass wir als Psychotherapeuten in den politischen Gremien, die über unsere Arbeitsabläufe und Arbeitsinhalte entscheiden, oft nicht das erforderliche Gehör finden. Hier sind die Landespsychotherapeutenkammer und auch die Bundespsychotherapeutenkammer aktiv, unserer Profession mehr Geltung zu verschaffen und z.B. schrittweise eine möglichst weitgehende Gleichstellung mit den ärztlichen Kollegen zu erreichen. Da diese Arbeit nur langsam Erfolge zeigt, entsteht immer wieder ein falsches Bild über die Kammerarbeit für die Belange der angestellten Kolleginnen und Kollegen.

Die Kammer Baden-Württemberg hat sich in den letzten Monaten ebenfalls intensiv mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz beschäftigt. Dieses Gesetz wird absehbar wichtige Folgen sowohl für die ambulante Versorgung der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen als auch die in Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen haben, da mit dem Gesetz beabsichtigt ist, den Wettbewerb zwischen Versorgungszentren, Kliniken und niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen zu erhöhen. Hierzu finden Sie weitere Informationen auf der Homepage der Kammer, der Homepage der Bundespsychotherapeutenkammer und der KBV.

Wir hoffen, dass Sie im Sommer viel Zeit zur Entspannung und Erholung finden!

Mit den besten Grüßen

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

Fortbildung

Zwei Vereinbarungen sowohl mit der Landesärztekammer als auch mit der KV Baden-Württemberg zu Fortbildungsakkreditierungen innerhalb von Baden-Württemberg und zum Nachweisverfahren bezüglich der sozialrechtlichen Fortbildungsverpflichtung nach § 95d SGB V vereinfachen die Antragsverfahren. Die Vereinbarung mit der LÄK beinhaltet die gegenseitige Anerkennung psychotherapierelevanter Veranstaltungen, wodurch Mehrfach-

zertifizierungen von Veranstaltungen nunmehr entbehrlich sind. Weiterhin wird die Zuständigkeit der Kammern für Akkreditierungsanträge grundsätzlich geregelt, wobei bei regelmäßig stattfindenden Interventionsgruppen, Qualitätszirkeln, Balintgruppen, IFA-Gruppen, Supervision und Selbsterfahrung völlige Wahlfreiheit vereinbart wurde. Nach diesem Verfahren können z.B. ärztliche Supervisoren ihre Supervisionsgruppen und Einzelsupervisionen sämt-

lich über die LPK laufen lassen, auch wenn es sich bei den Supervisanden ausschließlich um Ärzte handelt. Die Vereinbarung mit der KV beinhaltet im Kern, dass die LPK bei vorliegender Einwilligung des Vertragspsychotherapeuten der KV eine Mehrfertigung des Fortbildungszertifikats übermittelt und dass der Vertragspsychotherapeut den nach § 95d Abs. 3 SGB V geforderten Nachweis mit dieser Übermittlung geführt hat.

Gemeinsamer Beirat der Landesärztekammer und Landespsychotherapeutenkammer

Im Heilberufe-Kammergesetz ist zur Erörterung berufsübergreifender Angelegenheiten, insbesondere in den Bereichen der Berufsordnung, Weiterbildung und Qualitätssicherung, ein gemeinsamer Beirat der Landesärztekammer und der Landespsychotherapeutenkammer vorgesehen. Dieser hat die Aufgabe, die Zusammenarbeit der Berufsgruppen zu fördern, bei Interessenkonflikten ausgleichend zu wirken und die Organe der Kammern bei

der Aufgabenerfüllung zu unterstützen und zu beraten. Der Vorstand der LPK hat in den gemeinsamen Beirat der Landesärztekammer und Landespsychotherapeutenkammer für die nächsten vier Jahre folgende Mitglieder und StellvertreterInnen (in Klammern) berufen: Marianne Funk (Jürgen Doebert), Martin Klett (Kristiane Göpel), Dr. Dietrich Munz (Birgitt Lackus-Reitter), Mareke de Brito Santos-Dodt (Friedrich Gocht), Michaela

Willhauck-Fojkar (Sabine Schäfer). Von der Landesärztekammer wurden berufen: Dr. Jürgen Braun (Prof. Dr. Bernhard Eikermann), Dr. Birgit Clever (Dr. Regine Simon), Dr. Ulrich von Pfister (Dr. Hermann Mezger), Dr. Ingrid Rothe-Kirchberger (Dr. Holger Salge), Dr. Eckart Semm (Dr. Heribert Knott). Den bisherigen Mitgliedern des gemeinsamen Beirats möchte der Vorstand für die geleistete Arbeit herzlich danken.

Bericht über die Vertreterversammlung (VV) am 17. März 2007

Psychotherapeuten in praktischer Ausbildung (PiA) können freiwillige Kammermitglieder werden: Nach dem im novellierten Heilberufe-Kammergesetz festgelegt wurde, dass Psychotherapeuten in der praktischen Ausbildung (PiA) freiwillige Mitglieder der Kammer werden können, wurde die Hauptsatzung der LPK entsprechend geändert. Die VV hat in einer ihrer nächsten Sitzungen noch zu bestimmen, in welcher Form PiA an den Kammerwahlen beteiligt werden.

Beschluss des Beitritts zum Psychotherapeuten-Versorgungswerk Nordrhein-Westfalen bestätigt: Die VV hatte schon im November 2004 beschlossen, dem Versorgungswerk der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen beizutreten. Diese Entscheidung erfolgte nach Abwägung der Vor- und Nachteile der zur Diskussion stehenden drei Versorgungswerke Niedersachsen, Bayern und Nordrhein-Westfalen. Da es während der Verhandlungen zum erforderlichen Staatsvertrag

zwischen den Bundesländern Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen fraglich geworden war, ob die vorgesehenen Mitbestimmungsrechte unserer Kammer, vor allem das Recht, über die Satzung des Versorgungswerkes und somit beispielsweise Beitragshöhe und Rentenmodell mit zu entscheiden, sichergestellt sind, hatte sich der Vorstand der Kammer im Dezember 2006 ein Mandat der VV zur erneuten Verhandlung mit den Versorgungswerken geben lassen. Hierdurch war eine neue Grundsatzdiskussion über die Entscheidung der VV vom November 2004 aufgekommen, an der sich auch viele PsychotherapeutInnen in Ausbildung beteiligten. Die große Sorge war, dass die jungen und weniger verdienenden KollegInnen einen prozentual höheren Einkommensanteil zur Alters- und Berufsunfähigkeitsvorsorge aufbringen müssen. In der Sitzung der VV wurden die verschiedenen Gesichtspunkte des Beitritts zu einem der Versorgungswerke auch unter Berücksichtigung der verschiedenen Argu-

mente, die von Kolleginnen und Kollegen und von Ausbildungskandidaten vorgetragen wurden, nochmals ausführlich diskutiert und von den Vertretern gegeneinander abgewogen. Im Ergebnis entschied die VV, den Beschluss zum Beitritt zum Versorgungswerk Nordrhein-Westfalen aufrecht zu erhalten. Nach Abschluss des Staatsvertrages und vollzogenem Beitritt werden wir zusammen mit den Experten des Versorgungswerkes die Mitglieder der Kammer vor Ort ausführlich über das Versorgungswerk informieren. Die derzeitigen Kammermitglieder können freiwillig Mitglied werden, weshalb wir eine ausführliche Beratung zur Beitrittsentscheidung anbieten.

Weiterbildungsordnung verabschiedet: Die Delegiertenversammlung der Bundespsychotherapeutenkammer hat im Mai 2006 eine Musterweiterbildungsordnung verabschiedet. Diese regelt den Rahmen für Weiterbildungen in Teil A. Außerdem wurde in dieser Sitzung eine Weiterbil-

dungsordnung für Klinische Neuropsychologie verabschiedet (Teil B; vgl. Einhefter).

Berufsordnung der LPK-BW an die Musterberufsordnung angeglichen: Die Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer und unsere Berufsordnung waren in weiten Bereichen übereinstimmend. Um noch bestehende Unterschiede zu beseitigen, hat die Vertreterversammlung einige Abschnitte der Berufsordnung zu den §§ Abstinenz und Um-

gang mit minderjährigen Kindern in neuer Form verabschiedet.

Wahl der Vertreter in der Delegiertenversammlung der Bundespsychotherapeutenkammer: Nach zwischenzeitlich vierjähriger Amtszeit wurden folgende Vertreter der LPK in die Delegiertenversammlung der Bundespsychotherapeutenkammer neu gewählt (Stellvertreter in Klammern): Dr. Dietrich Munz (Klaus Haeberle), Martin Klett (Sibille Seeger), Kristiane Göpel (Gabriele Häußler),

Jürgen Doebert (Birgitt Lackus-Reitter), Marianne Funk (Jürgen Pitzing), Peter Gabriel (Günter Ruggaber), Michael Reisch (Ulrich Böttinger), Mareke Santos-Dodt (Dr. Roland Straub), Sabine Schäfer (Michaela Willhauck-Fojkar), Friedrich Gocht (Dr. Alessandro Cavicchioli), Dieter Schmucker (Susanne Loetz) und Rolf Wachendorf (Corinna Fischle-Osterloh). Den bisherigen Delegierten möchten wir an dieser Stelle für ihr Engagement für die LPK auf der Bundesebene herzlich danken.

Stellungnahme zur Beendigung der Heroinstudie

Die LPK-BW veröffentlichte zur geplanten Beendigung der bundesweiten Heroinstudie eine Stellungnahme, in der die Weiterführung der Diamorphinvergabe mit psychosozialer Begleitung zumindest für die im Versuch beteiligten schwerstabhängigen Menschen befürwortet wurde (siehe www.lpk-bw.de). Durch die Studie konnte nachgewiesen werden, dass insbesondere Menschen mit Heroinabhängig-

keit und komorbiden psychischen Erkrankungen signifikante Verbesserungen der psychischen und körperlichen Gesundheit erreichten – dies insbesondere auch im Vergleich zur Substitution mit üblichen Drogenersatzstoffen. Durch die höhere Haltequote können psychosoziale Begleitung und Psychotherapie wirksam werden. In Baden-Württemberg findet die staatli-

che Heroinvergabe in einer Ambulanz in Karlsruhe statt. Zwischenzeitlich wurde die Weiterführung der Ambulanz politischerseits ermöglicht. Der Karlsruher Sozialbürgermeister Harald Denecken hat sich für die kompetente Unterstützung der LPK ausdrücklich bedankt. Karlsruhe ist eine der Städte, in denen das Modellprojekt durchgeführt wird.

Stellungnahme zum Justizvollzugsdatenschutzgesetz Baden-Württemberg

Das Justizministerium Baden-Württemberg plant ein „Gesetz über den Datenschutz im Justizvollzug in Baden-Württemberg (Justizvollzugsdatenschutzgesetz Baden-Württemberg – JVollzDSG BW)“, in dem Regelungen bisher verschiedener Gesetze (Landes- und Bundesdatenschutzgesetz, Strafvollzugsgesetz) in einem Gesetz zusammengefasst werden sollen. Obwohl die LPK-BW im Jahr 2005 im Justizministerium vorstellig war, um auf die besonders schutzwürdigen Daten aus psychotherapeutischen Behandlungen im Strafvollzug hinzuweisen, war sie nicht im Verteiler zum Anhörungsverfahren, hat jedoch trotzdem zum Gesetzesentwurf eine Stellungnahme abgegeben. Wir haben darauf hingewiesen, dass im BDSG geregelt ist, dass Daten aus medizinischen Behandlungen zu den „besonderen Arten personenbezogener Daten“ gehören. Wir fordern, dass das JVollzDSG hierauf Bezug nimmt, um die

dortige Begriffsbestimmung zu übernehmen. Die wichtigsten Punkte unserer Stellungnahme sind:

- Im Gesetzesentwurf wird nur geregelt, dass „personenbezogene Daten, die anlässlich ärztlicher Untersuchungen erhoben worden sind“, in der Anstalt nicht allgemein kenntlich gemacht werden dürfen und dass Gesundheitsakten und Krankenblätter getrennt von anderen Unterlagen zu führen und besonders zu sichern sind. Wir fordern, dass dies ausdrücklich auch für die Befunde und Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungen gelten muss.
- Im Gesetz soll geregelt werden (§ 11), dass zur Resozialisierung Daten an die zuständigen Stellen ohne Zustimmung der Betroffenen übermittelt werden können. Hiergegen haben wir widersprochen und auf den besonderen Schutz von Behandlungsdaten hingewiesen.

- Äußerst problematisch sehen wir die Regelung, dass sich Ärzte und Psychotherapeuten, Psychologen und Sozialarbeiter gegenüber dem Anstaltsleiter zu offenbaren haben, soweit die ihnen bekannt gewordenen Tatsachen „sonst für die Vollzugsplanung relevant sind“. Im StVollzG ist für diesen Fall vorgesehen, dass diese Personen befugt sind, sich gegenüber der Anstaltsleitung zu offenbaren. Wir fordern mit Hinweis auf eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts, dass die Schweigepflicht die Gewähr für eine gewissenhafte Berufsausübung des Behandlers und damit Voraussetzung für eine wirksame Gesundheitsversorgung ist. Die Entscheidungsbefugnis, die Schweigepflicht zu durchbrechen, muss in diesem Fall beim Psychotherapeuten bleiben, so dass dieser unter Berücksichtigung der Schweigepflicht entscheiden kann, welche Informationen er an die Anstaltsleitung weitergibt.

Stellungnahme zur Novellierung des Landeskrankenhausgesetzes

Der Entwurf zur Novellierung des Landeskrankenhausgesetzes (LKHG) soll dazu dienen, die Strukturen der Krankenhäuser von verzichtbarem Verwaltungsaufwand zu entlasten. Schon 2003 fand ein ausführliches Gespräch im Sozialministerium statt, in dem darauf hingewiesen wurde, dass im LKHG in Folge des PsychThG Änderungen erforderlich sind. Im Entwurf für die geplante Novellierung des LKHG war nicht berücksichtigt, dass in Krankenhäusern (Akutversorgung und Rehabilitation) neben Ärzten auch Psychologische Psychotherapeuten und, sofern die Behandlung Kinder und Jugendliche betrifft, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eigenständig therapeutische Leistungen erbringen. Wir haben darauf hingewiesen, dass hierdurch Krankenhäuser in ihrem

Gestaltungsspielraum freier werden, da dann therapeutische Aufgaben an Psychotherapeuten übertragen werden können und nicht allein von Ärzten mit psychotherapeutischer Ausbildung oder unter deren Fachaufsicht erbracht werden müssen. Weiterhin haben wir dargestellt, dass die Tatsache, dass eine Novellierung des Gesetzes ohne Berücksichtigung unserer Berufsgruppe gelegentlich so interpretiert werden könnte, dass diese Leistungen nur durch Ärzte oder nur unter deren Fachaufsicht erbracht werden dürften. So wird das Arbeitsfeld vieler langjährig erfahrener Psychotherapeuten in Kliniken im Vergleich zu den niedergelassenen Kollegen unangemessen einschränkt, oder es bedarf teilweise unnötig komplizierter und unbegründeter Organisation der Fachaufsicht.

Unsere wichtigsten Forderungen sind:

- Erweiterung der Diagnostik, Indikationsstellung und Behandlungsplanung im Krankenhaus auch auf Psychotherapeuten
- Beteiligung der Psychotherapeuten an der Erbringung privatärztlicher Leistungen und Beteiligung an der Privatliquidation (Pool-Regelungen)
- Direkte Übermittlung von Patientendaten (Behandlungsberichte) nicht nur an Ärzte, sondern auch an Psychotherapeuten im Krankenhaus
- Übermittlung von Behandlungsdaten des Krankenhauses direkt an ambulant behandelnde Psychotherapeuten

Offener Brief an Sandra Maischberger zur Sendung „Rätsel Depression“

Mit einem offenen Brief hat die LPK Baden-Württemberg auf die Ende Januar im ersten Deutschen Fernsehen ausgestrahlte Sendung „Menschen bei Maischberger“ reagiert, bei der zum Thema Depression kein einziger Psychotherapeut eingeladen war, statt dessen aber

der Münchner Psychiater und biologisch orientierte Depressionsforscher Florian Holzboer („Depression ist eine Frage der Moleküle“). Die LPK begrüßte darin, dass das Thema Depression einem breiten Publikum zugänglich gemacht wurde. Kritisiert wurde allerdings, dass spezifisch psy-

chotherapeutischer Sach- und Fachkompetenz nicht einbezogen wurde. Es wurde darauf hingewiesen, dass Depressionen seit vielen Jahrzehnten erfolgreich v.a. auch psychotherapeutisch behandelt werden. Der Brief ist unter www.lpk-bw.de einsehbar.

Termine

3. Landespsychotherapeutentag Baden-Württemberg

Tag der Angestellten Psychotherapeuten am 30. Juni 2007 „Psychotherapie in Institutionen – ein Beruf mit Perspektiven?!“ Wenn auch kurzfristig, möchten wir Sie nochmals auf den diesjährigen Psychotherapeutentag unserer Kammer hinweisen, der sich mit Themen und Problemen der angestellten Kolleginnen und Kollegen befasst. Als Vortragende haben wir neben dem Präsidenten der Bundespsychotherapeutenkammer Experten für Arbeitsfelder von psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Experten für Tariffrecht und Arbeits- und Berufsrecht gewinnen können. Wir sind sicher, dass dieser Psychotherapeutentage nicht nur für die Angestellten interessant sein wird, sondern auch niedergelassene Kollegin-

PROGRAMM	
Psychotherapie in Institutionen – ein Beruf mit Perspektiven!?	
1. Tag der angestellten Psychotherapeuten in Baden-Württemberg	
Samstag, 30.06.2007 Haus der Wirtschaft, 70174 Stuttgart, Willy-Bleicher-Str. 19	
9.30	Begrüßung Dr. <i>Dietrich Munz</i> , Präsident der LPK Baden-Württemberg
10.00	Gegenwart und Zukunft der Psychotherapie in Institutionen Prof. Dr. <i>Rainer Richter</i> , Präsident der BPTK und der LPK Hamburg
10.45	Psychotherapie außerhalb der Kassenzulassung – Arbeitsbereiche für Psychotherapeuten Dipl.-Psych. <i>Michael Krenz</i> , Präsident der PTK Berlin Prof. Dr. <i>Gerhard Notacker</i> , Fachhochschule Potsdam, FB Sozialwesen
12.00	Psychotherapie in der Erziehungsberatung Dipl.-Psych. <i>Thomas Merz</i> , BPTK-Ausschuss PTI, Vorstandsmitglied LPPKJP Hessen Dipl.-Soz. <i>Klaus Menne</i> , Geschäftsführer der Bundeskonf. Erziehungsberatung - bke, Fürth
Mittagspause	
Im Foyer	Der Kammerausschuss „Psychotherapie in Institutionen“ stellt sich vor
14.00	Psychotherapeuten im Tariffrecht <i>Gerd Dielmann</i> , Fachgruppenleiter Gesundheitsberufe, Ver.di Bundesverwaltung
15.15	Berufsordnung und Rechtsfragen für angestellte Psychotherapeuten Rechtsanwalt <i>Martin Schafhausen</i> , Frankfurt/Main Ass. jur. <i>Johann Rautschka-Rücker</i> , Wiesbaden
ab 17.00	Kammer im Gespräch – mit Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA)

nen und Kollegen können über diese Arbeitsfelder Wissenswertes erfahren und mit den dort arbeitenden Kolleginnen und Kollegen diskutieren. Auch unsere Ausbildungskolleginnen und Kollegen haben wir zu dieser Veranstaltung herzlich ein-

geladen, denn gerade für sie ist wichtig zu wissen, wo, außer im Bereich der Niederlassung, wichtige Arbeitsgebiete sind.

Vertreterversammlungen:

13. Oktober 2007/05. April 2008/

18. Oktober 2008

4. Landespsychotherapeutentag:

Voraussichtlich 5. Juli 2008

Arbeitstitel: Zehn Jahre Psychotherapeutengesetz

Stellungnahme zum Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie

LPK begrüßt Absicht des WBP, Stellenwert naturalistischer Studien höher zu stellen

Anfang Dezember 2006 hatte der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie WBP den Entwurf zu den neuen Verfahrensregeln veröffentlicht. Diese definieren das Procedere der Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren in der Psychotherapie durch den WBP. Erstmals werden darin so genannte Naturalistische Studien gegenüber experimentellen höher bewertet. Die LPK unterstützt diese Auffassung, wengleich sie nicht weit genug geht. In einer Stellungnahme zum WBP-Entwurf, die vom Beirat bis zum 28.02.2007 von Ärzte- und Psychotherapeutenkammern sowie Fachverbänden erbeten war, hat die LPK Baden-Württemberg Position bezogen. Hier die Zusammenfassung:

„Die Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg begrüßt den Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP), den Prozess der wissenschaftlichen Anerkennung psychothe-

rapeutischer Verfahren und Methoden durch Verfahrensregeln festzulegen und transparent zu machen. Der im Entwurf vom 8.12.2006, Version 2.0 enthaltene Versuch, die externe Validität von Studien gegenüber der internen Validität stärker zu gewichten, wird ausdrücklich unterstützt. Die darin indirekt zum Ausdruck gebrachte Abweichung von der in §18, Abs. 3 der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA, 2005) festgelegten Evidenzstufen, in denen Randomized Controlled Trials (RCT-Studien) als beste Bewertungsgrundlage für die Zulassung von Verfahren und Methoden definiert werden, findet volle Zustimmung.

Aus Sicht der LPK Baden-Württemberg geht der Vorschlag des WBP allerdings nicht weit genug. In der hier vorgelegten Version der Verfahrensregeln besitzen RCT-Studien nach wie vor eine höhere Gewichtung hinsichtlich Wissenschaftlichkeit als naturalistische Studien. Sie sind aus Sicht des WBP unverzichtbare Voraussetzung. Diese Haltung wird von der LPK Baden-Württemberg grundsätzlich in Frage gestellt. Vielmehr ist eine absolute

Gleichstellung naturalistischer Studien mit RCT-Studien zu fordern und parallel Evidenzstufen für naturalistische Studien zu entwickeln bzw. zu definieren. Der experimentelle Nachweis der Wirksamkeit wird nicht als unverzichtbares Kriterium gesehen. Die vom G-BA in der Verfahrensordnung zugrundegelegten „levels of evidence“ werden als zu einseitig für eine Bewertung der Übertragbarkeit eines Verfahrens oder einer Methode auf die klinische Versorgung abgelehnt.“

Auf der Homepage finden Sie:

- Stellungnahme im Wortlaut
- WBP-Methodenpapier vom 8.12.06
- GB-A Verfahrensordnung vom 20.9.05

Geschäftsstelle

Jägerstraße 40, 70174 Stuttgart

Mo – Do 9.00 – 15.30 Uhr

Fr 9.00 – 13.00 Uhr

Tel. 0711 / 674470 – 0

Fax 0711 / 674470 – 15

info@lpk-bw.de; www.lpk-bw.de

Mitteilungen der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeuten

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

eine neue Wahlperiode hat begonnen, Delegiertenversammlung und Vorstand sind neu gewählt. Wir danken Ihnen für die gute Wahlbeteiligung und das Vertrauen in unsere Arbeit.

Übergeordnetes Thema der nächsten fünf Jahre bleibt die weitere Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung. Dazu gehören auch der Ausbau von präventiven Maßnahmen und von Früherkennung. Fortgesetzt wird auch das Engagement der Kammer für die psychotherapeutische Versorgung bei speziellen Personengruppen, z.B. für Kinder und Jugendliche, für ältere Menschen, Krebspatienten oder im Rahmen

der Notfallnachsorge. Wir werden uns weiterhin um den drohenden Nachwuchsmangel kümmern, um Regelungen der Gutachtertätigkeit und nicht zuletzt um die Frage der angemessenen Bezahlung für Angestellte und Niedergelassene sowie um die schwierige Situation der PT-Ausbildungsteilnehmer/innen.

Neue Themen werden neben dem Engagement für die Psychotherapieforschung in Bayern auch der weitere Ausbau der Serviceleistungen der Kammer (z.B. elektronische Fortbildungserfassung, Ausbau des Kammerangebots an eigener Fortbildung), Ausgabe des Heilberufausweises und die Anpassung der Berufsordnung

sein. Auch strukturelle Veränderungen wie das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz oder die Tarifverhandlungen werden wir im Rahmen der Möglichkeiten einer Körperschaft des öffentlichen Rechts begleiten und dabei die Interessen unserer Mitglieder bestmöglichst vertreten. Welche weiteren aktuellen politischen, gesellschaftlichen oder psychotherapeutischen Themen im Laufe der nächsten fünf Jahre auf uns zu kommen werden, wissen wir jetzt noch nicht. Wir versprechen aber, dass wir versuchen werden, diesen gerecht zu werden und Ihre Interessen zu vertreten!

Mit freundlichen, kollegialen Grüßen,

Dr. Nikolaus Melcop

Gerda B. Gradl

Peter Lehndorfer

Dr. Heiner Vogel

Dr. Bruno Waldvogel

Benedikt Waldherr

Angelika Wagner-Link

Konstituierende Sitzung der neu gewählten Delegiertenversammlung am 29.03.2007

Für die konstituierende Sitzung der neu gewählten Delegiertenversammlung standen neben der Wahl eines Versammlungsleiters und seines Stellvertreters für die künftigen Delegiertenversammlungen der abschließende Bericht des letzten Vorstands, der Haushaltsabschluss 2006 sowie die Neuwahlen des Vorstands und der Bundesdelegierten auf dem Programm.

Nikolaus Melcop, Präsident der PTK Bayern, eröffnete die konstituierende Sitzung der neuen Delegiertenversammlung, die sich mit über 20 zum ersten Mal gewählten Delegierten zur Hälfte neu zusammen-

setzt. Der „Altersvorsitz“, die Sitzungsleitung bis zur Wahl eines Versammlungsleiters, wurde an Dr. Wolfgang Schmidbauer übergeben. Er berichtete einleitend aus seinen Erfahrungen mit der berufspolitischen Arbeit und nannte als Ziel und Wunsch für alle Psychotherapieschulen und Berufsverbände „mit einer Stimme zu sprechen“, damit die Berufspolitik besser wahr genommen und gehört werde. Als Versammlungsleiter wurde sodann Klemens Funk, als Stellvertreterin Ellen Bruckmayer gewählt.

Im **Bericht des Vorstands** fasste Nikolaus Melcop die Vorstandsarbeit der letzten vier Jahre zusammen und führte gleichzeitig

für die neuen Delegierten in die Aufgaben und Funktion der Kammerarbeit ein. Er stellte die politischen Aktivitäten im Zusammenhang mit der Gesundheitsreform dar, gab einen Abriss über das inhaltliche Engagement der PTK Bayern und eröffnete damit Einblick in die vielfältigen Netzwerke und Kooperationspartner auf politischer und institutioneller Ebene. Insbesondere das Engagement für die angestellten PsychotherapeutenInnen (z.B. Initiativen zum Stellenerhalt der Psychologen/Psychotherapeuten in den sozialpsychiatrischen Diensten, runder Tisch der leitenden Klinischen Psychologen, Tarifrecht) sowie die Initiativen zur Nachwuchs-



Konstituierende Sitzung der neuen Wahlperiode: Delegierte, satzungsgemäße Gäste (Vertreter der PsychotherapeutInnen in Ausbildung) und neu gewählter Vorstand (vorne, v.l.n.r.: Peter Lehndorfer, Gerda B. Grادل, Dr. Bruno Waldvogel, Dr. Nikolaus Melcop, Benedikt Waldherr, Angelika Wagner-Link, Dr. Heiner Vogel). Foto: Elisabeth Greil

förderung und für die PsychotherapeutInnen in Ausbildung sollen hier exemplarisch für die vielfältigen Themengebiete genannt werden. In der Diskussion wurde angeregt, auch einen runden Tisch für Psychotherapeuten der Erziehungsberatungsstellen einzurichten.

Herr Mutert, Vertreter der **PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA)**, führte aus, dass die PiA großes Interesse daran hätten, Kammermitglieder zu werden. Zum Einen erhofften sie sich dadurch Unterstützung bei den schwierigen Ausbildungsbedingungen, zum Anderen würde dies den PiA die Chance bieten, frühzeitig an der Altersversorgung teilzunehmen, da Vo-

oraussetzung für die Mitgliedschaft im Versorgungswerk auch die Mitgliedschaft in der Kammer ist. „Die PiA fragen daher auch, was sie von Ihrer Seite dazu beitragen können“, um den Prozess der Integration von Ausbildungsteilnehmern in die Kammer zu unterstützen.

Im nächsten Tagesordnungspunkt stellte Vizepräsident Peter Lehndorfer den Jahresabschluss 2006 vor, der einstimmig angenommen wurde. Danach wurde der Vorstand entlastet.

Nach der Mittagspause wurden nun in getrennten Wahlgängen die neuen Vorstandsmitglieder gewählt. Die Vorstands-

mitglieder wurden jeweils mit 75 – 93 %iger Mehrheit der Stimmen gewählt. Als Präsident wurde Dr. Nikolaus Melcop für weitere fünf Jahre in seinem Amt bestätigt. Peter Lehndorfer und Dr. Bruno Waldvogel wurden als Vizepräsidenten gewählt. Die vier Beisitzer sind: Gerda B. Grادل, Dr. Heiner Vogel, Angelika Wagner-Link und Benedikt Waldherr.

Neu gewählt wurden auch die Bundesdelegierten, deren Stellvertreter, ein Ausschuss zur Anpassung der Berufsordnung sowie ein neuer Finanzausschuss. Bitte entnehmen Sie die gewählten Vertreter unserer Homepage in der Rubrik „Über uns“.

Treffen der PsychotherapeutInnen in Ausbildung – Franz Mutert als DV-Vertreter gewählt

Am 15. März 2007 trafen sich VertreterInnen der PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA) aus den staatlich anerkannten bayerischen Ausbildungsinstituten mit dem Vorstand der PTK Bayern in der Geschäftsstelle der Kammer.

Auf der Tagesordnung stand neben einem Bericht der Vorstandsmitglieder über

die Aktivitäten der Kammer, eine Diskussion über die Situation der PiA und wichtige Problembereiche der Ausbildung und die Wahl eines neuen Vertreters der AusbildungsteilnehmerInnen als satzungsgemäßen Gast in der Delegiertenversammlung der Kammer (Kammer-DV). In Bezug auf die Belange der PiA wurde insbesondere vertiefend über die Themen

problematische finanzielle Situation der Ausbildungsteilnehmer/innen, Praktikumsmöglichkeiten und fachliche Begleitung der praktischen Tätigkeit und den aktuellen Stand der Gespräche mit dem Aufsichtsministerium bzgl. einer zukünftig angestrebten Kammermitgliedschaft der PiA gesprochen.

Als satzungsgemäßer Vertreter und Sprecher der PiA in der Kammer-DV wurde Franz Mutert, München, gewählt, als 1. Stellvertreterin Michaela Erger, München, als 2. Stellvertreterin Britta Hermann, Nürnberg.

Die Sprecher der PiA vertreten auf der DV die Interessen der PiA. Sie haben als satzungsgemäße Gäste Rederecht (s.a. DV-Bericht). Darüber hinaus haben sich die

neuen SprecherInnen vorgenommen, den Informationsaustausch zwischen den bayerischen PiA zu optimieren.

PTK Bayern nimmt Stellung zur Umsetzung der europäischen Berufsqualifikationsrichtlinie

Am 28. März d.J. hat das Bundeskabinett den Gesetzentwurf zur Umsetzung der sog. Berufsqualifikationsrichtlinie (RiLi) der EU beschlossen. Verkürzt dargestellt soll die RiLi für unseren Bereich regeln, unter welchen Bedingungen ein in einem Mitgliedsstaat Ausgebildeter, der dort eine dem Beruf des Psychologischen Psychotherapeuten (PP) oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) vergleichbare Tätigkeit ausübt, diese auch im Bereich der Bundesrepublik Deutschland ausüben kann. Bis zum 20. Oktober muss die Bundesrepublik Deutschland die Richtlinie durch Gesetz in nationales Recht umgesetzt haben.

Die Richtlinie legt u.a. fest, dass im Falle einer nur „vorübergehenden“ Berufsausübung in einem EU-Mitgliedsland geringere Anforderungen an die Leistungserbringer zu stellen sind als für solche, die ihren Be-

ruf dauerhaft dort ausüben möchten. Die von unseren Kammern vertretenen Berufe sind im europarechtlichen Sinn noch „nicht harmonisiert“. Deshalb soll der Patientenschutz dadurch gewährleistet werden, dass die Qualifikation der Leistungserbringer bei erstmaliger Dienstleistungserbringung grundsätzlich zu prüfen ist. Zwar werden solche Fälle einer vorübergehenden Dienstleistung im EU-Ausland bei Psychotherapeut/inn/en eher selten vorkommen. Solange die Rechtsprechung weiterhin unter Priorisierung des Grundsatzes des freien Waren- und Dienstleistungsverkehrs eine mögliche „Inländerdiskriminierung“ als rechtmäßig ansieht, ist diese Regelung gleichwohl strukturell von höchster Wichtigkeit für die Zukunft der PP und KJP. Ziel muss es sein, Wettbewerbsnachteile zu verhindern und im Patienteninteresse gleichzeitig das hohe Qualifikationsniveau in Deutschland zu wahren.

Wir sehen es als wichtige Aufgabe der Kammern an, die Interessen der approbierten PP und KJP auch in Bezug auf europäische Regelungen sachgerecht zu vertreten. Die Heilberufekammern in Bayern hatten zwischen Weihnachten und Neujahr 2006 nur wenige Tage Zeit, zu dem Gesetzentwurf zur Umsetzung der RiLi, der mit Begründungen insgesamt 320 Seiten stark war, eine Stellungnahme abzugeben. Wir konnten gleichwohl die Gelegenheit nutzen, auf die bereits jetzt greifbaren Probleme aufmerksam zu machen.

Verbindlichere Aussagen, wie die Richtlinie umgesetzt wird, werden erst getroffen werden können, sobald die Europarichtlinie in nationales Recht umgesetzt ist, voraussichtlich also erst ab dem 21. Oktober diesen Jahres.

Diskussion zur Heroinstudie: „Stellungnahme der PTK Bayern hilfreich“

Das Bayerische Gesundheitsministerium hat die PTK Bayern um eine Stellungnahme zu den Ergebnissen des Modellprojekts zur heroingestützten Behandlung (Heroinstudie) gebeten.

Zum Hintergrund: Das Modellprojekt wurde vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziales, von den Ländern Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Hessen sowie von sieben Städten (darunter auch München) gemeinsam finanziert und durchgeführt. Es wurden 1032 Patienten in die randomisierte, multizentrische Studie einbezogen. Die Patientenrekrutierung erfolgte u.a. über Einrichtungen der Drogenhilfe und das örtliche Gesundheitswesen. Untersucht wurde, ob es bei Heroinabhängigen, die von bisherigen Methadonbehandlungen nicht

hinreichend profitiert hatten (Zielgruppe 1) und solchen, die vom Suchthilfesystem bisher nicht erreicht wurden (Zielgruppe 2), unter heroingestützter Behandlung zu größeren Effekten bezüglich gesundheitlicher Stabilisierung und Verringerung des illegalen Drogenkonsums kommt als unter Methadonbehandlung. Beide Behandlungsgruppen erhielten eine intensive psychosoziale Betreuung.

Die mit Heroin Behandelten erreichten sowohl im gesundheitlichen Bereich, wie auch bezüglich der Reduktion des Drogenkonsums signifikant bessere Ergebnisse. Dies gilt für beide o.g. Zielgruppen, also sowohl für die Methadon-Non-Responder als auch für die vom Suchthilfesystem Nicht-Erreichten.

In unserer Stellungnahme gehen wir ebenso näher darauf ein, dass auch die Effekte der Methadonsubstitution in der Studie deutlich besser sind als die Ergebnisse in der Routineversorgung. Dies betraf nicht die Fragestellung der Studie, lässt sich aber durchaus als Hinweis darauf interpretieren, dass auch die Ergebnisse der (derzeitigen) Routineversorgung in der Methadonsubstitution durch verbindlichere Einbindung der psychosozialen Begleitung und deren sachgerechte Ausstattung/Finanzierung deutlich gesteigert werden können. Unsere Stellungnahme (siehe Homepage) wurde in Fachkreisen ausdrücklich begrüßt als hilfreich in der aktuellen politischen Diskussion.

Kurznachrichten

Anerkennung von Legasthenie-Gutachten durch PP/KJP erreicht

Nach Aufnahme der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und der Psychologischen Psychotherapeuten als Gutachter in § 35 a SGB VIII (Maßnahmen der Jugendhilfe) nahm die PTK Bayern Kontakt mit dem Bayerischen Kultusministerium auf, um hier eine Klarstellung in den kultusministeriellen Bekanntmachungen zu erreichen. **Das Ministerium bestätigte in einem Schreiben vom Januar 2007, dass KJP und PP mit entsprechender Ausbildung bei der Erstellung der multiaxialen Diagnostik tätig werden können.** Diese Klarstellung trägt endlich unserer Kompetenz Rechnung und ermöglicht einen weiteren Fortschritt für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Schulbereich.

Abstimmung und Kooperation mit der Ärztekammer im Fortbildungsbereich

In einer gemeinsamen Sitzung zwischen der PTK Bayern und Vertretern der Bayerischen Landesärztekammer („Gemeinsame Kommission mit der BLÄK“) wurde ausführlich über das Problem der verschiedenen Fortbildungsrichtlinien und die Angleichung der „Bepunktungen“ von Fortbildungsveranstaltungen gesprochen. In Einzelfällen ist es in der Vergangenheit zu unterschiedlichen Einschätzungen bzgl. der Anerkennungsfähigkeit bzw. der Bepunktung von Fortbildungsveranstaltungen gekommen (s.a. PTJ 1-2007). Mittelfristig sollte hier eine Angleichung erreicht werden. Im Gespräch wurde das Verständnis für die unterschiedlichen beruflichen Hintergründe und juristischen Einschätzungen der beiden Kammern vertieft. Die Fortbildungsrichtlinie der PTK Bayern ermöglicht und erfordert eine differenziertere Beurteilung der Anerkennungsfähigkeit. Es bestand Übereinstimmung darin, dass der wechselseitige Austausch mit Ziel einer möglichst einheitlichen Entscheidungspraxis auch auf Verwaltungsebene weiter intensiviert werde.

Es wurde bei dem Gespräch auch deutlich, dass beide Kammern den Qualitäts-

standard von Fortbildungsveranstaltungen weiterhin auch auf der Angebotsseite fördern werden, so z.B. durch die Unterstützung curricular strukturierter Fortbildungen für spezifische Versorgungsbereiche.

Weiterhin planen die beiden Kammern erneut Kooperationen im Fortbildungsbereich zu Themen wie Suchtforum und psychotherapeutische Notfallnachsorge. Damit wird der gemeinsamen Verantwortung für die Versorgung Rechnung getragen und die Kooperation der unterschiedlichen Berufsgruppen weiter gefördert. Diese Kooperation soll je nach Themenbereich auch weitere Institutionen, wie z.B. die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns einbeziehen.

