

ISSN 1611-0773
D 60843
4. Jahrgang

Psychotherapeuten- journal

www.psychotherapeutenjournal.de

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

3/2005

22. September 2005 (S.201-320)

- Die schriftlichen Prüfungen nach dem PsychThG:
Ergebnisse und Analysen
- Schriftliche Prüfungen: Ein Angriff auf die KJP-
Ausbildung?
- Erziehungsberatung – eine Standortbestimmung der
Position von Psychotherapie in der Jugendhilfe

**Psychotherapeuten
Verlag**

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

die vorliegende Ausgabe des Psychotherapeutenjournals wird überschattet von dem Tode zweier viel zu früh verstorbener Kollegen, die unser Fach und unsere Profession in besonderer Weise geprägt und fortentwickelt haben. Wir müssen Ihnen leider den Tod des bedeutenden Forschers Klaus Grawe und den Tod unseres Bundeskammerpräsidenten Detlev Kommer mitteilen.

Mit Detlev Kommer haben wir den Gründervater des Psychotherapeutenjournals verloren, der in seiner unnachahmlichen Zielstrebigkeit und mit seinem sehr feinen politischen Gespür unserer Profession ein Forum für den Dialog geben wollte. Er stand für die Idee ein, eine Diskussion jenseits von traditionellen Lagern und über Schulengrenzen hinweg zu befördern. Er war zutiefst überzeugt, dass wir Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eine Profession sind und dass wir auf dem Weg zu einer gemeinsamen Identität sind. Diese Identität kann nicht von alleine entstehen, war sein Credo, sondern sie muss gestiftet werden durch Austausch und gemeinsame Zukunftsfelder. All seine Politik



Detlev Kommer

Foto: Sabine Schäfer

diente diesem Integrationsgedanken. Das Psychotherapeutenjournal mit seiner lebendigen Diskussionskultur, der Qualität seiner Beiträge und die gelungene Zusammenarbeit mit dem Verlag durften ihn auch ein bisschen stolz machen, wenngleich sein unermüdliches Engagement beim Aufbau der Bundespsychotherapeutenkammer sonst wenig Zeit ließ für ein befriedigtes Innehalten.

Seine Pionierleistung als Gründungspräsident der Bundespsychotherapeutenkammer bleibt bestehen, sein stetes Plädoyer für Qualität und Dialog im Redaktionsbeirat des Psychotherapeutenjournal wirken fort. Wir können ihn aber nicht ersetzen. Wir können nur alles daran setzen, in seinem Sinne mit der Pflege und der Entwicklung der Profession voranzukommen und können nur darum ringen, das Psychotherapeutenjournal blühen und gedeihen zu lassen.

Auf den folgenden Seiten finden Sie ausführliche Nachrufe zum Gedenken an die Verstorbenen.

Der Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer



Prof. Dr. Klaus Grawe

Foto: Ueli Hiltbold, Grafenried, freundlicherweise überlassen von der Universität Bern

Nachruf auf Detlev Kommer

Wir trauern um Detlev Kommer, der, für alle unfassbar, die ihn kannten, nach kurzer schwerer Erkrankung im Alter von 58 Jahren in Berlin an seinem Wirkungsort als erster Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer gestorben ist.

Detlev Kommer kenne ich seit seinem Psychologie-Studium in Heidelberg, es muss etwa 1973 gewesen sein. Er fiel mir auf, weil er sich dem Meinungsdruck, der damals die Diskussionen an den Universitäten beherrschte, widersetzte und eigenständig argumentierte, sichtbar geleitet von sozialen Überzeugungen und persönlicher Integrität. Sein Interesse an der Klinischen Psychologie und Psychotherapie war umfassend: ihn interessierten ebenso die Veränderungen, die in und durch die Psychotherapie in Gang gebracht werden, wie die gesellschaftliche und professionelle Einbettung der Psychotherapie, deren wissenschaftliche Erforschung wie auch Ausbildung und Lehre. Das zeichnete ihn während seines ganzen Lebenswegs aus: nicht nur das „puristische“ Interesse am psychotherapeutischen Geschehen, sondern eines am ganzen Spektrum der Psychotherapie, das neben der Praxis auch Forschung, Ausbildung und die gesellschaftlichen, rechtlichen und professionellen Bedingungen einschließt.

Blicken wir heute auf sein Leben zurück, wird deutlich, dass seine herausragenden Qualitäten schon damals erkennbar waren: nicht nur die Innenperspektive dieses „verrückten Berufs“ mit all seinen Widersprüchlichkeiten, sondern auch seine gesellschaftlichen Stärken und Leistungen zu sehen; sich nicht auf einen psychotherapeutischen Ansatz dogmatisch festzulegen, sondern die Breite der therapeutischen Zugangswege und Möglichkeiten zu akzeptieren und konstruktiv zu nutzen; Praxis, Forschung und Ausbildung als sich notwendig ergänzende Teilaspekte der Psychotherapie zu erkennen, die sich gegenseitig fördern können und müssen; Psychotherapie als eine neue Profession im Gesundheits-

wesen wahrzunehmen und zu vertreten, die darum kämpfen muss, den ihr gebührenden Platz zu finden.

Da Detlev Kommer diese Erkenntnisse nicht nur diskutierte, sondern auch zur Leitschnur seines Handelns machte, erntete er damit nicht nur Zustimmung, sondern musste sich oft auch mit Resignation, Widerstand und Ablehnung auseinandersetzen. Mich faszinierte immer wieder, wie sein aufmerksames Zuhören und beharrliches Argumentieren die Dinge und Positionen in Bewegung brachten. Das gelang ihm durch seine sachliche, kooperative, integere und respektvolle Art, in der er immer wieder das gemeinsame Anliegen, die Stärken und Möglichkeiten unserer Profession betonte. Er hat damit in sehr wenigen Jahren unglaublich viel auf den Weg gebracht und damit die „psychotherapeutische Landschaft“ – hoffentlich nachhaltig – verändert.