Unterstützung für mehr Master-Studienplätze durch bayerische Ministerien

Staatsminister Dr. Thomas Goppel (Bayerisches Staatsministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst), Staatsministerin Christa Stewens (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen) und Staatsminister Dr. Werner Schnappauf (Bayerische Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz) haben uns ihre Unterstützung zugesichert, dass im Rahmen des Hochschulpaktes mehr Studienplätze für Master-Psychologen mit der Zulassungsvoraussetzung zur PP-/KJP-Ausbildung geschaffen werden. Eine Expertise der PTK Bayern hatte auf einen möglichen drohenden Nachwuchsmangel aufmerksam gemacht (s.a. PTJ 1-2007).

Neue Homepage der PTK Bayern

Wir haben die Homepage der PTK Bayern neu gestaltet. Es gibt nun u.a. einen eigenen Bereich für Mitglieder, der für Sie besondere Service- und Dienstleistungen bereit hält, wie z.B. in Zukunft Einsicht in ihr persönliches FoBi-Punkte-Konto und den Zugang zum Psychotherapeutensuchdienst, um eigene Daten zu ändern. Wir werden dort auch Informationen gezielt für unsere Mitglieder einstellen, wie z.B. Texte zur Doku-

mentationspflicht in der Praxis, zur Schweigepflicht und weiteres.

Sollten Sie unsere Homepage in Ihren „Favoriten“ oder „Bookmarks“ abgespeichert haben, denken Sie bitte daran, diese zu aktualisieren und durch die neuen Verknüpfungen zu ersetzen.

Psychotherapeutensuchdienst – schon eingetragen?

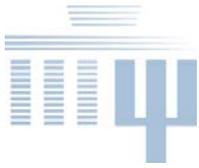
Wir möchten Sie in diesem Zusammenhang auch noch einmal auf die Möglichkeit zur Eintragung im Psychotherapeutensuchdienst der Kammer aufmerksam machen. Der internetgestützte Psychotherapeutensuchdienst ist in der Kammerhomepage integriert. Er bietet einen zusätzlichen kostenfreien Service für Ratsuchende und unsere Mitglieder. Er stellt nach unserer Einschätzung eine sinnvolle Ergänzung zu einer Eintragung z.B. in den Gelben Seiten der Telefonbücher dar. Gerade bzgl. der Telefonbücher mussten wir immer wieder von Mitgliedern erfahren, dass sich die Verlage nicht an die mit der Kammer getroffenen Vereinbarungen bzgl. der Ordnungsstruktur der Seiten halten. Außerdem nutzen viele Patienten zunehmend das Internet als Informationsquelle. Zwischenzeitlich haben sich bereits zahlreiche Mitglieder dort eingetragen. Voraussetzung für eine Eintragung im Psychotherapeutensuchdienst ist, dass Sie über eine Emailadresse verfügen, da die Eintragungen von Ihnen persönlich durchgeführt werden können. Machen Sie also mit!

Vorstand der Kammer:

Nikolaus Melcop, Peter Lehndorfer, Bruno Waldvogel, Gerda B. Gradl, Heiner Vogel, Angelika Wagner-Link, Benedikt Waldherr

Geschäftsstelle

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



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Berlin

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Ein „Antrittsbesuch“ des Kammervorstandes bei der neu gewählten, für uns zuständigen **Senatorin für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Katrin Lompscher** (PDS/Die Linke), ist für den 19.04.2007 vereinbart. Themen sind, neben Informationen über die Schwerpunkte der Kammerarbeit, u.a. die Beteiligung der Kammer bei Fragen der Fachaufsicht (es gibt einen Regelungsbedarf bei fachlichen Konflikten innerhalb der Einrichtung, Dienststelle oder Behörde), die Einbindung der PP und KJP in das Weiterbildungsgesetz des Landes Berlin. Darüber hinaus sind Gespräche mit der Senatsverwaltung zur Einbindung der Kammer bei der Bettenplanung in der Psychiatrie gewünscht (Erwachsene und Kinder).

Weiterhin geht es um die **Zertifizierung von Veranstaltungen im Angestelltenbereich**, besonders um die Spezifität der Fortbildungen der dort beschäftigten Kolleginnen/innen. Dazu gibt es einen regen Austausch zwischen dem Ausschuss Psychotherapeuten in Institutionen, dem Ausschuss Aus-, Fort- und Weiterbildung, den jeweiligen Vorstandsmitgliedern und der Gesundheitsreferentin der Kammer, M. Engert. Insbesondere geht es um die Implikationen des formalen Rahmes der Berliner Fortbildungsordnung (FbO) bei der Handhabung der Zertifizierung: Rückwirkende Zertifizierung sind in der FbO nicht vorgesehen, eine nachträgliche Anerkennung von zertifizierten Veranstaltungen ist jedoch möglich. Hier geht es darum, den angestellten Kolleginnen/innen diesen Unterschied zu erläutern und dafür zu werben, ihre Fortbildungen zertifizieren zu lassen.

In Verbindung mit dem zuständigen Ausschuss Psychotherapie in Institutionen wird vom Vorstand u.a. eine verstärkte **Einbeziehung von Bedeutung und Besonderheiten der psychotherapeutischen Tätigkeiten, auch im Verhält-**

nis zu psychologischen und pädagogischen Institutionen in die Ausbildung zum approbierten PP und KJP diskutiert. Das soll mit den staatlich anerkannten Ausbildungsinstituten erörtert werden.

Nachdem der Vorstand zur Optimierung des Servicetelefons den Beitritt zu „Psycho-Info“ der Nordkammern beschlossen hatte, gab es erste **Verhandlungen mit dem verantwortlichen Systemadministrator** darüber, wie therapeutisch relevant tätige Institutionen über Stichworte in die Datenbank aufgenommen werden können. U.a. deshalb will der Ausschuss „Psychotherapeuten in Institutionen“ eine Struktur erarbeiten, die die Tätigkeit von PPs und KJPs in Institutionen realitätsgerecht abbildet und dann von Ratsuchenden in Anspruch genommen werden kann.

Der Vorstand beschloss eine **Stellungnahme eines Juristen zu dringlichen Fragen von angestellten Kolleginnen und Kollegen** (z.B. zu Dienst- und Fachaufsicht, Weisungsbefugnissen, Schweigepflicht im Kontext von Psychotherapien) einzuholen. Die Sachverhalte, die hier rechtssicher beantwortet werden sollen, werden in Zusammenarbeit mit dem Ausschuss entwickelt und nach Fertigstellung mit der juristischen Würdigung auf der Homepage veröffentlicht. Die angestellten Kolleginnen/innen erhalten die Ergebnisse schriftlich zugesandt.

Am **08.02.2008 soll ein Angestellten-tag** veranstaltet werden. Die Vorbereitungen durch den Vorstand und den zuständigen Ausschuss haben begonnen.

Im Dezember 2006 fand an der FU-Berlin eine von der Kammer organisierte und gut besuchte **Informationsveranstaltung (Psychotherapie in der Jugendhilfe, KJHG)** statt. Dort wurde über die **Entwürfe der neuen Trägerverträge der Senatsverwaltung für Jugend für ambulante**

Psychotherapie im Rahmen von Hilfe zur Erziehung (§ 27,3 SGB VIII) und Eingliederungshilfe (§ 35a SGB VIII) informiert.

Moderiert durch Mitglieder des Vorstandes tagte die **„AG Berliner Leistungserbringer Psychotherapie in der Jugendhilfe“**. In der Übergangszeit vom 01.01. – 31.03.2007 haben die Bezirke die Vorschläge der Senatsverwaltung unterschiedlich umgesetzt. Vielen Psychotherapeuten/innen schien die Fortführung und Neubeartragungen von Behandlungen gefährdet zu sein. Deshalb wandte sich der Vorstand schriftlich an die Jugendämter (Redebeiträge und aktuelle Hinweise auf unserer Homepage).

Zu Gutachtern und Gutachten psychisch reaktiver Traumafolgen bei Flüchtlingen: Auf Bitten der „Bundesarbeitsgemeinschaft der Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer“ (BAFF) fand ein Gespräch zwischen dem Vorstand und dem Vorstand der BAFF statt. Anlass waren zahlreiche Beschwerden von qualifizierten Berliner Kolleginnen/innen, die als „Listengutachter“ im Rahmen von aufenthaltsrechtlichen Verfahren vor dem Verwaltungsgericht oder der Ausländerbehörde tätig sind und deren Gutachten von der Berliner Innenverwaltung bisher als entscheidungsleitend akzeptiert wurden. Vom „Bundesamt für Flüchtlinge und Migration“ wurde diese für alle Beteiligten zeit- und kostensparende Verwaltungspraxis jedoch zunehmend erschwert, indem von einigen (Verwaltungs-)Mitarbeitern die medizinischen Diagnosen in Frage gestellt und die Anträge von Flüchtlingen und Asylsuchenden abgelehnt wurden. Da die Problemlage nicht nur die Berliner Kolleginnen/innen betrifft, sondern die Interessen aller als Sachverständige und Gutachter tätigen Psychotherapeuten/innen berührt, werden wir uns mit der Bundespsychothe-

rapeutenkammer über das weitere Vorgehen abstimmen.

Nachdem im Herbst 2006 zum achten Mal das Curriculum „Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren“ durchgeführt wurde, fand im März als **Aufbaumodul** eine zweitägige Fortbildungsveranstaltung statt. Dort wurden **Besonderheiten in der Behandlung von Flüchtlingen und Folteropfern** wie die interkulturellen Aspekte, Arbeit mit Dolmetschern, Psychopharmakologie und erprobte psychotherapeutische Behandlungsverfahren vorgestellt. Auch diese Veranstaltung wurde gemeinsam mit der Berliner Ärztekammer durchgeführt.

In **Zusammenarbeit mit dem Verein Psychiatrie und Seelische Gesundheit** lud die Kammer in Charlottenburg-Willmersdorf und Neukölln alle Psychiater und Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die besonders **Patienten mit psychotischen Symptomen behandeln, zu Gesprächen über Netzwerkbildungen** ein. Die Treffen waren gut besucht und von den Teilnehmern wurden weitere gemeinsame Aktivitäten verabredet (z.B. die Einrichtung von Qualitätszirkeln). Eben solche Veranstaltungen sind in anderen Bezirken geplant.

Am 5. und 6. Mai findet das **2. Psycho-senseminar** statt, eine laufende Fortbildungsveranstaltung zu verschiedenen Ansätzen zur fachgerechten Behandlung von psychotischen Erkrankungen. Die Kammer organisiert die Veranstaltung mit. Weitere Informationen auf unserer Homepage.

Im **„Berliner Bündnis gegen Depression“**, in dem die Kammer Mitglied ist, fanden mehrere Treffen zu der konkreten Gestaltung eines Netzwerks von relevanten Einrichtungen und Gruppen statt. Dazu gehören u.a. die Selbsthilfenetze und der Verein der Angehörigen psychisch Kranker. In diesen Sitzungen ging es um die Darstellung und Entwicklung von Schnittstellen, die gewährleisten sollen, dass Depressive auch die ihnen angemessene Behandlung erhalten.

Der **Tagungsband zur Veranstaltung im letzten Herbst** liegt demnächst vor und kann dann bestellt werden.

Der Kammervorstand beschloss in der Fachkommission „Sachverständigentätigkeit“ der Länderkammern mitzuarbeiten und eine **Expertenkommission** zu berufen, die eine curriculare Fortbildung zur **„Gutachtenerstellung“** (Arbeitstitel) entwickelt. Unter Einbeziehung der bereits verabschiedeten in Niedersachsen und Bayern und in Kooperation mit den bereits diesbezüglich arbeitenden Kommissionen, bzw. Beauftragten der Länder soll eine qualitätsbasierte Liste von Gutachtern gebaut werden. Die Kommission wird zu den zu vermittelnden Schwerpunkten, wie z.B. „Glaubwürdigkeit“, „Schuldfähigkeit“, „Strafrecht/Strafvollzug (Therapie, Prognose)“ entsprechend fachlich ausgewiesene Gutachterinnen und Gutachter hinzuziehen.

Das **gemeinsame Projekt der PTK und Zahnärztekammer zur zahnärztlichen Psychosomatik**: „Seele und Zähne“ hat sich weiter institutionalisiert und wird gut nachgefragt: Z.Zt. findet jede Woche eine, von einem Zahnarzt und PP durchgeführte Patientensprechstunde statt, die erweitert werden kann. Bewährt hat sich die Regelung, dass Zahnärzte und PP/KJP die Patienten überweisen. Geplant sind Auswertungstreffen der arbeitenden Beratungsteams und die Initiierung von (regionalen) Intensionsgruppen und Qualitätszirkeln, die von Zahnärzten, PP/KJP und ärztlichen Kollegen gebildet werden sollen.

Das von der Bundeszahnärztekammer verabschiedete und das gemeinsam von Berliner Zahnärzten und PP erarbeitete **Curriculum zur zahnärztlichen Psychosomatik für PP/KJP und Zahnärzte** sind Grundlagen für die 2008 am zahnärztlichen Weiterbildungsinstitut (Pfaff-Institut) stattfindende, erste überregionale Fortbildung. Im Herbst 2007 werden die Kammerpräsidenten gemeinsam dieses kammerübergreifende Vorhaben, die inhaltliche und organisatorische Struktur sowie Referenten vorstellen.

Der Ausschuss „Wissenschaft, Forschung, QS/QM“ und der Vorstand beabsichtigen

(Versorgungs-)Forschungsvorhaben zu unterstützen, ggf. sich zu beteiligen. In der Diskussion steht eine **„Borderline-Versorgungsstudie“**, an der u.a. die Charité, die HU-Berlin, die Universität Frankfurt/M. beteiligt sind. Die Studie soll mit Verhaltenstherapeuten, tiefenpsychologisch fundiert und analytisch arbeitenden Kollegen/innen durchgeführt werden. Es wird überlegt, die behandelnden Psychotherapeuten an der Entwicklung des Designs der Studie zu beteiligen.

Personalia

Die Neustrukturierung der Berufsaufsicht, hier: das Beschwerdemanagement ist mit **Einstellung des ehemaligen Direktors des Sozialgerichtes Berlin, Herrn Schmidt-Wenkebach** abgeschlossen. Er übernimmt ab sofort die juristischen Aufgaben der Geschäftsführerin, Frau Ass.jur. Katrin Struck, die sie aus Zeitgründen nicht mehr ausüben konnte, bei der Klärung, ob berufsrechtliche Verstöße im Beschwerdeverfahren vorliegen. Die bisherige Tätigkeit des Untersuchungsführers, Herrn Generalstaatsanwalt a.D. Heinze bleibt dadurch unberührt.

Am 15.04.2007 tritt Frau **Dr. Locher die Stelle als Referentin für Öffentlichkeitsarbeit** in der Kammer an. Die Sozialpädagogin und promovierte Erziehungswissenschaftlerin arbeitete langjährig in verschiedenen Funktionen im Gesundheitswesen, in der Forschung und publizierte für verschiedene Zielgruppen. Sie wird zu Beginn ihrer Tätigkeit u.a. den Relaunch der Homepage der Kammer mitgestalten, das Kommunikationskonzept der Kammer neu ordnen und weiterentwickeln und Veranstaltungen der Kammer (z.B. den geplanten Landespsychotherapeutentag am 01.09.2007) betreuen.

Frau **Antje Buckow, M.A.** vertritt für ca. 14 Monate Frau A. Liesener während ihrer Elternzeit als **Assistentin der Geschäftsführerin**, K. Struck.

Im Namen des Vorstandes grüße ich Sie herzlich

Michael Krenz
Präsident

Reiche Selbstständige – arme Angestellte? Oder: Mehr Geld für die gleiche Arbeit?

Versuch eines Einkommensvergleichs zwischen angestellten und selbstständig arbeitenden Psychologischen Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen

Immer wieder taucht in letzter Zeit die Frage auf, wer mit seiner Arbeit mehr Geld verdient – eine durchschnittlich vollbeschäftigte angestellte (oder beamtete) Psychologische Psychotherapeutin¹ bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder eine durchschnittlich vollbeschäftigte Niedergelassene. Auch in den Psychotherapeutenkammern wird dies – besonders mit Blick auf die Beitragsgerechtigkeit – kontrovers diskutiert.² Um diese zum Teil ideologische und mit Vorurteilen behaftete Diskussion auf eine sachliche Grundlage zu stellen, werden im Folgenden grundsätzliche Überlegungen zu den unterschiedlichen Kostenstrukturen der beiden Beschäftigungsformen gegenübergestellt.³ Für jede Form der Beschäftigung (Selbstständigkeit, abhängige Beschäftigung) gilt, dass Brutto- und Nettovergütung erheblich differieren und letztlich lediglich der Nettobetrag zur Verfügung steht. Ebenso klar ist, dass bei beiden Beschäftigungsgruppen das monatliche Bruttogehalt nicht den Umfang der aufzuwendenden Kosten abbildet. Was selbstständige Kolleginnen vor Steuern selber erwirtschaften müssen, geht bei abhängig Beschäftigten in den Kostenfaktor „Regiekosten“ ein. Regiekosten – Personalkosten, Sachausgaben und kalkulatorische Kosten – erscheinen nicht in der monatlichen Gehaltsaufstellung: Sie werden vorab vom Arbeitgeber übernommen und kalkulatorisch gesondert verrechnet.

Um diese Kosten der Beschäftigung (vor Steuern bei Selbstständigen, Regiekosten bei Angestellten oder Beamten) zu ermitteln, müssen drei große Kostenbereiche unterschieden werden: Personal-, Sach- und kalkulatorische Kosten, in die jeweils unterschiedliche Kostenpositionen einfließen.

Personalkosten

■ Bruttogehalt (bei abhängig Beschäftigten im öffentlichen Dienst und analog dem öffentlichen Dienst geregelten Beschäftigungsverhältnissen durch Tarif-

vertrag geregelt; bei freien Trägern je nach Träger und Region unterschiedlich verhandelbar; Selbstständige legen ihren Monatsverdienst individuell fest)

- Lohnfortzahlung bei Krankheit (bei abhängig Beschäftigten i.d.R. sechs Wochen, Angestellte/Beamte i.Ö.D. – z.T. erheblich länger; Selbstständige sichern sich über eine Zusatzversicherung ab)
- Urlaub (bei abhängig Beschäftigten bezahlter Urlaubsanspruch, evtl. Urlaubsgeld, manchmal noch Sonderzahlungen; Selbstständige bilden finanzielle Rücklagen)
- Urlaubs- und Krankheitsvertretung (bei abhängig Beschäftigten durch den Arbeitgeber geregelt; Selbstständige nehmen Verdienstausschlag in Kauf)
- Vorsorgeleistungen (bei abhängig Beschäftigten Beitrag u.a. zu Kranken- und Pflegeversicherung; Selbstständige schließen u.a. Kranken-, Praxisausfall- und Krankentagegeldversicherungen ab)
- Rückstellungen für Rentenversicherung und Sozialpläne (bei abhängig Beschäftigten entfallen die Kosten anteilig auf den Arbeitgeber; Selbstständige bilden Rücklagen oder schließen Versicherungen ab)
- Vorsorgeaufwendungen für Vorruhestand (bei abhängig Beschäftigten durch Arbeitgeberanteil zu Rentenanwartschaften und Pflicht-Arbeitnehmeranteil zur Rentenversicherung; Selbstständige bilden Rücklagen oder schließen Versicherungen ab)
- Vorsorgeaufwendungen wie Altersrente, VBL usw. (bei abhängig Beschäftigten durch Arbeitgeber, selbst wenn diese nicht die höchste erzielbare Rendite verspricht; Selbstständige bilden Rücklagen oder schließen Versicherungen ab)

Sachausgaben

Diese Ausgaben trägt bei abhängig Beschäftigten der Arbeitgeber; Selbstständige haben sie regelmäßig selbst zu finanzieren:

- Raumkosten (z.B. Miete, Pacht, Erwerb)
- Investitionskosten (z.B. Renovierung, Umbauten)
- Gebäudemanagement (z.B. Instandhaltung, Wartung)
- Energiekosten (Strom, Heizung, Wasser)
- Facility Management (Reinigung der Räume, Zugänge, Wege)
- Beschaffung und Administration von Hard- und Software
- Telefonkosten, Porto
- Arbeitsmittel (u.a. Möbel, Büromaterial)
- Akquisition von Patienten (Infomaterial, Broschüren, Öffentlichkeitsarbeit)
- Qualitätsmanagement (Fortbildung, Supervision etc.)

Kalkulatorische Kosten

Auch diese Kosten trägt bei abhängig Beschäftigten der Arbeitgeber; Selbstständige erbringen sie ggf. in Eigenleistung oder beschäftigen zusätzliche Mitarbeiterinnen:

- Einsatzleitung, Geschäftsführung (z.B. betreffen Managementaufgaben auch Einzelpraxen in allen Grundsatzentscheidungen wie Entscheidungen zu Kauf oder Anmietung von Praxisräumen, Kreditverhandlungen, Praxisvergrößerung, Einstellung von Praxisassistentinnen, Außenvertretung und Verhandlungen mit Kooperationspartnerinnen und Überweiserinnen)
- Bearbeiten aller Personaleinzelangelegenheiten (Einstellungen, Kündigungen, Krankmeldungen, Urlaubsanträge usw.). Das entfällt in der Einzelpraxis in der Regel.

1 Der besseren Lesbarkeit wegen benutze ich durchgehend die weibliche Form; die Ausführungen betreffen selbstverständlich auch Kollegen.

2 Dieser Text gibt die Diskussion wieder, die im Ausschuss ‚Psychotherapie in Institutionen‘ konstruktiv geführt wurde.

3 Bei dem vorgenommenen Vergleich kann es nur um grobe Linien, nicht aber um tarifliche Besonderheiten und Ausstattungsunterschiede gehen. Für jeden Einzelfall muss das hier Dargestellte konkretisiert werden.

- Zahlungsverkehr (Buchungen, Kontoführung etc.)
- Kassenabrechnung (Jahresabschluss, Aufbereitung für Steuer etc.)
- Postein- und -ausgang
- Telefondienst
- Kanzlei- und Sekretariatsaufgaben
- Bürokommunikation (z.B. Bereitstellung von Telefon, Fax, Botendienst)
- Vor- und Nachbereitung der Arbeitseinheiten
- Berichtswesen (Anträge, Vermerke, Schriftwechsel)
- Dokumentation (Registratur, Archivierung)
- Rechts- und Beratungskosten (z.B. Rechtsamt, Personalstelle, Personalrat bei abhängig Beschäftigten, bei Selbstständigen schwer zu kalkulierende Anwalts- und Gerichtskosten z.B. gegenüber der KV).

Die Auflistung der Kostenpositionen zeigt, dass bei den abhängig beschäftigten Kolleginnen die angegebenen Aufwendungen durch den Arbeitgeber erbracht werden. Sie sind – abgesehen vom Bruttogehalt – für den Einzelnen nicht unmittelbar sichtbar. Um eine realistische kostendeckende Gehaltslinie zu ermitteln, müssten sie daher theoretisch – bis auf anteilige Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung sowie Arbeitgeberanteil zur Rente – zum Bruttogehalt addiert werden. Für manche abhängig beschäftigten Kolleginnen böten sich andere Versorgungsmodelle an, durch die Zwangsmemberschaft in der Rentenversicherung sind jedoch (im Gegensatz zur freiwilligen Krankenversicherung) die Beitragsleistung und der Ertrag nicht individuell steuerbar.

Was heißt das konkret und in Zahlen ausgedrückt? Selbst hier zeigt sich, dass es nicht sinnvoll ist, zwischen abhängig und niedergelassen arbeitenden Kolleginnen zu unterscheiden.

Zunächst muss zur Kenntnis genommen werden, dass es abhängig Beschäftigte als einheitliche Gruppe nicht gibt. Die Einkommen unterscheiden sich eklatant. Die Spanne zwischen angestellten Kolleginnen im Land Berlin, die nach TvöD bezahlt werden, verbeamteten Kolleginnen und solchen, die bei freien Trägern in ihrem gelernten Arbeitsfeld arbeiten, ist so groß und unübersichtlich, dass sie hier nicht abbildbar ist. Für alle gilt jedoch, dass der Arbeitgeber zum Bruttoeinkommen bei abhängig Beschäftigten zusätzlich 30–60 % an Sach- und kalkulatorischen Kosten aufzubringen hat (das kann sich jede bezüglich ihres Arbeitsplatzes selber ausrechnen).

Für die niedergelassenen Kolleginnen sieht es ähnlich unübersichtlich aus. Eine Praxis, die überwiegend Kassenpatientinnen versorgt, hat eine andere Einkommensstruktur als eine Praxis, die überwiegend privat versicherte Patientinnen behandelt. Auch hier gibt es große Verdienstunterschiede. Für alle selbstständig Beschäftigten gilt jedoch, dass sie Sach- und kalkulatorische Kosten allein aufbringen müssen. Selbstständige können (bei 100-prozentiger Praxisauslastung) nur über eine radikale Senkung der Regiekosten Einfluss auf den jährlichen Bruttoverdienst und damit auf das monatliche Nettoeinkommen nehmen. Es lohnt sich, das individuell auszurechnen.

Zusammengefasst: Eine abhängig Beschäftigte erfordert zusätzlich zum monatlichen Nettogehalt weitere 30 bis 50 % in Form der vom Arbeitgeber aufzubringenden Regiekosten. Eine Selbstständige muss diese Kosten selber erwirtschaften.

Fazit: Bei genauer Betrachtung erhalten wir nicht etwa das Bild von „armen“ Angestellten und „reichen“ Selbstständigen, sondern vielmehr Bilder von gut oder weniger gut bezahlten PP oder KJPs. Unser aller Arbeitsbedingungen sind es, worum es geht! Gemeinsam müssen wir uns darum bemühen, dass die Arbeit Approbierter angemessen vergütet wird, Arbeitsfelder entsprechend vorgehalten werden und dies auch in Zukunft so bleibt! Wir tun gut daran, uns füreinander einzusetzen, egal ob es um den Kampf um angemessene tarifliche Vergütung geht oder um die von der KV festgesetzte Einzelleistungsvergütung. Nur wenn wir gemeinsam für gute Arbeitsbedingungen eintreten und nicht neidvoll auf die jeweils andere Erwerbssituation schielen, haben wir eine Chance, in diesen wechsellvollen Zeiten unseren Berufsstand angemessen zu vertreten und für die Patientinnen angemessene Arbeit zu leisten.

Psychotherapeutische Versorgung – stationäre/ambulante – in Institutionen und in der Niederlassung ist aufeinander zu beziehen! Vor diesem Hintergrund müssen – aufgabenbezogen – Höhe und Struktur der Gehälter/Honorare diskutiert werden.

Christiane Angermann-Küster

Therapie mit Menschen mit geistiger Behinderung

Am 27. und 28. September 2007 findet die 3. Fachtagung „Therapie mit Menschen mit geistiger Behinderung“ mit dem Schwerpunktthema Kinder und Jugendliche statt. Interessenten können sich per Mail (info@psychotherapeutenkammer-berlin) in eine Liste eintragen lassen. Sie bekommen die Informationen und Anmeldeunterlagen frühzeitig per Mail zugeschickt.

Zeit: Do. 27.09. u. Fr. 28.09.2007

Ort: Berlin

Redaktionsteam

Ch. Stößlein, I. Brombacher, M. Henkel-Gessat, P. Isaac-Candeias, Dr. Th. Lecher, U. Meybohm, R. Mrazek, Dr. M. Thielen

Geschäftsstelle

Kurfürstendamm 184
10707 Berlin
Tel. 030/8871 40-0, FAX -40
info@psychotherapeutenkammer-berlin.de
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Bremen

Borderline-Forum stieß auf reges Interesse: Unabdingbar bessere Vernetzung und intensiveren Austausch

Im Rahmen ihrer Forumsreihe lud die Bremer Psychotherapeutenkammer Ende Januar zum PKHB-Forum „Versorgung von Borderline-Patienten in Bremen. Probleme, Engpässe, Perspektiven“. Mehr als 40 Kolleginnen und Kollegen, zum Teil auch aus dem ärztlichen Bereich, folgten der Einladung.

Einleitend skizzierte Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens die Ausgangslage und nannte als Ausgangsthese: Borderline-Patienten erhalten nur unzureichende Versorgungsangebote. Insbesondere in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung sei ein Versorgungsmangel bei schweren Borderline-Störungen zu verzeichnen. Zudem fehle es an einer ausreichenden Vernetzung zwischen den verschiedenen Angeboten in der stationären, ambulanten und komplementären Versorgung. Die gesundheitspolitische Relevanz zeige sich darin, dass bei einer geschätzten Prävalenzrate von 1,2 – 1,8 % im Jahr 2000 in der stationären Versorgung 3 Mrd. €, das sind etwa 15 % des Gesamtbudgets für die psychiatrisch/psychotherapeutische Versorgung in diesem Bereich, für diese Patientengruppe ausgegeben wurde.

Im Anschluss stellte Rahel Schüepp, Psychologische Psychotherapeutin und Leiterin der Traumastation in der Ameos-Klinik, Dr. Heines ausführlich das Behand-

lungskonzept der Klinik dar, auf dem es eine Station für Menschen mit Borderline-Störungen gibt. Es beruht auf dem Ansatz Marsha M. Linehans und umfasst zudem eine Ambulanz für diese Personengruppe. Ausdrücklich wurde auf den Wunsch der verstärkten Kooperation mit dem niedergelassenen Bereich hingewiesen, insbesondere könnten die Skills-Gruppen der Ambulanz auch für Patienten genutzt werden, die sich parallel in niedergelassener Behandlung befinden.

Martina Appy, ebenfalls Psychologische Psychotherapeutin, stellte die Versorgungssituation vor dem Hintergrund ihrer langjährigen Erfahrung im betreuten Wohnen von psychisch Kranken dar, in dem zunehmend auch Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen aufgenommen werden. Aus ihrer Sicht litten 11 % der Bewohner an einer solchen Störung. Hier entspann sich rasch eine Kontroverse mit dem dritten Podiumsteilnehmer, Herrn Dr. Gerd Möhlenkamp, der als Psychologischer Psychotherapeut die sozialpsychiatrische Abteilung beim Hauptgesundheitsamt leitet. Es ging um die Frage, inwieweit das betreute Wohnen ein geeigneter Bereich für die Betreuung dieser Patienten sei, ob darin nicht vielmehr Probleme der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung sichtbar würden. In seinen Ausführungen stellte er das System der Versorgung in Bremen dar und betonte die Notwendig-

keit der stärkeren Vernetzung zwischen psychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Versorgung, den stationären Angeboten, dem betreuten Wohnen in seinen verschiedenen Formen, der Arbeitsrehabilitation und der beruflichen Rehabilitation. Er betonte wie notwendig es sei, Kooperationen zwischen diesen Bereichen zu finanzieren, da allein guter Wille als Motivation nicht ausreiche.

In der anschließenden Diskussion wurden diese Fragen unter verschiedenen Aspekten vertieft. Insbesondere wiesen niedergelassene Psychotherapeuten darauf hin, dass diese Patientengruppe wegen der besonderen Belastung nur in begrenztem Maße in eine psychotherapeutische Praxis integrierbar seien. Deutlich wurde, wie wichtig diese Diskussion ist und dass es einer Veränderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen, insbesondere der Psychotherapierichtlinien bedarf, um diesen Patienten besser gerecht werden zu können.

PKHB-Forum

Patientenbeschwerden und Berufsrecht

Donnerstag, 20.09. – 20.15 Uhr

Fortbildungszentrum der Ärztekammer,
Klinikum-Mitte, St. Jürgen-Str.

Kammerforum zum Thema Patientenbeschwerden und Berufsrecht in Vorbereitung

Für den kommenden September plant der Vorstand der Psychotherapeutenkammer eine Veranstaltung mit dem Arbeitstitel „Forum Patientenbeschwerden und Berufs-

recht“, auf der sich die Kammermitglieder über wesentliche Themen des psychotherapeutischen Berufsrechtes informieren können.

Die voraussichtlich anderthalbstündige Veranstaltung wird mit Fortbildungspunkten bewertet. Bislang haben sich für die inhaltliche Gestaltung der Justitiar der PKHB, Herr

Bernd Rasehorn, der Vorsitzende des Beschwerde- und Schlichtungsausschusses, Klaus Sievers, die Vorsitzende des Ausschusses für Berufsrecht, Frau Anke Herold und Hilke Schröder, die im Kammervorstand für den Bereich Beschwerden und Schlichtung zuständig ist, zur Verfügung gestellt.

Auf der Veranstaltung werden bisherige Erfahrungen aus dem Umgang mit Patientenbeschwerden ausgewertet und in Bezug zu den berufsrechtlichen Anforderungen gestellt. Die bisherige Arbeit im Beschwerde- und Schlichtungsausschuss hat gezeigt, dass Informationsbedarf besteht

zu Themen wie dem Abstinenzgebot, der Schweigepflicht, der Dokumentationspflicht sowie den Qualitätsstandards bei gutachterlichen Aufgaben von Psychotherapeuten. Dem soll mit der geplanten Veranstaltung Rechnung getragen werden.

Bremer Uni: Studiengang Psychologie im Umbau

Bachelor- und Masterstudiengänge werden eingerichtet

Entsprechend der hochschulpolitischen Vorgaben läuft an der Bremer Universität die Umsetzung des sogenannten Bologna-Prozesses, die Umwandlung der Diplom-Studiengänge auf Bachelor- und Masterabschlüsse. Nach gegenwärtigem Stand wird im Herbst 2008 erstmals ein Bachelor-Studiengang mit 120 Studenten beginnen. Da zunächst noch Bachelor- und Diplom-Studium parallel laufen, wird sukzessive der Bachelor-Studiengang bis 180 Studenten zunehmen. Im Anschluss an die Bachelor-Ausbildung wird ein Master-Studiengang in Klinischer Psychologie angeboten werden. Dieser soll nach ge-

genwärtigen Überlegungen 60 Studenten umfassen. Nur noch Absolventen dieses Master-Studienganges werden den Zugang zur Psychotherapeutenausbildung erhalten. Nach Ansicht der Kammer dürfte diese Zahl aber zu gering sein, da neben Bremen nur noch Hamburg im Großraum Hamburg-Hannover-Bremen-Oldenburg einen entsprechenden Masterstudiengang anbieten wird. Neben diesem Masterstudiengang wird es voraussichtlich Masterstudiengänge im Bereich Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie und im Bereich der Neurowissenschaften geben.

Neues Ausbildungsinstitut der Christoph-Dornier-Stiftung

Als weitere Neuigkeit ist zu vermelden, dass die Universität Bremen mit der Christoph-Dornier-Stiftung eine GmbH gegründet hat, die Trägerin eines Ausbildungsinstitutes für Psychologische Psychotherapeuten mit dem Vertiefungsfach Verhaltenstherapie wird. In einem Gespräch mit Prof. Franz Petermann begrüßte Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens das Engagement der Universität für die psychotherapeutische Ausbildung, bedauerte aber zugleich, dass am Studiengang Psychologie nicht ein Angebot geschaffen werden konnte, welches die gesamte Breite psychotherapeutischer Verfahren umfasst.

Arbeitsgruppe Kinder- und Jugendpsychotherapie gegründet

Im Februar fand ein erstes Treffen der neu zu gründenden Arbeitsgruppe Kinder- und Jugendpsychotherapie statt, in der es um die Belange von psychisch kranken und von seelischer Erkrankung bedrohten Kindern und Jugendlichen gehen soll. Zu diesem Termin waren außer den niedergelassenen und angestellten approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auch viele weitere Kolleginnen und Kollegen eingeladen worden, die in verschiedensten institutionellen Zusammenhängen psychologisch bzw. psychotherapeutisch mit Kindern und Jugendlichen arbeiten. Hintergrund dieser Initiative war die Erfahrung, dass die vielfältigen Aufgaben in dem Arbeitsbereich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie von den im Vorstand tätigen Kollegen allein nicht zu bewältigen waren und sind.

Der Einladung zur „konstituierenden“ Sitzung folgten fünf KollegInnen, zwei weitere haben ihre Mitarbeit zugesagt. Mit Katrin Kurz (Hermann-Hildebrandt-Haus), Ingrid Rasch (Integrationshilfe), Petra Nothaft (Erziehungsberatung Ost) und Christine Wulff (Erziehungsberatung Nord) und Roswitha Rotzoll (niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, stellvertretende Vorsitzende der VAKJP) und Hilke Schröder (ebenfalls Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und Vertreterin des Kammervorstandes) kam eine Runde zusammen, in der sich mehrere der zahlreichen Arbeitsgebiete abbildeten. Dass MitarbeiterInnen der Kliniken auf dieser Sitzung noch nicht vertreten waren, ging z.T. auf eine bedauerliche organisatorische Panne beim Versand der Einladungen zurück, so dass die Arbeitsgruppe für die nächsten Termine auf weitere Mitwirkende auch aus diesen Tätigkeitsfeldern hoffen darf.

Die Gesprächsthemen der ersten Sitzung machten deutlich, wie viel in der kinder- und jugendpsychotherapeutischen Versorgung im Argen liegt. Ein paar Beispiele:

In den zurückliegenden Jahren wurden 50 % der Stellen in den Bremer Erziehungsberatungsstellen abgebaut. Im Stadtbezirk Bremen Nord, in dem ohnehin kinder- und jugendpsychotherapeutische und -psychiatrische Praxen fehlen, hat dies die extreme Unterversorgung noch weiter verschärft.

Bei der Einrichtung sog. Frühförderstellen für behinderte und von Behinderung bedrohten Kindern finden Psychotherapeuten keine Berücksichtigung. Zu diesem Umstand hatte sich die Psychotherapeutenkammer bereits im zurückliegenden Jahr der senatorischen Behörde gegenüber kritisch geäußert, ohne eine Resonanz zu erfahren.

Weitere Themen waren u.a. die Zusammenarbeit zwischen den niedergelassenen Psychotherapeuten und den Einrichtungen der Jugendhilfesysteme sowie das „Outsourcing“ der Psychodiagnostik als Voraussetzung für Leistungen der Jugendhilfe. Ein Ausblick: Da seitens des Fachausschusses Kinder- und Jugendpsychiatrie, in dem ebenfalls verschiedene Akteu-

re aus der Jugendhilfe und aus der kinder- und jugendpsychotherapeutischen und -psychiatrischen Versorgung an einem Tisch sitzen und in der Hilke Schröder die Psychotherapeutenkammer vertritt, immer wieder der Wunsch nach stärkerer Vernetzung und besserer Aufklärung über Zugangswege zu den niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychothera-

peuten und Psychologischen Psychotherapeuten an die Kammer herangetragen wird, ist an die Entwicklung eines Flyer gedacht.

Die Arbeitsgruppe wird sich vier Mal im Jahr treffen, Anregungen zu weiteren Themen und weitere Mitwirkende sind sehr erwünscht.

„Hippokratischer Eid“ für Psychotherapeuten?