Ein Herzensanliegen war ihm, unserem Berufsstand die Bedeutung seiner wissenschaftlichen Grundlagen ins Bewusstsein zu rufen, um damit nicht nur Praxis und Forschung einander näher zu bringen, sondern auch die Bedeutung der Forschung für die gesellschaftliche Akzeptanz und letztlich für den Fortbestand unserer Profession herauszustellen. Dies hat er lebendig und engagiert nach innen und außen vertreten. In manch einer Diskussion hat er zur Verwunderung seiner Zuhörer kurz und knapp aktuelle Forschungsergebnisse eingeflochten, um einen berufspolitischen Standpunkt zu untermauern. Als Beispiel für eine solche Debatte ist mir noch gut in Erinnerung, wie es darum ging, für den ersten Landespsychotherapeutentag Baden-Württembergs 2003 ausgerechnet das Thema „Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen“ zu wählen. Er wollte damit das Bild der Psychotherapeuten in der Öffentlichkeit korrigieren, das von einer Mischung aus Faszination, Furcht und Unwissen geprägt ist, und mit dem Thema auf die gewachsene und wissenschaft-

lich begründete Kompetenz der Psychotherapie auch für die „handfeste“ Behandlung körperlicher Erkrankungen aufmerksam machen. Er hielt nichts davon, dass Psychotherapeuten sich unter Wert präsentieren – und die Forschung ist eines der Pfunde, die unsere Profession zu Recht und mit Erfolg in die Waagschale werfen kann!

Der Wissenschaft war er mit Leidenschaft verbunden. In den elf Jahren, die er in der Klinischen Psychologie der Universität Heidelberg tätig war, hat er zu vielen Themen publiziert: zu Psychiatrie-Reform und Gemeindepsychologie, zur Primären Prävention, zu schulenübergreifenden Perspektiven der Psychotherapie und zur psychotherapeutischen Prozessforschung. Er beteiligte sich an Projekten über depressive Störungen, sexuelle Funktionsstörungen, Phobien und Angststörungen und zum *hometreatment* bei Kindern und Jugendlichen. Er untersuchte auch die Beeinflussung der Stimmung durch das Wetter oder durch Ergebnisse von Spielen der Fußballnationalmannschaft. Besonders herausragend aber war das Heidelberger Symposium zur Psychotherapeutischen Prozessforschung (1986), das er mit organisierte und zu dem Arbeitsgruppen aus verschiedenen Therapierichtungen zusammenkamen und das zu einer beachteten Publikation führte.

Später widmete er sich dann mehr und mehr der Verknüpfung von rechtlichen und berufspolitischen Themen, einem Gebiet, in dem er seine psychotherapeutischen und juristischen Fähigkeiten und Kenntnisse optimal umsetzen konnte. Wohl eine der ersten Arbeiten dazu war ein Beitrag zu Supervision und Schweigepflicht, in dem er eine von Psychotherapeuten häufig vernachlässigte und deshalb brisante Thematik aufgriff. In Vorträgen und Kursen hat es Detlev Kommer auch verstanden, vielen angehenden und „fertigen“ Psychotherapeuten die ungeliebten, aber unumgänglichen rechtlichen Rahmenbedingungen der Psychotherapie nahe zu bringen. Jüngst setzte er sich mit den tiefgreifenden Ver-

änderungen der Gesundheitsversorgung und mit den uns allen noch manche Überraschung bereitenden europäischen Regelungen der Psychotherapie auseinanderdringenden Fragen unserer Profession, die er nun nicht mehr zu Ende führen wird.

Detlev Kommer hat ein großes Vermächtnis hinterlassen: wie wir mit Aufgeschlossenheit, Weitsicht, Engagement und Integrität etwas bewegen und damit auch unterschiedliche Positionen überbrücken können. Er wird uns sehr fehlen – als Mensch,

aber auch als jemand, der an herausgehobener Stelle für die Psychotherapeuten-schaft einstand und in wenigen Jahren wegweisende Strukturen vorbereitet und geschaffen hat.

Reiner Bastine

Zum Tod von Detlev Kommer

Detlev Kommer, Präsident der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg und der Bundespsychotherapeutenkammer, ist tot. Er starb in Berlin im Alter von 58 Jahren an einer Infektion, die er sich während eines Klinikaufenthalts nach einem Herzinfarkt zugezogen hatte und der sein geschwächter Körper nicht mehr genügend Widerstand entgegensetzen konnte.

Detlev Kommer hinterlässt eine Lücke, deren Größe und Bedeutung wir noch kaum fassen, allenfalls ahnen können: Er hinterlässt eine schmerzliche Lücke in seiner Familie, bei seiner Frau Brigitte und seinen Kindern Jerome, Valerie und Marcel, denen wir an dieser Stelle unsere tiefe Anteilnahme versichern; und er hinterlässt eine gewaltige fachliche, für viele auch persönliche Lücke bei denjenigen von uns, die sich mit ihm, wie ich selbst, in den letzten Jahren in der Kammerarbeit für die Belange der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten engagiert haben.

Als ich Detlev Kommer zum ersten Mal begegnete, war es die Begegnung mit einem Vertreter des „gegnerischen Lagers“. Es war im Mai 2000 bei der Landeskongress der Psychotherapeutenverbände Baden-Württembergs, zu der er eingeladen hatte, um die Gründung der im Gesetz vorgesehenen Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vorzubereiten. Ich war als Vertreter der Psychoanalytiker dabei, und im Vorfeld war Detlev Kommer mir als ein zwar kluger und in juristischen Dingen sehr beschlagener Kol-

lege geschildert worden, der aber zugleich ein schwieriger Verhandlungspartner und „knallharter“ Vertreter verhaltenstherapeutischer Interessen sein sollte. Und ganz ähnlich erlebte ich ihn dann auch in unseren ersten Begegnungen, in denen es manche Auseinandersetzung zwischen uns gab. Mit der Zeit wurden jedoch seine Intentionen klar und traten seine Fähigkeiten zutage:

So beeindruckte er mich von Anfang an als ein zwar gelegentlich ruppig und wenig diplomatisch auftretender, im Kern aber stets besonnener und zielgerichteter Moderator einer unglaublich heterogenen Gruppe von Verbandsvertretern, die zuvor ihre Interessen meist nur getrennt und in Konkurrenz zueinander verfochten hatten und deren Diskussionen oft mehr durch alte Feindschaften und gegenseitige Entwertungen bestimmt schienen als durch die Suche nach gemeinsam zu vertretenden Interessen. Auch in chaotischen Situationen verlor er nie den Überblick, war in Konflikten immer auf der Suche nach fairen Kompromissen, und mehr als einmal verhinderte er, dass die Mehrheit eine Minderheit einfach überstimmte und ihr ihren Willen aufzwang. Dazu kam seine Fähigkeit, über die Grenzen von Verfahren und Verbänden hinweg gemeinsame Interessen aller Psychotherapeuten zu formulieren und diese sowohl nach „innen“, gegenüber Kollegen, die sich als Vertreter partikularer Interessen einzelner Untergruppen verstanden, als auch nach „außen“, gegenüber den anderen Gesundheitsberufen, der Politik und der allgemeinen Öffentlichkeit zu vertreten.