Arbeitskreis Notfallpsychotherapie setzt Arbeit fort

Auf seiner letzten Sitzung diskutierte der Arbeitskreis (AK) insbesondere den Begriff des ‚Notfalls‘. Axel Janzen, zuständiges Vorstandsmitglied, stellte kurz die Problematik dar: es gebe innerhalb der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Psychologischen Psychotherapeuten (PP/KJP) kein einheitliches Verständnis dieses Begriffs. Anders als bei ÄrztInnen, die wegen ihres Hippokratischen Eides, es als eine Selbstverständlichkeit verstehen, bei Notfällen im engeren und weiteren Sinne tätig zu werden und zu helfen, gibt es bei PP/KJP Haltungen, die dies genauso sehen, aber auch Haltungen, die grundsätz-

lich in Frage stellen, dass bei Unfällen und Großschadensereignissen Psychotherapeuten vor Ort helfen sollen.

Konsens bestand im AK, dass die Teilnahme von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Psychologischen Psychotherapeuten in der Akutversorgung im Falle von Unfällen und Großschadensereignissen wünschenswert sei, wenn diese im Sinne der Empfehlungen zu Fortbildungs- und Schulungsinhalten ‚Psychotherapeutische Akutversorgung im Notfall‘ und ‚Sofortmaßnahmen der psychologischen Ersten Hilfe‘ der BPTK aus-

gebildet und ihre Aufgaben definiert sind. Aufgaben können sein: Diagnostik (Akut-screening), Indikation, Behandlungsvorschläge, Koordination/Leitung der PP und KJP, Angehörigenversorgung.

Da dies aber innerhalb der Profession (noch) nicht auf allgemeine Zustimmung stößt, sei eventuell die Diskussion eines gleichsam ‚Hippokratischen Eides‘ für PsychotherapeutInnen nötig, um ein Selbstverständnis als HelferIn und Helfer für die Akutversorgung im Notfall zu entwickeln.

Bremer Heilberufsgesetz wird novelliert:

Psychotherapeutische Weiterbildung geregelt

Im Frühjahr legte der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales einen Entwurf zur Novellierung des bremischen Heilberufsgesetzes vor. Wie stets wurden die Heilberufskammern um eine Stellungnahme gebeten. Vorrangig geht es um zwei Bereiche, die ergänzend geregelt werden müssen.

Das ist zum Einen die Umsetzung der Richtlinie des Europäischen Parlaments über die Anerkennung von Berufsqualifikationen. Im Rahmen der europäischen Freizügigkeit können zukünftig Psychotherapeuten anderer Länder ihren Beruf vorübergehend und gelegentlich ausüben, ohne eine berufliche Niederlassung zu haben. Nach dem Entwurf gehören diese Berufsangehörigen nicht der Kammer an, wenn sie in einem anderen EG-Mitglieds-

staat niedergelassen sind. Sie haben allerdings die Verpflichtung, ihre Tätigkeit der Kammer anzuzeigen. Weiter werden u.a. Bedingungen zur Anerkennung von Weiterbildungsbezeichnungen und zur Kooperation der Kammern mit Behörden der Herkunftsländer geregelt. Wichtig ist, dass diese Berufsangehörigen ebenfalls dem Berufsrecht unserer Kammer bei ihrer Tätigkeit unterliegen.

Zum anderen sollen Bestimmungen zur Weiterbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eingefügt werden. Bisher gab es – durchaus im Interesse der Kammer – keinen entsprechenden Unterabschnitt, der jeweils für die anderen Heilberufe (Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker) im Heilberufsgesetz

besteht. In ihrer Stellungnahme wies die Psychotherapeutenkammer darauf hin, dass die Ausübung des psychotherapeutischen Berufes eine einheitliche Tätigkeit darstellt, die durch Weiterbildungsregelungen nicht eingeschränkt werden dürfe. Die von der Behörde vorgeschlagene Regelung, Gebiets- und Teilgebietsbezeichnungen nach den Fachrichtungen „Heilkunde in der kurativen Versorgung“, „Heilkunde in der Rehabilitation“ und „Heilkunde in der Prävention und Gesundheitsförderung“, jeweils auf Psychotherapie bezogen zu ermöglichen, wurde als ungünstig erachtet. Wenn es schon formal zu Festlegungen kommen müsse, dann soll die Regelung analog der Bestimmungen in den Heilberufs- bzw. Kammergesetzen der Länder Hamburg, Niedersachsen oder Nordrhein-Westfalen gewählt

werden, in denen solche Bezeichnungen für folgende Ausrichtungen vorgesehen werden können: Psychologische Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und in Verbindung dieser Ausrichtungen, soweit dies im Hinblick auf die psychotherapeutische Entwicklung und eine angemessene psychotherapeutische Versorgung erforderlich ist.

Der endgültige Gesetzentwurf zur Novellierung des Heilberufsgesetzes wird nach der Sommerpause der Bürgerschaft im Parlament behandelt werden.

PKHB – Kurz notiert:

Informationsabend für Auszubildungsteilnehmer

Auf Einladung des Norddeutschen Instituts für Verhaltenstherapie in Bremen informierte Kammerpräsident K. H. Schrömgens im März die dortigen Ausbildungsteilnehmer, die sich im letzten Ausbildungsabschnitt befinden, über gesetzliche Rahmenbedingungen, Aufgaben und Tätigkeit der Psychotherapeutenkammer. Es schloss sich eine rege Diskussion an. Sichtbar wurde, wie verunsichert viele Auszubildenden über ihre Zukunftsaussichten sind. Diese Abende sollen regelmäßig wiederholt werden. Als nächster Termin ist der 11.07.2007 vereinbart.

PKN und PKHB: Vertrag zur Fortbildung beschlossen

Im April war es endlich soweit. Der Vertrag zwischen den beiden Kammern für eine gemeinsame Akkreditierung- und Zertifizierungsstelle im Bereich der Fortbildung war unterschriftsreif. Ab dem 1. Mai werden sämtliche Anerkennungsbeiträge bezüglich Fortbildungsveranstaltungen nur noch von der Geschäftsstelle der PKN bearbeitet. Nach einer kurzen Übergangszeit können solche Anträge zukünftig nur noch „online“ gestellt werden. Ebenfalls werden die Punktekonto der Bremer Kammermitglieder dort geführt. Anträge von Mitgliedern auf Ausstellung eines Fortbildungszertifikates werden genauso dort

Weiterbildungsordnung in der Regelung

Auf der Grundlage der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer hatte der Fort- und Weiterbildungsausschuss der Bremer Kammer einen Entwurf für eine bremische Weiterbildungsordnung der Kammerversammlung am 5. Juni vorgelegt. Neben dem allgemeinen Teil enthält diese Ordnung einen speziellen Teil, in dem die Weiterbildung in neuropsychologischer Psychotherapie für approbierte Psychotherapeuten

bearbeitet. Beide Kammern gehen davon aus, dass mit dieser gemeinsamen Stelle für beide Kammern Qualitätsverbesserungen, Synergien und Kostenersparnisse verbunden sein werden. Genauere Einzelheiten sind der Internetseite der PKHB www.pk-hb.de zu entnehmen.

Altersstatistik der Bremer Kammer

Waren im Jahr 2006 37 % der Kammermitglieder 56 Jahre und älter sind es im Jahr 2007 schon 42,3 %. Diese Tendenz dürfte sich in den nächsten Jahren weiter verstärken.

Datenschutzbeauftragter berufen

Um einer entsprechenden gesetzlichen Verpflichtung nachzukommen, hat der Vorstand der Bremer Kammer im April einen Datenschutzbeauftragten für die Kammer berufen. Mit dieser Aufgabe wurde Herr Rechtsanwalt Olaf Freers aus Oldenburg betraut, der diese Aufgabe auch in der niedersächsischen Psychotherapeutenkammer wahrnimmt. Zur Kammerversammlung im Herbst wird ein erster Datenschutzbericht vorgelegt werden.

Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 des SGB V

In den zurückliegenden Monaten hat die Kammer Gespräche mit Bremer Kassen

geregelt wird. Damit entsprach der Ausschuss dem dringenden Wunsch unserer neuropsychologischen Kammerangehörigen. Frau Dipl.-Psych. Gisela Erdmann, die dem Landesverband der Gesellschaft für Neuropsychologie vorsteht, warb in einem Schreiben an die Kammer nochmals eindringlich um eine solche Ordnung, da diese als wesentliche Voraussetzung angesehen wird, um im Feld der Neuropsychologie Abrechnungsmöglichkeiten für entsprechende Behandlungen über den Gemeinsamen Bundesausschuss zu erreichen.

aufgenommen, um einen angemessenen Prüfungsgang bei Anträgen auf Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 des SGB V zu erreichen. In der Vergangenheit war es wiederholt zu fachlich unangemessenen Beurteilungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen bei Anträgen gekommen, in denen es um die psychotherapeutische Behandlung durch nicht kassenzugelassene Psychotherapeuten von besonders schwierig zu versorgenden Patientengruppen, z.B. Straftätern ging.

Redaktion Bremer Kammerseiten

An diesen Seiten arbeiteten mit: Axel Janzen, Hilke Schröder, Karl Heinz Schrömgens.

Geschäftsstelle

Hollerallee 22
28209 Bremen
Fon: 0421 – 27 72 000
Fax: 0421 – 27 72 002
Verwaltung@pk-hb.de
www.pk-hb.de
Geschäftszeiten:
Mo, Di, Do, Fr 10.00 – 14.00 Uhr
Mi 13.00 – 17.00 Uhr
Sprechzeit des Präsidenten:
Di 12.30 – 13.30 Uhr



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hamburg

Neuer Vorstand gewählt

Die im Februar neu gewählte Delegiertenversammlung der PTK-Hamburg hat im Rahmen ihrer konstituierenden Sitzung am 21. März einen neuen Vorstand gewählt. Prof. Dr. Rainer Richter wurde als Präsident der Kammer und Dipl.-Päd. Petra Rupp als Vizepräsidentin einstimmig wiedergewählt. Gleichermaßen einstimmig wiedergewählt wurde Dipl.-Psych. Gerda Krause als Beisitzerin. Für die nicht wieder kandidierenden Vorstandsbeisitzer Dipl.-Psych. Ulrich Wirth und Dr. Peter Riedel wurden Dipl.-Psych. Claus Gieseke und Dr. Brigitte Gemeinhardt als neue Vorstandsmitglieder gewählt.

Da vielen Kammermitgliedern die beiden neuen Vorstandsmitglieder vielleicht noch nicht so bekannt sind, möchten wir beide hier kurz vorstellen.

Claus Gieseke, Beisitzer im Vorstand der PTK HH (2. Periode)

Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut, Supervisor (BDP, DFT), Lehrtherapeut an der EAG/FPI. Geboren 1952, verheiratet, 2 Kinder. Studium der Psychologie und Diplom am Institut III, FB Psychologie in Hamburg. 1980 – 2000 angestellt als PP in Beratungsstellen (Erziehungs- und Lebensberatung, Pro Familia – Sexualberatung) und im Sozialtherapiezentrum einer Psychiatrischen Klinik. Parallel freiberuflich tätig (u.a. Honorartätigkeiten in einer Fachklinik f. Suchterkrankungen, Lehraufträge Universität Oldenburg), Gemeinschaftspraxis in HH-Nord 1984-1989. Seit 2000 Kassenzulassung (TP).

Mitglied im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie der KV Hamburg. Vorsitz im Zulassungsausschuss Hamburg für Psychotherapeuten. Mitglied in der Kammer-

versammlung (1. u. 2. Periode). Mitglied im Verwaltungsrat des Psychotherapeutenversorgungswerks PVW (weitere Infos bei Bedarf unter www.claus-gieseke.de).

Dr. Brigitte Gemeinhardt, Beisitzerin im Vorstand der PTK HH (2. Periode)

Geboren in Hannover. Studium Lehramt für Grund und Hauptschule Hannover. Studium der Psychologie Universität Bielefeld. Promotion Universität Hamburg.

Wissenschaftliche Angestellte Universität Bielefeld, Arbeitsbereich Erziehungswissenschaften (Schwerpunkt Forschung und Beratungstätigkeit im Bereich Trennung und Scheidung), Erstellung von Gutachten für Familiengerichte. Mitarbeiterin der Familien/Erziehungsberatungsstelle Caritas Hannover. Seit 1995 wissenschaftliche Angestellte Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Universitätsklinik Hamburg Eppendorf, Schwerpunkte: ambulante Familientherapie bei drogenabhängigen Jugendlichen und Jungerwachsenen und deren Familien, stationäre Behandlung von Suchtmittelabhängigen/Komorbidität, Poliklinik, Psychodynamisch psychiatrische Ambulanz, Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen. Parallel freiberuflich tätig (Paartherapie, Team- und Organisationsberatung).

Wissenschaftliche Schwerpunkte: Psychotherapieforschung (z.B. systemische Therapie, Mehrgenerationenansatz, Gruppentherapie, VT), Komorbidität.

Therapeutische Qualifikationen: Approbation, Eintrag Arztregister (TP), Systemische Therapeutin (SG).

Dozentin, Supervisorin, Lehrtherapeutin in unterschiedlichen Ausbildungsinstituten,

Universitäten, zahlreiche Veröffentlichungen. Mitglied im PIHK. Weitere Infos unter www.dr-gemeinhardt.de.

Wir möchten an dieser Stelle nicht nur die Gelegenheit nutzen, die neuen Vorstandsmitglieder kurz vorzustellen, sondern gleichzeitig auch einem Vorstandsmitglied der „ersten Stunde“ zu seinem Fazit nach vier Jahren Kammervorstandsarbeit befragen. Dr. Peter Riedel hat hierzu gewissermaßen Rede & Antwort gestanden. Herausgekommen ist ein bemerkenswertes Resümee. Angemerkt sei dabei auch, dass Dr. Peter Riedel nicht ganz aus der Kammerarbeit ausscheidet. Er wird weiterhin den von ihm gegründeten Info-Dienst psych-Info.de weiter betreuen und im Auftrag der vier Nordkammern und neuerdings auch der PTK-Berlin weiter entwickeln. Lesen Sie selbst.

Gerda Krause im Gespräch mit Dr. Peter Riedel

Lieber Peter, Du hast als erste Ausbildung ein Studium in Ingenieurwissenschaften absolviert, hast promoviert und warst in diesem Bereich lange tätig. Was hat Dich bewegt, die berufliche Orientierung so grundlegend zu verändern und Psychologie zu studieren?

Da gibt's sowohl tief verwurzelte als auch offensichtlichere Gründe. Früh gelegte Barrieren bei einer Kommunikation mit engerem Kontakt konnte ich lange nicht überwinden. Nicht bewusst bin ich dann offensichtlich erst mal den indirekten Weg gegangen, indem ich (Elektrische) „Nachrichtentechnik“ – heute heißt das Informatik – studierte. So habe ich Kommuni-



Dr. Peter Riedel

kation erst mal in technischen Produkten und auf beruflichen Ebenen realisiert. Was blieb – verstärkt durch das Vaterwerden – war die Sehnsucht nach der echten „Zwiesprache“.

Du bist uns Hamburgern seit den 80er Jahren als aktiver Berufspolitiker bekannt. Nun hast Du Dich in Deinem 77. Lebensjahr mit den Worten „Ich will Platz für die Jüngeren machen“ aus Deiner Tätigkeit im Vorstand der Psychotherapeutenkammer Hamburg zurückgezogen. Seit wann bist Du eigentlich berufspolitisch tätig und was war der Grund für Dein jahrzehntelanges berufspolitisches Engagement, was waren wichtige Stationen?

Mit der Einmischung in die Berufspolitik habe ich schon 1983 gleich nach Abschluss des Studiums begonnen. Neben der Ausübung des neuen Berufs als Psychotherapeut provozierten die weiterhin aktiven Ressourcen aus meinem vorhergehenden Beruf ein solches Handeln: Realitätsbezug aus den Ingenieurwissenschaften, Kreatives vom Entwickler und ökonomisch-zielgerichtetes Vorgehen als Manager in der Industrie – alles zusammen war für eine psychologisch-sozial orientierte Berufspolitik gut zu gebrauchen.

Es verschaffte mir Einstiege in verschiedene Ehrenämter, so beim Regionalinstitut

des FPI-Fachverbands Hamburg, schon 1985 für viele Jahre Vorstandsarbeit in der Landesgruppe Hamburg und als Delegierter im BDP. Dazu kam auch meine stark psychologisch-pädagogisch orientierte Arbeit als Mitglied und Vorstand der Elternkammer.

Welche Aufgaben hast Du im BDP übernommen?

PR: Ab 1986 war ich 10 Jahre als Vorstand der Landesgruppe regional berufspolitisch tätig, entwickelte „BDP-Hamburg aktuell“ zur Verbesserung der Kommunikation mit den Mitgliedern, gründete und leitete als Geschäftsführer die Norddeutsche Psychologenaakademie mit dem Ziel, qualitativ gesicherte und regional gut erreichbare Fortbildungsangebote zu schaffen, konzipierte und gestaltete im Gesamtverband die Delegiertenumschau als Forum zur bundesweiten Vernetzung der Funktionsarbeit und war schließlich Koordinator der Strukturreformen des BDP zur Anpassung an die besonders mit dem Psychotherapeutengesetz veränderte berufspolitische Landschaft. Alles zusammen war das zeitweise ein ehrenamtlicher Halbtagsjob.

Was waren Deine Leitgedanken?

PR: Bei allen diesen Tätigkeiten hatte ich als generelle Leitgedanken, das Wesentliche zum Ziel zu führen, das Machbare zu realen „Produkten“ umzusetzen und die knappen ehrenamtlichen Ressourcen nicht für Doppelarbeit und Grabenkämpfe der Funktionäre zu verschwenden. So stellte sich mir mit dem Psychotherapeutengesetz für uns Psychotherapeuten die Arbeit in den Kammern als das nunmehr wesentliche Feld politischer Arbeit dar. Deshalb wechselte ich schließlich ganz von der Verbands- in die Kammerarbeit. Aus heutiger Sicht war dieser Entschluss richtig, denn mit ihrer Etablierung vertreten nun die Kammern die Interessen unseres Berufsstandes und nur ein Bruchteil der einsparbaren Beitragszahlungen für die zusätzliche Mitgliedschaft in Berufsverbänden wäre für die dann zu erweiternden Serviceleistungen der Kammern aufzubringen. Die Kammerwahlen können auch von den Fachverbänden alleine getragen werden.

Zu diesem Thema werden allerdings auch ganz andere Meinungen vertreten. Vielleicht bietet das PTJ dazu an anderer Stelle Raum zur Diskussion.

Was ist Dir, aus Deiner Erfahrung, wichtig, an die „jungen KollegInnen“ weiterzugeben?

PR: Vor allem die Einstellung als „Macher“ zu handeln und nicht als „Opfer“ zu klagen. Über den fachlichen Tellerrand schauen, Vertrauen als Raum zum Delegieren schaffen, dabei das Ziel im Hinterkopf – den Weg vor den Augen behalten. Und durchhalten! Das alles mit der Philosophie, dass Vollkommenheit nicht bedeutet, es gäbe nichts mehr hinzuzufügen, wohl aber, es geht nichts mehr wegzulassen. Das heißt, sich diejenigen „Bretter“ als Visionen vorzunehmen, die man mit vereinten Kräften auch „durchbohren“ kann. Neben frei gemachtem Platz für die Entfaltung junger Energie ist der aktive Nachwuchs auch ein Container für Erfahrungen, welche die „Alten“ wie ich zur Verfügung stellen können. In diesem Sinne ist mein Entschluss nicht Rückzug, sondern eher Verschiebung vom direkten zum indirekten Tätigsein in der Berufspolitik.

Du hast Dich in der Vergangenheit im Rahmen des BDP und nun im Verbund der Nordkammern für den sog. „Therapeutensuchdienst“ eingesetzt und wirst diese Aufgabe auch weiter betreuen. Dir ist offensichtlich die Vermittlung von PsychotherapeutInnen an PatientInnen ein wichtiges Anliegen. Was ist der Hintergrund für Dein Engagement?

Mit dem zweiten Beruf öffnete sich mir ein kritischer Blick auf die breite Landschaft zwischen Gurus als Versprecher von Seelenheil und seriösen Psychotherapeutinnen und -therapeuten und deren Ausbilder, 1986 sammelte ich über 60 Adressen solcher Ausbildungsanbieter. Schon während des Studiums lernte ich bei diversen „Workshops“ unseriöse „Heiler“ kennen. In einem Fall musste ich im Anschluss an ein solches Wochenende einem anderen Gruppenmitglied zur Unterbringung in der Psychiatrie helfen.

Aus dieser Betroffenheit wurde mir klar, dass ich einem Berufsstand angehören will, dessen Mitglieder sich von unseriösen „Heilern“ abgrenzen. Den Grundstein für ein diesbezügliches Projekt hatte bereits 1976 Professor Baumgärtel im Hamburger BDP gelegt. In der Erstauflage des „qualitätsorientierten“ Verzeichnisses: „Psychologische Dienste in Hamburg“ wurden Ratsuchenden und Patienten 81 seriöse Adressen genannt. Parallel wurde ein ehrenamtlich betriebener Telefon-Beratungsdienst aufgebaut. Damals grenzte es die Dienste von Psychologen gegenüber zweifelhaften Angeboten ab. Nach 1986 stieg dann die Zahl der erfassten Anbieter, 1991 waren bereits 600 Adressen erfasst. Diese Datenmenge forderte für eine flexible Handhabung eine Computerstützung. Aufgrund meiner EDV-Kenntnisse war es mir möglich, für den weiter ausgebauten Beratungsdienst ein modernes Datenbankprogramm zu entwickeln. Der Beratungsdienst wurde nun computergestützt betrieben und bald vom BDP zentral auf das ganze Bundesgebiet ausgedehnt.

Mit der Schaffung des neuen Berufsstandes der Psychotherapeuten konzentrierte sich nach 1999 die öffentliche Nachfrage überwiegend nur noch auf approbierte Anbieterinnen und Anbieter. In Kooperation mit den Kollegen der anderen Norddeutschen Psychotherapeutenkammern gelang es dann relativ zügig, dafür den Suchdienst „Psych-Info“ zu entwickeln und einzuführen.

Was hast Du Dir für die nächsten Jahre vorgenommen?

Für Psych-Info will ich bei allen anderen Kammern für den Beitritt werben, junge Kolleginnen und Kollegen möchte ich bei Praxisgründungen beraten und dafür sorgen, dass im PTJ öfters mal auch heikle Themen aufgegriffen und diskutiert werden.

Lieber Peter, für Dein jahrzehntelanges Engagement für unseren Berufsstand danke ich Dir sehr und auch dafür, dass Du der Kammer weiterhin unterstützend zur Seite stehen willst. Allerdings wünsche ich Dir auch ein wenig mehr Zeit für die entspannenden Seiten des Lebens.

Fortbildungspflicht für PsychotherapeutInnen in Kliniken

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz („GKV-WSG“), das am 1. April in Kraft getreten ist, sind eine ganze Reihe von Änderungen im Gesundheitswesen eingeführt worden, die uns noch die nächsten Jahre beschäftigen werden. Dazu gehört auch eine Regelung, die speziell die Psychotherapeut/inn/en im Krankenhaus betrifft. § 137 SGB V wurde in einem entscheidenden Punkt erweitert, er heißt nun in Absatz 3 wie folgt (Einfügungen sind unterstrichen):

„Der gemeinsame Bundesausschuss fasst für zugelassene Krankenhäuser auch Beschlüsse über

1. die im Abstand von fünf Jahren zu erbringenden Nachweise über die Erfüllung der Fortbildungspflichten der Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten...“

Seit dem 1. April 2007 gilt also im Prinzip die bereits seit dem letzten Gesundheitsreformgesetz bestehende Fortbildungsnachweispflicht für Krankenhausärzte nun auch für Psychotherapeuten im Krankenhaus (einschließlich psychiatrischer Krankenhäuser). Diese Erweiterung wurde auf Vorschlag der Psychotherapeutenkammern und -verbände eingefügt. Auch im Ausschuss 'Psychotherapie in Institutionen' der Bundespsychotherapeutenkammer war zuvor über die Frage beraten worden, ob eine solche Forderung erhoben werden sollte. Die Initiative wurde begrüßt, weil sie einen wichtigen Schritt auf dem Weg zur angestrebten Gleichstellung der PP/KJP mit Fachärzten darstellt. Zudem stellt die gesetzliche Vorgabe zur Fortbildung aus unserer Sicht auch klar, dass die Kliniken verpflichtet sind, entsprechende Fortbildungen durch entsprechende Freistellungen und die ganz oder teilweise Übernahme der Fortbildungskosten zu ermöglichen.

Die Nachweispflicht gilt gegenüber dem Arbeitgeber/der Klinik und sie gilt derzeit nur „im Prinzip“, denn die konkrete Um-

setzung setzt voraus, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) einen im Dezember 2005 mit Blick auf die Regelung der Fortbildungspflicht der Klinikärzte getroffenen Beschluss entsprechend ändert oder anpasst. Dabei ist ebenfalls gesetzlich geregelt, dass die Bundespsychotherapeutenkammer vor einer Entscheidung des G-BA einzubeziehen und anzuhören ist. Seitens der BPTK ist vorgesehen, kurzfristig das Gespräch mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss zu suchen und Vorschläge für die sachgerechte Umsetzung des § 137 Abs. 3 SGB V einzubringen.

Wir werden alle betroffenen Kammermitglieder informieren, sobald weitere Details der Umsetzung vorliegen.

Berufshaftpflicht für PsychotherapeutenInnen

In jüngster Zeit sind verstärkt Anfragen bezüglich der Notwendigkeit einer Berufshaftpflichtversicherung für angestellt tätige Kammermitglieder an die Geschäftsstelle gerichtet worden.

Wir möchten daher an dieser Stelle drauf hinweisen, dass **ALLE** Kammermitglieder, auch die in der Ausbildung befindlichen, gesetzlich verpflichtet sind, eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung abzuschließen. Die gesetzliche Verpflichtung ergibt sich aus § 27 Abs. 3 des Hamburgischen Kammergesetzes für die Heilberufe. Das Vorliegen einer ausreichenden Haftpflichtversicherung ist gegenüber der Kammer nachzuweisen. Da wir bislang davon ausgegangen sind, dass alle Kammermitglieder entsprechend versichert sind – dies ist aus unserer Sicht eine Selbstverständlichkeit auch aus dem Eigeninteresse heraus – haben wir auf den Nachweis bisher verzichtet.

Bei angestellt tätigen Kammermitgliedern liegt offenbar in vielen Fällen der Irrglaube vor, dass sie durch den Arbeitgeber gegen Berufshaftpflichttrisiken versichert werden. Dies ist jedoch in der Regel nicht der Fall. Die Haftpflichtversicherung, die der Arbeitgeber in der Regel auch abgeschlos-

sen hat, würde im Schadensfall zwar im sog. Außenverhältnis zum Tragen kommen, aber im sog. Innenverhältnis zwischen Arbeitgeber und angestelltem PP/KJP greift die private Berufshaftpflichtversicherung, die jedes Kammermitglied haben MUSS.

Falls Unklarheiten über diese Frage bestehen sollten, setzen Sie sich bitte schnellstmöglich mit der Kammergeschäftsstelle in Verbindung.

BPTK-Newsletter für Mitglieder

Die Bundespsychotherapeutenkammer gibt viermal jährlich einen Newsletter heraus, der sowohl in elektronischer Form als PDF als auch in einer Druckversion verfügbar ist. Die Kammergeschäftsstelle hat diesen Newsletter bislang zum Download auf der Homepage www.ptk-hh.de zur Verfügung gestellt.

Der Vorstand hat nunmehr beschlossen, zuerst probeweise für den Rest des Jahres 2007 allen Kammermitgliedern die gedruckte Version direkt zusenden zu lassen. Im Jahr 2008 ist vorgesehen im Rahmen einer repräsentativen Umfrage unter den Kammermitgliedern zu erfragen, ob dieser Service aufrechterhalten werden soll.

Sie werden also mit der Ausgabe 2/2007 den BPTK-Newsletter in Ihrer Post finden.

Vorankündigung Fortbildung:

Bindungstheoretische Grundlagen der Eltern-Kind-Psychotherapie

Wir möchten Sie bereits jetzt auf eine zweitägige Fortbildungsveranstaltung der Kammer zum Thema „Bindungstheoretische Grundlagen der Eltern-Kind-Psychotherapie“ mit Prof. Dr. Gerhard J. Süß aufmerksam machen. Als Termin ist Freitag, der 5. Oktober 2007, in der Zeit von 14.00 Uhr bis ca. 21.00 Uhr und am Samstag, dem 6. Oktober von 9.00 Uhr bis 18.00 Uhr vorgesehen. Die detaillierte Einladung folgt per Post.

Frühkindliche Beziehungserfahrungen spielen eine bedeutende Rolle beim Aufbau der Persönlichkeit und legen nicht nur die Grundlagen psychischer Gesundheit, sondern auch von Fehlanpassungen. Unter dem Einfluss weiterer widriger Lebensereignisse können Fehlanpassungen zu psychischer Krankheit im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter führen. Bemerkbar machen sich die Fehlanpassungen bereits frühzeitig in einer fehlenden oder misslingenden Unterstützung des Kleinkindes durch die Eltern bei der Regulation seiner Erregungen, seiner Gefühle und seines Verhaltens. Regulationsstörungen (Fütter-, Schrei- und Schlafstörungen) können später durch Störungen des Bindungsaufbaus und schließlich über fehlende Mentalisierungsfähigkeiten zu großen Schwierigkeiten im Peer-Umgang im Kindergartenalter führen – oftmals Ausgangspunkt vieler Störungen des Jugend- und Erwach-

senalters. Nicht nur deshalb ist bei dysfunktionalen Eltern-Kind-Beziehungen eine Eltern-Kind-Psychotherapie indiziert. Die Grundlagen liefert die moderne Bindungs- und Resilienzforschung, die in diesem Kurs behandelt werden. Thema sind dabei nicht nur die bindungstheoretischen Grundlagen, sondern auch deren Anwendung in der Eltern-Kind-Psychotherapie bzw. in Kindertherapien mit Elternbeteiligung. Insbesondere Erkenntnisse der Entwicklungspsychopathologie über die problembehafteten Entwicklungsverläufe zugrunde liegenden Prozesse und insbesondere, wie sich Veränderungen zum Positiven herstellen sind für Psychotherapeuten von Interesse.

Anhand von Videobeispielen werden die unterschiedlichen Formen elterlicher Feinfühligkeit und unterschiedlicher Bindungsqualitäten und -modelle in Kleinkindalter, mittlerer Kindheit sowie im Erwachsenenalter für die TeilnehmerInnen anschaulich aufbereitet. Neben Videobeispielen werden Powerpoint-Präsentationen und Übungen zur Vermittlung der Kursinhalte Anwendung finden.

Geschäftsstelle

Psychotherapeutenkammer Hamburg
Curschmannstraße 9 – 20251 Hamburg
Tel. 040/42101234
Fax. 040/41285124
www.ptk-hh.de
E-Mail: info@ptk-hh.de
Wir sind für Sie da von Mo – Do in der Zeit von 9.00 Uhr bis 16.00 Uhr und am Freitag von 9.00 Uhr bis 14.00 Uhr.

<http://www.ptv-anzeigen.de>

Online buchen und Geld sparen!

Schnell, einfach und ohne Zusatzkosten* – können Sie ab sofort Ihren Anzeigenauftrag Online ausfüllen und an uns senden. Hier sehen Sie auch gleich, wie Ihre Anzeige erscheint.

* Ohne Bearbeitungskosten (für Aufträge die per Fax eingehen, müssen wir € 10,- Bearbeitungskosten in Rechnung stellen)

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Nach den unruhigen Anstrengungen der letzten Jahre, die schnelles Reagieren verlangten, ist es Zeit einmal inne zu halten und sich zu besinnen, wo wir in der Entwicklung der neuen Berufe stehen und was eine Zukunftsperspektive sein könnte.

Die Auseinandersetzung darum, in welche Richtung sich die beiden neuen Heilberufe entwickeln sollten, war in Zeiten der ersten Behauptung im Gesundheitswesen überflüssig und hätte sogar die geforderte Durchsetzung behindert. Es konnte nur darum gehen, gegen den Widerstand vieler Mitakteure sich einen Platz und Gehör zu verschaffen.

Einen Platz haben wir erobern können, der allerdings nicht unumstritten ist und um den noch einige Kämpfe auszustehen sind, wie zum Beispiel im Verhältnis zu den ärztlichen Psychotherapeuten. In vielen Bereichen sind die beiden neuen Heilberufe aber anerkannt und es ist fast schon selbstverständlich geworden, dass wir uns zu Wort melden und unsere Anliegen artikulieren; auch hat man sich an unsere früher oft ungewohnten Ansichten gewöhnt und nimmt sie meist interessiert zur Kenntnis.

Damit sind wir zu Mitspielern im Gesundheitswesen geworden, das mit wirtschaftlicher Logik geregelt wird. Wir sind in der „Gesundheitswirtschaft“ angekommen, einem gesellschaftlichen Bereich, in dem wir als kleine Akteure (vergleichbar mit Kleinaktionären) nur im Zusammenschluss mit anderen überhaupt etwas bewirken können. Besonders die Psychotherapie wird sich nur gemeinsam mit den Ärzten behaupten können oder sie wird abgehängt werden.

Unsere besondere Chance liegt darin, sich auf das zu besinnen, was wir ge-

lernt haben und was wir als eigenen Einsatz in das Spiel der Kräfte des Marktes einbringen können. Das geht nur, wenn wir mitspielen und zugleich Abstand wahren, d.h. eine dezentrierte Position einnehmen, wie wir es in therapeutischen Beziehungen gewöhnt sind.

Dann können wir feststellen, dass das, was im Gesundheitswesen geschieht, ein gesamtgesellschaftlicher Prozess ist, der uns nicht unberührt lassen kann; können wir doch als Psychotherapeuten nicht akzeptieren, dass Krankenbehandlung nur nach den Gesetzen des sogenannten freien Marktes geregelt werden sollen, nach Gesetzen, mit denen Waren hergestellt und verkauft werden, ausschließlich bestimmt von Wettbewerb, Angebot und Nachfrage.

Wenn man diesen Blickwinkel einnimmt, dann wird das Gesundheitswesen nicht nur als „Gesundheitswirtschaft“ sichtbar, sondern als der kulturelle gesellschaftliche Bereich der „Krankenbehandlung“, dessen Deformation durch Kommerzialisierung, Vergewerblichung und Verwettbewerblichung zu befürchten ist, trotz aller gegenteiligen Heilsversprechungen.

Könnte es nicht ein Ziel der beiden neuen Heilberufe sein, die gesellschaftliche Bedeutung und die Bedingungen von Behandlung menschlichen Leidens im Auge zu behalten und zu bewahren?

Mit freundlichen Grüßen



Jürgen Hardt

Ihr Jürgen Hardt
Präsident

Zur seelischen Bedeutung von Arbeit – 4. Hessischer Psychotherapeutentag in Fulda am 14. und 15. September 2007

Der 4. Hessische Psychotherapeutentag wird sich mit der Bedeutung der Arbeit für die psychische Verfassung des einzelnen Menschen und der Funktion des Arbeitsens für psychische Entwicklungs- und Veränderungsprozesse befassen. Wir nehmen damit ein Thema auf, das gegenwärtig in der Gesellschaft intensiv diskutiert wird und mit dem wir zugleich auch in unserer täglichen beruflichen Praxis offen oder verdeckt konfrontiert werden. Mit dem zunehmenden Verschwinden der bezahlten Erwerbsarbeit tritt neben deren ökonomischer Notwendigkeit die Bedeutsamkeit von Arbeit für die Konstitution und Entwicklung menschlicher Subjektivität deutlicher hervor. In der psychotherapeutischen Tätigkeit sind wir täglich mit Symptomen befasst, bei denen die Bedeutung der Arbeit und/oder des Arbeitsalltags eine wichtige Funktion einnehmen:



Dr. Ulrich Müller

Wir nehmen damit ein Thema auf, das gegenwärtig in der Gesellschaft intensiv diskutiert wird und mit dem wir zugleich auch in unserer täglichen beruflichen Praxis offen oder verdeckt konfrontiert werden. Mit dem zunehmenden Verschwinden der bezahlten Erwerbsarbeit tritt neben deren ökonomischer Notwendigkeit die Bedeutsamkeit von Arbeit für die Konstitution und Entwicklung menschlicher Subjektivität deutlicher hervor. In der psychotherapeutischen Tätigkeit sind wir täglich mit Symptomen befasst, bei denen die Bedeutung der Arbeit und/oder des Arbeitsalltags eine wichtige Funktion einnehmen:

- psychische Krisen stehen häufig im Kontext von Veränderungen oder Konflikten im Arbeitsalltag,
- die berufliche Tätigkeit wird als persönlicher Ausdruck von Identitätsentwicklung verstanden oder beeinträchtigt umgekehrt die Entwicklung der Identität,
- das Design von „Corporate Identities“ oder auch die geforderte Selbstverantwortung am Arbeitsplatz geben Hinweise auf die ineinandergreifenden Identitätsbildungsprozesse von Institution, Arbeitsplatz und Subjekt,
- Kinder und Jugendliche erschließen sich durch das Spiel ihre soziale Mitwelt, das den Ausgang für die weitere Arbeit an und in der Welt darstellt. Sie

orientieren sich späterhin oft am Arbeitsalltag ihrer Eltern, identifizieren sich mit deren Tätigkeit oder drohen in ihrer Entwicklung zu stagnieren, wenn die elterlichen Perspektiven fehlen.

Diese Skizzen ließen sich fortschreiben: Arbeiten schafft mehr als nur einen ökonomisch bestimmbaren Wert. Arbeiten macht Sinn – Arbeiten verschafft jedem einen eigenen Sinn.

Häufig bleibt es aber nur beim Versprechen, in der Arbeit ließe sich eine eigene Persönlichkeit verwirklichen. Wo aber noch nicht einmal Arbeit als Gelderwerb möglich ist, droht die mehr oder weniger bewusste Erwartung, sich durch die eigene Arbeit zu verwirklichen, schon früher auf der Strecke zu bleiben. Während sich die Ökonomie unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten jedoch vorwiegend dem Funktionieren der materiellen Erwerbsseite widmet, gerät die immaterielle Bedeutung der Arbeit zunehmend aus dem Blick. Diese Seite der „immateriellen Bedeutung von Arbeit“ zu berücksichtigen – auch im Kontext der ökonomischen Wertschöpfung – stellt einen Perspektivwechsel dar, der insbesondere durch unser psychotherapeutisches Erfahrungswissen eröffnet werden kann.

Arbeit als Ausdruck des Wunsches nach Anerkennung

Arbeit stellt selbst eine Form der Anerkennung dar, die sich nicht ausschließlich am finanziellen Einkommen bemisst, sondern ein Moment im psychischen Entwicklungsprozess bildet, das den Einzelnen auch in ganz besonders in eine Beziehung zu seinen Mitmenschen stellt.

Der 4. Psychotherapeutentag in Fulda möchte einen Akzent setzen, indem er sich in der Frage nach der sinnstiftenden Funktion von Arbeit an der Diskussion um die Konsequenzen der dauerhaft hohen oder auch latent drohenden Arbeitslosigkeit für die Gesellschaft beteiligt.

Ist die Beeinträchtigung der Liebes- und Arbeitsfähigkeit des Menschen ein wesentliches Kriterium zur Beurteilung einer psychischen Erkrankung, dann sind jene psychosozialen Phänomene des „Verschwin-

dens der Arbeit“ unübersehbare Symptome, die in vielen psychischen Krisen des Einzelnen ihr Echo finden. Dieser unterstellte Zusammenhang zwischen kollektiver Krise der Arbeit und den individuellen Krisen sind eine der Quellen für weitere Überlegungen einer kulturellen Verantwortung der Psychotherapie in der gesellschaftlichen Entwicklung.

Mit einer facettenreichen Untersuchung dieses Zusammenhangs (s. unten) könnte die Hessische Kammer auf ihrem 4. Psychotherapeutentag einen eigenen Beitrag zu einer zentralen gesellschaftspolitischen Diskussion leisten. Psychotherapeuten sollten den Begriff und die Funktion der Arbeit nicht nur den Ökonomen oder entsprechenden Sozialtechnikern überlassen, sondern mit den Erfahrungen aus eigener Praxis deutlich machen, dass sich jenseits der latenten ökonomischen Krisen eine psychosoziale Krise entfaltet, die die Bedeutsamkeit der Arbeit als Ausgangspunkt eines lebensnotwendigen Prozesses der Welt- und Selbstverwirklichung sichtbar werden lässt. Eine solche Auseinandersetzung könnte auch im größeren Rahmen verständlich machen, wie bedeutungsvoll psychische Prozesse für das (Wohl-) Befinden des Einzelnen sind – und damit auch für das gesamte Gesundheitswesen.

Psychotherapeutentag am 14. und 15. September 2007 in Fulda – Das Programm im Überblick

Freitag, 14.9.

19.00 Uhr: **Eröffnung**

20.00 Uhr: Vortrag **Prof. Friedhelm Hengsbach**, Sozialethiker an der Katholischen Hochschule St. Georgen, Frankfurt – **Das Versprechen der Arbeitsgesellschaft**: Hengsbach charakterisiert die derzeitige Situation „im Schatten des Marktes“ als eine „ökonomische Falle“, die insbesondere auch die gesundheitspolitischen Diskussionen und Entwicklungen einschließt.

22.00 Uhr: **Empfang**

22.30 Uhr: **Charlie Chaplin – Moderne Zeiten** – Filmklassiker aus den 30er Jahren des 20. Jahrhunderts, Satire auf die Arbeitswelt

Samstag, 15.9.

Vormittag (9.30 – 13.00 Uhr)

9.45 Uhr: Vortrag **Prof. Thomas Kieselbach**, Sprecher des Instituts für Psychologie der Arbeit, Arbeitslosigkeit und Gesundheit (IPG) im Studiengang Psychologie und dem Zentrum für Public Health (ZPH) der Universität Bremen – **Psychosoziale Folgen beruflicher Umbrüche und zukünftige Konzepte der gesellschaftlichen Bewältigung**

11.30 Uhr: Vortrag **Prof. Elmar Brähler**, Leiter der Abteilung für Medizinische Psychologie und Soziologie an der Universität Leipzig – **Arbeitslosigkeit, Arbeitsplatzbedrohung und psychische Gesundheit, Ergebnisse repräsentativer Befragungen in Deutschland**

Nachmittags (14.15 – 18.00 Uhr) parallele Foren:

1. **Prof. Manfred Zielke**, Verhaltenstherapeut und Institutionsberater – „Arbeitslosigkeit, deren psychische Auswirkungen und Formen der Bewältigung“.
2. **Prof. Martin Kronauer** berichtet von dem Projekt „Flexicurity“, das sich mit den aus veränderten Arbeitsbedingungen hervorgehenden Notwendigkeiten befasst sowie mit der Frage, wie vor diesem Hintergrund soziale Organisation neu zu denken und zu entwickeln sind.
3. **Dipl. Psych. Wolfgang Schwerd** – „Von der Liebe zur Arbeit“ aus intrapsychischer Perspektive. Entwickelt den Gedanken, den Prozess der Psychotherapie selbst als Arbeitsprozess mit eigenem Rhythmus und eigenem Sinnhorizont des Patienten zur fremdbestimmten Erwerbsarbeit in Beziehung zu setzen.
4. **Sybille Steuber** und **Yvonne Brandl**, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen – Sie werden Aspekte einer langfristig angelegten Forschungsstudie vorstellen, aus denen die Bedeutsamkeit des Spiels für die Identifizierung mit den Eltern und die Aneignung der sozialen Umgebung verständlich wird. Das Spielen des Kindes kann einen Hinweis geben auf die Bedeutung des Arbeitens für die Eltern.

Abschlussdiskussion mit Podium

Eine Künstlergruppe aus Wolfsburg wird einen Kontrapunkt setzen und ein Projekt zum Thema „Müßigang und Faulheit“ vorstellen und damit einen Aspekt ins Spiel bringen, der sich provokant vom Ernst der Arbeit (und deren Krise) absetzt.

Zur näheren Struktur des 4. Hessischen Psychotherapeutentages orientieren Sie sich unter www.psychotherapeutenkammer-hessen.de/ptj.

*Dr. Ulrich Müller
Mitglied des Vorstandes*

Zur Nachwuchs- und Ausbildungssituation der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Hessen

Ende März 2007 wurde die Auswertung einer 2006 durchgeführten Umfrage der Kammer zur Ausbildungs- und Nachwuchssituation in Hessen veröffentlicht. Danach befanden sich an den 16 anerkannten hessischen Ausbildungsstätten insgesamt 879 Kandidaten in einer Ausbildung zum PP und KJP, wobei zwei Institute (noch) nicht ausbildeten. Mit 260 PP- und 168 KJP-Ausbildungsplätzen standen in Hessen insgesamt 427 Ausbildungsplätze zur Verfügung, die – wären sie dauerhaft besetzt – den Nachwuchsbedarf unseres Berufsstandes, der bei jährlich 80 Plätzen in der ambulanten GKV-Versorgung und jährlich ca. 100 ausscheidenden Kammermitgliedern liegt, in den nächsten 15 Jahren absichern würden.

Ein wichtiger Befund der Umfrage war die Verteilung der Kandidaten auf die Vertiefungsverfahren, die in den beiden Berufsgruppen deutliche Unterschiede zeigte:

- Bei den PPs suchten 63 % der Ausbildungsteilnehmer eine verhaltenstherapeutische Vertiefungsrichtung, 27 % wählten eine rein tiefenpsychologische Ausbildung, der Anteil der Ausbildungsteilnehmer in Psychoanalyse/TfP integriert lag bei 9,1 %. Da das mittlerweile anerkannte Ausbildungsinstitut für Wis-

senschaftliche Gesprächspsychotherapie noch nicht mit der Ausbildung begonnen hat, konnte es in der Umfrage noch keine Rolle spielen. Für die Neueinschreibungen im Jahr 2006 wurde die Kluft zwischen den VT-Instituten und den anderen Ausrichtungen noch stärker: 72 % der Kandidaten wählten eine verhaltenstherapeutische Vertiefungsrichtung.

- Ganz anders sah die Verteilung bei den KJP-Ausbildungsteilnehmern aus, bei denen jeweils 43 % eine verhaltenstherapeutische oder rein tiefenpsychologische Vertiefung wählten, gegenüber 13 % mit einer integriert analytisch-tiefenpsychologischen Fachkunde.

Die Zahl der Ausbildungsteilnehmer lässt – bei gleich bleibender Nachfrage – insgesamt ein Anwachsen unserer Berufsgruppe annehmen. Das Ende der aktiven Berufslaufbahn von ca. 1.500 Kammermitgliedern in den nächsten 15 Jahren wird damit überkompensiert. Dies gilt auch für die gesicherte Nachbesetzung der frei werdenden KV-Sitze für PP und KJP in den nächsten 15 Jahren.

Was die methodische Ausrichtung der Kandidaten angeht, so stimmt dies nachdenklich. Die Ausrichtung der Psychologie-Studiengänge führt offenbar dazu, dass die an den Universitäten angesiedelten verhaltenstherapeutischen Institute unter den Kandidaten die stärkste Anziehungskraft besitzen. Die Verfahren, die in der Hochschulausbildung nicht mehr repräsentiert sind, werden von jungen Ausbildungskandidaten kaum noch gewählt. Dass bei den KJP-Ausbildungsteilnehmern das Interesse an den Methoden breiter gefächert ist, dürfte darauf zurückgehen, dass der Zugang über die anderen Studiengänge sowie die von einigen Ausbildungsinstituten verlangte mehrjährige Berufserfahrung eine größere Offenheit herstellt und das Interesse der Kandidaten breiter auffächert.

In der Konsequenz wird zu überlegen sein, wie die Vielfalt der therapeutischen Schulen auch an den Universitäten breiter dargestellt werden kann und in welcher Form die nicht verhaltenstherapeutisch orientierten Institute sich dort verankern oder eige-

ne Zugangswege erarbeiten könnten. Gerade angesichts des derzeitigen Umbaus der Studiengänge in die Bachelor-Master-Qualifikationen sollten hier neue Perspektiven verfolgt werden (ergänzende Informationen sowie eine weitere Evaluierung der Ausbildung der PPs und KJPs in Hessen durch das Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen finden Sie unter www.psychotherapeutenkammer-hessen.de/ptj).

*Susanne Walz-Pawlita
Mitglied des Vorstandes*

Hessische Psychotherapeutenkammer begrüßt Gesetz gegen Passivrauchen sowie zum Gesundheitsschutz bei Kindern und Jugendlichen

Die Hessische Psychotherapeutenkammer begrüßt die gesetzliche Regelung zum Schutz vor Folgen des Passivrauchens und zur Steigerung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Die Schädigungen, Gefahren und Krankheitskosten, die durch Rauchen und Passivrauchen entstehen, sind bekannt. Der Schutz von Kindern und Jugendlichen vor dem Rauchen muss verfolgt und intensiviert werden. Das Rauchen zählt zu den behandlungsbedürftigen Suchterkrankungen. Solange aber die Motivation Betroffener, von ihrer Sucht loszukommen, nicht tragfähig ist, werden auch die vielfältigen Antirauchertherapien und -trainings nur relativ geringe Erfolge haben können.

Durch die Verbannung aus öffentlichen Räumen wird sich das Rauchen wesentlich verändern: Aus einer gesellschaftlich integrierten, erlaubten Sucht, mit der man dazugehört, wird eine heimliche Sucht, die aus dem öffentlichen / alltäglichem Leben ausgrenzt. Solche Art Sucht ist eher mit Leiden behaftet.

Weil für Kinder und Jugendliche Abgrenzung, Protest und Übertretung von Geboten wichtige Entwicklungsmomente sind, könnte das Rauchen aber künftig möglicherweise eine zusätzliche Bedeutung erhalten, was aufmerksam verfolgt werden muss und dem mit neuen präventiven Ansätzen entgegengearbeitet werden sollte.

Teilzulassung – gegenwärtig keine Option für den Einstieg in die GKV-Versorgung

Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz wurde die Möglichkeit einer Teilzulassung geschaffen und weckte große Hoffnungen bei vielen Mitgliedern auf einen Einstieg in die GKV-Versorgung. Schnell zeigte sich aber, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung das Gesetz anders interpretiert als die Kammern und das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Verbindliche Festlegungen gibt es noch nicht, voraussichtlich ist mit den Ausführungsbestimmungen Mitte des Jahres 2007 zu rechnen.

Soweit uns bekannt ist, stellt sich auch die KV Hessen gegenwärtig auf den Standpunkt, dass die Nachfolgeregelung des § 103 Abs. 4 SGB V nicht zur Anwendung gelangt.

Was bedeutet das? So lange in einem Planungsbereich Überversorgung nach den Bedarfsplanungsrichtlinien besteht, wird es dort für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten keine Teilzulassungen geben können, weil es keine hälftigen Sitze geben wird:

- Eine Verfügung über einen Teilsitz durch Verkauf oder selbst kostenfreie Übertragung wird nicht genehmigt,
- bei Verzicht oder Entziehung erfolgt keine Neubesetzung.

Das ist unabhängig davon, in welchem Umfang der/die am Abgeben eines hälftigen Sitzes Interessierte vorher Versorgungsleistungen erbracht hat.

Wie wirkt sich das Gesetz für Zugelassene aus?

- Eine Verfügung ist nur über die gesamte Praxis möglich,
- eine Reduzierung der eigenen Tätigkeit unter Erhaltung des vollen Beitrages zur Versorgung ist nur über Job-Sharing möglich,

- die Gefahr der Entziehung hälftiger Zulassungen kann heute nicht ausgeschlossen werden.

Ob die vorläufige Rechtsauffassung der Kassenärztlichen Vereinigungen in der kontroversen Debatte und vor den Sozialgerichten Bestand hat, bleibt abzuwarten. Auch kann jetzt noch nicht eingeschätzt werden, ob und bei welchen Voraussetzungen es tatsächlich in den einzelnen KVen zur Entziehung hälftiger Zulassungen kommen wird. Sicher ist aber, dass die vom Gesetzgeber angestrebte Flexibilisierung so nicht erreicht wird und stattdessen die ohnehin prekäre Versorgungssituation Schaden nehmen kann.

Hessische Delegierte im Versorgungswerk

Im ersten Quartal 2007 fand die Wahl zur Delegiertenversammlung des niedersächsischen Psychotherapeutenversorgungswerkes statt, bei dem auch die Hessische Kammer beteiligt ist. Die Aufgaben dieser Delegiertenversammlung bestehen darin, die Mitglieder des Verwaltungsrates zu wählen sowie über dessen Entlastung und über Vorschläge zur Änderung der Satzung zu entscheiden, die dann von der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen entschieden werden.

Entsprechend der Mitgliederzahl entsenden die hessischen Mitglieder 9 der 30 Delegierten. In Hessen gab es drei Wahlvorschläge und keine Einheitsliste. Die Wahl erfolgte als kombinierte Listen- und Personenwahl. Die folgenden Kolleginnen und Kollegen wurden in den Verwaltungsrat gewählt (Reihenfolge nach der erreichten Stimmenzahl): Hans Bauer, Tilo Silwedel, Alfred Krieger, Susanne Walz-Pawlita, Manfred Burkart, Dr. Monika Frank, Christa Leiendecker, Wolfgang-Kurt Schwerd, Helga Planz. Die Kammer wünscht den Kolleginnen und Kollegen eine erfolgreiche Arbeit.

Geschäftsstelle bittet um Aktualisierung der Adressdaten

Immer wieder kommt es vor, dass die Geschäftsstelle Kammermitglieder nicht un-

mittelbar erreichen kann. Bitte teilen Sie der Geschäftsstelle mit, wenn Ihre Adresse, Telefon-, Faxnummer oder Emailadresse sich geändert hat. Vielen Dank!

Termine

Termine und Informationen finden Sie immer aktuell unter www.psychotherapeutenkammer-hessen.de/ptj.

- Bitte beachten Sie: Wegen des großen Interesses musste die für Oktober angekündigte praxisorientierte Vertiefung in den Bereichen Akutversorgung und Notfallpsychotherapie zugunsten einer Wiederholung des ersten Teils auf das Frühjahr 2008 verschoben werden.
- 4. Hessischer Psychotherapeutentag, 14. und 15. September 2007 in Fulda (siehe dazu auch oben).
- Delegiertenversammlung: 2. und 3. November 2007, voraussichtlich IB Hotel Friedberger Warte, Homburger Landstraße 4, 60389 Frankfurt.

Redaktion Hessische Kammerseiten:

Uta Cramer-Düncher, Stefan Baier
E-Mail: ptj@psychotherapeutenkammer-hessen.de

Hessenseiten des Psychotherapeutenjournals im Internet:
www.psychotherapeutenkammer-hessen.de/ptj

Geschäftsstelle

Gutenbergplatz 3
65187 Wiesbaden
Tel 0611. 53168 0
Fax 0611. 53168 29
E-Mail:

post@psychotherapeutenkammer-hessen.de
Internet:
www.psychotherapeutenkammer-hessen.de

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

auf der großen politischen Bühne haben wir das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz in Kraft treten sehen, ein Gesetz, das erhebliche Veränderungen in der Versorgungslandschaft erzeugen wird, ohne dass schon klar zu erkennen ist, was es konkret für PP und KJP bedeuten wird. Immerhin war die Argumentations- und Lobbyarbeit der Psychotherapeuten, sei es im Bund oder auf Länderebene – auch wir waren aktiv dabei – so erfolgreich, dass wir wichtige Bestandsgarantien bekommen haben:

- Psychotherapie muss weiterhin im Vergleich mit anderem Arztlohn adäquat bezahlt werden und
- Psychotherapie bleibt Einzelleistung.

Unsere Mitspracherechte z.B. bei der Einführung neuer Verfahren ins System sind gewahrt. Im schon seit 01.01.2007 geltenden Vertragsarztrechtsänderungsgesetz sind weitreichende Liberalisierungsschritte vollzogen – untergesetzliche Regelungen stehen allerdings noch aus, so dass wir auch hier zunächst noch mit vielen Ungewissheiten im Detail leben müssen. Das, was wir wissen, finden Sie auch in einer Broschüre der KBV, die Sie auch auf unserer Homepage lesen können.

Bundesweit werden die Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) aktiv mit dem Ziel, eine Verbesserung ihrer Ausbildungssituation zu erreichen und dabei auch die Psychotherapeutenkammern einzubeziehen, u.a. durch eine entsprechende Vertretung in den Kammern. Niedersachsen war das erste Bundesland, in dem die PiAs ab Beginn ihrer praktischen Ausbildung Pflichtmitglieder der Kammer sind – und dennoch ist Engagement dieser Gruppe in unserem Bundesland

noch nicht zu erkennen – was wir allerdings angesichts der vielfältigen Belastungen, die die PiAs zu bewältigen haben, auch gut nachvollziehen können. Es wird daher unsere Aufgabe als Kammer sein, die PiA besser einzubinden. Wir werden dazu als Kammervorstand aktiv werden und versuchen, die Selbstorganisation der PiAs zu befördern, um zu kontinuierlich ansprechbaren Gesprächspartnern zu kommen und um die Anliegen der PiAs in geordneter Weise zu fördern.

Die letzten Monate boten auch „große“ Ereignisse: Am 17.03.2007 fand – vorbereitet und organisiert von der Forensik-Kommission in Kooperation mit der Psychiatrie-Akademie und dem Institut für Diagnostik und Prävention (IDP) des niedersächsischen Landeskrankenhauses Königslutter – in Königslutter eine Fachtagung zum Thema „Aktuelle Konzepte zielgerichteter Behandlung von Tätern in Straf- und Maßregelvollzug“ statt, zu der auch die Ministerin der Justiz, Frau Heister-Neumann, ein Grußwort sprach. Einen ausführlichen Bericht über diese Tagung können Sie weiter unten lesen.

Etwas anderes „Großes“ ist der so genannte Relaunch der PKN-Homepage. Beim ersten Start war noch nicht absehbar, was alles unsere Homepage füllen würde – mit der Folge, dass die Seiten sich dann etwas „chaotisch“ entwickelt hatten und es zunehmend schwierig war, sich in der Fülle der Inhalte zu orientieren. Nun hat die Homepage eine völlig neue und passendere Struktur erhalten, die für unsere unterschiedlichen Besucher eine bessere Übersicht und leichteren Zugang zu den interessierenden Informationen bietet. Viele werden insbesondere die Möglichkeit zu schätzen wissen, auf allen Seiten und in allen Dokumenten nach Suchbegriffen recherchieren zu können; neu ist

auch, dass Sie sich aktuell informieren lassen können, und zwar

- über einen Newsletter für angestellte und beamtete Mitglieder unserer Kammer,
- über den Newsletter der BPTK, zu dem Interessierte auch über unsere Internetseiten Zugriff haben und
- über Mitteilungen zu aktuellen Presseerklärungen der PKN.

Wie bisher auch schon, können Sie über unsere Homepage Ihre Eintragungen in Psych-Info verwalten („Haben Sie sich etwa noch nicht eingetragen?“), neu ist bzw. wird sein, dass Sie den aktuellen Punktestand auf Ihrem Fortbildungskonto direkt im Internet abrufen können.

Zu berichten ist, dass eine von der Kammerversammlung gestartete Initiative in Richtung auf eine gemeinsame Nordkammer zunächst im Sande verlaufen ist: Die Landeskammern Bremen, Hamburg und Schleswig-Holstein haben aus verschiedenen Gründen keinen Anlass gesehen, diese Initiative aufzugreifen. Es wird also weiter bei kleineren, aber nichtsdestoweniger tragfähigen kooperativen Lösungen bleiben: der Psychotherapeuten-Suchdienst aller 4 Nordkammern „Psych-Info“, die gemeinsame Akkreditierungsstelle von Niedersachsen und Bremen sowie das Psychotherapeutenversorgungswerk, an dem aus dem Norden neben Niedersachsen auch Bremen und Hamburg beteiligt sind, sind die bisher erfolgreich auf den Weg gebrachten „Kooperationsexemplare“. Wir hoffen auf weitere Synergieeffekte.

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

Aktuelle Konzepte zielgerichteter Behandlung von Tätern in Straf- und Maßregelvollzug

Gut besucht und hochkarätig besetzt war die 1. Forensik-Tagung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen (PKN). In Kooperation mit der Psychiatrie-Akademie und dem Institut für Diagnostik und Prävention (IDP) des niedersächsischen Landeskrankenhauses Königslutter konnte den Teilnehmern (Psychologen, Ärzten, Juristen) am 17. März 2007 im ansprechenden Ambiente des Festsaals des Landeskrankenhauses eine hochinteressante Zusammenstellung aktueller Konzepte und Ergebnisse aus Begutachtung und Psychotherapie von Tätern aus Straf- und Maßregelvollzug geboten werden.

der Ministerin zum Strafvollzug öffentlich kritisiert hatte – den von ihr vertretenen „Chancenvollzug“. Auch zukünftig, so die Ministerin, werde es neben vermehrter Begutachtung auch genügend Psychotherapie für Straftäter in den niedersächsischen Gefängnissen geben.

Grippegeschwächt, aber dennoch launig-kreativ, führte der ärztliche Direktor des Landeskrankenhauses Königslutter, **Prof. Jürgen Mauthe** in die Themen der Tagung ein. Er erinnerte insbesondere an die Anfänge des strukturierteren Maßregelvollzugs in den 1970ern und an die Grün-

Annika Gnoth, Psychologische Psychotherapeutin im NLKH Moringen und „Gutachterin für psychologisch-forensische Begutachtungen zu Schuldfähigkeit/Prognose, Psychotherapeutin von Straftätern“, informierte in ihrem anregenden Vortrag mit dem Thema „Rückfälle nach Maßregelvollzug: Zur Vorhersagequalität aktueller Prognoseinstrumente“ über ihre erst kürzlich abgeschlossene Studie an über 100 entlassenen Patienten des NLKH Moringen aus den Jahren 1992 – 2000. Neben noch weiter zu differenzierenden und zu diskutierenden relativ hohen Rückfallzahlen in dieser Stichprobe interessierte v.a., welche der verbreiteten forensischen Risikoeinschätzungs- bzw. Prognoseverfahren im retrospektiv angelegten Untersuchungsdesign die (einschlägigen) Rückfalltaten hätten vorhersagen können. Hier konnte die Referentin einige Überraschungen berichten, da z.B. das speziell für Gewalttäter entwickelte Instrument HCR-20 weniger gut abschnitt, wohingegen Instrumente wie Static-99 und insbesondere das neue und sehr differenzierte Verfahren FOTRES gute Kennwerte erzielten. Auch in der anschließenden Pause zeigte sich, dass über diese Studie sowie die noch anstehenden Datenanalysen noch viel nachzudenken und zu reden sein wird.



Prof. Dr. Jürgen Mauthe, Justizministerin Elisabeth Heister-Neumann, Werner Köthke, Getrud Corman-Bergau, Dr. Lothart Wittmann (von links nach rechts)

Werner Köthke, Mitglied des Vorstands der PKN, eröffnete gelungen-informativ die Tagung, indem er u.a. die Referenten des Tages und die jeweiligen Arbeitsschwerpunkte vorstellend für eine positive und neugierige Ausgangsstimmung sorgte.

Anschließend betonte die **Justizministerin** des Landes Niedersachsen, Frau **Elisabeth Heister-Neumann**, in ihrem Grußwort die ausgewiesene Kompetenz und hohe Verantwortung von forensischen Gutachtern und Psychotherapeuten und verteidigte – auch mit Blick auf die Anwesenheit von Prof. Greve, der die letzten Überlegungen

der örtlichen Psychiatrie-Akademie vor 15 Jahren. Letztere hatte u.a. in Zusammenarbeit mit dem Nestor der forensischen Psychiatrie, Prof. Rasch aus Berlin, mit der Aus- und Weiterbildung von forensischen Sachverständigen begonnen. Insgesamt betonte Prof. Mauthe die Bedeutung, aber auch die Unabwendbarkeit von veränderten Rahmenbedingungen für die intramurale (und auch ambulante) Behandlung von psychisch kranken Straftätern, charakterisiert durch Konzepte wie Ökonomisierung, Privatisierung und subjektives Sicherheits- bzw. Bedrohungsgefühl der Bevölkerung.

„Veränderungsbereitschaft und Therapiemotivation im Strafvollzug“ war das spannende Thema von **Dr. Stefan Suhling**, Diplom-Psychologe beim Kriminologischen Dienst des Niedersächsischen Justizvollzugs. In fünf markanten Thesen konnte der Vortragende deutlich machen, dass und warum Straftäter im Gefängnis nicht unbedingt aus innerem Antrieb eine veränderungsorientierte Psychotherapie verlangen, eben diese aber häufig als risikosenkende Maßnahme dringend benötigen. So gehört demnach eine intensive Motivationsarbeit bereits substantiell zur Behandlung dieser Klientel dazu, wobei es Dr. Suhling gelang, den Bogen zu den recht optimistisch wirkenden Aussagen der zuständigen Ministerin zum o.g. Chancenvollzug zu spannen. Hier sah es der Referent aufgrund seiner vorhergehenden

überzeugenden Analysen kritisch, dass Täter sich psychotherapeutische Behandlung gleichsam „verdienen“ müssen, obwohl oft eher ein aktives und Veränderungsbedürftigkeit herstellendes Behandlungskonzept indiziert wäre.

Wie flexibel und kreativ bewährte Therapieprogramme für Straftäter ausgestaltet und umgesetzt werden können, stellte **Frank Löhr**, Psychologischer Psychotherapeut im NLKH Lüneburg und „Gutachter für psychologisch-forensische Begutachtungen zu Schuldfähigkeit/Prognose, Psychotherapeut von Straftätern“, in seinem Vortrag „Behandlungsprogramm für intelligenzgeminderte Sexualstraftäter im Maßregelvollzug“ dar. Schwungvoll und differenziert informierte der Kollege die Tagungsteilnehmer über eine eigene Adaptation des häufig umgesetzten und erfolgreichen Behandlungsprogramms für Sexualstraftäter (BPS), das in Lüneburg durch ein Therapeutenteam aus Psychologe, Ärztin, Erzieher und Krankenpfleger in die – sicher nicht selten fordernde und anstrengende – Praxis der Gruppentherapie mit schwierigen Patienten umgesetzt wird. Schwierig wohl auch, da sich in einer solchen Gruppe nicht nur gefährliche und interaktionsauffällige Wiederholungstäter treffen, sondern diese auch noch auf Grund einer vorliegenden Intelligenzminderung manche Selbstaufmerksamkeits- und Reflexionsprozesse nur durch geduldiges Wiederholen sehr einfach formulierter bzw. dargestellter Inhalte (beeindruckende Formulierungsbeispiele, Zeichnungen und Bilder für dieses Vorgehen im Vortrag) erreichen.

Nach der Mittagspause konnte sich im Publikum erfreulicherweise kein Mittagstief einstellen, da der **Workshop** „Antihormonelle Triebdämpfung – Standards für Indikation, Therapie und Prognose“ sowohl hinsichtlich der Zusammensetzung der Referenten, als auch bezüglich der Brisanz und der Aufarbeitung dieser sehr aktuellen Thematik Maßstäbe setzen konnte. Eine seltene Abbildung der forensischen Realität hatte sich dafür zusammengefunden: ein Jurist (**Matthias Koller**, Richter am Landgericht Göttingen, kritischer Autor zu Straf- und Maßregelvollzug und zuletzt Sachverständiger im Rechtsaus-

schuss des Deutschen Bundestages), ein Arzt (**PD Dr. Reinhard Eher**, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie und ärztlicher Psychotherapeut, Leiter der Zentralen Dokumentations- und Koordinationsstelle für Sexualstraftäter im Österreicherischen Strafvollzug) und eine Psychologische Psychotherapeutin (**Annika Gnoth** mit einem zweiten Tagungsbeitrag). Dieses Referententeam informierte provokant, an den richtigen Stellen humorvoll, stets seriös und juristischen, empirischen und psychologischen Standards verpflichtet v.a. über die gesammelten Ungereimtheiten und Unklarheiten in der dennoch stetig steigenden Anwendung triebdämpfender Medikation wie Androcur und/oder moderner LHRH-Agonisten in der Behandlung von Sexualstraftätern. Insgesamt geht es bei dieser Therapieform um die Senkung bzw. Ausschaltung von Testosteron als risikosenkende Maßnahme. Sehr deutlich wurde in diesem Workshop, dass juristisch viel mehr zu klären und zu beachten ist als von den Anwendern in forensischen Institutionen berichtet wird, z.B. wann diese Behandlungsform eine Körperverletzung darstellt, ob und wann das Kastrationsgesetz aus den 1960er Jahren gilt oder ob eine besondere Gutachterkommission vor Behandlungsbeginn anzurufen ist. Zudem ist weitgehend unklar, ob diese u.U. sehr nebenwirkungsreiche Medikation tatsächlich signifikant Rückfälle in Sexualstraftaten verhindert, v.a. da hochwertige Untersuchungen dazu mit Zufallszuweisung und Kontrollgruppen fehlen.

Außerdem existieren aktuell noch keine Standards für spezifische Diagnostik, Indikationsentscheidungen, Umgang mit Compliance-Aspekten, Aufklärung des Patienten und spezieller Behandlungsplanung inklusive klar definierter Absetzkriterien. Trotz dieser beeindruckenden Sammlung von Unklarheiten wird zunehmend im forensischen Kontext mit dieser „chemischen Kastration“ gearbeitet. Dem multiprofessionellen Referententeam ist zu danken, dass nicht nur Lücken und Unzulänglichkeiten vorgestellt wurden, sondern letztlich ein konstruktiver Ausblick auf Lösungsansätze für die dargestellten Probleme gegeben wurde. Dazu wird in den nächsten Monaten von den Workshopleitern sicher noch zu hören und zu lesen sein.

Einer beeindruckenden Persönlichkeit aus der Schweiz blieb es vorbehalten, mit dem Workshop „Stalking/Drohung: Das Zürcher Kurzgutachtenprojekt zur Prognostik angekündigter Straftaten“ vor der abschließenden Podiumsdiskussion den letzten inhaltlichen Beitrag vorzustellen. Frau **Dr. Carole Kherfouche** (stellvertretende Chefarztin des Psychiatrisch-Psychologischen Dienstes des Kantons Zürich, Gutachterin und Dozentin am Institut für Opferschutz und Täterbehandlung) präsentierte das Konzept und eine erste Evaluation der so genannten „Risiko-AG“, die als Teil des Psychiatrisch-Psychologischen Dienstes für den Kanton Zürich Gefährlichkeitseinschätzungen abgibt, wenn eine Person durch bedrohliches Verhalten und/oder Androhung von Gewalt auffällt. Werden die Psychologen und Psychiater unter der Leitung von Frau Dr. Kherfouche von juristischer Seite um eine Gefährdungseinschätzung gebeten, kommen neben Exploration des Betroffenen und seines Umfeldes auch sehr differenzierte und strukturierte forensisch-prognostische Einschätz- und Dokumentationssysteme zum Einsatz. Gezielt für diese Arbeit entwickelt wurde der Drohungs-FOTRES, eine speziell für diese sehr spezifische Einschätzung modifizierte Version des FOTRES. Das Ergebnis einer letztlich in der Risiko-AG diskutierten Einschätzung kann in verschiedenen Empfehlungen und Weisungen münden: das reicht vom Waffenverbot über Therapieauflagen und Casemanagement bis zur (weiteren) Inhaftierung. In diesem Zusammenhang bedauerte die Referentin, dass Stalking im engeren Sinn – anders als in Deutschland – in der Schweiz (noch) nicht strafbar ist. Die Auswertung der bisher über 60 Fälle der Risiko-AG zeigte eine sehr gute Trefferquote der Gefährdungseinschätzungen sowie Erfolge der daraus resultierenden Auflagen und Maßnahmen. Insgesamt konnten wohl schwerwiegende Gewalthandlungen durch die Umsetzung dieses Zürcher Konzeptes im Umgang mit Drohungen verhindert werden.

In der abschließenden **Podiumsdiskussion** gab es wenig Dissens in der Frage der „Qualifikation forensischer Sachverständiger und Psychotherapeuten“. Unter der souverän moderierenden Leitung von **Werner Köthke** diskutierten **Prof. Werner Greve**

(Professor für Psychologie an der Universität Hildesheim und langjähriger Mitarbeiter des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen), Richter **Matthias Koller**, Ärztin **Dr. Carole Kherfouche** und Psychologin **Dr. Bernd Borchard** (Psychologischer Psychotherapeut im NLKH Moringen, „Gutachter für psychologisch-forensische Begutachtungen zu Schuldfähigkeit/Prognose der PKN“ und Vorsitzender der Forensik-Kommission der PKN). Sie waren sich alle einig darin, dass die kompetente Einschätzung und Behandlung von Straftätern nicht nur einer Fortbildung in der Begutachtung, sondern auch in der Psychotherapie von Straftätern bedarf, die als „Forensik-Curriculum“ – entwickelt von der Forensikkommission der PKN – bereits beispielhaft in Niedersachsen an der Psychiatrie-Akademie des NLKH Königslutter angeboten wird. Berufsübergreifend für Psychologische Psychotherapeuten und Ärzte konzipiert, kann dadurch das **Zertifikat „Gutachter für psychologisch-forensische**

Begutachtungen zu Schuldfähigkeit/Prognose, Psychotherapeut von Straftätern“ erworben werden, wenn gleichzeitig auch praktisch mit diesem Klientel gearbeitet wird. Eine Liste mit entsprechend zertifizierten Kolleginnen und Kollegen wird – von der PKN stetig aktualisiert – an die zuständigen juristischen/forensischen Stellen verschickt. Inwieweit für Psychologen auch dann eine Approbation erforderlich sein sollte, wenn andere forensische Fragestellungen wie Glaubhaftigkeit, Familienrechtsfragen, Zivilrechtsfragen, etc. bearbeitet werden sollen, wurde kontrovers diskutiert.

Notwendig erscheint zusammenfassend eine strukturierte, transparente und für alle beteiligten nachvollziehbare Spezialisierung für forensische Fragestellungen, die gut überprüfbar und kommunizierbar ist. Dazu hat diese Forensik-Tagung sicher einen guten Beitrag geleistet. Die Redebeiträge der Referenten sind auf der Homepage

der PKN einsehbar und können von dort heruntergeladen werden.

*Dr. Bernd Borchard
(Vorsitzender der Forensik-Kommission der PKN)*

Geschäftsstelle

Roscherstr. 12
30161 Hannover
Tel.: 0511/850304 – 30
Fax: 0511/850304 – 44
Sprechzeiten allgemein:
Mo, Mi, Do, Fr 09.00 – 11.30 Uhr
Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr
Sprechzeiten für Fragen zur Akkreditierung:
Mi. + Do. 09:00 – 11:30 Uhr
Mail-Anschrift: info@pk-nds.de
Mail-Anschrift für Fragen zur Akkreditierung: Akkreditierung@pk-nds.de
Internet: www.pk-nds.de



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

Bessere Früherkennung und multiprofessionelle Netze

Gemeinsame Veranstaltung der PTK NRW und der KV Nordrhein

In Nordrhein-Westfalen wurden im Jahr 2005 nach polizeilicher Meldung 542 Kinder misshandelt. Der Kinderschutzbund schätzt, dass bundesweit rund 300.000 Kinder vernachlässigt werden. 179 Kinder wurden 2005 in Deutschland getötet. Die Kriminalstatistik erfasste im selben Jahr rund 3.100 Fälle sexuellen Missbrauchs in NRW. „Gewalt gegen Kinder ist häufiger, als wir es lange Zeit wahrhaben wollten“, erklärte Monika Konitzer, Präsidentin der Psychotherapeutenkammer NRW, auf der Tagung „Gewalt erkennen – Kindern eine Perspektive geben“, die am 28. März 2007 mit 380 Teilnehmern im Düsseldorfer Ärztehaus stattfand.



Die Tagung war eine gemeinsame Veranstaltung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und der PTK NRW. „Diese Zusammenarbeit ist Ausdruck einer neuen Kooperation der Gesundheitsberufe“, stellte Monika Konitzer fest. „Viele gesundheitspolitische Aufgaben lassen sich heute nur mehr erledigen, wenn die einzelnen Professionen über ihren Tellerrand hinausschauen, ihre Kompetenzen kombinieren und zielorientiert zusammenarbeiten.“

„Neben der Betreuung betroffener Kinder muss die Prävention und Früherkennung

verbessert werden“, forderte Leonhard Hansen, Vorsitzender der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten im Rheinland. Er verlangte, die Frequenz der Früherkennungsuntersuchungen zu erhöhen. „Die bisherigen U1- bis U9-Untersuchungen sind noch erstaunlich lückenhaft“, kritisierte Monika Konitzer. „Defizite in der psychischen, emotionalen, psychosozialen und kognitiven Entwicklung von Kindern und Jugendlichen werden bisher noch kaum untersucht.“ Hansen und Konitzer forderten daher gemeinsam, Screening-Instrumente, mit denen frühzeitig psychische Entwicklungsauffälligkeiten erkannt werden können, in diese Untersuchungen aufzunehmen. Prof. Klaus Schäfer vom NRW-Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration betrachtete es als „den entscheidenden Punkt“ die Kinder bis zu zwei Jahren besser zu erfassen. „Später sind rund 96 Prozent der Kinder im Kindergarten zu erreichen.“ NRW sei das erste Bundesland, in dem Kinderschutz als Aufgabe der Schule verankert wurde.