Es war um diese Zeit herum, dass ich anfang, jenseits der „offiziellen“ Kontakte auch das persönliche Gespräch mit Detlev Kommer über das, was wir da zusammen machten, zu suchen, und wieder war ich beeindruckt von der Klarheit seines Denkens und von der Stringenz, mit der er die Grundsätze der gemeinsamen Interessenvertretung, wie er sie verstand, in Worte fasste: Diese im Grunde einfachen und selbstverständlichen, in der Geschichte unserer Berufsgruppen leider oft genug missachteten, Grundsätze liefen darauf hinaus

- die Interessen unserer Profession nach außen in jedem Fall geschlossen zu vertreten, ohne sich in Untergruppen gegeneinander ausspielen zu lassen,
- die Geschlossenheit auch in der Kombination der beiden Berufsgruppen zusammen darzustellen und nach außen zu vertreten
- allfällige Konflikte so lange intern auszutragen, bis ein Kompromiss erzielt war, der dann wieder die Basis für eine geschlossene Vertretung nach außen sein konnte,
- dabei auch die Interessen von Minderheiten gemeinsam zu vertreten, solange sie den Interessen der anderen nicht direkt entgegenstehen, – selbst wenn dabei die hergebrachten Privilegien der etablierten Schulen in Frage zu stellen waren.

Hinter diesen eher pragmatischen Grundsätzen stand bei ihm explizit als leitendes Interesse das Ziel einer Überwindung der Schulgegensätze zugunsten der Einheit

einer „allgemeinen Psychotherapie auf wissenschaftlicher Grundlage“. Und auch wenn es angesichts der Heterogenität der verschiedenen therapeutischen Traditionen und der ihnen zugrunde liegenden Welt- und Menschenbilder Gründe geben mag, dieser Utopie skeptisch gegenüberzustehen, so halte ich doch sein Konzept der auf diesen Grundsätzen basierenden Kammerarbeit für überzeugend und unverzichtbar.

Auf dieser Basis begannen wir damals in der Landeskonzferenz und später im Kammer-Errichtungsausschuss, dessen Leitung ihm wie selbstverständlich zufiel, gemeinsame Vorstellungen über die Struktur und die Arbeit der Kammer zu entwickeln. Dabei entsprach es seiner Intention, dass er, als dezidiertes Verhaltenstherapeut, zugleich als Vertreter einer vergleichsweise heterogenen Gruppe in der „Allianz psychotherapeutischer Berufs- und Fachverbände“, gegen viele Widerstände auch in den eigenen Reihen den Schulterschluss mit uns Psychoanalytikern suchte und im Herbst 2001 als Kandidat für das Präsidentenamt gemeinsam mit uns (und mit mir als Anwärter auf das Amt des Vizepräsidenten) in die Wahl zur ersten Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer zog. Wir haben die Wahl mit unserer „Gemeinsamen Liste“ dann auch gewonnen, nicht so sehr gegen die anderen, sondern mit der deutlich vertretenen Aussage, dass es mehr gemeinsame als trennende Interessen gebe und dass es darum gehe, diese im Sinne der oben formulierten Grundsätze auch gemeinsam zu vertreten.

Um diese Zeit waren die ersten Aufgaben der Kammerpolitik in seinem Kopf längst sortiert: Es galt, der Berufsgruppe der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vor allem nach außen ein klares Gesicht zu geben als einer Profession, die mit Fug und Recht einen wichtigen Stellenwert in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung hat. Dabei lässt sich die gesellschaft-

liche Verantwortung der Psychotherapeuten nicht auf die Behandlung psychischer Störungen beschränken, sie erstreckt sich auch auf den Bereich der somatischen, psychosomatischen ebenso wie chronisch körperlichen Erkrankungen, und darüber hinaus auch auf den Bereich der Prävention psychischer und somatischer Erkrankungen (beides kam in der Wahl der Leitthemen für die beiden Landespsychotherapeutentage 2003 und 2005 zum Ausdruck).

Natürlich braucht die Verwirklichung eines solchen weit reichenden und anspruchsvollen Programms auch eine entsprechende Struktur, und auch hier, in der Organisationsentwicklung unserer Kammer und in ihrer Verankerung im landespolitischen Umfeld, ist die Leistung von Detlev Kommer kaum zu überschätzen: Besonders beeindruckend waren – und sicher nicht nur für mich – sein immenser Fleiß, sein Tempo und seine Energie, seine Fähigkeit zu strategischem Denken gepaart mit umfassender Detailkenntnis in allen wichtigen psychologischen und juristischen Bereichen ebenso wie seine Zähigkeit und sein Verhandlungsgeschick sowohl innerhalb der Kammer als auch im Gegenüber zu den anderen Heilberufekammern und den Vertretern aus Politik und Verwaltung.

Schon bald, im Grunde ganz von Anfang an, reichte das Engagement Detlev Kommers auch über die Grenzen unseres Landes hinaus: Unter anderem war er auch von Anfang an eine treibende Kraft in der Arbeitsgemeinschaft der Länderkammern, die die Gründung einer Bundespsychotherapeutenkammer zum Ziel hatte. In diesem Rahmen hat er auch, zusammen mit anderen, federführend das Psychotherapeutenjournal konzipiert und schon Ende 2002 ins Leben gerufen. Und als im Mai 2003, nach relativ kurzer Vorlaufzeit die Bundespsychotherapeutenkammer gegründet wurde, da schien es auch irgendwie logisch, dass er auch hier für das Amt des Präsidenten kandidierte und dafür dann ja auch mit klarer Mehrheit gewählt

wurde. Auch in dieser Position war er, nun im schwierigen Berliner Umfeld, im Spannungsfeld zwischen politischen Parteien und Institutionen, aber auch zwischen Länderkammern unterschiedlichster Couleur, den seit langem aktiven Psychotherapeutenverbänden, anderen Heilberufekammern und Verbänden aller Art, unablässig bemüht, für die gesellschaftliche Anerkennung unseres Berufsstandes und die Verbesserung der rechtlichen Rahmenbedingungen unserer Arbeit zu kämpfen (als Beispiele seien hier nur die Aktivitäten um die Health-Professional-Card und um das Präventionsgesetz genannt, bei dem die Psychotherapeuten „vergessen“ worden waren), so wie er auch auf dieser Ebene „nach innen“, gemäß den oben formulierten Grundsätzen, für einen fairen Interessenausgleich zwischen den verschiedenen Untergruppen und die Überwindung der traditionellen Schulgegensätze eintrat.

Durch all diese Entwicklungen hindurch hatte ich das Privileg, mit ihm im Gespräch zu bleiben, einem Gespräch, das zwar zumeist von politisch-strategischen Fragen seinen Ausgangspunkt nahm, mit der Zeit aber immer mehr auch persönliche Aspekte umfasste. Unsere Verbindung riss auch nicht ab, als ich mich aus persönlichen Gründen gezwungen sah, Ende 2003 meine Funktion in der baden-württembergischen Kammer aufzugeben. Ich habe viel profitiert in diesen Gesprächen, nicht nur wegen der Klarheit seines Denkens, mit der er auch mich als sein Gegenüber immer wieder anhielt, meine Gedanken sauber und klar zu formulieren, sondern auch wegen seines warmen persönlichen Interesses an mir und meinen Angelegenheiten. Und wenn ich mich heute, nach über 5-jähriger berufspolitischer Zusammenarbeit von ihm verabschieden muss, dann verabschiede ich mich nicht nur von einem berufspolitisch engagierten Kollegen, von dem ich viel gelernt habe und vor dessen Kompetenz ich die höchste Achtung habe, sondern ich verabschiede mich auch, schweren Herzens, von einem Freund.

Siegfried Schmieder

Zum Tod von Klaus Grawe

Klaus Grawe ist am 10. Juli 2005 völlig unerwartet verstorben: Er brach nach morgendlichem Schwimmen, das er so liebte, zusammen. Die Nachricht war nicht zuletzt für die schockierend, die mitverfolgt haben, wie er drei Jahre vor der Pensionierung noch voller Ideen und Projekte und kein bisschen müde war. Und natürlich für die, die seine unerschöpfliche Wärme und Anteilnahme immer wieder erlebt haben. Viele sind ihm persönlich begegnet, viele hat er begeistert, einige auch geärgert: Zu Ihren ganz persönlichen Gedanken und Erinnerungen hier ein paar weitere Notizen.

Klaus Grawe wurde im April 1943 bei Hamburg geboren, wo er später auch studierte, unterbrochen durch einen Abstecher nach Freiburg. Seine grenzenlose Neugier galt dort auch Prof. Bender und seiner Parapsychologie. Grawe promovierte und habilitierte dann wieder in Hamburg, wo er in einer sehr offenen Atmosphäre unter dem Leiter Prof. Jan Gross 11 Jahre lang in der Universitäts-Psychiatrie Patienten behandelte, forschte und schrieb. 1979 übernahm er den neugeschaffenen Lehrstuhl für Klinische Psychologie an der Universität Bern. Er profitierte von einer durch Klaus Foppa und Mario von Cranach von Kollegialität und Diskussionslust geprägten Atmosphäre. Die damals am Institut vertretene Auffassung, etwas nicht ganz gründlich Durchdachtes zu publizieren sei v. a. Umweltverschmutzung, mag heute skurril wirken. Sie schuf aber die Voraussetzung für gründliches Nachdenken. In den folgenden Jahren gründete er eine psychotherapeutische Ambulanz. Gute Praktiker brauchen schließlich ebenso wie Forscher und Lehrer eine frühe, intensive Auseinandersetzung zwischen Praxis und Forschung. Das später gegründete Psychotherapie-Ausbildungsinstitut lebt die Überzeugung, dass auch Anfänger keine einfachen Wahrheiten und Rezepte brauchen: Bei guter Lehre und Supervision sind sie in der Lage, im Sinne einer „Allgemeinen Psychotherapie“ früh über den Gartenzaun von Therapieschulen hinauszuschauen und Psycho-

therapie prinzipiengeleitet zu lernen. Das hat er empirisch gezeigt: Anfänger-Therapeuten erreichen Effektstärken, die auch durch erfahrene Therapeuten mit ausgesuchten Patienten schwer zu überbieten sind.

Grawe war ein unermüdlicher Sucher nach Wahrheit. Dabei war die Wahrheit – oder besser: die angemessene Sicht eines bestimmten Sachverhaltes – für ihn immer eine vorläufige. Er leistete sich den Luxus des Sich-Nicht-Endgültig-Festlegens, basierend auf einem Urvertrauen, dass sich das Angemessene letztlich durchsetzen wird. Offenheit hieß dabei nicht Unklarheit: Was für ihn aktuell richtig war, bildete (in seinen eigenen Konzepten gesprochen) einen Attraktor. Er war ein Meister des Zusammenfügens von Aspekten und Argumenten zu zusammenhängenden Mustern und ein Meister im Mitreißen derer, die ihm zuhörten.

Zur Habilitation hat er mir die offizielle Krawatte der Stanford-University geschenkt. Auf ihr steht wie im Siegel der (deutsch!) Wahlspruch „Die Luft der Freiheit weht“. Es war dieser Geist, den er immer wieder verteidigte, weil er für ihn eine unverzichtbare Voraussetzung für Erkenntnisfortschritt war. Dieser Geist machte ihn, den sonst so Toleranten und Großzügigen, wütend, wenn Macht und Formalismus missbraucht wurden, um das Denken zu behindern, oder wenn ihm hinter vorgeschobenem inhaltlichen Interesse zu offensichtlich Machtgier, Eigennutz und Karriereinteressen durchschimmerten. Seilschaften-Denken war ihm ebenso zuwider wie die ungleichen Mittel, mit denen Psychotherapie und Pharmakotherapie bei der Behandlung psychischer Störungen in den Wettbewerb traten.