KV-Vorsitzender Hansen plädierte für eine höhere Verbindlichkeit der Untersuchungen. „Auch wenn Pflichtuntersuchungen kein Allheilmittel sind; sie können ein richtiger Schritt sein, um die Vorsorge konsequent zu nutzen und eine Gefährdung des Kindes frühzeitig zu erkennen.“ Dagegen warnte Psychotherapeutenpräsidentin Konitzer: „Eine Meldepflicht ist bürokratisch aufwendiger und ineffektiver

als ihre Befürworter denken. Wer gefährdeten Familien helfen will, darf außerdem nicht in die Rolle eines Gesundheits- oder Erziehungspolizisten geraten.“ Auch Klaus Schäfer, Abteilungsleiter im Familienministerium, warnte vor „überbürokratischen Verfahren“. Das Ministerium hätte „noch keine rechtliche Lösung“. „Da sind wir noch dabei.“

Früherkennung allein helfe gefährdeten Familien jedoch nicht. „Es muss auch klar sein, was passieren soll, wenn ein Frühwarnsystem einen Alarm auslöst“, betonte Monika Konitzer. Dabei seien auch aufsuchende Hilfen notwendig. „Hausbesuche bei Risikofamilien und Beratungsangebote für junge Familien sind wichtig“, stellte Leonhard Hansen fest. „Dafür müssten ausreichend personelle Kapazitäten zur Verfügung gestellt werden.“ Klaus Schäfer vom Familienministerium hob das Frühwarnsystem der Stadt Gelsenkirchen hervor, die Infopakete entwickelt hätte und zu den Familien ginge. „Die Niedrigschwelligkeit ist der entscheidende Punkt.“

Gewalt hat viele Ursachen. „Zu den Ursachen zählt auch, dass diese Eltern als Kinder häufig selbst Gewalt erfahren haben“, erklärte die PTK-Präsidentin. Häufig sind Eltern auch durch Armut, Arbeitslosigkeit, Krankheit und Perspektivlosigkeit überfordert und psychisch krank. „Eltern dürfen deshalb nicht vorschnell zum Sündenbock gemacht werden“, warnte Monika Konitzer. „Die Eltern, denen in einem sozialen Brennpunkt ein ansatzweise normales Familienleben gelingt, leisten Außerordentliches. Ein Scheitern an dieser Aufgabe ist viel wahrscheinlicher.“ Leonhard Hansen hob hervor, dass die Folgen von elterlicher Gewalt „schwer zu korrigierende Beeinträchtigungen der kindlichen Entwicklung mit oft fatalen Folgen im Erwachsenenalter“ seien. Dazu gehörten Entwick-

lungsstörungen, die zu schweren seelischen Schäden und Verhaltensauffälligkeiten führen können ebenso wie stark erhöhte Risiken mit Blick auf das Suchtverhalten und die Kriminalität.

Prof. Dr. Gerhard Lauth, Universität Köln, berichtete über psychische Auffälligkeiten bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. Er stellte die Folgen von Kindesmisshandlung dar, die sich u.a. in langjährigen kognitiven Einbußen als auch in externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten wie internalisierenden psychischen Störungen zeigen können. Psychische Auswirkungen, wie Drogenmissbrauch und Suchtverhalten, sind bis ins Erwachsenenalter feststellbar. Zu unterscheiden sind erstens Indikatoren, die sich auf die Vulnerabilität des Kindes beziehen, zweitens auf die Fertigkeiten und Kompetenzen bei den Eltern und drittens auf die sozialen Umstände. Als spezifische Risiken für Misshandlung bezeichnete Gerhard Lauth fehlgeleitetes Erziehungsverhalten und coersives (erzwingendes) Verhalten der Eltern. Dabei gehe es u.a. um unzureichende Erziehungskompetenzen, chronischen familiären Stress oder auch die unzureichende Unterstützung der Eltern in der Erziehung. Wesentlich für Vernachlässigung ist dagegen die mangelnde Übernahme der Elternrolle. Zu beachten sind hier eine fehlende Bindungsfähigkeit oder emotionale Beeinträchtigung der Eltern, mangelnde Entwicklungsfortschritte oder ängstliches, wenig interaktives Verhalten beim Kind. „Die mangelnde Imitationsfähigkeit der Kinder ist übrigens eines der größten Entwicklungsrisiken“, betonte Gerhard Lauth, „denn das meiste was Kinder lernen, lernen sie über Imitation“. Als Möglichkeit, die Risiken frühzeitig zu erkennen, empfahl er z.B. Screeningverfahren zu familiärem Stress. Festgehalten werden sollten auch Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsverzögerungen. Spezielle Frühinterventionen sollten auf expansive als auch auf Bindungsstörungen abzielen. Besonders effektiv seien hier Maßnahmen, die einem dezidierten Programm folgen.

Jürgen Zimmermann-Höreth, Leiter der Familienberatung und des Schulpsychologischen Dienstes der Stadt Köln, schilderte das Vorgehen in der Beratung und

Unterstützung bei „Häuslicher Gewalt“ in Köln. Das Netzwerk „Häusliche Gewalt“ in Köln ist Bestandteil der Jugendhilfe und wurde von der Stadt initiiert. Übergriffe von Frauen seien sehr selten und fänden eher bei pflegebedürftigen Familienmitgliedern statt. Entscheidend sei es sogar, Frauen und Kinder weniger unter Druck zu setzen, damit sie Kontakt zum Jugendamt halten. „Mir ist aber auch ganz wichtig, den Vater in der Erziehungsverantwortung zu halten“, erklärte Jürgen Zimmermann-Höreth. Auch der Kontakt zu dem aus der Wohnung verwiesenen Vater müsse geklärt werden. Eine kindertherapeutische oder therapeutische Arbeit mit den Eltern sei denkbar, um in eine längerfristige Behandlung zu münden.

Kinder psychisch kranker Eltern

Interview mit Prof. Dr. Michael Borg-Laufs



Kind psychisch kranker Eltern zu sein, kann krank machen. Bisher gehört es nicht zur Routine von Psychotherapeuten und Psychiatern bei der Behandlung von Erwachsenen nachzufragen, ob Kinder in der Familie sind, wie mit ihnen über die Krankheit des Vaters oder der Mutter gesprochen wird und ob sie einer psychotherapeutischen Betreuung oder Behandlung bedürfen. Prof. Dr. Michael Borg-Laufs von der Hochschule Niederrhein in Mönchengladbach engagiert sich seit Jahren für eine

bessere Versorgung und spezielle Angebote für Kinder psychisch kranker Eltern und gehörte maßgeblich zu den Organisatoren einer Fachtagung am 8.3.2007 in Mönchengladbach.

Wie viele Kinder haben psychisch kranke Eltern?

Die Zahl ist größer, als man denkt. Nach Schätzungen haben rund 500.000 Kinder und Jugendliche einen Vater oder eine Mutter, die an einer schizophrenen Psychose oder schweren Depression leiden. Ihr Risiko, misshandelt oder vernachlässigt zu werden, liegt zwei- bis dreimal über dem Durchschnitt. Vor allen Dingen ist aber ihr Risiko, als Erwachsener selbst psychisch zu erkranken, außerordentlich erhöht. Rund die Hälfte aller Kinder und Jugendlichen, die psychisch kranke Eltern hatten, entwickelt später selbst eine psychische Störung. Wir haben es also mit einem sehr ernsten und sehr häufigen Krankheitsrisiko zu tun, das wesentlich mehr Beachtung verlangt, als es momentan bekommt.

Warum erkranken die Kinder?

Die Eltern können aufgrund ihrer psychischen Erkrankungen nicht so für die Kinder da sein wie gesunde Eltern. Ein Vater, der unverständliche Selbstgespräche führt, ist beängstigend. Eine Mutter, die unter schweren Depressionen leidet, ist seltener ansprechbar. Häufig haben die Kinder auch Schuldgefühle: Sie denken, wenn sie dies oder jenes besser machen, fleißiger lernen oder sorgfältiger aufräumen, wäre die Mama nicht so traurig oder der Vater nicht so aufbrausend. Sie erkennen häufig auch, dass der Vater oder die Mutter krank sind und fühlen sich verantwortlich, den Therapeuten oder die psychiatrische Klinik zu verständigen. Mit diesen Loyalitätskonflikten sind sie aber regelmäßig überfordert. Kinder psychisch kranker Eltern erkranken, weil sie nicht bekommen, was Kinder normalerweise brauchen: feinfühliges Eltern, die ihre eigenen Bedürfnisse zugunsten der Bedürfnisse ihrer Kinder zurückstellen können, die Signale der Kinder wahrnehmen und angemessen darauf reagieren, die Gegenseitigkeit herstellen und eine verlässliche Stütze ihrer Kinder sind.

Was hilft den Kindern?

Zunächst ein gesunder Gesprächspartner: z.B. ein gesunder Vater, der ein strukturiertes, normales Familienleben ermöglicht und mit dem Kind über die kranke Mutter spricht, der die Krankheit nicht tabuisiert. Häufig herrscht in den Familien ja ein Rede- und Schweigeverbot. Weder in der Familie noch mit Außenstehenden darf über die Krankheit geredet werden. Die Familie fürchtet die Stigmatisierung, das Kind aber verliert dadurch viele Ressourcen, die ausgleichend wirken können.

Umso größer ist die Verantwortung der professionellen Helfer.

Sicher, die Familie verschließt und überfordert sich und findet selten einen Ausweg. Deshalb ist es sehr wichtig, dass die psychiatrische Klinik oder auch der niedergelassene Psychotherapeut frühzeitig tätig werden. Bei der Behandlung eines depressiven Erwachsenen sollte sich der Therapeut auf jeden Fall erkundigen, ob er Kinder hat und wie seine Familie mit der Erkrankung umgeht. Es geht darum, den Patienten darüber aufzuklären, dass auch seine Kinder gefährdet sind, und ihn über Hilfen zu informieren. Er kann seinen Patienten auf Erziehungsberatungsstellen hinweisen oder auch auf Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, deren Wartelisten allerdings häufig lang sind. Eskaliert die Situation und ist das Wohl des Kindes gefährdet und die Gefährdung auch nicht abwendbar, muss ein Psychotherapeut eingreifen und Kontakt zum Jugendamt aufnehmen.

Ein spezielles Problem ist die Betreuung von chronisch psychisch kranken Eltern, deren Kinder einen Wechsel zwischen guten und schlechten Phasen des Krankheitsverlaufs erleben. In diesen Fällen ist nötig, schon frühzeitig Strukturen aufzubauen, die in den Krisenzeiten tragen. Eine Idee sind Patenschaften, also den Kindern in unbeschwerten Zeiten einen Paten als festen Ansprechpartner anzubieten, der es in schwierigen Zeiten unterstützt, mit ihm Zeit verbringt und Probleme löst. Diese Patenprojekte stehen allerdings finanziell meist noch auf sehr wackligen Füßen.

Könnten die Familienzentren, die in NRW geplant sind, ein frühes Erkennen dieser kindlichen Notlagen ermöglichen?

Das ist durchaus möglich. Grundsätzlich kennen die Erzieherinnen in den Tagesstätten die Kinder sehr gut und sind ein vertrauter Ansprechpartner für die Kinder. In den Familienzentren müsste dann aber auch psychotherapeutische Kompetenz verankert werden. Das bedeutet, dass in den Familienzentren überhaupt das notwendige Grundwissen zu möglichen psychischen Erkrankungen von Eltern und den Auswirkungen auf die Kinder vorhanden sein sollte und dass im Zweifel auch eine differentialdiagnostische Expertise durch einen Psychotherapeuten gewährleistet ist.

Kontakt: Michael.Borg-Laufs@hs-niederrhein.de

Praktisch: Barcode-Aufkleber für Fortbildungen**PTK bietet elektronische Registrierung**

Das System wurde von Experten entwickelt. Darum heißt es auch: PTKIV Psychotherapeutenkammer-Informationsverteiler. Das Wichtigste daran ist: Kammermitgliedern und der Kammer spart es Arbeit.

Wer Fortbildungen melden möchte, braucht dafür zukünftig keine Bescheinigungen mehr an die Kammer zu schicken. Stattdessen kommt es jetzt darauf an, an den neuen Fortbildungsausweis und die neuen Barcode-Aufkleber zu denken. Mit dem Ausweis kann der Veranstalter jeden Teilnehmer mit einem Scanner erfassen. Seine Teilnahme kann so elektronisch an die Kammer gemeldet werden. Der Teilnehmer braucht die schriftliche Bescheinigung nicht mehr per Post an die Kammer zu schicken. Die Bescheinigung sollte allerdings zur Sicherheit aufbewahrt werden, weil man bei elektronischen Systemen nie weiß und weil sie auch als Nachweis für das Finanzamt verwendet werden kann.

PTKIV: Psychotherapeutenkammer-Informationsverteiler: neues elektronisches System für die Erfassung und Registrierung von Fortbildungen.

Fortbildungsausweis: Neuer Ausweis mit einem Barcode zur elektronischen Registrierung.

Barcode: Maschinenlesbarer Code, der bereits auf Waren und Verpackungen verwendet wird, meist mit Angaben zu Preis u. Hersteller. Auf dem Barcode-Aufkleber der Kammer stehen lesbar der Name des Mitglieds und seine EFN als Barcode.

EFN: „Einheitliche Fortbildungsnummer“. Sie steht als 15stellige Nummer und als Barcode auf dem Fortbildungsausweis und als Barcode auf dem Aufkleber.

Erfassen der EFN: Ein Fortbildungsveranstalter kann die EFN von Ihrem Ausweis mit einem Scanner einlesen. Ein Barcode-Aufkleber kommt auf die Teilnehmerliste, damit diese auch später noch elektronisch gelesen werden kann. Auch wenn der Veranstalter noch über kein elektronisches Lesegerät verfügt, sollte der Teilnehmer seinen Barcode auf die Teilnehmerliste aufkleben.

Teilnahme-Bescheinigung: Elektronische Datenverarbeitung ist zwar praktisch, aber störanfällig. Eine Festplatte kann kaputt gehen, ein Laptop gestohlen werden. In diesem Fall braucht jeder Teilnehmer noch die Papierbescheinigung, um seine Teilnahme gegenüber der Kammer nachweisen zu können. Die Bescheinigung dient auch als Nachweis für das Finanzamt.

Datensicherheit: Von den Daten des Teilnehmers wird nur die EFN vom Veranstalter gespeichert und weitergeleitet. Diese Nummer kann von keinem Außenstehenden mit einem Namen und einer Adresse in Verbindung gebracht werden. Nur die Kammer kann die Nummer dem Mitglied zuordnen und damit das Punktekonto führen.

Fortbildung bei einer anderen Psychotherapeutenkammer: Bisher nutzen die Psychotherapeutenkammer NRW und die

Landespsychotherapeutenkammer Rheinland Pfalz das PTKIV.

Fortbildung bei einer Ärztekammer: Ärztekammern betreiben ein ähnliches elektronisches Fortbildungskonto. Die Ärztekammern nennen es den EIV: Elektronischer Informationsverteiler. PTKIV und EIV können Daten austauschen. PTKIV wurde von Anfang an so konzipiert. Die Psychotherapeutenkammern und die BPtK führen zurzeit Gespräche mit der Bundesärztekammer über einen Datenaustausch. Für die Registrierung von Fortbildungen bei einer Ärztekammer benötigt die Psychotherapeutenkammer bis dahin noch die schriftliche Bescheinigung der Fortbildungen bei Ärztekammern.

Tätigkeitsprofil: PP und KJP

Ausschuss Psychotherapie in der ambulanten Versorgung

Der Ausschuss Psychotherapie in der ambulanten Versorgung hat in der vergangenen Wahlperiode ein Tätigkeitsprofil des Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erarbeitet. Das Profil wurde zur Diskussion der „Vision 2015“ an die BPtK weitergeleitet.

Der Ausschuss würdigte die positiven Entwicklungen der vergangenen Jahre: Mit dem Psychotherapeutengesetz wurde das Erstzugangsrecht für die Patienten zum Psychotherapeuten festgeschrieben und damit der Zugang zur notwendigen Behandlung erleichtert. Das Gesetz schafft eindeutige rechtliche Grundlagen für den Berufstand der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Es sichert Titelschutz, Definition der Qualifikation und die Festlegung beruflicher Standards und Qualitätsnormen und bietet damit den Patienten eine sichere Orientierung. Aus- und Fortbildungsrichtlinien garantieren die Qualität der psychotherapeutischen Versorgung auf hohem Niveau. Die gesellschaftliche Akzeptanz psychotherapeutischer Tätigkeit ist gewachsen. Rechtliche

und gesundheitspolitische Entwicklungen haben der Gleichwertigkeit psychischer Erkrankungen mit somatischen Erkrankungen Rechnung getragen.

Kritisch bewertet der Ausschuss die Festbeschreibung der defizitären Versorgungssituation. Die psychotherapeutische Unterversorgung mit teilweise unzumutbaren Wartezeiten droht fixiert zu werden. Das Verfahrensspektrum erfährt eine Einnengung: Im sozialrechtlich geregelten ambulanten Versorgungsbereich (Kostenübernahme durch Krankenkassen) werden die Psychotherapieverfahren auf die sog. Richtlinienverfahren beschränkt (analytische Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie), wogegen im Bereich der Beratungsstellen und der stationären Versorgung ein breiteres Spektrum erprobter und effektiver therapeutischer Verfahren und Methoden zur Anwendung kommt. Die Therapiequalität ist gefährdet: Es gibt einen zunehmenden ökonomisch begründeten Zwang zu standardisierten und möglichst kurzen Behandlungen. Dadurch bleibt zu wenig Raum für Entwicklungen und Umstrukturierungen, für ein vertieftes Verständnis seelischer Zusammenhänge. Für die Erarbeitung kreativer Lösungen und für deren allmähliche Umsetzung im Lebensalltag des Patienten bleibt zu wenig Zeit. Der Zugang zur Psychotherapie wird erschwert: Im Rahmen der sog. Hausarztmodelle wird der Versuch unternommen, das gesetzlich festgelegte Erstzugangsrecht zu unterlaufen. Die nicht selten mit Scham- und Schuldgefühlen besetzte Schwelle, einen Psychotherapeuten aufzusuchen, würde dadurch erhöht. Ein wesentlicher gesundheitspolitischer Fortschritt der letzten Jahre würde so wieder rückgängig gemacht.

Langfassung: www.ptk-nrw.de

Geschäftsstelle

Willstätterstr. 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211/52 28 47-0
Fax 0211/52 28 47-15
Mo – Do 8.30 – 16.30 Uhr
Fr 8.30 – 14.30 Uhr
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Bekanntmachung des Hauptwahlleiters der PTK NRW

Gemäß § 23 Abs. 3 i.V.m. § 21 Abs. 9 der Wahlordnung für die Wahl zu den Kammerversammlungen der Heilberufskammern in der Fassung der Verordnung vom 11. Juli 1996 gebe ich bekannt:

Herr Henry Kessler, Wahlkreis Köln Psychologischer Psychotherapeut, Vorschlag „Kooperative Liste“ hat am 13.03.2007 den Verzicht auf den Sitz in der Kammerversammlung erklärt. Nachgerückt ist Frau Gabriele Fischer, Wahlkreis Köln, Psychologische Psychotherapeutin, Vorschlag „Kooperative Liste“.

Gez.

*Dr. jur. Peter Abels
Hauptwahlleiter*

Beratung am Telefon Berufsrechtliche Beratung durch den Juristen

Mi.: 14.00-15.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 0

Mitgliederberatung durch den Vorstand

Mo: 12.30-14.00 Uhr
Di: 12.30-13.00 Uhr
18.30-19.30 Uhr
Mi: 13.00-14.00 Uhr
Fr: 11.00-12.00 Uhr
12.30-13.00 Uhr

Telefon 0211 / 52 28 47 27

Anfragen Fortbildungsakkreditierung

Mo – Do: 13.00-15.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 26

Anfragen Fortbildungskonto

Mo – Do: 13.00-15.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 31

Sprechstunde der Präsidentin

Mo: 12.00-13.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 0

Mitteilungen der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer

Kammer der ostdeutschen Psychotherapeuten hat ihre Arbeit aufgenommen – Die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer (OPK) ist seit dem 31.3.2007 mit an die 1800 Mitgliedern ebenfalls Mitglied der Bundespsychotherapeutenkammer.

Leipzig (dür). In großer Geschlossenheit konstituierte sich vom 30.3. bis 1.4.2007 in Leipzig die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer (OPK), die gegenwärtig 1.746 Mitglieder, davon 190 Kinder- und Jugendpsychotherapeuten (KJP), sowie 784 inaktive Mitglieder repräsentiert. An der Wahl zum Kammerparlament der ostdeutschen Psychotherapeuten hatten sich 67 Prozent der OPK-Mitglieder beteiligt.

Dipl.-Psych. Beate Caspar vom Errichtungsausschuß und der Vertreter des sächsischen Sozialministeriums Jürgen Hommel konnten alle frisch gewählten Mitglieder der Kammerversammlung in der sächsischen Messemetropole, dem künftigen Sitz der OPK, begrüßen. Der Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer Professor Dr. Rainer Richter würdigte besonders den länderübergreifenden Zusammenschluß zu einer gemeinsamen Kammer der fünf Bundesländer und unterstrich den Wunsch einer guten Zusammenarbeit auf Bundesebene.

Vor der Wahl des Vorstandes nahmen die Delegierten die Berichte des Errichtungsausschusses und seiner Kommission entgegen, stimmten dem Jahresabschluß 2006 zu, erteilten Entlastung und dankten für die geleistete Arbeit.

Zur Wahl als Präsident/Präsidentin kandidierten M.A.M.S. Andrea Mrazek (Sachsen) und Dr. Wolfram Rosendahl (Sachsen-Anhalt). Gewählt wurde Andrea Mrazek. Bei der Wahl zum Vizepräsident setzte sich Dr. Wolfram Rosendahl gegen Dipl.-Psych. Frank Massow (KJP, Sachsen) durch.

Als Beisitzer für den OPK-Vorstand wählten die Delegierten die Dipl.-Psych. Dietmar Schröder (Brandenburg), Dr. Gregor Peikert (Thüringen), Dr. Helga Bernt (Mecklenburg-Vorpommern), sowie Dipl.-Päd. Johannes Weisang als Vertreter der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP).

und Geschäftsordnung und den Ausschuss für Berufsordnung und Berufsethik mit den gleichen Personen zu besetzen. Beide Ausschüsse sollen nicht mehr als sechs Mitglieder haben. Es muß mindestens ein Mitglied jeder Berufsgruppe (PP, KJP) vertreten sein. Gewählt wurden fünf Mitglieder, Vorsitzender ist Dipl.-Psych. Jens Kühn (Sachsen-Anhalt). Nächste Aufgabe des Sitzungsausschusses wird die Erarbeitung der Berufs- und einer Verfahrensordnung sein.



Dr. Gregor Peikert

In den Ausschuss für Finanzen wählten die Delegierten ebenfalls fünf Mitglieder, Vorsitzende ist Dipl.-Psych. Ragna Richter (Mecklenburg-Vorpommern).

Der Ausschuss für Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie für Qualitätssicherung soll aus acht Mitgliedern bestehen, wobei sich eine fünfköpfige Arbeitsgruppe mit Fragen der Aus-, Fort- und Weiterbildung befassen wird und drei Mitglieder in einer Arbeitsgruppe für Qualitätssicherung tätig sein werden. Der Fortbildungsausschuss bekam den dringenden Arbeitsauftrag, umgehend die Verfahrensweise zur Zertifizierung der Fortbildungsveranstaltungen und die Gebührenverwaltung zu regeln. Anträge sollen zunächst an Dr. Thomas Guthke, Uniklinik Leipzig, Liebigstraße 22 A, 04103 Leipzig gerichtet werden.



Vizepräsident Dr. Wolfram Rosendahl



Dipl.-Psych. Dietmar Schröder

Am zweiten Tag diskutierte die Kammerversammlung über die Errichtung der Ausschüsse und wählte deren Mitglieder. Die Delegierten stimmten dem Vorschlag der Präsidentin zu, den Ausschuss für Satzung



Dr. Helga Berat

In den Schlichtungsausschuss wählte die Kammerversammlung drei und in den Ausschuss für besondere Angelegenheiten der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten fünf Mitglieder mit Dipl.-Psych. Frank Massow als Vorsitzendem. Der KJP-Ausschuss wird zunächst bis zur nächsten Kammerversammlung tätig und soll dort eine erste Analyse zur schwierigen Versorgungssituation mit KJP's in den neu-

en Bundesländern vorlegen. Für die Bildung eines gemeinsamen Ausschusses/Beirates mit den Landesärztekammern berief die OPK ebenfalls fünf Mitglieder.

Die Delegierten stimmten einstimmig für den Beitritt zur Bundespsychotherapeuten-



Dipl.-Päd. Johannes Weisang

kammer. Dank der vom Errichtungsausschuß vorgelegten Entwürfe konnten auch bereits die Geschäftsordnung, eine Fort-

bildungsordnung, die Entschädigungs- und Gebührenordnung sowie der Haushaltsentwurf für 2007 verabschiedet werden.

Zur Bundesdelegiertenversammlung entsendet die OPK neben Präsidentin und Vizepräsident einen Vertreter der KJP's sowie zwei weitere Vertreter für jedes der fünf Bundesländer. Die Kammerversammlung wählte Delegierte und Stellvertreter.

Die zweite OPK-Kammerversammlung wird am 23./24. November 2007 stattfinden.

Nächste Amtshandlungen des Vorstandes und der Ausschüsse sind die Anmietung der Geschäftsstelle in Leipzig, die Herausgabe eines Mitteilungsdienstes für die Mitglieder, die Erarbeitung einer Berufs- und Verfahrensordnung und die Regelung zur Zertifizierung von Fortbildungen. Geprüft werden muß zudem die Frage der Errichtung eines Versorgungswerkes für die ostdeutschen Psychotherapeuten.

Mühsamer und beeindruckender Weg zur Errichtung der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer – ein Rückblick aus dem Blickwinkel des Errichtungsausschusses

Die konstituierende Sitzung der ersten Kammerversammlung und die Wahl des neuen Vorstandes am 30. März bis 1. April 2007 in Leipzig waren der letzte formale Schritt zur Kammergründung. Der Errichtungsausschuss schloss damit eine sehr arbeitsreiche, aber auch sehr erfolgreiche Etappe ab. Beate Caspar und Johannes Pabel, Vorsitzende und stellvertretender Vorsitzender des Errichtungsausschusses, ließen zu Beginn der Tagung mit dem Vorstandsbericht des Errichtungsausschusses den mühsamen und gleichzeitig beeindruckenden Weg bei der Errichtung der länderübergreifenden Kammer Revue passieren.

Unter Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist die Geschichte der gemeinsamen Bemühungen um das Psychotherapeutengesetz wohlbekannt. Der Einsatz gerade der ostdeutschen Psychotherapeuten für die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgungslandschaft mag

die Meinungsbildung der Politiker mitbeeinflusst haben, als sie 1998 das lang erwartete Psychotherapeutengesetz auf den Weg brachten. Auch in jedem der neuen Bundesländer begannen nach Inkrafttreten dieses Gesetzes 1999 Bemühungen der Berufsangehörigen um dessen Durchsetzung und um die Bildung von Kammern. Es entstanden Kammererrichtungsgruppen, die zum Teil rasch als Errichtungsausschüsse von den Landesministerien berufen worden waren.

Dort entstanden Bedenken, der Versorgungsmangel in der Psychotherapie, der in den neuen Ländern herrscht, würde sich auch in den voraussichtlichen Mitgliederzahlen und damit auch in der Wirksamkeit einzelner Länderkammern im Vergleich mit den Altbundesländern wieder spiegeln. Daher nahmen bald gemeinsame Überlegungen der Errichtungsgruppen und der Vertreter der Sozialministerien für eine länderübergreifende Kammer Gestalt an, wobei das Erfordernis zum Abschluss

eines Staatsvertrages die für den Kammeraufbau engagierte Fachschaft gewiss noch abenteuerlich anmuten mochte.

Caspar und Pabel erinnerten an Vorüberlegungen im Sommer 2002 in Sachsen-Anhalt, einen gemeinsamen Aufruf der Errichtungsausschüsse Sachsen und Thüringen im Dezember 2002 und an das Votum der Vollversammlung der psychotherapeutisch tätigen Kolleginnen und Kollegen Sachsen-Anhalts im Januar 2003.

Als entscheidendes Datum gilt der 22. März 2003 mit der ersten Zusammenkunft der Errichtungsausschüsse der Länder Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen, auf der ein Beschluss zur Bildung einer länderübergreifenden Kammer der PP und KJP dieser drei Länder gefasst, die Ministerien um Vorbereitung eines Staatsvertrages gebeten und die Option des Beitrittes weiterer Bundesländer aufgenommen wurde. Die Errichtungsgruppen Mecklenburgs

und Brandenburgs wurden von dort aus um ihre Absichtsäußerungen gebeten.

Am 23. Mai 2003 konnte eine länderübergreifende Errichtungsguppe aller fünf neuen Bundesländer gebildet werden, die auf fünf feste Mitglieder pro Land sowie weitere Kolleginnen und Kollegen, die ihre thematische Mitarbeit in Arbeitsgruppen zugesagt hatten, bauen konnte. Bereits an diesem Tag sind die Grundsteine für das nun fast „fertiggestellte Haus“ gelegt worden: Der Name der Kammer, der Sitz in Leipzig, die Orientierung am sächsischen Heilberufekammergesetz, die Struktur der Kammerversammlung. Auch zur Verantwortlichkeit für die in den beteiligten Ländern bis dahin geleisteten Vorarbeiten durch die zukünftige gemeinsame Kammer gab es ein klares Votum.

Die Folgezeit ist charakterisiert von der engagierten Arbeit mehrerer Arbeitsgruppen um die Formulierung der Inhalte, die sich im Staatsvertrag und in den Satzungen niederschlagen und die Grundzüge der späteren organisatorischen Arbeit der Kammer vorausplanen sollten. So bildete sich bereits eine Struktur ab, die sich über die späteren Kommissionen bis hin zu den jetzt gebildeten Ausschüssen als den Arbeitsgremien der Kammer weiterverfolgen lässt.

Caspar und Pabel würdigten besonders die Arbeitsgruppe, die als spätere Fortbildungskommission rasch die gesetzlichen Anforderungen umsetzte, welche seit 2004 für die Fortbildung und Qualitätssicherung

der Arbeit der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gelten und die auch als Gremium zur Zertifizierung von Fortbildungsveranstaltungen sofort ihre Arbeit aufnahm. Die Zeit des mühsamen parlamentarischen Weges, den die Verabschiedung des Staatsvertrages und die Änderung des sächsischen Heilberufekammergesetzes nehmen musste, konnte zur fast vollständigen Fertigstellung der nötigen Satzungen genutzt werden.

Am 8. April 2006 war endlich der Tag der Berufung des Errichtungsausschusses gekommen, da der Staatsvertrag zum 01.04. 2006 in Kraft getreten war. Der zehnköpfige Ausschuss (zwei Mitglieder pro Land) hatte in enger Zusammenarbeit mit den thematischen Kommissionen für Satzung, Wahl, Finanzen und Fortbildung in kürzester Zeit die notwendigen Satzungen zu verabschieden, die Mitgliederverzeichnisse aus den uneinheitlichen und kaum aktualisierten Datenpools, die in den Ländern zur Verfügung standen, zu erstellen und einen Anmeldungsmodus zu installieren, die Beitragserhebung zur Sicherung der materiellen Grundlage der Kammerarbeit einzurichten und die Wahl der Mitglieder der ersten Kammerversammlung vorzubereiten und durchzuführen. Diese in einem Satz genannten Aufgaben drohten in Wirklichkeit in ihrem Umfang oft die Grenzen der zur Verfügung stehenden Organisationskapazität zu sprengen. Hier ist den unermüdet im Hintergrund wirkenden MitarbeiterInnen der Ausschussmitglieder herzlich zu danken, insbeson-

dere denen in der Praxis der Ausschussvorsitzenden Frau Caspar. Aber auch dank des oft ganz persönlichen Einsatzes der Vertragspartner, wie des Servicecenter Psychologie in Dresden, der Deutschen Kreditbank AG in Halle, des Anwaltsbüros Immen in Dresden und der Steuer- und Rechtsanwaltssozietät BTK in Halle war es möglich, diese Aufgaben den Anforderungen einer Körperschaft öffentlichen Rechts angemessen und letztlich prüffähig zu bewältigen. Das bestätigt das vorgestellte Ergebnis der Wirtschaftsprüfung.

Eine spezielle Würdigung soll an dieser Stelle die Unterstützung und Beratung durch die zuständigen Vertreter der Sozialministerien der beteiligten Länder erfahren. Besonderer Dank gilt hierbei dem Referatsleiter des sächsischen Sozialministeriums, Herrn Jürgen Hommel, der als Verantwortlicher der aufsichtsführenden Behörde die satzungsrechtliche Arbeit engagiert, aber auch geduldig, begleitet und mitgestaltet hat.

Zum Abschluss der Errichtungstätigkeit dankten Caspar und Pabel den Mitgliedern des Errichtungsausschusses und seiner Kommissionen, den Wegbereitern in der beschriebenen Zeit zuvor und den Helfern für ihre unermüdetliche Arbeit. Die jetzt etablierte Kammer wird im Herbst alle aktiv an der Errichtung beteiligten Personen in einem festlichen Rahmen öffentlich würdigen, so dass alle Namen, die in diesem Artikel bewusst ausgespart wurden, genannt werden können.

Vorhaben und Termine der OPK-Ausschüsse

Finanzausschuss: Der Finanzausschuss setzt sich zusammen aus: Klemens Färber (Brandenburg), Angela Gröber (Sachsen), Silke Langen (Thüringen), Ragna Richter (Mecklenburg-Vorpom-

mern) und Barbara Zimmermann (Sachsen-Anhalt). Die erste Sitzung wird am 1.6.2007 stattfinden. Auf der Tagesordnung stehen bisher die Wahl eines/r Vorsitzenden, die Bearbeitung unter an-

derem der Entschädigungsordnung sowie ein erster Informationsaustausch über die finanzielle Situation der OPK, erläutert Ragna Richter.

Grusswort der sächsischen Gesundheitsministerin Helma Orosz zur Konstituierung der OPK

Am 30.03.2007 fand die konstituierende Sitzung der Kammerversammlung der „Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer

(OPK)“ in Leipzig statt. Damit ist nach sechsjähriger Vorbereitungszeit die Gründungsphase der OPK abgeschlossen. Diese

länderübergreifende Kammer, der alle Psychologischen Psychotherapeuten/innen und Kinder- und Jugendlichenpsychothe-

rapeuten/innen aus den neuen Ländern angehören, ist einmalig in Deutschland.

Ich freue mich, dass es gelungen ist, eine berufsständige Vertretung zu etablieren, die über Landesgrenzen und parteipolitische Grenzen hinweg die ostdeutschen Psychotherapeuten vertritt. Vor-

dringliche Aufgabe der Kammer wird der Erlass einer für alle Psychotherapeuten verbindlichen Berufsordnung sein, die die verschiedenen Strömungen der einzelnen Therapierichtungen auffängt und so zu einem einheitlichen Berufsbild beiträgt. Zu den wichtigsten Aufgaben der Kammer zähle ich ferner die konti-

nuierliche Fortbildung der Kammermitglieder zum Wohle unserer Patientinnen und Patienten.

Der neu gewählten ersten Kammerpräsidentin, Frau Andrea Mrazek aus Radebeul, wünsche ich Erfolg, Kraft und Ausdauer bei der Ausübung ihres Amtes.

Ausschuss für Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Qualitätssicherung

Der Ausschuss mit insgesamt 8 Mitgliedern besteht aus zwei Arbeitsgruppen:

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Herr Dr. Thomas Guthke (Vorsitzender)
Frau Dr. Martina Hartmann
Frau Dipl.-Psych. Martina Bahnsen
Herr Dipl.-Psych. Jürgen Golombek
Herr Dr. Wolfgang Pilz

Qualitätssicherung

Frau Dipl.-Psych. Beate Caspar
Herr Dr. Hans-Joachim Meisel
Herr Dr. habil. Jörg Schumacher

In der Kammerversammlung wurde die Fortbildungsordnung beschlossen, wobei als ein wichtiges Signal zur Förderung von Fortbildungen und zur Entbürokratisierung die Zertifizierung von Fortbildungsveranstaltungen zukünftig kostenfrei ist. Auch können jetzt Fortbildungsveranstalter zertifiziert werden und es gibt Empfehlungen zur interaktiven strukturierten Fortbildung. In den nächsten Monaten wird der Ausschuss u.a. Ausführungsbestimmungen zum Erwerb des Fortbildungszertifikats für die einzelnen Kammermitglieder und Kriterien für die Anerkennung als Supervisor/OPK erarbeiten. Des Weiteren wer-

den die Voraussetzungen geschaffen werden, die Anträge online stellen zu können. Bis zur Etablierung dieser Möglichkeiten sowie der Geschäftsstelle können die Anträge an den:

Fortbildungsausschuss der OPK
c/o Dr. Thomas Guthke
Tagesklinik für kognitive Neurologie
Universitätsklinikum Leipzig
Liebigstr. 22a
04103 Leipzig
E-Mail: thomas.guthke@medizin.uni-leipzig.de
gesandt werden.

Arbeitsaufträge an Ausschuss Satzung/Berufsordnung

Auf der konstituierenden Sitzung der Kammerversammlung wurden die satzungsgemäß zu bildenden Ausschüsse für Satzung und Geschäftsordnung sowie für Berufsordnung und Berufsethik gebildet und personengleich besetzt. Die folgenden Kolleginnen und Kollegen wurden in diese Ausschüsse gewählt:

Friedemann Belz (Brandenburg)
Dr. Jürgen Friedrich (Mecklenburg-Vorpommern)
Margitta Wonneberger (Sachsen)
Jens Kühn (Sachsen-Anhalt)
Christiane Rottmayer (Thüringen)
Anne Fallis (Vertreterin der KJP)

Gemäß Beschluss der Kammerversammlung wurde als dringlichster Arbeitsauftrag die Erarbeitung einer Berufsordnung festgelegt. Hierzu wurden in der Gründungsphase der OPK noch keine Vorarbeiten realisiert. Daher wird sich der Ausschuss zunächst der Aufgabe widmen, ausgehend von der Musterberufsordnung der BPTK inhaltliche Schwerpunkte zu sammeln und zu diskutieren. Dabei ist es anzustreben, dass die zu erarbeitende Berufsordnung die vielfältigen und gewachsenen Erfahrungen unseres Berufsstandes in den beteiligten Ländern lebendig widerspiegelt. Bis zur nächsten Sitzung der Kammerversammlung im November 2007 ist die-

ser Entwurf der Berufsordnung zu erarbeiten. Weiterhin ist dann im nächsten Schritt der Entwurf einer Verfahrensordnung zu erarbeitengesandt werden.

Geschäftsstelle

OPK – kom. Geschäftsstelle
06656 Weißenfels
Tel. 03443/305355
Fax 03443/231520
opk@gmx.info
www.ihre-opk.de
Telefonische Sprechzeiten:
Mi. 11.00 – 13.00 Uhr

Mitteilungen der LandesPsychotherapeuten-Kammer Rheinland-Pfalz

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Im Frühjahr 2007 fanden die Wahlen zur Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz statt. Die *Gemeinsame Liste* stellt zwölf Vertreter, die Liste *Transparenz und Gerechtigkeit* acht Vertreter und die Liste *TIMO* fünf Vertreter. Die Wahlergebnisse sind ausführlich auf der Homepage der LPK dargestellt.

Am 24. März kamen die Vertreter der zweiten Amtsperiode zu ihrer konstituie-

renden Sitzung zusammen und wählten in kollegialer Atmosphäre den neuen Vorstand, die Mitglieder der Ausschüsse und die Delegierten zum Deutschen Psychotherapeutentag.