Grawe war ein unerbittlicher Sucher nach Wahrheit. Dazu gehört auch die Wahrheit, dass er viele, die seine Arbeit angehen würde, nicht erreicht oder zumindest nicht überzeugt hat. Einige, die eine feste, feindselige Meinung von ihm hatten, könnte

sein Tod ja bewegen, einmal mit neuer Distanz nachzulesen, was er wirklich vertreten hat. Die meisten werden das wohl nicht tun und vielleicht sogar einen abhaken, der ihnen Verdruss bereitet hat. „Viel Feind, viel Ehr“ hat Grawe öfters gesagt, als heftige Reaktionen auf sein 1994er Buch folgten. Ich habe immer wieder mit ihm darüber gesprochen, ob das Maß an Polemik, mit dem er manchmal schrieb, wirklich nötig sei. Er verwies darauf, dass verhaltenere Kritik ganz einfach totgeschwiegen würde und führte dafür überzeugende Beispiele an. Heute glaube ich auch, dass er auf seine Art mehr bewegt hat, als das mit zurückhaltenderen Stellungnahmen möglich gewesen wäre.

Von der hohen Bedeutung, die er zwischenmenschlichen Beziehungen gab, haben nicht nur die Fachwelt, sein Team, das Berner Psychologische Institut und sein Ausbildungsinstitut profitiert. In zweiter Ehe nachhaltig glücklich mit Mariann Grawe-Gerber verheiratet, war er ein liebevoller Ehemann und hingebungsvoller Vater. Den Konflikt zwischen beruflichem Engagement und seinen familiären Interessen konnte er nicht wegzaubern, seine Familie war ihm aber Angelpunkt und Kraftquelle.

Freundschaften hat er langfristig gepflegt und immer wieder umwerfend herzlich Anteil am beruflichen und privaten Leben genommen. Eines meiner schönsten Erlebnisse mit ihm war sein Eröffnungsvortrag für das Freiburger Ausbildungsinstitut: Es war in der Verbindung von Inhalt und Unterhaltungswert einer seiner allerbesten Vorträge und er hatte erkennbar viel Liebe und Zeit darin investiert, noch mehr als in manchen fachlich wichtigeren Vortrag. „Das war ich dir schuldig“, meinte er. In ähnlicher Weise haben viele seine gelebte Freundschaft erfahren dürfen.

Klaus Grawe verloren zu haben ist und bleibt unfassbar. Mich tröstet zweierlei: er hat ein Werk hinterlassen, das weiterleben wird, seiner Grundüberzeugung entspre-

chend nicht als letzte Wahrheit, sondern als Basis für eine unaufhaltsame Weiterentwicklung. Und er hat bei allem intrinsisch motivierten, sich selbst sehr viel ab-

verlangendem Einsatz für seine Arbeit immer wieder verstanden zu genießen: Den geliebten Wein, ein gutes Essen, eine gute Unterhaltung, eine schöne Aussicht

beim Frühstück auf der Hotelterrasse. Sein Leben hat viel zu früh geendet, aber er hat es gelebt.

Franz Caspar

Nachruf auf Prof. Dr. Klaus Grawe

Erst war die Nachricht ein bloßer Schock. Der Schock und das erste Nichtglaubewollen sind nun einem Gefühl tiefer Trauer gewichen.

Klaus Grawe ist 62jährig am 10. Juli 2005 plötzlich und unerwartet verstorben.

Ihn zu würdigen scheint einfach, denn lang und wohlbekannt ist die Liste seiner Leistungen und Verdienste. Ihn angemessen zu würdigen fällt da schon schwerer. Dazu muss man nämlich die Binnenperspektive verlassen und sehen, welche herausragende Bedeutung Klaus Grawe international hatte. Nur ganz wenige deutschsprachige Psychotherapieforscher erreichen einen solchen „impact“.

Zeitlebens hat er sich nicht mit dem Forscher-Praktiker-Graben zufrieden gegeben. Konsequenter fiel seine erste Stellenwahl – trotz anderer Möglichkeiten – auf eine Klinik. Doch im Uniklinikum Eppendorf (1969 – 1978) fand er nicht nur klinische Erfahrung und regen Austausch mit verschiedenen – wie er es später nennt – „Konfessionen“. Er fand auch zu grundlegenden Forschungsfragen, die er dann konsequent verfolgte. Nach der Phase der Untersuchungen zur Differentialindikation kam ein Paukenschlag, der die Zunft aufhorchen ließ. Mit der interaktionellen Verhaltenstherapie (Grawe und Dzewas 1978) war eine Art Manifest für die Erneuerung der Verhaltenstherapie geschrieben worden. Die Dimension Interaktion und Beziehung hielt Einzug in unsere bis dahin noch sehr verhaltensingenieurliche deutsche Verhaltenstherapie. Bald taucht dann auch der

„Widerstand“ als Thema auf. Gruppentherapien sind über Jahre Praxis- und Forschungsfeld und werden zur lebendigen Anschauung der Bedeutung von Wahrnehmung, Motivation, Emotion und Erinnerung in der Interaktion.

Nach der Promotion 1976 und reger Publikationstätigkeit (Habilitation 1979) ergeht an ihn 1978 der Ruf der Universität Bern, wo er über 27 Jahre in Lehre und Forschung aktiv ist. Für seine Art der Forschung brauchte er eine Versorgungsinstitution. So entstand die Berner Psychotherapeutische Praxisstelle. Alle seine Forschungen hatten stets einen Bezug zur praktischen Psychotherapie und dienten letztlich nur dem Generalplan, eine bessere Psychotherapie zu generieren.

Auch dort, wo er sich viel Ärger in Deutschland einhandelte mit seiner vergleichenden Psychotherapieforschung, wollte er nicht abwerten oder gar vom Markt verdrängen, sondern wachrütteln und in gesellschaftlicher Verantwortung auf das verweisen, was er für das PTJ in einem seiner letzten Artikel schrieb: „Kein Verfahren kann sich mit dem Argument, kontrollierte Untersuchungen seien klinisch nicht valide, der Forderung nach methodisch stichhaltigen Wirksamkeitsnachweisen entziehen“ (PTJ 1/2005, S. 5). Die heftige Polemik, die ihn nach dem Buch „... Von der Konfession zur Profession“ (1994) als Reaktion auf provozierende Schlussfolgerungen traf, nahm er mit guten Nehmerqualitäten. Er konnte aber auch austeilen. Ungeduldig wurde er – international hoch geehrt (Präsident der Euro-