Der Vorstand und die Ausschüsse der ersten Amtsperiode dokumentierten ihre Arbeit in einem umfassenden Tätigkeitsbericht, der den Kammermitgliedern zugesandt wurde. Allen Kolleginnen und Kollegen, die sich in der ersten Amts-

periode im Vorstand, in der Vertreterversammlung, in den Ausschüssen oder in anderen Kammergremien verdient gemacht haben, sei an dieser Stelle im Namen des neuen Vorstandes für ihr Engagement gedankt.

Mit kollegialen Grüßen!

Sascha Gönner

Bericht von der Vertreterversammlung am 24. März 2007

Am 24. März kamen die Vertreter der ersten Wahlperiode ein letztes Mal und die neu gewählten Kammervorteiler zu ihrer konstituierenden Sitzung für die zweite Wahlperiode zusammen. Auf der Tagesordnung stand nach dem Bericht des scheidenden Vorstandes und der Geschäftsführung zunächst die Verabschiedung und Würdigung der geleisteten ehrenamtlichen Arbeit und des Engagements des bisherigen Vorstandes, der Mitglieder der Ausschüsse und anderer Kammergremien sowie der Vertreter der ersten Kammerperiode. Der Präsident dankte insbesondere auch den Kolleginnen und Kollegen, die im Gründungsausschuss tätig waren und dort Pionierarbeit geleistet haben und betonte, dass in der ersten Amtsperiode viel Arbeit beim Aufbau der Kammer und in den Selbstverwaltungsgremien geleistet worden sei.

Scheidende Vertreter der ersten Amtsperiode

16 Mitglieder der ersten Amtsperiode gehören der neuen Vertreterversammlung nicht mehr an:



Von links: Herr Dr. Schmeiser im Gespräch mit Herrn Staub und Herrn Kappauf

Frau Dr. Birgit Albs-Fichtenberg war von März 2002 bis 2007 Mitglied der Vertreterversammlung und bis März 2004 auch Mitglied des Ausschusses Fortbildung und Qualitätssicherung.

Frau Ilka Burucker, von Mai 2001 bis März 2007 Mitglied des Gründungsausschusses bzw. der Vertreterversammlung, bekleide-

te das Amt der Vorsitzenden des Ausschusses für Berufsordnung und Ethik, seit Mai 2003 war sie außerdem stellvertretende Delegierte zum Deutschen Psychotherapeutentag (DPT).

Herr Andreas Dehmlow engagierte sich von Januar 2002 bis März 2007 als Mitglied der Vertreterversammlung und gleich-

zeitig auch als Mitglied des Ausschusses für die besonderen Belange der Angestellten.

Herr Dr. Wolf-Dieter Dormann war von Januar 2002 bis März 2007 Mitglied der Vertreterversammlung und Vorsitzender des Ausschusses für die besonderen Belange der Angestellten. Daneben hatte er auch die Funktion des Kassenprüfers, der der Vertreterversammlung jährlich über die Kassenführung der Geschäftsstelle berichtete.

Herr Erhard Eschbach war von Mai 2001 bis März 2007 Mitglied des Gründungsausschusses bzw. der Vertreterversammlung.

Herr Dr. Thomas Franke hat sich von Januar 2002 bis März 2007 als Mitglied der Vertreterversammlung und des Schlichtungsausschusses engagiert.

Frau Elisabeth Götzinger war in mehreren Funktionen tätig: von Mai 2001 bis März 2007 als Mitglied des Gründungsausschusses bzw. der Vertreterversammlung, ferner war sie Mitglied des Ausschusses Fortbildung und Qualitätssicherung und Delegierte zum DPT. Im Auftrag des Vorstandes nimmt sie seit 2006 an einer Arbeitsgruppe des Landespsychiatriebeirats teil.

Frau Margit Holzer-Herzhauser war von Mai 2001 bis März 2007 Mitglied des Gründungsausschusses bzw. der Vertreterversammlung und Mitglied des Ausschusses für die besonderen Belange der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Frau Gabriele Kunz war von Mai 2001 bis März 2007 Mitglied des Gründungsausschusses bzw. der Vertreterversammlung sowie ab Januar 2002 Mitglied des Vorstandes. Ihr Arbeitsgebiet dort war u.a. die Betreuung der Ausschüsse Berufsordnung und Ethik sowie KJP. Sie sorgte dafür, dass die mit dem besonderen Aufgabenfeld der Beratungsstellen verbundenen Probleme der dort tätigen Mitglieder immer mit im Blickfeld der Vorstandsarbeit war.

Herr Dr. Paul Nilges war von Mai 2001 bis März 2007 stellvertretendes Mitglied im

Gründungsausschuss sowie der Vertreterversammlung. Ferner war er Mitglied im Ausschuss für die besonderen Belange der Angestellten und hat die LPK im Gemeinsamen Beirat mit der Ärztekammer vertreten.

Herr Priv.-Doz. Dr. Udo Porsch engagierte sich von Januar 2002 bis März 2007 als Mitglied der Vertreterversammlung und Vorsitzender des Ausschusses für Fortbildung und Qualitätssicherung.

Herr Walter Roscher war von Januar 2002 bis März 2007 Mitglied der Vertreterversammlung und ab März 2003 Vorsitzender des Finanzausschusses.

Frau Prof. Dr. Annette Schröder hat von Mai 2001 als stellvertretende Vorsitzende des Gründungsausschusses wesentlich an dem Aufbau der Kammer mitgewirkt und war danach bis März 2007 Mitglied der Vertreterversammlung, ferner war sie Mitglied im Ausschuss für Aus- und Weiterbildung.

Frau Monika Weyrauch war von Januar 2002 bis März 2007 Mitglied der Vertreterversammlung und Mitglied des Schlichtungsausschusses.

Herr Dr. Hans Willenberg war von Januar 2002 bis März 2007 Mitglied der Vertreterversammlung und alternierender Vorsitzender im Gemeinsamen Beirat mit der Landesärztekammer.

Ferner wurde Herrn Dr. Müller Anerkennung für sein Engagement ausgesprochen, der von August 2002 bis März 2007 das Amt des Vorsitzenden des Schlichtungsausschusses bekleidete und die Kammer als Jurist in berufsrechtlichen Fragen und bei der Erarbeitung der Berufsordnung mit Rat und Tat unterstützte.

Ein besonderer Dank gilt auch den Kolleginnen und Kollegen, die, ohne Mitglied der Vertreterversammlung zu sein, in der ersten Legislaturperiode sich in die Arbeit der Ausschüsse eingebracht und so manchen Abend oder Samstag hierfür geopfert haben.

Ausschuss für die besonderen Belange der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten:

Frau Ada van der Auwera, seit 2002 als Mitglied,
Frau Edith Kreuß ab 2002 als Mitglied und ab 2004 auch als Ausschuss-Vorsitzende.

Ausschuss Aus- und Weiterbildung:
Frau Dr. Sigrid Schiller, seit 2002 Mitglied und ab 2005 Vorsitzende.

Ausschuss Berufsordnung und Ethik:
Herr Siegbert Plischke, von Beginn an Mitglied des Ausschusses

Ausschuss Fortbildung und Qualitätssicherung:
Herr Peter Kraft, Mitglied seit 2004,
Herr Dr. Sebastian Murken, seit 2002.

Wahlen des Vorstandes, der Delegierten zum DPT und der Mitglieder der Ausschüsse

Satzungsgemäß wählten die Vertreter in ihrer konstituierenden Sitzung den neuen Kammervorstand und die Mitglieder der Ausschüsse.

Als *Präsident* der Kammer wurde Herr Alfred Kappauf in seinem Amt bestätigt.

Zur *Vizepräsidentin* wurde Frau Dr. Andrea Benecke gewählt und als

Beisitzer Herr Manfred Kießling, Herr Sascha Gönner und Herr Jürgen Kammler-Kaerlein, der bereits in der ersten Amtsperiode dem Vorstand angehörte.

Als positives Signal für eine erfolgreiche, kooperative zukünftige Kammerarbeit kann gewertet werden, dass sich Vertreter aller Listen bereits vor der Wahl auf gemeinsame Ziele einigen konnten und auch kontroverse Positionen kollegial und konstruktiv diskutiert wurden mit dem Bestreben, den unterschiedlichen Interessen verschiedener Gruppierungen möglichst gerecht zu werden. Im neuen Vorstand sind alle Listen vertreten und jedes Vorstandsmitglied wurde mit überzeugender Mehrheit gewählt, worin eine kooperative und integrative Haltung über alle Listen hinweg zum Ausdruck kommt. Gleiches kann auch für die weiteren Wahlen konstatiert wer-



Der neue Vorstand der LPK Rheinland-Pfalz (von links): Jürgen Kammler-Kaerlein, Alfred Kappauf (Präsident), Dr. Andrea Benecke (Vizepräsidentin), Manfred Kießling, Sascha Gönner

den. In der nachfolgenden Übersicht sind die Delegierten zum Deutschen Psychotherapeutentag und die Mitglieder der verschiedenen Ausschüsse (in Klammern jeweils die Vertreter) aufgeführt:

Delegierte zum Deutschen Psychotherapeutentag:

Herr Alfred Kappauf (Herr Manfred Kießling),
Herr Dieter Best (Herr Dr. Dietmar Schmeiser),
Frau Jutta Enggruber (Herr Bernd Liebler),
Frau Prof. Dr. Ursula Luka-Krausgrill (Frau Dr. Annelie Scharfenstein),
Herr Hans-Jochen Weidhaas (Frau Gisela Rohrer).

Ausschuss für die Belange der Angestellten:

Frau Gabriele Kunz, Herr Bernd Liebler,
Frau Prof. Dr. Ursula Luka-Krausgrill, Herr Dr. Robert Rohmfeld, Herr Andreas Stamm.

Ausschuss Berufsordnung und Ethik:

Frau Marita Kaiser-Klute, Herr Rolf Schüler-Brandenburger, Herr Richard Tank.

Ausschuss Aus- und Weiterbildung:

Frau Dr. Gaby Bleichhardt, Herr Werner Dinkelbach, Frau Susanne Janz.

Ausschuss Fortbildung und Qualitätssicherung:

Herr Dr. Arthur Günthner, Herr Bernd Murk, Frau Dr. Annelie Scharfenstein, Frau Gabriele Stephan.

Finanzausschuss:

Frau Jutta Enggruber, Herr Walter Roscher, Herr Peter Andreas Staub.

Schlichtungsausschuss:

Beisitzer: Frau Annette Imann-Steinhauer und Frau Dr. Karoline Weiland-Heil (Stellvertreter: Herr Christoph Lohmeyer-Zenz und Herr Richard Tank);

Patientenvertreter:

Frau Monika Zindorf, Herr Gisbert Jung.

Die Besetzung des Ausschussvorsitzenden, der die Befähigung zum Richteramt besitzen muss, steht derzeit noch aus, nachdem Herr Dr. Müller nicht mehr zur Verfügung steht.

Gemeinsamer Beirat mit der LÄK:

Frau Christine Bühler, Frau Dr. Susanne Dormann, Frau Stefanie Keßeler-Scheler und Herr Peter Andreas Staub (Stellvertreter: Herr Dr. Schmeiser und Frau Dr. Scharfenstein).

Es wurde bei der Besetzung der Ausschüsse besonders darauf geachtet, dass die Mitglieder möglichst alle Bereiche der unterschiedlichen Tätigkeitsfelder vertreten. Aus diesem Grund hat man auch den Angestellten-Ausschuss um zwei Mitglieder auf fünf erweitert und damit die Chance geschaffen, dass die Kliniken wie die Beratungsstellen ein ausreichendes Forum haben.

Die Vertreterversammlung hat entschieden, in dieser Legislaturperiode keinen KJP-

Ausschuss zu wählen. Die bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, dass es sinnvoller und effektiver ist, dass die Belange der KJP in den unterschiedlichen Bereichen erörtert und vertreten werden müssen. Stattdessen wurde von der Vertreterversammlung festgelegt, dass in jedem Ausschuss mindestens ein KJP vertreten ist, der dann die Belange seiner Berufsgruppe unmittelbar in die Ausschussarbeit einbringen kann. Zusätzlich können dadurch Kosten gespart werden.

Weiterhin wurde von der Vertreterversammlung entschieden, vorerst keinen neuen Wahlausschuss einzusetzen.

Nachdem diese Sitzung dazu diente, die Organe der Kammer neu zu besetzen und die Strukturen der ehrenamtlichen Arbeit zu überarbeiten, wird die nächste Sitzung sich mit den Ergebnissen der Kammerarbeit und der zukünftigen politischen Ausrichtung nach innen und außen beschäftigen. Um den Gremien Zeit für intensive Arbeit zu geben, wurde deshalb beschlossen, in diesem Jahr nur noch eine Sitzung der Vertreterversammlung am Jahresende anzuberaumen. Die Ausschüsse haben zwischenzeitlich mit ihrer Arbeit begonnen. Der Vorstand hat in seiner Klausursitzung am 29.04.2007 die Arbeitsaufträge für die Ausschüsse formuliert. Jeder Ausschuss hat einen Ansprechpartner im Vorstand, der die Anliegen des Vorstandes im Ausschuss vertritt und dessen Feedback wieder in die Arbeit des Vorstandes und der Vertreterversammlung einbringt.

Wir werden an dieser Stelle regelmäßig über die Arbeit der einzelnen Ausschüsse berichten.

Abschluss des Wahlverfahrens

Gegen das von dem Wahlleiter mit Schreiben vom 27.01.2007 bekannt gegebene Wahlergebnis haben mehrere Kammermitglieder Einspruch erhoben. Sie haben damit argumentiert, dass der Listenverantwortliche einer Liste neben der gemeinsamen Aussendung der Wahlwerbeflyer von drei Listen durch die Kammer ein zweites Wahlschreiben versendet hat, bei dem er unerlaubt Adressmaterial aus dem Wählerverzeichnis verwendet hat. Durch diese Datenschutzverletzung habe sich diese Liste einen unlauteren Vorteil gegenüber einer der drei anderen Listen verschafft.

Der Wahlleiter hat zunächst ermittelt, ob das Wählerverzeichnis 2006 unerlaubt an

Privatpersonen gelangt ist und konnte feststellen, dass dies auf keinen Fall möglich war. Es gibt Hinweise darauf, dass Daten aus dem Wählerverzeichnis des Gründungsausschusses benutzt wurden, zweifelsfrei konnte aber nicht geklärt werden, wer diese zur Verfügung gestellt hat. Eindeutig ist nur, dass sie weder vom ehemaligen Vorstand noch der Geschäftsstelle kommen.

Der Wahlausschuss hat daneben den Landesdatenschutzbeauftragten zu seiner Einschätzung der Vorgänge befragt. Dieser hat in einer Stellungnahme vom 03.04.2007 erklärt, dass er bei der LPK keinen Verstoß gegen Datenschutzvorschriften

feststellen kann. Die Handhabung sowohl während der Gründungsphase als auch während der jetzigen Wahl wurde von ihm als korrekt und den Vorschriften entsprechend eingeschätzt. Sofern eine Einzelperson den Datenschutz missachtet habe, sei dies von einer anderen Behörde zu prüfen.

Der Wahlausschuss hatte in seiner Sitzung am 16.04.2007 zu prüfen, ob der datenschutzrechtliche Aspekt eine wahlentscheidende Rolle gespielt hat. Nach intensiver Prüfung und Beratung hat der Ausschuss dieses verneint und deshalb die Einsprüche zurückgewiesen.

Termine

Die nächste Vertreterversammlung findet am 08.12.2007 um 10.00 Uhr statt. Sitzungsort ist die LPK, Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30, 55130 Mainz.

Die Versammlung ist für Kammermitglieder öffentlich. Alle Mitglieder sind eingeladen, daran teilzunehmen.

Wir gedenken unserer verstorbenen Mitglieder

Karin Becker-Burnicki, Mainz
verstorben am 10. April 2007.

An diesen Seiten arbeiteten mit:

Birgit Heinrich, Sascha Gönner

Geschäftsstelle

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30
55130 Mainz
Tel 06131/5 70 38 13
Fax 06131/5 70 06 63
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de
telefonische Sprechzeiten:
Mo. – Fr. 10.00 – 12.30 Uhr und
Di. – Do. 14.00 – 16.00 Uhr

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes

KJP-Befragung

FORUM 17/18 (Sept./Nov. 2006)



Der Ausschuss KJP der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes hat im vergangenen Jahr eine Befragung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführt. Die Umfrageergebnisse sind im folgenden Artikel zusammengefasst.

Der Fragebogen beinhaltete 13 Fragen, die Fragen zwei und drei wurden zusammengefasst in einer Auswertung dargestellt:

1. In welchen Institutionen arbeiten Sie?
2. Welche Tätigkeiten üben Sie aus?
3. Wie viel Prozent was?
4. Arbeiten Sie überwiegend mit Kindern und Jugendlichen oder mit Erwachsenen?
5. Mit welchen Störungsbildern haben Sie zu tun?
6. In welcher Therapierichtung wurden Sie ausgebildet?
7. Besitzen Sie weitere Spezialisierungen?
8. Welchen Berufsverbänden gehören Sie an?
9. Haben Sie ergänzende oder alternative Vorstellungen zu der Arbeit in Ihrer Institution?
10. Welche konkreten Fortbildungsangebote interessieren Sie?
11. Welche Erwartungen haben Sie an die Kammerarbeit?
12. Möchten Sie sich in irgendeiner Form persönlich an der Kammerarbeit beteiligen?
13. Möchten Sie zu unserem zweimal im Jahr geplanten Stammtisch zur näheren Bekanntheit und zum Informationsaustausch kommen?

Die Fragen 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 12 und 13 wurden quantitativ betrachtet und die Fragen 7, 9, 10 und 11 qualitativ ausgewertet.

Die Gruppe

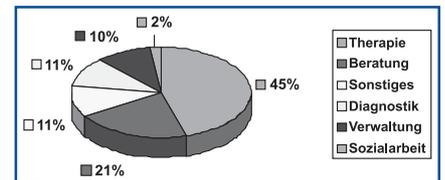
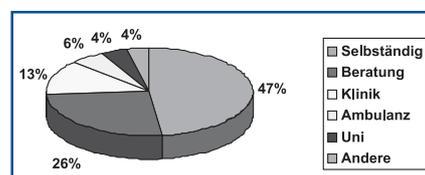
der KJP-approbierten Mitglieder bestand zum Zeitpunkt der Befragung im Februar 2006 aus 71 Mitgliedern (Sept. 2006: 74). Zum Vergleich: zu Beginn der Kammerarbeit zählten wir um die 50 approbierte KJP. Hier ist also ein rasanter Zuwachs zu verzeichnen. Von den derzeit 74 Mitgliedern sind 55,4 % (41) weiblich, 44,6 % (33) männlich. 21 KollegInnen (28,4 %) haben eine weitere Approbation als PP („Doppelapprobierte“).

Die Befragung

Von 71 Mitgliedern konnten per Telefon 56 KollegInnen erreicht werden – 54 davon erklärten sich bereit, an der Befragung teilzunehmen – immerhin 76 % der KJP-Mitglieder. Damit fanden wir uns in der Wahl unseres Befragungsmediums bestätigt (zum Vergleich: bei einer schriftlichen Umfrage ist erfahrungsgemäß ein Rücklauf von 25 % zu erwarten – eine Größenordnung, die bei der kleinen Gruppe keine auswertbaren Ergebnisse erbracht hätte). Die Interviewer riefen durchschnittlich 2,5 mal bei den Befragten an bis das Interview geführt werden konnte. Die Interviews dauerten im Schnitt ca. 20 min.

Das Berufsbild

47 % der Befragten (also 26 von 54 KollegInnen) arbeiten selbständig – sowohl niedergelassen als auch ohne Niederlassung freiberuflich. Weitere 26 % sind in der Beratungsarbeit tätig, 13 % arbeiten angestellt in einer Klinik, einige Wenige arbeiten in einer sonst nicht weiter spezifizierten Ambulanz, an der Uni und sonstigen Einrichtungen. Nur 2 der Befragten (3,7 %) arbeiten in zwei Jobs gleichzeitig.

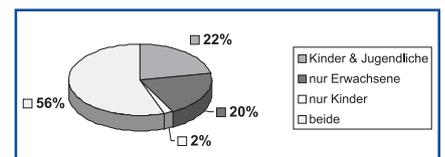


Die meiste Arbeitszeit verbringen die befragten Mitglieder mit Psychotherapie (45 %). Beratung wird mit 21 % der Gesamtstätigkeit angegeben, Diagnostik mit 11 %. Sozialarbeit ist mit 2 % der am geringsten besetzte Tätigkeitsanteil.

Häufig nannten die Befragten dafür wirtschaftliche Gründe („lohnt sich nicht“) und Abrechnungshürden – einen größeren Bedarf sahen fast alle. Vielen wäre es lieber, wenn Sie hier mehr Honorarspielraum hätten.

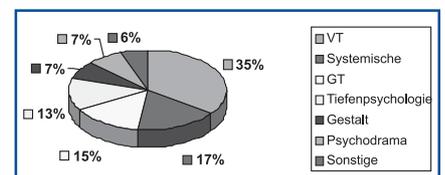
Klientel

Interessant für die Kammer war die Frage, ob die meisten KJP auch wirklich mit Kindern und Jugendlichen arbeiten.



Immerhin 56 % der Befragten gaben dies als ihr Hauptarbeitsfeld (gemeinsam mit Erwachsenentherapie) an, wobei weitere 24 % ausschließlich mit Kindern und Jugendlichen arbeiten. Andererseits arbeiten auch 20 % der KJP Approbierten ausschließlich mit Erwachsenen.

Wir können davon ausgehen dass sich diese Gruppe einerseits aus Angestellten



im Suchttherapiebereich und Selbständigen mit Doppelapprobation zusammensetzt.

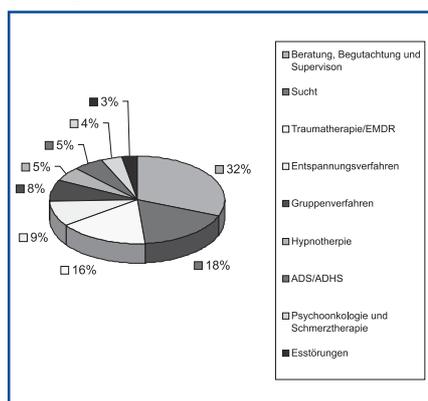
Ausbildung

Eine weitere Frage galt den Therapieverfahren, welche zur Ausbildung führten: Die Mehrzahl der Befragten hat mehrere Ausbildungen absolviert (59 %). 35 % aller Befragten haben eine Ausbildung in Verhaltenstherapie. Es folgen Systemische Ausbildungen (17 %), Gesprächstherapie (15 %), TP und Analyse (13 %).

Diejenigen, die noch mind. einen weiteren Ausbildungsschwerpunkt angeben, nennen v.a. VT, GT und Systemische Therapie. Eine genauere Aufschlüsselung der Daten ergibt dabei, dass die Befragten, die VT als ersten Ausbildungsschwerpunkt genannt haben, die meisten zusätzlichen Therapieausbildungen nennen – und zwar fast alle im Diagramm aufgeführten (außer Psychodrama und Gestalt). Am wenigsten weitere Ausbildungen nennen die TP-KollegInnen.

Behandlungskompetenzen

Um weitere Zusatzqualifikationen zu erfragen, haben wir die Mitglieder zusätzlich nach „weiteren Spezialisierungen“ befragt. Hier werden mehrere Bereiche, die nicht immer in den üblichen klassischen Weiterbildungsrahmen einzuordnen sind, als Qualifikationen genannt. Auch hier ist mit 82 % eine Mehrheit der KollegInnen vertreten. 44 der 54 Befragten geben eine weitere Spezialisierung an. Diese Spezialisierungen wurden erfragt und in dem Tortendiagramm zu Frage 7 zusammengefasst. Von den insgesamt 83 Spezialisierungen konnten 89 % den in der Ab-



bildung genannten Oberbegriffen zugeordnet werden. Klar führend im Diagramm ersichtlich ist die Gruppe *Beratung, Begutachtung und Supervision*.

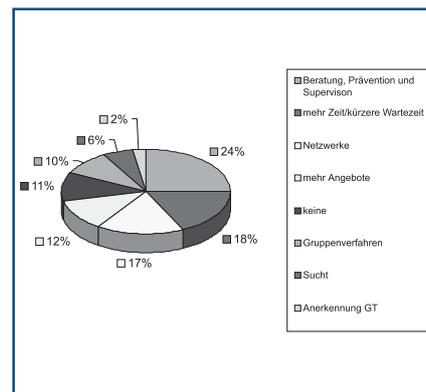
Exoten, die nur einmal genannt wurden und daher nicht ins Diagramm aufgenommen wurden, sind z.B. *analytische Familientherapie* und *emotionale Störungen*. Ein Befragter lehnte es bewusst ab sich zu spezialisieren. Auch wurde die Befürchtung geäußert, durch das publik machen von vorhandenen Spezialisierungen zu stark auf bestimmte Patientengruppen festgelegt zu werden (z.B. Traumapatienten).

Die Tendenz bzw. das Bedürfnis, breitfächerig zu arbeiten oder arbeiten zu wollen spiegelt sich in mehreren Fragen wieder: z.B. *Mit welchen Störungsbildern haben Sie zu tun?* Die Hälfte der Befragten gab bzgl. dieser Frage fast alle Störungsbilder an. Ein Übergewicht befindet sich bei „Sonstige“ worunter alle Störungen subsumiert wurden, die nur selten genannt wurden (z.B. Depression). Es zeigt sich also, dass es keine deutliche Aufteilung bezüglich Störungsbildern gibt, wobei einige KollegInnen durchaus vor allem eine oder einige bestimmte Störungsbilder behandeln, wie z.B. Lernstörungen oder ADHS oder Suchterkrankungen.

Veränderungswünsche

Auch in den Antworten auf die Frage nach Veränderungswünschen in der Arbeitstätigkeit oder innerhalb des Arbeitsplatzes wird oft der Wunsch geäußert, ein breiteres Klientel behandeln zu können bzw. eine breitere Abrechnungsmöglichkeit zu haben. Auf die Frage 9: *„Haben Sie ergänzende oder alternative Vorstellungen zu der Arbeit in Ihrer Institution?“* gab es insgesamt 88 Antworten.

Davon konnten 95 % in den Oberbegriffen der folgenden Abbildung zusammengefasst werden. Hier zeigt sich besonders, dass es offenbar keine ausreichenden Angebote für Beratung, Prävention und Supervision gibt. Seltene Nennungen waren, dass die Befragten gerne ausschließlich mit Erwachsenen arbeiten möchten. Unter Netzwerke ist der Wunsch nach einer besseren Zusammenarbeit mit den



verschiedenen Institutionen (z.B. Ärztekammer, Krankenkassen) zu verstehen. Ein besonderes Anliegen ist es vielen „Suchttherapeuten“, eine eigene Anerkennung zu erhalten.

Erwartungen an die Kammerarbeit

Hier stellten die KollegInnen des Ausschusses mehrere Fragestellungen. Am deutlichsten war Frage 10: *„Welche konkreten Weiterbildungsangebote interessieren Sie?“* Erwähnenswert ist, dass das Interesse an einer allgemeinen Traumatherapie größer ist, als das einer EMDR Ausbildung. Wichtige Einzelnennungen, die hier nicht erwähnt sind: Sucht, Borderline Persönlichkeitsstörung, Adipositas und Systemische Therapie. Insbesondere in der Gruppe der Verhaltenstherapeuten war jedoch auch oft zu hören, dass man in Bezug auf Weiterbildungsangebote „im Saarland gut versorgt“ sei und deshalb keine weiteren Angebote erwarte. Diese KollegInnen waren stärker an Angeboten mit berufspolitischen Informationen interessiert. Etwas allgemeiner formuliert wurde dann nochmals Frage 11: *„Welche Erwartungen haben Sie an die Kammerarbeit?“* Die Hauptaerwartungen der Befragten waren die berufspolitische Interessenvertretung und Beratung in juristischen Fragen. Ein weiterer großer Teil der Befragten möchte gerne einen größeren interdisziplinären Austausch verwirklicht sehen. Nur 4 Prozent haben keine Erwartungen und ebenfalls 4 Prozent sind mit der Kammerarbeit zufrieden. 84 % der Nennungen konnten unter diesen Oberbegriffen zusammengefasst werden. Nur einer der Befragten war mit der Kammerarbeit unzufrieden und überlegte wegen einem evtl. Austritt.

Beteiligung und Interesse an Kammerarbeit und kollegialen Kontakten

Diese Fragen können sicher als Suggestivfragen kritisiert werden. Deshalb wurden sie von uns lediglich zur Beurteilung einer Tendenz benutzt. Zu Frage 12: „Möchten Sie in irgendeiner Form persönlich an der Kammerarbeit beteiligen?“ Mehr als die Hälfte der Befragten möchte sich nicht an der Kammerarbeit beteiligen, 20 % zeigen Interesse, 15 % sind sich unschlüssig und 13 % sind bereits in der Kammerarbeit engagiert. Schließlich gab es noch die Frage, ob Interesse an der Einrichtung eines „Stammtisches“ für KJP – einem informellen Treffen 2 mal pro Jahr – besteht.

Das Ergebnis ist eindeutig: Die Mehrheit möchte einen Stammtisch zum kollegialen Austausch. 20 % der Befragten lehnen dies ab, 13 % sind unschlüssig.

Fazit

Die Gruppe der KJP-Approbierten hat im Saarland zahlenmäßig stark zugenommen. Selbständige und Angestellte sind fast gleichstark vertreten. Die meisten KollegInnen arbeiten vorrangig in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Viele haben mehrere Ausbildungen absolviert. Insgesamt sind diejenigen, die eine verhaltenstherapeutische Therapieausbildung haben in der Mehrzahl. Die Ausbildung in systemischer Therapie (nicht näher spezifiziert) ist für KJP, die oft mit Familien als Gesamtheit beschäftigt sind nahe liegender Weise interessant. Aber auch andere Verfahren außerhalb der Richtlinienpsychotherapie finden offenbar viel Beachtung. Immerhin ein Fünftel der KollegInnen arbeiten vorrangig mit Erwachsenen, wobei hier auch Heranwachsende und junge Erwachsene zu nennen sind. Diese KollegInnen dürften die „klassischen“ KJP-Themen nicht sonderlich interessieren – v.a. für Suchttherapeuten ist eine andere Approbationsmöglichkeit im PTG aufgrund des Ausgangsberufes jedoch nicht möglich gewesen.

Andrea Maas-Tannchen

1. März 2007 – ein gelungener Abend für die Kammer

FORUM 19 (März 2007)

Am 1. März 2007 fand in den Räumlichkeiten der Modernen Galerie in Saarbrücken nicht nur die erste Fachveranstaltung der saarländischen Psychotherapeutenkammer in diesem Jahr statt.



v.l.n.r.: D. Munz, Kammerpräsident Baden Württemberg; V. Tschuschke; I. Rohr, Kammerpräsidentin; M. Hebebrand; H. Bauer, Vizepräsident BPTK

Im Anschluss an den ersten Teil, einer fachlich sehr versierten und gelungenen Auseinandersetzung der Referenten Prof. Dr. Volker Tschuschke, Dr. Bernd Kessler und Mathias Hebebrand mit der Zukunft der Psychotherapie, den Fallstricken der evidenzbasierten Psychotherapie und der Richtlinienpsychotherapie, gab es einen festlichen Empfang anlässlich des 60. Geburtstages unserer Kammerpräsidentin Ilse Rohr im Foyer der Modernen Galerie.

Alle TeilnehmerInnen der Fachveranstaltung waren dazu eingeladen und genossen zusammen mit den Ehrengästen Wein, leckere Kleinigkeiten aus dem Restaurant Archipenko, französische Akkordeonmusik und die sehr gute Stimmung im angenehmen und stilvollen Rahmen der Modernen Galerie.



Alfred Kappauf, Kammerpräsident RLP

Schon die Fachvorträge und die anschließende Diskussion mit Tschuschke, Kessler und Hebebrand im Vortragssaal der Modernen Galerie waren mit mehr als 120 teilnehmenden Kammermitgliedern und Gästen sehr gut besucht. Sehr erfreulich war darüber hinaus die Teilnahme von Vertretern aus verschiedenen angrenzenden Bereichen: Dr. Schichtel vom Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales, Dr. Roth, Vizepräsident der Ärztekammer, der Vorsitzende der KV Saarland Dr. Hauptmann, der Vorsitzende des Facharztforums Saar sowie der Vertreterversammlung der KV Dr. Jesinghaus, verschiedene Vertreter der Krankenkassen und des VdAK, und außerdem die Präsidenten der Psychotherapeutenkammern Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg Alfred Kappauf und Dietrich Munz sowie der Vizepräsident der Bundespsychotherapeutenkammer Hans Bauer. Sie alle hatten den z.T. langen Weg zu diesem Empfang nicht gescheut um Ilse Rohr zu gratulieren.



Angeregt durch die kurzweilige Geburtstags-Laudatio des Dekans der Philosophischen Fakultät, Prof. Dr. R. Krause und kurzen treffenden Charakterisierungen durch Kammer-Vizepräsident Bernhard Morsch und die langjährige Berufsverbandsmitstreiterin Rita Marzell gingen alle Gäste beschwingt dazu über, die fröhliche, entspannte Runde sichtlich zu genießen.



v.l.n.r.: H. Bauer, D. Munz, V. Tschuschke

Der Verlauf des Abends hat nicht nur die persönliche Wertschätzung für Ilse Rohr deutlich gemacht. Er zeigt auch, dass unsere Kammer nach drei Jahren Aufbauarbeit ihren Platz in der Öffentlichkeit, in der Politik und im Bewusstsein der tragenden Institutionen des Gesundheitswesens gefunden und gefestigt hat.



v.l.n.r.: Dr. Schichtel, MiJuGS, I. Rohr, Dr. Jesinghaus, Vors. VV der KV-Saar

Und darauf, so der gut gelaunte Kommentar eines Kammermitgliedes an diesem rundum gelungenen Abend, sind wir auch ein bisschen stolz.

Berufsordnung erlangt Gültigkeit

FORUM 19 (März 2007)

Nachdem das Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales mit Bescheid vom 15.01.2007 die durch die Vertreterversammlung in ihren Sitzungen am 26.06. und 16.10.2006 beschlossene Berufsordnung genehmigt hat, erlangt sie mit der Veröffentlichung im FORUM 19 ihre Gültigkeit.

Berufsrechtliche Grundlage

Der Beruf der Psychotherapeutin/des Psychotherapeuten besitzt nun auch im Saarland eine berufsrechtliche Grundlage. Als Kammermitglied wird Ihnen die Berufsordnung bei der Berufsausübung Orientierung und Rechtssicherheit geben können hinsichtlich Ihrer Berufsaufgaben und -pflichten. Die Berufsordnung bietet andererseits unseren Patienten Orientierung; Die Präambel führt aus, dass insbesondere die Förderung des Vertrauens zwischen Psychotherapeuten und ihren Patienten und deren Sicherheit und Schutz wesentliche Merkmale unseres Berufsethos sind. Übergeordnetes Ziel einer Berufsordnung ist, auf berufswürdiges Verhalten hinzuwirken und berufsunwürdiges Verhalten zu verhindern. Die Berufsordnung trägt damit nach Innen und nach Außen zur Wahrung des Ansehens unseres Berufes bei. Sie kann unser berufspolitisches Gewicht vergrößern, unser Profil schärfen und uns Psychotherapeuten im hart umkämpften Gesundheitssektor auf Dauer die freie Berufsausübung sichern helfen. Dies kann nur dann Gelingen, wenn unser berufliches Handeln in besonderer und berufsangemessener Weise die Patientenorientierung zum Gegenstand hat. Wer die Berufsordnungen anderer Heilberufe studiert, erkennt unschwer gerade an dieser Stelle unsere Stärke.

Berufsordnung der PKS

Wie wir im FORUM 15 berichteten, kann die saarländische Berufsordnung, als erste nach Verabschiedung der Musterberufsordnung (MBO) beschlossene Landdessatzung, durchaus als das kompletteste und umfassendste Werk berufsrechtlicher Regeln und Pflichten auf Bundesebene angesehen werden. Eine Reihe von Abweichungen zur MBO hinsichtlich liberalerer Regelungen zu Nachweispflichten (z.B. im Bereich Fortbildung, Honorierung, Qualitätssicherung) erlauben mehr Freiheiten für die Mitglieder und begrenzen den Einfluss der Kammer. Eine zeitlich strengere Regelung der Abstinenz gegenüber Patientinnen und Patienten nach Beendi-

gung der Behandlung (zwei gegenüber einem Jahr in der MBO) wurde nach Einspruch der Aufsichtsbehörde gekippt und der Regelung in der MBO angeglichen. Die Vertreterversammlung behielt sich jedoch u.a. eine klarere Regelung der Abstinenz gegenüber Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung vor.

Ausblick und Hilfestellung

Wir sind als Vertreter der Kammer stolz, dass wir in relativ kurzer Zeit mit Ihren kritischen und interessierten Stimmen und der Aktivität der Gremien der Kammer in dieser doppelten Sicht – für uns und unsere Patienten – ein wirklich gutes Ergebnis erzielt haben. Wir wünschen uns, dass Sie in Ihrem alltäglichen beruflichen Handeln die Berufsordnung mit Leben erfüllen und damit zur Aufwertung unseres beruflichen Selbstverständnisses beitragen. Wenn Sie Fragen oder Anmerkungen zur Berufsordnung und den Umgang mit den Regelungen und Pflichten haben, können Sie sich jederzeit an die Mitglieder des Vorstands oder die Geschäftsstelle wenden. In diesem Zusammenhang weisen wir noch einmal auf den Ihnen zugesandten Kommentar zur MBO hin, in welchem Sie wertvolle Hinweise und Erklärungen zu dem Satzungswerk und seiner praktischen Anwendung finden können.

Sie finden alle vollständigen Ausgaben des FORUM auf unserer Website:

www.ptk-saar.de

Redaktion FORUM und saarländische Kammerseiten Vorstand PKS (Präsidentin: Ilse Rohr, Vizepräsident: Bernhard Morsch, Beisitzerinnen: Irmgard Jochum, Liz Lorenz-Wallacher, Andrea Maas-Tannchen)

Geschäftsstelle

Talstraße 32
66119 Saarbrücken
Tel 0681/95455 56
Fax 0681/95455 58
kontakt@ptk-saar.de

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

vor kurzem haben Sie die Unterlagen für die Wahl zur nächsten Kammerversammlung der PKS H erhalten. Viele von Ihnen haben bereits von Ihrem Wahlrecht Gebrauch gemacht und die ausgefüllten Unterlagen zurückgesandt. Falls Sie noch nicht gewählt haben, beachten Sie bitte, dass Ihr Stimmzettel bis spätestens am 10. Juli 2007 um 18:00 Uhr dem Wahlleiter vorliegen muss, da dann der Wahlvorgang geschlossen und mit der Auszählung begonnen wird.

Jetzt am Ende der Legislaturperiode der ersten gewählten Kammerversammlung ist es Zeit, kurz inne zu halten und eine Bilanz über die vergangenen vier Jahre intensiver Kammerarbeit zu ziehen und Ihnen Erreichtes wie Versäumtes transparent zu machen.

Hauptanliegen der Vorstandsarbeit in den letzten vier Jahren war die Zukunftssicherung der beruflichen Tätigkeit der Kammermitglieder und die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung. Für dieses Ziel war und ist es notwendig, den hohen wissenschaftlichen Qualitätsstandard der Berufsausübung der Kammermitglieder zu erhalten und fortzuentwickeln und u.a. durch Serviceleistungen wie die Zertifizierung von Fortbildungsveranstaltungen weiterhin zu fördern.

In solch turbulenten Umbruchzeiten, wie sie das Gesundheitswesen gegenwärtig erlebt, geht es nicht nur darum, einen Status quo zu bewahren, sondern vor allem darum, gegenwärtige und zukünftige Veränderungen mitzugestalten, um die Arbeitsbedingungen der Kammermitglieder zu verbessern. Um so glücklicher sind wir über die vielen Erfolge, die in den zurückliegenden vier Jahren kontinuierlicher, zäher Arbeit erreicht werden konnten.

So war zunächst der **Aufbau einer effizienten Geschäftsstelle** und einer funktionsfähigen Mitgliederverwaltung zu leisten, beides Voraussetzungen um vielfältige Serviceleistungen für die Kammermitglieder überhaupt erst zu ermöglichen.

Beispielhaft für die bereits geschaffenen **Serviceleistungen**, die allen Kammermitgliedern zugute kommen, lassen sich der Aufbau des Versorgungswerks, die Schaffung eines Sozialfonds, der Titelschutz, ein Beschwerde- und Schlichtungsmanagement, der Psychotherapeutensuchdienst sowie die Durchführung eigener Fortbildungsveranstaltungen benennen.

Der Aufbau eines eigenen **Versorgungswerks** bietet allen Mitgliedern der PKS H eine umfassende, flexible, sichere und günstige Altersvorsorge sowie eine entsprechende Hinterbliebenenversorgung und Berufsunfähigkeitsabsicherung. Dabei erwies sich die Entscheidung für ein eigenes Versorgungswerk als „goldrichtig“. Bereits in der Gründungsphase konnte eine bessere Rendite erzielt werden als bei Gründung vergleichbarer anderer Versorgungswerke. Dies konnte durch eine schlanke und sehr kostengünstige Verwaltungsstruktur erzielt werden, die so von anderen Versorgungseinrichtungen nicht geboten wird. Das Versorgungswerk arbeitet inzwischen so effektiv, dass die Prognosen sogar bereits jetzt positiver ausfallen, als ursprünglich berechnet.

Als eine weitere Serviceleistung zur Schließung einer Versorgungslücke bei der Absicherung von Kammermitgliedern wurde im letzten Jahr auf Vorschlag des Vorstands von der Kammerversammlung die Einrichtung eines **Sozialfonds** beschlossen. Hierbei können alle Kammermitglieder und deren Angehörige eine finanzielle Unterstützung beantragen, wenn sie in eine

nachgewiesene Notlage geraten sind und Unterstützung von Dritten ausbleibt oder überbrückt werden muss.

Ebenfalls als wichtigen Bereich zur Bildung einer Berufsidentität und zur Zukunftssicherung hat der Vorstand den **Titel- und Bestandsschutz** betrachtet. Hierunter fällt nicht nur die Verfolgung missbräuchlicher Verwendungen solcher Bezeichnungen wie „Psychotherapeutin/Psychotherapeut“ oder „Psychotherapeutische Praxis“ durch Nichtapprobierte (z.B. Heilpraktiker), sondern es sind damit auch alle Aktivitäten gemeint, die den hohen Standard der Berufsqualifikation in die Öffentlichkeit tragen. Wie wichtig eine derartige Außendarstellung ist, zeigte sich gerade in jüngster Zeit bei öffentlichen Auftritten eines ortsansässigen Gesundheitssystemforschers, der mit seinen Äußerungen die Psychotherapeuten in die Nähe von Medizinhilfspersonal gestellt hat und ebenso öffentlich für eine Streichung der Psychotherapie aus dem Grundleistungskatalog der GKV eintritt.

Zu weiteren Aktivitäten im Bereich der **Öffentlichkeitsarbeit** gehörte auch ein intensiver Austausch und die Zusammenarbeit mit den anderen Heilberufekammern in Schleswig-Holstein im Rahmen der „Interessengemeinschaft der Heilberufe“ (IdH), deren Geschäftsführung die PKS H für das laufende Jahr übernommen hat.

Außerdem hat die PKS H im „Arbeitskreis Migration und Gesundheit“ mitgearbeitet und war in diesem Rahmen Mitveranstalter von zwei Veranstaltungen zur interkulturellen Kompetenz.

Im Rahmen einer länderübergreifenden Zusammenarbeit hat die PKS H zusammen mit den Kammern Bremen, Hamburg und Niedersachsen den **Psychotherapeutensuchdienst „PsychInfo“** ins Leben geru-

fen, dem inzwischen auch die LPK Berlin beigetreten ist. PsychInfo dient nicht nur ratsuchenden Patienten als Suchhilfe, sondern wird auch zunehmend von anderen öffentlichen und privatwirtschaftlichen Institutionen sowie ärztlichen KollegInnen zur Orientierung genutzt.

Sollten Sie sich noch nicht in PsychInfo eingetragen haben, wenden Sie sich bitte an die Geschäftsstelle, um Ihre persönlichen Zugangsdaten für den kostenfreien Eintrag zu erfragen. Auch für nicht-niedergelassene Kammermitglieder eröffnet sich hiermit die Möglichkeit, private Psychotherapie-Leistungen in einem qualitätsgeschützten Rahmen anbieten zu können.

Neben den bereits erwähnten Aspekten der Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit hat es auch weitere **Aktivitäten zur Verbesserung der Einkommenssituation** sowie der tariflichen Eingruppierung der angestellten Kolleginnen und Kollegen gegeben. Hierzu haben wir in 2004 eine Umfrage bei den angestellten/beamteten und den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen zu ihrer Einkommenssituation und ihren Arbeitszeiten durchgeführt. Als Folge dieser Befragung konnten wir einerseits einen Appell an die Tarifpartner für eine angemessene und gerechte Eingruppierung der angestellten/beamteten PsychotherapeutInnen richten. Andererseits konnten wir uns mit Hinweis auf eine potentielle Gefährdung der Versorgungssituation in der ambulanten Psychotherapie für eine bessere Honorierung der probatorischen Sitzungen erfolgreich einsetzen.

Um auch bei der Umstellung des Tarifsystems auf den neuen TVöD für die Belange unserer Mitglieder eintreten zu können, haben wir im Frühjahr dieses Jahres in Zusammenarbeit mit dem neu gegründeten Angestelltenausschuss eine erneute Befragung bei den angestellten/beamteten KollegInnen durchgeführt. Näheres zu den Ergebnissen dieser Erhebung finden Sie weiter unten in dem Bericht von Angelika Nierobisch.

Zu den Serviceleistungen der Kammer für die Mitglieder gehörte ebenfalls das Erstellen einer **Fortbildungsordnung** und das **Führen von Fortbildungskonten**. Die

Fortbildungsordnung wurde im Juni 2004 verabschiedet. Die Verpflichtung zur lebenslangen Fortbildung stand bereits im Heilberufegesetz des Landes Schleswig-Holstein. 2004 wurde dann im Zuge der Gesundheitsgesetzgebung der Nachweis dieser Fortbildungsverpflichtung für Niedergelassene eingeführt und in der jüngsten Gesundheitsreform auch auf in Kliniken angestellte KollegInnen ausgeweitet. Die Fortbildungsordnung gibt unseren Mitgliedern die Sicherheit, dass alle Veranstaltungen, die den Gütekriterien dieser Ordnung genügen, auch von anderen Institutionen und Körperschaften anerkannt werden.

Neben der Akkreditierung von externen Fortbildungsveranstaltungen hat die PKSH aber auch **eigene Fortbildungsveranstaltungen** durchgeführt (1. Angestellten-tag in 12/2005, 1. Norddeutscher Psychotherapeutentag in 6/2006 und 2. Norddeutscher Psychotherapeutentag in 6/2007). Diese wurden von den Kammermitgliedern sehr gut angenommen und dienten ebenfalls dem Austausch der Mitglieder untereinander.

Zur Förderung des, wie es im Heilberufegesetz des Landes Schleswig-Holstein heißt, „gedehlichen Miteinanders der Kammermitglieder untereinander“ wurde eine satzungsgemäße **Schlichtungskommission** gegründet. Bislang war es allerdings in keinem Fall erforderlich, den Schlichtungsausschuss anzurufen.

Beschwerden von Bürgern/Patienten über PsychotherapeutInnen oder von KollegInnen untereinander hat es aber in den letzten Jahren durchaus gegeben. Dies hat die Erarbeitung eines sogenannten „**Beschwerdemanagements**“ erforderlich gemacht, in dem der formale Ablauf einer Beschwerde von deren Eingang bei der Kammer bis zum formalen Abschluss (mit eventuellen Sanktionsmaßnahmen) festgehalten wird.

Grundlage einer jeden Beschwerdeprüfung ist die **Berufsordnung** der PKSH, die im April 2005 von der Kammerversammlung beschlossen wurde. In der Berufsordnung werden Grundsätze für berufswürdiges und berufsethisches Verhalten gegenüber PatientInnen, Kolleg-

Innen und in der Öffentlichkeit aufgestellt. Die Berufsordnung gibt allen KollegInnen Orientierung und Schutz für beruflich vertretbares und einwandfreies Handeln zugleich.

Erfreulicherweise konnten viele Beschwerden bisher „unbürokratisch“ aus der Welt geräumt werden, weil Missverständnisse oder Fehlinformationen vorlagen. Allerdings sollte auch erwähnt werden, dass das jeweilige Beschwerdemanagement insgesamt sehr zeitaufwendig ist, da in jedem Einzelfall mit psychotherapeutischem und juristischem Fachwissen zunächst geprüft werden muss, ob überhaupt ein Anfangsverdacht für einen Verstoß gegen die Berufsordnung vorliegt. Erst dann ist die Einleitung weiterer Untersuchungsmaßnahmen gerechtfertigt. Gibt es belegbare Hinweise für einen solchen Anfangsverdacht, wird die weitere Sachverhaltsfeststellung an einen sogenannten Untersuchungsführer (Volljurist) abgegeben, der im Rahmen der kammerübergreifenden Berufsgerichtsbarkeit quasi staatsanwaltliche Ermittlungsfunktionen übernimmt. Bisher mussten allerdings erst zwei Beschwerden an den Untersuchungsführer weitergeleitet werden.

Beschwerden, die sich auf Vorgänge vor Inkrafttreten der Berufsordnung beziehen, können im Allgemeinen wegen fehlender Rechtsgrundlage nicht weiter verfolgt werden.

Im Bereich der **Nachwuchsförderung** hat sich der Vorstand für eine frühe Einbindung der sogenannten PiAs in die Kammerarbeit eingesetzt. In Gesprächen mit den Sprechern der AusbildungsteilnehmerInnen wurden diese Bestrebungen des Vorstands sehr begrüßt. PiAs führen bereits mit Beginn ihrer praktischen Ausbildung Therapien unter Supervision durch, ohne dass sie dabei dem Schutz und der Aufsicht durch die Kammer unterliegen. Um ihnen die Mitgliedschaft in der Psychotherapeutenkammer zu ermöglichen, ist allerdings eine Änderung im Heilberufegesetz des Landes notwendig. Es bedurfte vielerlei Überzeugungsarbeit, dass ein entsprechender Passus bei der anstehenden Novelle des Heilberufegesetzes voraussichtlich Berücksichtigung finden wird.

Tabelle 1: Auszugsweiser Überblick über im Jahr 2006 durchgeführte Aktivitäten

Gremiensitzungen:	
Kammerversammlungen 2006	24.03.2006 29.09.2006 10.11.2006
23 Vorstandssitzungen in 2006	
43 Teamsitzungen in 2006	
Deutsche Psychotherapeutentage	13.01.2006 13.05.2006 18.11.2006
Länderratssitzungen in 2006	21.01.2006 12.05.2006 14.07.2006 03.11.2006
Symposien, Kooperationen:	
Symposium zu den geplanten Änderung der PT-Richtlinien	03.04.2006
gemeinsame Sitzung des KJP-Ausschusses und der Ländervertreter	28.11.2006
Interessengemeinschaft der Heilberufe - Treffen der Konsultationsrunde	06.06.2006 25.09.2006 20.11.2006
Interessengemeinschaft der Heilberufe – Medienpreisverleihung	23.03.2006
Interessengemeinschaft der Heilberufe – Treffen der Montagsrunde	20.02.2006 24.04.2006 19.06.2006 25.09.2006 04.12.2006
Treffen der Vorstände der norddeutschen Psychotherapeutenkammern in Kiel	10.02.2006
gemeinsame Vorstandssitzung mit dem Vorstand der Ärztekammer S.-H.	11.10.2006
Empfang der Psychotherapeutenkammer Hamburg	02.02.2007
Symposium „Prävention psychischer Erkrankungen – Best Practise in Europe“	26.20.2007
ausgewählte Gesprächstermine:	
1. Runder Tisch zur Gesundheitsreform mit Ministerin Dr. Trauernicht	Aug. 2006
2. Runder Tisch zur Gesundheitsreform mit der Sozialministerin	06.10.2006
Gespräch mit der Fachhochschule Kiel (Frau Prof. Knauer und Frau Prof. Schorn) zur Einführung der BA/MA-Studiengänge im Sozialwesen	21.09.2006
Gespräch mit den Staatssekretären Dr. Körner und Schlie (Übertragung von Aufgaben aus dem Landesamt für Gesundheit und Arbeitssicherheit)	09.02.2007
Gespräch mit Dr. Riehl (Übertragung von Aufgaben und zur Novelle des Heilberufegesetzes)	12.03.2007
Mehrfache Erörterungstermine im Sozialministerium zur Novelle des Heilberufegesetzes (Umsetzung der EU-Richtlinie): PKSH setzt sich für eine Pflichtmitgliedschaft der PIAs ein	
weitere Aktivitäten:	
1. Norddeutscher Psychotherapeutentag (Kiel)	09./10.06.06
diverse Stellungnahmen und Aktivitäten zum GKV-WSG	
Start der Online-Akkreditierung von Fortbildungsveranstaltungen	Aug. 2006
Planung des 2. Norddeutschen Psychotherapeutentages 2007	ab Sept. 2006
Entwicklung eines neuen Kammerlogos / Relaunch der Homepage	
Beitritt der LPK Berlin zum PsychInfo	Dez. 2006
PKSH äußert sich umfassend zum Thema Essstörungen	Jan. 2007
PKSH äußert sich ablehnend zum Konzept von Prof. Beske zur „Neubestimmung des Leistungskatalogs in der GKV“	

Im Zuge der Novelle des Heilberufegesetzes wird es weiterhin auf Initiative der PKSH zu einer Verlängerung der sogenannten **Erprobungsklausel von Weiterbildungsgängen** kommen. Dies ist insofern wichtig, als im ursprünglichen Gesetzestext die Einführung von Wei-

terbildungsgängen nur bis zum Jahr 2007 möglich war. Jetzt wird diese Frist bis zum Jahr 2012 verlängert. Hierdurch kann die Umsetzung der im letzten Jahr verabschiedeten Musterweiterbildungsordnung im Bereich der Neuropsychologie für Schleswig-Holstein geprüft werden.

Es würde den Rahmen der vorliegenden Darstellung sprengen, wenn alle einzelnen Facetten der Kammer- und Vorstandstätigkeit aufgezählt werden würden. Tabelle 1 soll daher einen auszugsweisen Überblick über die wichtigsten Aktivitäten der Kammerarbeit aus dem Jahr 2006 vermitteln.

Oberstes Ziel der Vorstandsarbeit war bei allen diesen Aktivitäten stets, das Ansehen des Berufsstandes zu mehren und ihn für die Zukunft sicherer zu machen. Wir haben in den vergangenen vier Jahren Vieles erreicht, mussten allerdings auch die Erfahrung machen, dass bei allem guten Willen und Einsatz auch positive Effekte des Beabsichtigten und Machbaren durch den historisch gewachsenen Einfluss unterschiedlicher Interessengruppierungen leicht an Grenzen stößt. Diese Grenzen können nur durch intensive und beharrliche Lobbyarbeit zu Gunsten unserer Mitglieder allmählich verschoben werden. Dies alles dient der Verbesserung der Berufs-

Ergebnis der Angestelltenbefragung

Nach vier Jahren haben wir eine erneute Umfrage unter unseren angestellten Mitgliedern durchgeführt. Mit Unterstützung unseres neuen Angestelltenausschusses haben wir einen Fragebogen entwickelt, der zu Vergleichszwecken Fragen aus der letzten Erhebung erneut erhebt und zusätzlich auch die neue Tarifumstellung und die Zufriedenheit am Arbeitsplatz berücksichtigt. Der Rücklauf der Fragebogenaktion war erfreulich: 112 angestellte KollegInnen sandten den Fragebogen zurück.

Die Auswertung wird hier in Kurzform dargestellt. Interessierte Kolleginnen und Kollegen können gern bei der Kammer eine ausführliche Darstellung erhalten.

Die Ergebnisse der Umfrage zeigen wie schon 2004 einen niedrigeren Verdienst der Frauen im Vergleich zu den Männern. Frauen verdienen pro Stunde € 23,53 während Männer pro Stunde € 24,75 verdienen. Der durchschnittliche Verdienst der angestellten KollegInnen liegt bei € 3.278,00 Brutto im Monat.

Die Tarifumstellung wird nach der Einschätzung von 83 % der KollegInnen keinen Einfluss auf ihr Einkommen haben. Nur 11 % der KollegInnen erwarten eine Erhöhung des Einkommens im Zuge der Tarifumstellung um durchschnittlich € 240 monatlich.

Auf die Frage nach der Zufriedenheit mit der jetzigen Tätigkeit geben 16,2 % an, sie seien sehr zufrieden und 57,6 % der Befragten geben an, eher zufrieden zu sein.

aussichten der jetzigen und der zukünftigen Kammermitglieder.

Der Aufbau der Kammer und der Ausbau neuer Serviceleistungen für die Mitglieder standen immer unter der Prämisse einer **Beitragsstabilität**. Dies ließ sich nur durch äußerst sparsames Wirtschaften verbunden mit einem hohen persönlichen Einsatz aller Funktionsträger und MitarbeiterInnen der Geschäftsstelle erreichen. Ausdrücklich bedanken möchte sich der Vorstand daher bei den Mitgliedern der Kammerversammlung und allen anderen ehrenamtlich tätigen Kammermitgliedern, bei unserem Geschäftsführer

Hier gibt es keine Unterschiede bei den Geschlechtern. Möglicherweise ist die hohe Zufriedenheit im Zusammenhang mit den Aufstiegsmöglichkeiten zu sehen, die ebenfalls bei nur 15 % möglich sind.

Kompetenzprobleme treten bei den angestellten KollegInnen auf, jedoch eher bei Frauen. Nur 7 % der Männer berichten von Kompetenzproblemen, aber 14 % der Frauen. Gelegentliche Kompetenzprobleme haben 28,2 % der Männer und 38,9 % der Frauen. Keine Probleme im Kompetenzbereich haben 64 % der Männer aber nur 47 % der Frauen.

Die Sicherheit am Arbeitsplatz wird von den Geschlechtern gleich eingeschätzt. 19 % halten ihren Arbeitsplatz für sehr sicher und 43 % halten ihn für eher sicher. Nur 4,5 % halten den Arbeitsplatz für sehr unsicher bzw. eher unsicher mit 10 %.

38,7 % der angestellten KollegInnen sind durchschnittlich 7,1 Stunden in der Woche nebenberuflich tätig. Dies wollen die KollegInnen zukünftig auf durchschnittlich 10,3 Stunden/Woche steigern.

Fragt man abschließend nach den Wünschen der Kolleginnen und Kollegen an die Kammer, so haben 39 % keine Wünsche. Die übrigen Kolleginnen haben 145 Wünsche aufgeführt. 33 Mal wünschten sie sich mehr Einfluss der Kammer bei Gehaltsverhandlungen. 27 Mal wurden die Stärkung des Arbeitsfeldes und eine Zusammenarbeit mit der Gewerkschaft genannt. 21 Mal die Gleichstellung der Berufsgruppen, z.B. auch bei Vergünstigungen, wie dem Versorgungswerk. 17 Mal

und den Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle. Sie alle haben durch ihr persönliches Engagement und ihren Idealismus dazu beigetragen, den Aufbau der PKSH und die erzielten Erfolge der letzten vier Jahre zu ermöglichen!

Wir wünschen Ihnen allen eine schöne, sonnige und erholsame Sommerzeit.

Ihr PKSH-Vorstand

*Dr. Oswald Rogner
Dr. Angelika Nierobisch
Heiko Borchers
Christiane Foerster
Lea Webert*

wurden niedrigere Kammerbeiträge aufgeführt. Das Schlusslicht der Wünsche bildete der Wunsch nach dem Zusammenschluss zu einer Nordkammer, der lediglich 3 Mal geäußert wurde.

Zusammenfassend ist es erfreulich, wie hoch die angestellten Kolleginnen und Kollegen ihre Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz angeben, trotz bestehender Kompetenzprobleme. Ebenfalls wird die Sicherheit des Arbeitsplatzes hoch eingeschätzt.

Die geäußerten Wünsche an die Kammer werden wir bei zukünftigen Aktivitäten umsetzen. Die Ergebnisse dieser Umfrage dienen zum einen dem Kammervorstand bei der Planung weiterer Aktivitäten für die Angestellten. Zu anderen sind sie jedoch auch von Nutzen, um gegenüber den politischen Institutionen Einfluss nehmen zu können.

Wir danken den angestellten Kolleginnen und Kollegen an dieser Stelle noch einmal für ihre Mitarbeit.

Für den Vorstand der PKSH

Dr. Angelika Nierobisch

Geschäftsstelle

Walkerdamm 17
24103 Kiel
Tel. 0431/66 11 990
Fax 0431/66 11 995
Mo bis Fr: 09 – 12 Uhr
zusätzlich Do: 13 – 16 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

Leserbriefe

Die Redaktion begrüßt es sehr, wenn sich Leser in Briefen zu den Themen der Zeitschrift äußern; sie macht aber zugleich darauf aufmerksam, dass sie sich vor allem angesichts der erfreulich zunehmenden Zahl von Zuschriften das Recht vorbehält, eine Auswahl zu treffen oder gegebenenfalls Briefe auch zu kürzen. Als Leser der Briefe beachten Sie bitte, dass diese die Meinung des Absenders und nicht die der Redaktion wiedergeben.

Zu Heiko Herbert Hölzel: „Die finanzielle Situation der Psychotherapeuten in Ausbildung“, *Psychotherapeutenjournal* 3/2006

Es ist sehr zu begrüßen, dass die Ausbildungssituation Psychologischer Psychotherapeuten auch unter dem Blickpunkt der Finanzierung gründlich gewürdigt wird. Herrn Hölzel ist es zu verdanken, hier erste Schritte getan zu haben. Den ausbildungspolitischen Skandal noch einmal dokumentiert zu haben, dass es für die praktische Tätigkeit kein oder nur ein geringes Gehalt gibt, ist ein weiterer Verdienst dieser Arbeit. Weniger zufrieden kann man allerdings mit den Bemerkungen sein, die sich auf den finanziellen Aufwand der analytischen Ausbildungsrichtung (9,4 % der Stichprobe befanden sich in dieser Ausbildung) beziehen. Im bemerkenswert kurzen Abschnitt über die finanzielle Situation in der praktischen Ausbildung heißt es lapidar „... gaben 64,5 % an, dass ihnen **ein Teil** des erwirtschafteten Honorars während der praktischen Ausbildung

ausbezahlt wird“ (S. 234). Des Weiteren muss man davon ausgehen, dass die Ausbildung in analytischer Psychotherapie fast ausschließlich im Verbund mit einer Ausbildung in tiefenpsychologisch-fundierter Psychotherapie an analytischen Ausbildungsinstituten absolviert wird, was für den praktischen Teil der Ausbildung ein Kontingent von ca. 1000 Stunden bedeutet. Ausbildungskandidaten können also im zweiten Teil ihrer Ausbildung einen nicht unerheblichen Teil ihrer Ausbildungskosten reduzieren. Realistischer Weise kann man bei den analytischen Ausbildungsinstituten von einem ausbezahlten Anteil von ca. 90 % der von den Kassen vergüteten Leistungen ausgehen. Modellhaft wären dies ca. 70 Euro pro Ausbildungsbehandlungsstunde, also 70.000 Euro. Mit diesem Betrag wären dann die Kosten einer z.B. fünfjährigen Teilzeitausbildung (Semester-

gebühren, Kosten für Lehranalyse und Supervisionen) zu verrechnen. Ich bin sicher, dass eine Untersuchung, die eine differenzierte Betrachtung der unterschiedlichen Strukturen der Ausbildungsorganisation bei verhaltenstherapeutischen und analytischen Instituten mitberücksichtigt hätte, an diesem Punkt zu einem anderen Ergebnis hätte kommen müssen als lediglich undifferenziert festzustellen, „so fällt auf, dass im Schwerpunktverfahren analytische Psychotherapie die höchsten Ausbildungsgebühren aufzuwenden sind“ (S. 233).

Mit freundlichen Grüßen

Dipl.-Psych. Raimund Rumpeltes
Landfriedstr. 4
69117 Heidelberg
raimundrumpeltes@gmx.de

Zu Wolfgang M. Groeger: „Psychotherapie-Ausbildung im Rahmen der Bachelor-/Masterstudienreform“, *Psychotherapeutenjournal* 4/2006

Es muss einigen Ausführungen zum ersten Themenkomplex (Zulassungsvoraussetzungen) deutlich widersprochen werden. Wie kann Herr Groeger behaupten, „dass die Absolventen der Bachelorebene zukünftig tatsächlich nur noch über Kompetenzen verfügen, die unter das bisherige Niveau des Fachhochschuldiploms zurückfallen“ (S. 347)? Ist ihm etwa entgangen, dass die Fachhochschulstudiengänge, die bisher für die Zulassung zur Ausbildung in KJP berechtigten, in der Regel 6 Theoriesemester und 2 Praxissemester aufweisen; die künftigen (curricular eher „überladenen“) Bachelorstudiengängen werden sich davon also in ihrer Qualität (z.B. hinsichtlich der wissenschaftlichen Fundierung) nicht negativ unterscheiden. Im Gegenteil wäre es jetzt sogar prinzipiell

möglich, einen Bachelorstudiengang mit 7 oder gar 8 Theoriesemestern zu konzipieren!

Der vom Autor zitierte Beschluss der Kultusministerkonferenz (KMK) zur Gleichwertigkeit von FH-Diplom und Bachelor-Abschluss ist daher sowohl formal als auch inhaltlich zutreffend.

Angesichts der prinzipiellen Gleichwertigkeit des Bachelorabschlusses mit dem bisherigen FH-Abschluss ist daher Herrn Groegers Unterstellung, „dass ‚Bachelor-Psychotherapeuten‘ überfordert wären, so dass es vermehrt zu Behandlungsfehlern kommen kann“ (S. 348) als eine Abwertung und Beleidigung aller bisher ausgebildeten und künftig auszubildenden Kin-

der- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-innen scharf zurückzuweisen. Zudem ist der Ausdruck „Bachelor-Psychotherapeut“ sachlich falsch und völlig irreführend.

Wenn die neuen Bachelorabschlüsse dennoch ein Problem für die Zulassung zur anschließenden (!) Psychotherapieausbildung darstellen, dann ist es nicht ihr Niveau, sondern ihre Vielfalt, die u.a. durch die dezentralisierte Akkreditierung nach der Föderalismusreform nun wohl noch zunehmen wird. Allerdings verwundert es, dass der Autor bei seiner Problemanzeige (S. 346) überhaupt nicht erwähnt, wie bisher Lösungen des Problems auf Landesebene vorgenommen werden: Bei der Vielfalt unterschiedlicher Studiengänge (wie Heil- u. Sonderpädagogik oder Sozialar-

beit) wird über deren Äquivalenz mit (Sozial-)Pädagogik anhand des Anteils pädagogischer Inhalte des jeweiligen Studiums (evtl. im Einzelfall) entschieden. Dieses Kriterium sollte allerdings modifiziert werden, so dass Absolvent/-inn/en eines Bachelorstudiums in Psychologie nicht benachteiligt werden, sondern unter bestimmten Voraussetzungen (z.B. mit Schwerpunkt Pädagogische Psychologie) zur KJP-Ausbildung zugelassen werden können. Die Tauglichkeit des Kriteriums zur Orientierung und Entscheidung in der Vielfalt scheint aber nicht widerlegt zu sein.

Wenn sich die innovativen Ideen des Autors umsetzen ließen, würde dieses Problem indes an Bedeutung verlieren. Wenn

ich seinen Beitrag richtig verstanden habe, werden dann nämlich Alle (sowohl für PP als auch für KJP) ein Masterstudium absolvieren, das zu einer „eingeschränkten Approbation“ führt und die Grundlage für eine Weiterbildung in einem (schulenspezifischen oder allgemeinen?) Psychotherapieverfahren bildet. Damit könnte sicherlich das unterschiedliche Profil hinsichtlich der Kenntnisse und Fähigkeiten der verschiedenen Berufsqualifikationen besser ausgeglichen werden (und zudem die bisherige Redundanz der Ausbildungsinhalte bei den Studierenden der (klinischen) Psychologie verringert werden).

Warum es sich dabei immer um einen forschungsorientierten (und nicht um einen

„anwendungsorientierten“) Masterstudiengang handeln soll (S. 348 u. 352), kann Groeger nicht schlüssig begründen. Das von ihm angeführte Argument, dass Psychotherapie sich „wissenschaftlich anerkannter Verfahren“ (S. 348) zu bedienen hat, taugt dafür jedenfalls nicht. Schließlich können wir doch erwarten, dass auch jeder anwendungsorientierte Masterstudiengang (ob in Psychologie oder etwa in den Ingenieurwissenschaften) wissenschaftlich fundierte Verfahren vermittelt – und nicht „Hokus-Pokus“!

*Prof. Dr. Norbert Rückert
EFH Hannover
Blumhardtstr. 2
30625 Hannover
rueckert@efh-hannover.de*

Zu Wolfgang M. Groeger: „Psychotherapie-Ausbildung im Rahmen der Bachelor-/Masterstudienreform“, Psychotherapeutenjournal 4/2006

Der sehr ausführlichen und kenntnisreichen Arbeit von Herrn Groeger muss man in weiten Bereichen zustimmen. Insbesondere seinen stringenten Überlegungen hinsichtlich der Bachelor- und Masterabschlüsse, die in der Forderung münden, dass nur ein konsekutives Masterstudium die für die psychotherapeutische Arbeit erforderlichen Basiskompetenzen vermitteln, ist grundsätzlich zuzustimmen. Allerdings müssten die bisherigen Erfahrungen in der Ausbildung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten insofern besser gewürdigt werden, als die bisherigen Ausbildungsbedingungen hochqualifizierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten hervorgebracht haben.

Die Forderung allerdings, die Ausbildung zur Approbation solle in Zukunft nicht mehr von der Hochschulausbildung abgekoppelt möglich sein, bedarf meines Erachtens doch einer näheren Betrachtung. Schon die berechnete Forderung nach dem Erwerb von psychotherapeutischen Grundkompetenzen im Rahmen eines konsekutiven Masterstudienganges an einer Hochschule bringt die bisherigen Studienordnungen an psychologischen Instituten erheblich in Schwierigkei-

ten. Im Rahmen der Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten ist die analytische und tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie als wissenschaftliches Verfahren berufs- und sozialrechtlich anerkannt. Im universitären Psychologiestudium ist die Psychoanalyse als Wissenschaft und die analytische Psychotherapie und tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie als deren psychotherapeutische Verfahren weitgehend weder im Grundstudium noch im zweiten Studienabschnitt vertreten. Hier gibt es meines Erachtens einen erheblichen Nachholbedarf, sowohl die wissenschaftstheoretischen Voraussetzungen der Psychoanalyse im Grundstudium zu lehren als auch deren Anwendung in der Psychotherapie. An diesem Punkt ist Groegers Aussage, „zumindest für die psychologischen Universitätsinstitute gilt, dass sie ohne weiteres in der Lage wären, eine psychodiagnostische und psychotherapeutische Grundausbildung im Rahmen eines Masterstudienganges ‚Psychotherapie‘ zu vermitteln“ (PTJ 4/2006, S. 351), nicht zutreffend. Zutreffend halte ich diese Aussage lediglich für die verhaltenstherapeutischen Psychotherapien und deren wissenschaftstheoretische Grundlagen.

Auch was die von Groeger präferierte „Weiterbildung nach Approbation an der Hochschule“ und deren mögliche positiven Auswirkungen auf die „Ausbildungsvergütung“ angeht, ist kritisch anzumerken, dass es allen Ausbildungsinstituten auch jetzt schon durchaus möglich ist, Ausbildungsvergütungen an die Ausbildungskandidaten zu zahlen. Schließlich erhalten die Ausbildungsinstitute die mit den Krankenkassen vereinbarten Punktwerte für die Behandlungsstunden im Rahmen der praktischen Ausbildung Honorare. Es steht ganz im eigenen Ermessen der Ausbildungsinstitute, ob und in welchem Ausmaß sie diese Honorare an die Ausbildungskandidaten als Refinanzierung der Ausbildungskosten auszahlen, damit das von Groeger angestrebte Ziel teilweise erreicht werden kann und „die hohen Kosten des Qualifikationserwerbs leichter geschultert werden können und die Nachwuchsprobleme nachhaltig gemildert“ (PTJ 4/2006, S. 351) werden können.

Mit freundlichen Grüßen

*Dipl.-Psych. Raimund Rumpeltes
Landfriedstr. 4
69117 Heidelberg
raimundrumpeltes@gmx.de*

Replik von Wolfgang M. Groeger zu den Leserbriefen von N. Rückert und R. Rumpeltes

Beide Leserbriefe signalisieren grundsätzliche Zustimmung zu einer Neukonzeption der Psychotherapieausbildung. Zugleich benennen sie Punkte, in denen abweichende Auffassungen bestehen.

Ein solcher Punkt betrifft die Frage, ob die Hochschulen in der Lage sind, die psychodynamischen Psychotherapieverfahren angemessen zu vermitteln. Zweifel daran werden damit begründet, dass psychodynamische Verfahren in der akademischen Psychologie nur eine marginale Rolle spielen. Wer solche Bedenken vorträgt, blendet allerdings die Existenz von derzeit insgesamt 35 universitären Ausbildungsgängen in Psychologischer Psychotherapie aus, die die Grundausbildung in *allen* Verfahren längst übernommen haben, so wie jede andere staatlich anerkannte Ausbildungsstätte auch. Was wäre denn die Alternative: Können Verhaltenstherapie-Ausbildungsstätten eine Grundausbildung in psychodynamischen Psychotherapieverfahren sehr viel besser gewährleisten als die Hochschulen? Die Antwort hierauf ist ein klares Nein. Es gibt keinerlei Befunde, die eine Überlegenheit der derzeitigen Regelungen zur psychotherapeutischen Grundausbildung untermauern.

Ein weiterer Punkt betrifft die Auswirkungen eines früheren Approbationszeitpunktes auf die Bezahlung in der darauf folgenden Weiterbildung. Macht es für Ausbildungsteilnehmer tatsächlich keinen Unterschied, ob sie ihre Leistungen selbst abrechnen oder ob „ganz im eigenen Ermessen der Ausbildungsinstitute“ ein mehr oder weniger großer Teil der Honorare ausgezahlt wird? Das viel größere Potenzial in bezug auf die Einkommensmöglichkeiten findet sich im übrigen nicht bei der Vergütung für die praktische Ausbildung, sondern bei der für die praktische Tätigkeit, die bisher viel zu oft als „Praktikant“ ohne jegliche Bezahlung zu erbringen ist.

Der zentrale Punkt des Artikels betrifft die Frage der Zugangsvoraussetzungen – genügt ein Bachelorabschluss oder bedarf es eines Masterabschlusses? Ich habe

hierfür zwei Antworten zur Diskussion gestellt:

1. Nein, ein Bachelorabschluss reicht nicht aus, wenn der Ausbildungsgang bis zur Approbation unverändert bleibt.
2. Ja, ein Bachelorabschluss reicht aus, wenn die Ausbildung als Masterstudium konzipiert wird, die Approbation auf der Basis einer Grundausbildung mit dem Masterabschluss erworben wird und die Fachkunde für ein Psychotherapieverfahren im Anschluss daran im Rahmen einer Weiterbildung.

Diesen Punkt greift Herr Rückert in seinem Leserbrief auf, indem er der 2. Antwort zustimmt, der 1. Antwort aber vehement widerspricht. Er stellt dabei in Abrede, dass es einen Unterschied zwischen den Fachhochschuldiplomen und den neuen Bachelorabschlüssen gibt. Dass dies bestenfalls so sein kann, war auch der Ausgangspunkt meiner Analyse (S. 344). Zur Psychotherapieausbildung zugelassen werden nun aber auch alle Absolventen eines 6-semesterigen Studiengangs, dem Regelfall bei allen Bachelorstudiengängen. Wer diese Kürzung der Studiendauer um bis zu vier Semester einbezieht, kommt zu dem Ergebnis, dass die Eingangsqualifikation für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten abgesenkt wird. Nur wer diese Absenkung in Abrede stellt, kann die von mir geäußerte Befürchtung (S. 348), „dass „Bachelor-Psychotherapeuten“ überfordert wären, so dass es vermehrt zu Behandlungsfehlern kommen kann“, als „Abwertung und Beleidigung aller bisher ausgebildeten und künftig auszubildenden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ sehen. Dies ist im Hinblick auf die bisher Ausgebildeten aber *nicht meine* Auffassung – und was ich erreichen möchte, ist ein Beitrag dazu, dass wir solche Verhältnisse auch zukünftig nicht bekommen.

Es bleibt ein weiterer wichtiger Punkt, die grundsätzlich forschungsorientierte Konzeption des Masterstudiums. Hierzu kommt man ganz ohne „krummen“ Weg, „den Universitätsinstituten das Monopol der Hochschulausbildung für Psychothe-

rapie sichern zu wollen“, wenn man sich klar macht, dass ein akademischer Heilberuf eine forschungsorientierte Ausbildung für sein Überleben und seine Weiterentwicklung braucht. Genau deshalb ist die Masterstudienphase unverzichtbar. Forschungsorientierung ist nur im Masterstudium möglich und ergänzt die anderen Ausbildungsbestandteile, den Erwerb der Grundlagen im Bachelorstudium und die anwendungsorientierte dritte Ausbildungsphase, die Psychotherapieausbildung – sei sie nun wie bisher als Ausbildung oder zukünftig hoffentlich als Weiterbildung konzipiert.