päischen Sektion 1988 – 1992 und Präsident des Gesamtverbandes der Society for Psychotherapy Research 1994/95) und mit der weltweiten Diskussion der Profession wohl vertraut – wenn er glaubte, schlichte Uninformiertheit und ein gewisser Denkprovinzialismus schlugen seinem Streben nach einer Überwindung des Schulendenkens entgegen. Er war aber nicht nur ein ernster Streiter, sondern mit seiner feinen Ironie auch ein argumentativer Florettfechter. Mit seinem ansteckenden Lachen ist er immer auch ein wenig großer Junge geblieben. Faszinierend war stets, wie wach Klaus Grawe für wissenschaftliche Entwicklungen jenseits der engen Fachgrenzen war. Sein „cognitive turn“ führte ihn über Interaktionelle Verhaltenstherapie zur Vertikalen Verhaltensanalyse, zur Plananalyse, komparativen Wirkfaktorenanalyse, einer heuristischen Psychotherapiephilosophie, zum Abschied von den Psychotherapieschulen bis jüngst zur „Neuropsychotherapie“. Was er anpackte, nahm immer wissenschaftliche Weggefährten mit. Als Lehrer hinterlässt er eine stattliche Schülerzahl, die längst selbst renommiert ihre eigenen Wege gehen und doch alle nicht verleugnen können und wollen, mit wem sie ihre Initialideen entwickelten.

Wir deutschen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind Klaus Grawe besonderen Dank schuldig. Als Mitglied der Autorengruppe, die das „Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes“ (1991) erstattete, hat er wesentlichen Anteil daran, dass wir durch

Gesetz als Heilberuf konstituiert worden sind. Für unsere Profession ist er ein „pater patriae“.

Er hat uns aus der Schweizer Sicht um die volle Integration in das leistungsgesetzlich konstituierte Gesundheitswesen ein bisschen beneidet, aber er hat auch einige Entwicklungen unserer deutschen Institutionalisierung scharf kritisiert.

Seine Praxisstelle hat Tausende von Patienten nach innovativen Konzepten versorgt, hunderte Studierende hat er in Klinischer Psychologie und postgraduiert in Psychotherapie an den von ihm gegründeten Weiterbildungsstätten ausgebildet.

Zu Recht beunruhigt hat ihn mit Blick auf Deutschland, dass seine Ausbildung und die Therapie an seinen Berner und Zürcher Wirkungsstätten wohl als im besten Sinne empirisch validiert anzusehen sind, dass diese aber in Deutschland contra legem wären.

Eine enge Mitarbeiterin über Jahre in der Forschung und jetzt vor allem im Weiterbildungsbereich ist die Ehefrau Mariann Grawe-Gerber, an der Klaus Grawe so vieles geschätzt hat, nicht zuletzt auch ihre Neugierde, ihre solide systemische Ausbildung und ihr hervorragendes Englisch. Auf Mariann Grawe-Gerber kommt es jetzt in der Schweizer Weiterbildung sehr an. Eine

schwere Aufgabe und eine große Verantwortung, die Kontinuität zu wahren, wo doch zugleich der geliebte Dialogpartner nicht mehr da ist. Ein Trost liegt bei den vielen Freunden, die jetzt gerne helfen werden.

Mariann Grawe-Gerber und den fünf Kindern gilt unsere besondere Anteilnahme. Ihnen wünschen wir, dass sie in der Achtung, dem Respekt und der Zuneigung, die wir Psychotherapeuten Klaus Grawe bezeugen, ein Stück von dem sehen können, was sie von Klaus Grawe immer behalten können.

Lothar Wittmann

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Detlev Kommer ist tot. Er starb am 24.07.2005. Die Nachricht ist schwer zu begreifen. Ist nicht das Psychotherapeutenjournal ganz wesentlich auch sein Werk? Das Editorial der letzten Ausgabe war noch von ihm geschrieben. Ebenso ist die Bundespsychotherapeutenkammer – BPTK – von dem ersten Planungsentwurf an untrennbar mit seinem Namen verbunden. Das „Bauwerk“ ist noch lange nicht fertig. Wenn es auch über den „Baustil“ manchmal unterschiedliche Auffassungen gab – Detlev Kommer war als „Baumeister“ in seinen Fähigkeiten unbestritten. Wir werden ihn bei den vor uns liegenden Aufgaben sehr vermissen. Unser Berufsstand hat einen herausragenden, zähen Kämpfer verloren. Es wird nicht leicht sein, diesen Verlust zu verkraften, und die Lücke, die er hinterlässt, wird kaum zu schließen sein.

Auch wenn es sehr schwer fällt, zum Inhalt dieser Ausgabe überzugehen:

Zum **Tod von Klaus Grawe** finden Sie zwei Nachrufe: von Franz Caspar und von Lothar Wittmann. Der Mensch, der Freund, der Kollege und der Forscher Klaus Grawe wird in seinen Konturen und seiner Vielschichtigkeit sichtbar.

Reiner Dilg bezieht sich in der *Rubrik „Zur Diskussion“* auf den Artikel von Klaus Grawe im PTJ 1/2005. Der Forderung nach „radikaler Abkehr vom Denken in Therapiemethoden“ (Grawe) stellt Reiner Dilg den „Erfahrungs- und Wissensschatz bewährt-

er Therapiemethoden“ gegenüber, die entsprechend empirisch validiert werden müssen. Die ursprüngliche Fassung des Beitrags war geschrieben, um die Auseinandersetzung mit Klaus Grawe weiterzuführen. Wir mussten Herrn Dilg bitten, seinen Kommentar umzuschreiben.

Gregor Hensen und Wilhelm Körner nehmen in ihrem Beitrag Stellung zu der aktuellen Diskussion zur Rolle der Psychotherapie in der Erziehungsberatung. An der Grenzlinie zwischen SGB V und SGB VIII versuchen die Autoren eine Standortbestimmung der heilkundlichen Psychotherapie im Rahmen der Erziehungsberatung vorzunehmen. Ihre Thesen regen an, sich weiter mit diesem wichtigen fachlichen und berufspolitischen Thema zu befassen.

Mit den Ergebnissen der ersten Prüfungen nach dem PsychThG befassen sich die Beiträge von **Ulrich Scherer et al.**, (IMPP), die sich in der Kommentierung der Zahlen sehr bedeckt halten, und **Angelika Wolff**, die sich engagiert gegen die Vereinnahmung der Ausbildung durch standardisierte Prüfungsfragen zur Wehr setzt. Dies könnte der Anfang einer Debatte sein, an deren Ende dringend notwendige Änderungen im PsychThG stehen könnten.

Eine erfreulich große Resonanz fand der Artikel von Frauke Werther zum Thema *Psychotherapie mit geistig Behinderten* im letzten Heft. Sehen Sie dazu die verschiedenen Leserbriefe.



Ganz zum Schluss, aber keinesfalls „least“, wollen wir einen **unverzeihlichen Druckfehler** sowohl auf dem Titelblatt als auch in der Inhaltsangabe des letzten Heftes berichtigen: Der Artikel von **Volker Tschuschke** hatte den Titel **Die Psychotherapie in Zeiten evidenzbasierter Medizin** und nicht „Die Psychiatrie“ ... Wir können den Schaden leider nicht wieder gut machen – auf alle Fälle aber haben wir unsere Augen für das Korrekturlesen aller Druckfahnen noch einmal besonders geschärft.

*Ilse Rohr (Saarland)
Mitglied des Redaktionsbeirates*

Inhalt

Zum Tod von Detlev Kommer	202
Zum Tod von Klaus Grawe	205
Editorial	209
Artikel	212
<i>Scherer, U., Mayer, K., Neuser, J.</i>	
Die schriftlichen Prüfungen nach dem Psychotherapeutengesetz: Ergebnisse und Analysen	212
Die Ausübung der heilkundlichen Psychotherapie ist an die Ablegung einer staatlichen Prüfung gebunden, deren schriftlicher Teil seit Herbst 2002 bundesweit durchgeführt wird. Die Autoren erläutern die Rahmenbedingungen der zentralen Prüfungen und berichten über die Entwicklung der Prüfungsergebnisse. Vertiefende Analysen gelten insbesondere den Auswirkungen unterschiedlicher Ausbildungsmodalitäten und Zulassungsvoraussetzungen.	
<i>Wolff, A.</i>	
Schriftliche Prüfungen im Ausbildungsgang für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten – ein Angriff auf die KJP-Ausbildung?	222
Die zuletzt vorliegenden Prüfungsergebnisse bei den schriftlichen Prüfungen nach der KJPsychTh-APrV sind alarmierend schlecht. Die möglichen Hintergründe dafür werden kritisch reflektiert, auf ihre strukturellen Zusammenhänge und Widersprüche hin untersucht und die drohenden quantitativen und qualitativen Folgen für die Zukunft des Berufsstands KJP aufgezeigt.	
<i>Hensen, G. & Körner, W.</i>	
Erziehungsberatung – eine Standortbestimmung der Position von Psychotherapie in der Jugendhilfe	227
Psychotherapeutische Verfahren gehören zum Standard institutioneller Erziehungsberatung. Es wird eine Standortbestimmung der Erziehungsberatung im Spannungsfeld zwischen Jugendhilfe und Psychotherapie vorgenommen, die für eine therapeutische Orientierung plädiert, die sich ihrer gesellschaftlichen Relevanz bewusst ist und daher bereit ist, sozialpädagogische Ansätze in die Erziehungsberatung zu integrieren.	
Recht: Aktuell	236
<i>Gerlach, H.</i>	
Aktuelles aus der Forschung	242
<i>Kümmeler, P.</i>	
Zur Diskussion	247
<i>Dilg, R.</i>	
Welche Rolle kann empirische Validierung für die psychotherapeutische Praxis spielen? Kommentar zu Klaus Grawes Artikel im Psychotherapeutenjournal 1/2005 „(Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden?“	
Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern	257
Bundespsychotherapeutenkammer	257
Baden-Württemberg	262
Bayern	267
Berlin	271

Bremen	275
Hamburg	279
Hessen	282
Niedersachsen	286
Nordrhein-Westfalen	290
Rheinland-Pfalz	297
Saarland	301
Schleswig-Holstein	309
Leserbriefe	312
Inserentenverzeichnis	316
Kontaktdaten der Kammern	317
Kleinanzeigen	317
Impressum	320

Hinweis:

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

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

- Bayern
- Hessen
- Schleswig-Holstein

Die schriftlichen Prüfungen nach dem Psychotherapeutengesetz: Ergebnisse und Analysen

Ulrich Scherer, Klaus Mayer, Jürgen Neuser

Zusammenfassung: Das Psychotherapeutengesetz bindet die Erteilung der Approbation zur Ausübung der heilkundlichen Psychotherapie an die Ablegung einer Prüfung, deren schriftlicher Teil seit Herbst 2002 bundesweit durchgeführt wird. Dargelegt werden die Rahmenbedingungen nach den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen und der Änderungsverordnung vom Mai 2004 in ihren Auswirkungen auf die Gestaltung der zentralen Prüfungen und die Sicherung der Bundeseinheitlichkeit. Die Ergebnisse des Berichtszeitraumes Herbst 2002 bis Frühjahr 2005 werden im Längsschnitt dargestellt und weiteren Analysen unterzogen. Vor dem Hintergrund einer heterogenen Teilnehmerzusammensetzung interessierte insbesondere das Leistungsverhalten von Teilgruppen. Statistische Auswertungen und varianzanalytische Prüfungen galten dem Einfluss unterschiedlicher Ausbildungsmodalitäten, z. B. Ausbildungsgang, Vertiefungsrichtung und zugangsberechtigender Hochschulabschluss, sowie weiteren Faktoren wie der Altersstruktur der Prüfungsteilnehmer, für die sich ein deutlicher Zusammenhang mit der Prüfungsleistung feststellen ließ.

Rahmenbedingungen und Grundlagen

Wer die heilkundliche Psychotherapie unter den Berufsbezeichnungen Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut ausübt, bedarf nach dem Psychotherapeutengesetz von 1998 einer Approbation, deren Erlangung eine staatliche Prüfung voraussetzt. Die nach diesem Gesetz erlassenen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für Psychologische Psychotherapeuten und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (PsychTh-APrV, KJPsychTh-APrV) vom 18. Dezember 1998 sehen Prüfungen vor, die vor einer staatlichen Prüfungskommission abgelegt werden und in die Lehrkräfte der Ausbildungsstätten als Mitglieder eingebunden sind. In der ursprünglichen Fassung vom Dezember 1998 galten diese Bestimmungen sowohl für den schriftlichen als auch für den mündlichen Teil der Staatsprüfungen.