Ich möchte meine Replik nicht schließen, ohne Herrn Rückert als Fachhochschullehrer an der Evangelischen Fachhochschule Hannover mit ihrer Kooperation mit dem Winnicott Institut anzusprechen. Nur in den (sozial-)pädagogischen Fachrichtungen können heute schon Masterstudiengänge eingerichtet werden, die einen Teil der Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten abdecken, während der andere, verfahrens- und anwendungsbezogene Teil im Anschluss daran an einer Ausbildungsstätte fortgeführt wird, mit der der Studiengang kooperiert. Erforderlich hierzu wäre, mit den zuständigen Ministerien auszuloten, ob und unter welchen Bedingungen mit dem Masterabschluss eine befristete Erlaubnis zur Berufsausübung nach § 4 PsychThG erteilt werden kann. Absatz 1 dieses Paragraphen sieht ausdrücklich vor, dass eine befristete Erlaubnis möglich ist, wenn „eine abgeschlossene Ausbildung für den Beruf“ nachgewiesen wird, die nicht die Voraussetzungen nach § 2 Abs. 1 Nr. 2 PsychThG erfüllt. Ein Masterabschluss in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie könnte als eine solche „abgeschlossene Ausbildung für den Beruf“ aufgefasst werden. Die (sozial-)pädagogischen Fachrichtungen könnten damit zu einer Avantgarde werden, die dabei hilft, den Weg zu entsprechenden Änderungen für alle Psychotherapeuten zu ebnet.

Dr. Wolfgang M. Groeger
Zentrum für Psychotherapie
Ruhr-Universität Bochum
44780 Bochum
groeger@kli.psy.ruhr-uni-bochum.de

Kontakt Daten der Psychotherapeutenkammern

Bundespsychotherapeutenkammer

Klosterstraße 64
10179 Berlin
Tel. 030/27 87 85-0
Fax 030/278785-44
Mo – Do 9.00 – 15.00 Uhr
info@bptk.de
www.bptk.de

Baden-Württemberg

Jägerstraße 40
70178 Stuttgart
Tel. 0711/674470-0
Fax 0711/674470-15
Mo – Do 9.00 – 15.30 Uhr
Fr 9.00 – 13.00 Uhr
info@lpk-bw.de
www.lpk-bw.de

Bayern

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

Berlin

Kurfürstendamm 184
10707 Berlin
Tel. 030/887140-0, Fax -40
Mo, Mi – Fr 9.00 – 14.00 Uhr
Di 14.00 – 19.00 Uhr
info@psychotherapeutenkammer-berlin.de
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de

Bremen

Hollerallee 22
28209 Bremen
Tel. 0421/27 72 000
Fax 0421/27 72 002
Mo, Di, Do, Fr 10.00 – 14.00 Uhr
Mi 13.00 – 17.00 Uhr
Sprechzeit des Präsidenten:
Di 12.30 – 13.30 Uhr
verwaltung@pk-hb.de
www.pk-hb.de

Hamburg

Curschmannstraße 9
20251 Hamburg
Tel. 040/4210 1234
Fax 040/4128 5124
Mo, Di, Do 9.00 – 15.00 Uhr
Mi 9.00 – 17.00 Uhr
Fr 9.00 – 14.00 Uhr
info@ptk-hh.de
www.ptk-hh.de

Hessen

Gutenbergplatz 3
65187 Wiesbaden
Tel. 0611/53168-0
Fax 0611/53168-29
Mo – Do 9.00 – 13.00 Uhr
post@psychotherapeutenkammer-hessen.de
www.psychotherapeutenkammer-hessen.de

Niedersachsen

Roscherstraße 12
30161 Hannover
Tel. 0511/850304-30
Fax 0511/850304-44
Mo, Mi, Do, Fr 9.00 – 11.30 Uhr
Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr
Beitragsangelegenheiten:
Mo, Mi – Fr 9.00 – 11.30 Uhr
Mo – Do 13.30 – 15.00 Uhr
info@pk-nds.de
www.pk-nds.de

Nordrhein-Westfalen

Willstätterstraße 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211/522847-0
Fax 0211/522847-15
Mo – Do 8.30 – 16.30 Uhr
Fr 8.30 – 14.30 Uhr
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Rheinland-Pfalz

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30
55130 Mainz
Tel. 06131/5703813
Fax 06131/5700663
Mo – Fr 10.00 – 12.30 Uhr
Di und Do 14.00 – 16.00 Uhr
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de

Saarland

Talstraße 32
66119 Saarbrücken
Tel. 0681/9545556
Fax 0681/9545558
Mo, Di 8.30 – 12.30, 13.30 – 17.30 Uhr
Mi 13.30 – 17.30 Uhr
kontakt@ptk-saar.de
www.ptk-saar.de

Schleswig-Holstein

Walkerdamm 17
24103 Kiel
Tel. 0431/661199-0
Fax 0431/661199-5
Mo bis Fr 9.00 – 12.00 Uhr
Do 13 – 16 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

kom. Geschäftsstelle
06656 Weißenfels
Tel. 03443/305355
Fax 03443/231520
opk@gmx.info
www.ihre-opk.de

Stellen-/Praxismarkt

Intervision

Hannover

Psychologische Psychotherapeutinnen gründen Intervisionsgruppe (QZ) im Schwerpunkt TP und analytische PT. Wir suchen weitere Teilnehmer(innen).
Telefon: 0511-8664266

Jobsharing

Düsseldorf und Umgebung:

Psych. Psychotherapeut (VT, Arztregister), 42, langjährige Erfahrungen in diversen Arbeitsfeldern sucht Job-Sharing oder KV-Sitz. Tel.: 02 21 - 48 45 401

Psych. Psychotherapeutin (VT, Appr., Arztreg.) mit mehrjähriger Berufserfahrung (stat./amb.) sucht Job-Sharing/Praxismitarbeit/Teilzulassung in **Köln** Praxis.
Tel.: 0178 - 19 16 16 6
mueller-praxis@web.de

Psychologischer Psychotherapeut (VT, Erw., Approb., Arztregister), 40 J., berufserfahren, sucht KV-Praxiseinstieg/ Job-Sharing/ Assistenz (ca. 15 - 20 Std.) im Raum Berlin ab 2008.
Tel. 089/ 79893283 (AB)

Suche Jobsharing-Partner/in, KJP/VT für 13 - 14 Std./Woche als Angestellte/r in Ludwigshafen, ab ca. 2008. Tel. 0621 - 5390539

Raum Dortmund - Münster - Bielefeld

Biete Jobsharing in Ahlen ab Anfang 2008.
VT Erwachsene.
Umfang 15 bis 20 Sitzungen.
Kontakt: jobsharing@online.de

Erfahrene Psychologische Psychotherapeutin (VT, Arztregister) sucht Jobsharing/ Mitarbeit oder KV-Sitz-Abgabe in Rheinland-Pfalz/Raum Köln-Aachen/Nordbaden/Nordwürttemberg. Tel.: 06321-481725.

Ressourcenorientierte erfahrene Psych. Psychotherapeutin (TP, Appr. Arztreg. Eintrag) sucht **Jobsharing** bis 10h/Wo. im Raum **Chiemgau**
Tel: 08642/6144

Biete Jobsharing in Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (VT) für männlichen Kollegen ab Sept. 07
Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 070215

Praxisabgabe

KV-Sitz für VT **in Geilenkirchen bei Aachen** 2008 zu verkaufen.
Vorher Jobsharing möglich
Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 070201

Hannover Stadt: Seit 1974 gut etablierte KV Praxissitz Psychoanalytiker (Psychologischer Psychotherapeut) (Fachkunde Psychoanalyse, tiefenpsych. fund. Psychotherapie Erw.) für 08 ab sofort zu verkaufen. Einliegerwohnung mietbar vorhanden.
Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 070202

KV-Sitz Köln
KJP (TP)
Ende 2007 oder nach Absprache
Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 070203

München Praxissitz TP

Ende 08 zu verkaufen
Tel.: 089/8349253

Hannover

Praxis und KV-Sitz (TP/Erwachsene) zum 1.07.2008 zu verkaufen.
Kontakt: H.Nussbaum@t-online.de

Suche PP (VT-E, Arztreg.) zur Mitarbeit in Praxis für Psychotherapie in Ingolstadt.
Perspektive: späterer Praxiserwerb möglich. Tel.: (0841) 5 45 29

KV-Praxis PP in **Leipzig-Markkleeberg** abzugeben zum 1.10.2007 gute Verkehrsanbindung gut eingeführt
Chiffre PTPJ 070211

KV-Praxis

an PP o. KJP (TP, VT, AP, umsatzstark) in Südost-Bayern zu verkaufen
Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 070208

Praxis- u. KV-Sitz PP Psychoanalyse / TP in Kassel
in Kürze abzugeben
Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 070209

KV-Sitz (TP) in München in absehbarer Zeit zu verkaufen
Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 070210

KV-Sitz in Bad Dürkheim/Pfalz zum 01.09.2007 abzugeben.

Einzugsgebiet Neustadt/Weinstr., Ludwigshafen.
Zulassung PP, bevorzugt PA,
TP, auch VT möglich
Zuschriften erbeten an Chiffre PTPJ 070213.

Praxisverkauf/Praxisüberlassung psychologischer Psychotherapeut (TP, PA) Raum Dortmund. Bei Teilverkauf - halber Sitz - oder Überlassung der Niederlassung für ca. 2-3 Jahre wäre Kaufpreis nebensächlich, da diese Variante bevorzugt. Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 070216

Praxisgemeinschaft

Praxismitbenutzung - Räumlichkeiten sind auch für Gruppenbehandlung geeignet - in Dortmund: Bevorzugt werden Kollegen/ Kolleginnen mit tiefenpsychologischer oder psychoanalytischer Orientierung. Chiffre PTPJ 070205

Praxisgründung

Logopädin sucht Psychotherapeutin/ten zur Gründung einer therapeutischen Praxisgemeinschaft. Raum Adelsheim/ Osterburken. Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 070211 an den Verlag.

Praxistausch

Psych. Psychotherapeutin (PA) sucht KV-Sitz (Kauf, Tausch, Jobsharing) in **Frankfurt** und Umgebung. Bietet KV-Sitz in **Berlin**. Tel.: 069/95116542

Praxisübernahme

Psych. Psychotherapeutin (VT) sucht KV-Sitz in **Kassel**.
Tel.: 0170-5578520

Marburg/Kassel/Gießen: Psychologische Psychotherapeutin sucht dringend KV-Sitz oder Job-Sharing.
Tel.: 06421/407400

KJP (VT) sucht KV-Sitz in Bonn, evtl. Tausch (nördl. RLP).
Tel. 0228-5366352

Berlin:

Psychologische Psychotherapeutin (TP,PA) sucht KV-Sitz
Tel. 0163-2050511

Raum Rosenheim
KJP (TP, Approb., Arztreg.) sucht KV-Sitz oder Jobsharing
Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 070206.

Raum Unterfranken/ nördliches Baden-Württemberg
Psychologische Psychotherapeutin (VT Erwachsene) sucht KV-Sitz ab Mitte 08. Tel.: 07309-428189

Psychologische Psychotherapeutin (VT) sucht KV-Sitz, Jobsharing/Mitarbeit **in oder um Hamburg**
mail: annalena@germany.net.de
Tel.: 040/43290359

Psychologische Psychotherapeutin (VT, Erw.) mit Erfahrung und Engagement sucht **Praxissitz** zur Übernahme oder Möglichkeit zur Übergangskooperation/Jobsharing, bevorzugt im Raum **Straubing/Cham/Regensburg**. Preis: großzügig verhandelbar. 0173/6379880 oder michele.reiss@fachklinik-furth.de

Mit 20 Millimeter Höhe sind Sie dabei!

Diese Anzeige kostet gerade mal € 53,- zzgl. MwSt.

Psychologin (Approb. VT, Psychiatrie-Erfahrung Spezialgebiet Sucht-Therapie) sucht Praxisübernahme oder Jobsharing im Grossraum Freiburg, Zeitpunkt flex., Tel. 0172-6154128

BODENSEEREGION (Lindau, Friedrichshafen, Konstanz) oder AACHEN, STADT-LAND Psych. PT sucht KV-Sitz zu kaufen
Tel. 0170/3424984

Psychologische Psychotherapeutin (TP, Paar- und Familientherapie) sucht KV-Sitz, Jobsharing, Teilpraxiskauf oder Mitarbeit im Raum **FR, LÖ, WT, Bodensee**.
T.07655/1396,
praxis_psychotherapie@web.de

Praxisübernahme

Psychologische Psychotherapeutin (TP, Einzel- und Gruppentherapie) sucht KV-Sitz oder Job-Sharing im Großraum Dortmund
02362-790860
Gudrunmenzel@gmx.de

Kassensitz oder Jobsharing für München von Psychologischer Psychotherapeutin **VT/KJP + evtl. Ew.** Zuschriften an Chiffre PTPJ 070212

Großraum Wuppertal – Düsseldorf PP (VT) sucht kurz- bis mittelfristig KV-Sitz oder Jobsharing mit späterer Übernahmemöglichkeit.
Tel: 02104/12475

Psychologische Psychotherapeutin (TP für Erw.) sucht KV-Sitz oder Jobsharing mit späterer Übernahmemöglichkeit in **AW, BN, BM, EU, SU** Tel.: 02226/157540

Psych. PT (TP, PA) sucht KV-Sitz ab 01/2008 in **Berlin, Brandenburg, Süddeutschland** Job-Sharing möglich
Tel: (030) 34359712

Psychologische Psychotherapeutin sucht KV-Sitz im Raum MTK, Frankfurt, Wiesbaden.
DrMD300368@aol.com

Suche KV-Sitz
im Großraum **Köln** oder **Berlin** (TP, Erw.)
0177/2664514

Praxisvermietung

Praxisräume Berlin-Schöneberg Rheinstraße
Schöne ruhige Praxisräume (ca. 120 qm) bis zu 4 Tagen in der Woche zu vermieten, Warteraum, Empfang, Küche, Toiletten, moderne Telekommunikation, gute Verkehrsanbindung.
IAS Institut für Arbeits- und Sozialhygiene Stiftung / Tel. 030 – 54 78 31 97

Hamburg: Stilvoller Therapieraum (32qm) in etablierter TP-Praxis in zentraler Lage (U-Bahn Osterstr.) ganztätig zu vermieten. Interesse an gemeinsamer QM-Entwicklung. Tel. 040/565550

Herford-Innenstadt
Raum in schöner Psychotherapiepraxis zu vermieten. Gerne an Fachkolleginnen/en. Separater Wartebereich und Büro sind vorhanden. Tel: 05221 – 104603 oder praxis.roeske@t-online.de

Dachau:
30 m² Raum, Südostlage, Dachgesch., in PT Praxis nahe Altstadt teilweise zu vermieten.
Tel. 08134-5189 oder 08131-84090

Mannheim-Planken:
2 schöne Räume, jew. 20 qm, einz. oder zus., in pt. Praxis zu vermieten.
Gerne auch mit Kooperation.
Tel. 0179-6915770

Stellenangebote

Suche erfahrene **KJ u. PP'in (VT)** als Angestellte im **Kreis Paderborn**
Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 070214

Stellengesuche

Approbierte Psychologin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin für Therapie aus psychoanalytischer Grundlage mit autistischen Kindern und Jugendlichen als Honorarkraft (ca. 10 Std. wöchentlich) gesucht (kleines Team), Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 070204

Erfahrene Verhaltenstherapeutin sucht Mitarbeit (auf Honorarbasis oder stundenweise Basis) in Privatpraxis/Verein, Dortmund, Großraum Köln, Dü.,
Tel.: 0231-9272550

KJP (Syst.Th., VT, 55 J.) sucht ab sofort Jobsharing, Mitarbeit auf Honorarbasis oder Teilzeitanstellung; Mitarbeit in Privatpraxis, Ambulanz oder MVZ im Raum Süd-, Vorderpfalz und Karlsruhe. Tel.: 06341-630541

Appr. Psych. PT, 41 J. Arztreg. (VT Erw.) seit 2 J. in psychoth. Ambulanz tätig, zuvor in stat. Suchtklinik u. Psychiatrie; suche Voll- od. Teilzeitstelle in Fachklinik, Psychiatrie od. Tagesklinik, weiter Jobsharing, Mitarbeit auf Honorarbasis in Praxis.

Im Raum EN, MK u. westl. Ruhrgebiet.
Tel.: 02335/ 21 25
od. 0177 47 57 349

Berufserfahrene Psychologische Psychotherapeutin VT mit Arztregistereintrag sucht Mitarbeit auf Honorarbasis oder Anstellung im Großraum München. Außerdem biete ich qualifizierte Supervision bei VT-Antragstellung für Erwachsene. e-mail: EdithRitter@t-online.de Tel. 089/164729

Mit 20 Millimeter Höhe sind Sie dabei!

Diese Anzeige kostet gerade mal € 53,- zzgl. MwSt.

Verschiedenes

PRAXISUMZUG
Eröffnung der neuen psychotherapeutischen Praxis am 18. Juni 2007: **Harry Askitis**, Dipl.-Psych. Psychologischer Psychotherapeut Wieckstr. 38 - 22527 Hamburg
Tel.: 040- 22 55 00, Fax: 040- 220 40 10 Harry@Askitis.de

Ihre Chiffre-Zuschriften senden Sie bitte in einem zweiten geschlossenen Umschlag an den Verlag:

Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH,
Herrn Günther Pfeffer
Chiffre Nr. _____,
Im Weiher 10,
69121 Heidelberg

Anzeigenschluss für die nächste Ausgabe ist der 24. August 2007. Ausgabe 3/07 erscheint am 27. September 2007.

Nicht suchen – finden!

Das **Branchenverzeichnis** im Psychotherapeutenjournal

Im Psychotherapeutenjournal findet der Psychotherapeut neben Fachinformationen, Rechtsgrundlagen, länderspezifische Informationen und einen umfangreichen Stellen- und Kleinanzeigenmarkt. Doch wo findet der Psychotherapeut die geeignete Klinik für seinen Patienten, Software, Versicherungen, Aus-, Fort- und Weiterbildungsinstitute?

Ab sofort im **Branchenverzeichnis** vom Psychotherapeutenjournal. Eine Stichwortübersicht und Kontaktdaten der Firmen erleichtern dem Psychotherapeut das Suchen.

Wenn auch Sie von über **30.000 Psychotherapeuten** gefunden werden möchten, dann sichern Sie sich Ihren Eintrag im Branchenverzeichnis! Wie? Ganz einfach unter:

www.ptv-anzeigen.de

P.S. Ab Mitte 2007 steht das Branchenverzeichnis – neben unserem Stellenmarkt – den Psychotherapeuten auch Online zur Verfügung.

Branchenverzeichnis

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Für die Anzeigen sind die Inserenten verantwortlich. Eine Überprüfung der Angaben durch die Psychotherapeutenkammern findet nicht statt.

Akademie bei König & Müller

Semmelstraße 36/38
D-97070 Würzburg
Tel.: 0931-46 07 90 33
www.koenigundmueller.de
E-Mail: akademie@koenigundmueller.de

Akademie für Fortbildung in Psychotherapie (afp)

Bundesakademie
Postfach 13 43
72003 Tübingen
Tel.: 0700 23723700
Fax.: 0700 23723711
bundesakademie@afp-info.de
www.afp-info.de

Arbeitsgemeinschaft für Wissenschaftliche Psychotherapie Berlin (AWP-Berlin)

Fortbildungen in Dialektisch-Behavioraler Therapie (DBT) und weiteren achtsamkeitsbasierten Verfahren
Bundesring 58 12101 Berlin
Tel.: 030/8974 5599
www.awp-berlin.de

Arbeitsgemeinschaft Gestalttherapie (AGG)

Dipl. Psych. Wolfgang Walter
Rosenaustr. 5
D - 90429 Nürnberg
Tel.: 0911 / 39 06 59
wolfgang.walter@agg-gestalttherapie.de
www.agg-gestalttherapie.de

Aus-, Fort-Weiterbildung fortbildung1.de

D-70197 Stuttgart
Telefon 0711/ 6781 421
Telefax 0711/ 6781 444
info@fortbildung1.de
www.fortbildung1.de

AVT Köln GmbH

Akademie für Verhaltenstherapie
Marzellenstraße 2-8
50667 Köln
Tel.: 0221 – 42 48 570
E-Mail: info@avt-koeln.org
www.avt-koeln.org

ÄON Institut für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie & Supervision (ITFPS)

Stockumer Str. 28, 58453 Witten
Tel.: 02302/423400
supervision@aeon-institut.info
www.aeon-institut.info

DAF Deutsches Ausbildungsinstitut für Focusing u. Focusing-Therapie

D-97070 Würzburg, Ludwigstr. 8a
Tel. 0931/416283, Fax 0931/411371
E-Mail: info@focusing-daf.de
Internet: www.focusing-daf.de

Deutsche Akademie für Psychoanalyse

Goethestr. 54, 80336 München
Tel.: 08131/66 78 84
Wadpcongress2007@dynpsych.de
www.wadp-congress.de

Deutsches Institut für Psychotraumatologie e.V.

Telefon: 02245-9194-0
www.psychotraumatologie.de
Zert. WB f. app. PPT,
Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie

EMDR-Institut Deutschland

51427 Bergisch Gladbach
02204-25866
www.emdr.de
info@emdr-institut.de

Fort- und Weiterbildungsinstitut MFK Münchner FamilienKolleg

Pfarrstr. 4, 80538 München
Tel.: 089 - 22 29 92
mfk.familienkolleg@t-online.de
www.mfk-fortbildung.de

INNTAL INSTITUT

NLP und systemische Ausbildung in München, Rosenheim, Ulm, Bremen
anerkannt von Ärztekammer und PTK
Tel.: 08031 50601 Fax 50409
mail@inntal-institut.de
www.inntal-institut.de

www.psycho-vision.de

Virtuelle Realität in der Angstbehandlung
www.cme-pt.de
Zertifizierte Online-Fortbildung

Helm-Stierlin-Institut

Schloß-Wolfsbrunnenweg 29
69118 Heidelberg
Tel.: 06221-71409-0
Fax: 06221-71409-30
mail: info@hsi-heidelberg.com
Internet: www.hsi-heidelberg.com

IGW Institut für integrative Gestalttherapie

Theaterstr. 4, 97070 Würzburg
Fon: 0931/354450
Fax: 0931/3544544
info@igw-gestalttherapie.de
www.igw-gestalttherapie.de

Institut für Traumatherapie Oliver Schubbe

EMDR-Kurse, Curricula
Psychotraumatologie und EMDR-Vertiefungsseminare,
kammerzertifiziert
Tel.: 030-4642185
www.traumatherapie.de
info@tzaumatherapie.de

Institut für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin u. Sexuologie (IVS)

Nürnberger Str. 22,
90762 Fürth
Tel.-Nr.: 0911 / 78 72 72 7
FAX: 0911 / 78 72 72 9
Email: ambulanz2ivs-nuernberg.de
Homepage: www.ivs-nuernberg.de

Märkisches Institut für Psychotherapie

Dr. Thomas Kornbichler
Dämmchen 17

15837 Baruth/ Mark Schobendorf
Tel.: 033704-66134/-66133 (FAX)
info@maerkisches-institut.de

milton erickson institut berlin

wartburgstr. 17
10825 berlin
fon & fax: 030 . 781 77 95
büro: do 9 - 12 uhr
www.erickson-institut-berlin.de
mail@erickson-institut-berlin.de

SGAZ - Seminar für Gruppenanalyse Zürich

Quellenstraße 27
CH-8005 Zürich
Tel.: +41-442718173
Email: sgaz@bluewin.ch
Internet: www.sgaz.ch

SZVT

Studienzentrum Verhaltensmedizin u. Psychotherapie
Christophstrasse 8
70178 Stuttgart
Telefon +49 (0711) 966 96 63
email: mailto:info@szvt.de
www.szvt.de

Thies Stahl Seminare

Dipl.-Psych. Thies Stahl
Aus- und Fortbildung in NLP,
Coaching, Mediation u.
Systemischer Aufstellungsarbeit
Tel.: 04106 82381
TS@ThiesStahl.de
www.ThiesStahl.de

Buchhandel/Verlage**CIP-Medien Verlagsbuchhandlung**

Nymphenburger Str. 185,
80634 München
Tel. 089-130793-21, E-Mail
cipmedien@aol.com
www.cip-medien.com

Deutscher Psychologen Verlag

Oberer Lindweg 2, 53129 Bonn
Tel.: 02 28 - 9 87 31 18
verlag@psychologenverlag.de
www.psychologenverlag.de

Psychotherapeutenverlag Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Im Weiher 10
D-69121 Heidelberg
Tel.: (0 62 21)4 89-0
Fax: (0 62 21) 4 89-52 9
redaktion@psychotherapeutenjournal.de
anzeigen@psychotherapeutenjournal.de
www.psychotherapeutenjournal.de
www.ptv-anzeigen.de
www.huethig-jehle-rehm.de

Schattauer GmbH Verlag für Medizin und Naturwissenschaften

Hölderlinstr. 3
70174 Stuttgart
Tel. ++49 0711 22987-0
Fax ++49 0711 22987-50
info@schattauer.de
www.schattauer.de

Springer Medizin Verlag GmbH

Kontakt: Kundenservice
Haberstraße 7
69126 Heidelberg
Tel.: 06221-345-0

Fax: 06221-345-229
Email: SDC-bookorder@springer.com
Internet: www.springer.de

Verlag Hans Huber

Hogrefe AG
Länggassstr. 76
CH 3000 Bern 9
www.verlag-hanshuber.com

Klinken / Rehasentren**Christoph-Dornier-Klinik für Psychotherapie**

Tibusstr. 7-11
48143 Münster
Tel. 0251/4810-100
Fax. 0251/4810-105
info@c-d-k.de
www.c-d-k.de

Fachklinik Kamillushaus GmbH

Heidhauser Str. 273
45239 Essen
Tel.: 0201/8406-0
Fax: 0201/8406-180
info@kamillushaus.de
www.kamillushaus.de

Fachklinik Waren (Müritz)

Auf dem Nesselberg 5, 17192
Waren (Müritz)
Tel.: 01803/244142-0
Fax: 01803/244142-404
info@fachklinik-waren.de
www.fachklinik-waren.de

Medizinisch-Psychosomatische Klinik Bad Bramstedt

Schön Kliniken
Birkenweg 10, 24576 Bad Bramstedt
Tel.: 04192/5040
Fax: 04192/504550
KlinikBadBramstedt@schoen-kliniken.de
www.schoen-kliniken.de

Medizinisches**Versorgungszentrum****Timmermann und Partner**

MVZ für körperliche und Psychische Gesundheit
Marienstraße 37, 27472 Cuxhaven
Tel. 04721-393650 + 04721/396351
mail@timmermann-und-partner.de

Softwareanbieter**ergosoft GmbH**

Postfach 12 26
67446 Haßloch
Hotline: 06234/5995-11/-12/-13
Tel.: 06324/5995-0
Fax: 06324/5995-16
ergosoft@t-online.de
www.psychodat.de

Softwareunternehmen**Adler & Röhn GbR**

Isenbergstraße 66
45130 Essen
Tel.. 0228-211406

Kleinanzeigen

<p>Professionell im Fach, Präzise in der Formulierung Supervision bei der Erstellung von Berichten an den Gutachter (VT/TP/Analyse) Dr. M. Olderog Tel./Fax: 02234/700604 PsyOlderog@aol.com</p>	<p>• Erfahrener Kinderanalytiker leistet Supervision bei PA/TP Antragsstellung für Kinder und Jugendliche, für Erst-, Umwandlungs- oder Folgeanträge. Tel: 08450-909269</p>	<p>Lust auf weniger Arbeit ohne den bisherigen Lebensstandard aufzugeben? Berliner Kollegin bietet Möglichkeit, im Team ein Network-Marketing-Projekt aufzubauen. Sie werden garantiert auf einer anderen Ebene gefordert als bisher, ohne finanzielles Risiko! Neugierig geworden? Tel.: 030/88627479 e-mail: Fasanenplatz@gmx.de.</p>	<p>Fortbildung „Traumabezogene Spieltherapie“ mit Dipl.-Psych. Dorothea Weinberg. Inhalte: Theoretische Vertiefung und praxisbezogenes Üben. Termin: 21./22.09.2007. Kosten: 250 €. Akkreditierung mit 18 Punkten bei LPPKJP Hessen. Veranstaltungsort: Beratungsstelle Wildwasser Kreis Groß-Gerau, Darmstädter Str. 101, 65428 Rüsselsheim. Anmeldung unter 06142 - 965760 oder info@wildwasser.de. Ansprechpartnerin: Dipl.-Psych. T. Inthraphuvasak.</p>
<p>Ausbildung zum PP/KJP Quereinstieg 7.-14.07 Kinder- u. Jugendlichen PT (KV Berechtigung) Theorie für Nachqualifizierung auf Anfrage Institutsambulanz zum Erwerb aller Fachkunden (z.B. Arztregister, Nachqualifizierung, KiJu-PT) sueddeutsche.akademie@t-online.de Tel. 08334-986373, 87730 Bad Grönenbach</p>	<p>Traumatherapie-Weiterbildung Somatic-Experiencing nach Levine Trainerin: Heike Gattnar, München Ort: Schloss Auerstedt bei Bad Sulza/Weimar Termin: September 07 - Frühjahr 2010 Veranstalter: BAPt e.V. Infos: www.baptev.de / Fortbildungen</p>	<p>Berichte endlich wieder mit Freude selber schreiben: www.pro-bericht.de</p>	<p>Kompetente u. zuverlässige Supervision bei VT u. TP Antragsstellung von Psychol. Psychotherapeutin/Dipl.Psych Tel.: 0177/3370704 e-mail: froehlich-gk@t-online.de</p>
<p>Qualifizierte und termingerechte Supervision bei VT- und TP-Antragstellung von erfahrener Dipl.-Psychologin. E-Mail: bauer.psych.service@gmail.com T.: 01702804226</p>	<p>Supervision bei der Antragsstellung www.psychdienst.de Dienstleistungen für Psychotherapeuten und Ärzte E-Mail: dunja.hergenroether@koeln.de Telefon: 02 21 / 5 70 88 31</p>	<p>Tiefenpsychologisch fundierte, analytische Psychotherapie sowie Verhaltenstherapie Supervision bei Kassenberichten für Erwachsene, Kinder und Jugendliche, schnelle und kompetente Hilfe durch Dipl.-Psych. mit 14 Jahren Erfahrung, Express-Service. Tel.: 0221 / 468 09 73, Fax: 0221 / 279 04 56, Mo.-Do. 9:00-15:00 Uhr, Fr. 9:00-10:00 Uhr</p>	<p>Institut für Energetische Psychologie Dipl. Psych. Jutta Bockhold Fortbildung und Supervision in Energetischer Psychologie und EDxTM nach Fred Gallo in Hamburg, Bochum und auf Sylt. Nächste Einführung: 15./16.09 Hamburg Tel. 04191-88551 mail: JGBockhold@aol.com www:EP-Institut.de</p>
<p>Achtsamkeit und Meditation in der Psychotherapie Fortbildung in Mainz am 28./29. Sep. und 23./24. Nov. 2007 Beginn: 18:00. Zertifiziert mit 38 Punkten. Info: Dipl. Psych. K. Schlumberger Tel/Fax 06131/ 9129851 www.achtsamkeit-meditation-psychotherapie.de</p>	<p>Günter Jursch Die Depression : Krankheit oder Notbremse? Taschenbuch € 8,90 Info bei: www.jursch.eu</p>	<p>Zuverlässige, kompetente und qualifizierte Supervision bei VT-Antragstellung von Dipl.-Psychologin Tel.: 02234/949170; E-Mail: jubender@freenet.de</p>	<p>Mit wenig Aufwand viel Aufsehen erregen www.ptv-anzeigen.de</p>
<p>Berlin: Suche Supervisionsgruppe VT für Erwachsene, möglichst in Spandau oder Charlottenburg. Tel.: 030/37 88 96 96 (AB) Email: marita.oel@tiscali.de</p>	<p>Qualifizierte, schnelle und kostengünstige Supervision bei Berichterstellung (TP) von erfahrener Psychol. Psychotherapeutin (app.) Tel.: 06731/996247 E-mail: A.Etgen@gmx.de“</p>	<p>Erfahrene Psych. Psychotherapeutin bietet Teamsupervision in Raum Hannover Mobil:0171/1680439 Tel.: 0511/8069502</p>	

Inserentenverzeichnis PTJ 2/2007

Adler & Röhn, Essen	121	Klingenberger Institut, Konstanz	119
Akademie bei König & Müller, Würzburg	115	Milton Erickson Institut, Berlin	151
Akademie für Verhaltenstherapie, Köln	123	Psychoholic, Remscheid	117
Christoph-Dornier-Klinik, Münster	119	Seminar für Gruppenanalyse, CH-Zürich	151
CIP-Medien, München	4. US	Verlag Hans Huber, CH-Bern	137
DGIK, Düsseldorf	155	Weiterbildungsinstitut für körperpsychotherapeutische Krisenbegleitung, Berlin	111
DGK, Frankfurt	109	WIT, Tübingen	111
DGVT, Tübingen	115	Einem Teil dieser Ausgabe liegen Prospekte folgender Institute bei:	
EMDR, Bergisch-Gladbach	123	– AWP, Berlin (B)	
Ergosoft, Hassloch	2. US	– Akademie für Verhaltenstherapie, Köln (RPF, NRW)	
Gerhard-Alber-Stiftung, Stuttgart	153	– Berliner Fortbildungsakademie, Berlin (OPK)	
Institut für Therapeutische und angewandte Gruppenanalyse, Münster	125	– Walter, Nürnberg (Bayern)	
Inntalklinik-Institut, Simbach	113	Wir bitten unsere Leser um Beachtung !	

Impressum

Das „Psychotherapeutenjournal“ publiziert Beiträge, die sich – direkt oder indirekt – auf die Prävention, Therapie und Rehabilitation psychischer Störungen und auf psychische Aspekte somatischer Erkrankungen sowie auf wissenschaftliche, gesundheitspolitische, berufs- und sozialrechtliche Aspekte der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Berufspraxis von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beziehen. Das „Psychotherapeutenjournal“ ist der Methodenvielfalt in der Psychotherapie und ihren wissenschaftlichen Grundlagendisziplinen sowie der Heterogenität der Tätigkeitsfelder der Psychotherapeuten verpflichtet. Leserbriefe und andere Beiträge zu kammer-spezifischen Themen werden nicht im redaktionellen Teil der Zeitschrift abgedruckt. Sie werden von den jeweiligen Länderkammern selbst bearbeitet und können ggf. auf ihren Mitteilungsseiten veröffentlicht werden.

Herausgeber

Bundespsychotherapeutenkammer, Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, Bayerische Landeskommission der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin, Psychotherapeutenkammer Bremen, Psychotherapeutenkammer Hamburg, Landeskommission für Psychologische Psychotherapeuten und -therapeuten und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen, Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer, Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, Psychotherapeutenkammer des Saarlands, Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein.

Redaktionsbeirat

Prof. Dr. Rainer Richter (BPTK), Dr. Dietrich Munz (Baden-Württemberg), Mareke de Brito Santos-Dodt (Baden-Württemberg), Dr. Nikolaus Melcop (Bayern), Dr. Heiner Vogel (Bayern), Anne Springer (Berlin), Dr. Manfred Thielen (Berlin), Karl Heinz Schrömgens (Bremen), Ulrich Wirth (Hamburg), Jürgen Hardt (Hessen), Uta Cramer-Düncher (Hessen), Dr. Lothar Wittmann (Niedersachsen), Prof. Dr. Hans-Jochen Schwartz (Niedersachsen), Karl Wilhelm Hofmann (NRW), Prof. Dr. Jürgen Hoyer (OPK), Sascha Gönner (Rheinland-Pfalz), Ilse Rohr (Saarland), Dr. Uwe Speckenbach (Schleswig-Holstein).

Anschrift Redaktion

Karin Welsch
Bayerische Landeskommission der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
St.-Paul-Str. 9
80336 München
Tel.: 089/515555-19
Fax: 089/515555-25
welsch@ptk-bayern.de

Verlag

Psychotherapeutenverlag, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Im Weiher 10, 69121 Heidelberg, Annette Kerstein, Tel.: 06221/489-318; Fax: 06221/489-529, annette.kerstein@hjr-verlag.de

Anzeigen

Claudia Kampmann-Schröder, Tel.: 06221/437-042, Fax: 06221/437-109, cks-marketing@t-online.de

Satz

Strassner ComputerSatz
69181 Leimen

Druck

Kessler Druck + Medien
86399 Bobingen

Bezug und -bedingungen

Inland € 72,- (inkl. Versandkosten)
Ausland € 75,- (inkl. Versandkosten)
Studenten und Ausbildungsteilnehmer € 43,- (inkl. Versandkosten)
Alle Preise verstehen sich inkl. Mehrwertsteuer. Der Abonnementpreis wird im Voraus in Rechnung gestellt und umfasst 4 Ausgaben jährlich. Das Abonnement verlängert sich zu den jeweils gültigen Bedingungen um ein Jahr, wenn es nicht mit einer Frist von 8 Wochen zum Ende des Bezugszeitraumes gekündigt wird.

Abonnementsservice

Justus-von-Liebig-Straße 1, 86899 Landsberg, Tel. 08191/97000-641 (Frau Müller) oder -879 (Frau Hackenberg), Fax: 08191/97000-103, aboservice@hjr-verlag.de

Erscheinungsweise

Das „Psychotherapeutenjournal“ erscheint viermal jährlich. Für Mitglieder der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Schleswig-Holstein ist der Bezugspreis durch den Kammerbeitrag abgegolten.

Urheber- und Verlagsrechte

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten.

Manuskripte

Redaktionsschluss der Ausgabe 3/2007 ist der 29. Juni 2007, für Ausgabe 4/2007 der 13. September 2007. Manuskripte sind elektronisch (Diskette, Email) im Word- oder rtf-Format an die Redaktion (s.o.) zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (jpg-Format, mind. 300 dpi), Tabellen in getrennten Dateien einzureichen. Der Umfang des Manuskripts sollte im Regelfall 10 Seiten (zweizeiliger Abstand incl. Abbildungen und Tabellen) nicht überschreiten, während der Titel des Beitrages nicht länger als 70 Zeichen sein sollte.

Die verwendete Literatur ist nach den „Richtlinien zur Manuskriptgestaltung“, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Göttingen: Hogrefe Verlag, 1997), im Text zu zitieren und am Schluss des Manuskripts zu einem Literaturverzeichnis zusammenzustellen. Jedem Manuskript ist eine Zusammenfassung von maximal 120 Worten und eine Kurzbeschreibung mit bis zu 50 Worten (für das Inhaltsverzeichnis) beizulegen. Die Redaktion behält sich das Recht auf Kürzungen vor.

Autoren erhalten jeweils zwei Belegexemplare der Ausgabe des „Psychotherapeutenjournal“, in der ihr Beitrag erschienen ist.

Rechtseinräumung

Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt (dies gilt auch für die Wahrung der Anonymität des Patienten bei der Veröffentlichung von Fallberichten).

Der Autor räumt – und zwar auch zur Verwertung seines Beitrags außerhalb der ihn enthaltenden Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung – dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:

- Das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck – auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zur sonstigen Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen (Abstracts);
- das Recht zur Veröffentlichung einer Mikropie-, Mikrofiche- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Wege von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe durch Radio und Fernsehsendungen;
- das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z. B. Diskette, CD-Rom, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm – sei es unmittelbar oder im Wege der Datenfernübertragung –, sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte;
- das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z. B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sog. Kopienversandes auf Bestellung. Verantwortlich für den allgemeinen Teil ist der Redaktionsbeirat. Für Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern sind deren Vorstände verantwortlich.