Sicherstellung einheitlicher Prüfungsbedingungen

Für die schriftlichen Prüfungen war festgelegt, dass die jeweils zuständige Behörde – in der Regel das Landesprüfungsamt – die Prüfungsaufgaben im Benehmen mit dem Vorsitzenden der Prüfungskommission auswählt. Die Erstellung der Aufgaben der schriftlichen Aufsichtsarbeit sollte durch eine zentrale Einrichtung erfolgen; diese Tätigkeit wurde dem Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) übertragen. Die Mitwirkung der Kommissionsmitglieder erstreckte sich auch auf die Benotung der schriftlichen Aufsichtsarbeit. Hinsichtlich der Durchführung der Prüfungen und der Bewertung der Prüfungsleistungen wirkten die Länder auf eine möglichst einheitliche Handhabung hin, wobei auf Benotungsvorschläge des IMPP zurückgegriffen wurde.

Erste Erfahrungen in der Umsetzung der Regelungen zur Ausbildung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und

Jugendlichenpsychotherapeuten ließen es seitens der beteiligten Länder wünschenswert erscheinen, Präzisierungen zur Sicherung der gebotenen Einheitlichkeit der Aufgabenstellung und deren Bewertung vorzunehmen. Dieser Zielsetzung wurde mit der „Verordnung zur Änderung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ vom 6. Mai 2004 Rechnung getragen (BMGS, 2004). Im Interesse der Einheitlichkeit und Rechtssicherheit des Prüfungsverfahrens obliegt nunmehr die Durchführung des schriftlichen Teils der staatlichen Prüfung vollständig dem IMPP, das diese Aufgabe nach Maßgabe einer Vereinbarung der Länder wahrnimmt. Konkret bedeutet dies: Die Prüfungen für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten werden bundeseinheitlich zu einem festgelegten Termin veranstaltet. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer bekommen Prüfungshefte mit den jeweils für ihren Ausbildungsgang ausgewählten Aufgaben vorgelegt, wobei Aufgabenzahl und Bearbeitungszeit in beiden Fällen gleich sind. Die Prüfungen werden zentral ausgewertet. Die Feststellung der individuellen Prüfungsleistung und die Benotung erfolgen nach einheitlichen Maßstäben, die den bisherigen Regelungen für die Notenvorschläge des IMPP entsprechen. Der für die Bestehensquote maßgebliche „Cut-off-Punkt“ und die Notenintervallgrenzen wurden unverändert beibehalten.

Prüfungsgegenstände und Sachverständigenkommission

Verbindliche Grundlage für den schriftlichen Teil der Prüfungen nach dem Psychothera-

peutengesetz sind die in den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen in Anlage 1 zu § 3 Abs.1 festgelegten theoretischen Grundkenntnisse. Als Handreichung hierzu wurden am IMPP Gegenstandskataloge entwickelt.

Bereits im Mai 2002 wurde ein erster Gegenstandskatalog des IMPP für die schriftlichen Prüfungen vorgelegt. Dieser wurde im Frühjahr 2004 durch getrennte Kataloge für die Ausbildungsgänge Psychologische Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie abgelöst. Die Neufassungen berücksichtigen insbesondere die unterschiedlichen Anforderungen der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen im Hinblick auf lebensaltersbezogene Fragestellungen; im Ergebnis stellen sie eine Fortschreibung des bisherigen Gegenstandskatalogs dar.

Für die Erarbeitung der Gegenstandskataloge wie auch der Prüfungsaufgaben wurde am IMPP eine Sachverständigenkommission mit Arbeitsgruppen für die beiden Ausbildungsgänge gebildet. Derzeit umfasst die Sachverständigenkommission zwölf Mitglieder. Berufen werden in Wissenschaft, Praxis und Lehre der Psychotherapie ausgewiesene Expertinnen und Experten, überwiegend aus dem Hochschulbereich, wobei seitens des Instituts die betreffenden Fakultäten bzw. Ausbildungsstätten oder Fachgesellschaften kontaktiert werden, um Benehmen hinsichtlich der künftigen Mitarbeit herzustellen. Ein wichtiges Anliegen ist dabei die Gewährleistung einer adäquaten Repräsentanz von Vertretern der unterschiedlichen, wissenschaftlich anerkannten Verfahren der Psychotherapie. Dies insbesondere deshalb, weil die schriftlichen Prüfungen einheitlich und nicht nach Vertiefungsrichtungen differenziert abzuhalten sind. Das verschiedentlich diskutierte Anliegen, nach Vertiefungsrichtung getrennte Prüfungen durchzuführen, ist mit den Regelungen der Prüfungsverordnungen nicht vereinbar. In vergleichbarer Weise stellt sich die Situation der Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dar, die Psychologen, Pädagogen und Sozialpädagogen offen steht. Der Gesetz- und Verordnungsgeber unterscheidet auch hier nicht zwischen verschiedenen professionellen

Orientierungen. Es gilt vielmehr der Gesichtspunkt, dass eine einheitliche Approbation zu einheitlichen Befugnissen der Ausübung der heilkundlichen Psychotherapie führt.

Prüfungsmethode und -durchführung

Prüfungsaufbau

Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen sehen für die schriftlichen Prüfungen eine Dauer von 120 Minuten vor. Bei einem Umfang von 80 Aufgaben pro Prüfung ergibt sich daraus eine mittlere Bearbeitungsdauer von 90 Sekunden je Einzelaufgabe, was auch der Bearbeitungsdauer in den bundeseinheitlichen ärztlichen und pharmazeutischen Prüfungen entspricht.

Zum Einsatz kommen Freitextaufgaben, die mit einer Kurzantwort in Form eines *terminus technicus* zu beantworten sind, sowie Antwortwahlaufgaben (Multiple-Choice-Aufgaben) als Mehrfachauswahlaufgaben und als Einfachauswahlaufgaben. Die Fragensammlung einer Prüfung beinhaltet neben „isoliert“ gestellten Einzelfragen auch themen- bzw. fallbezogene Aufgabenfolgen. Diese können sich aus zwei oder mehr Fragen der genannten Aufgabenformate zusammensetzen (s. auch Mayer et al., 2003).

Die Prüfungsaufgaben der jeweiligen Prüfungen werden vom IMPP aus dem mit den Sachverständigen erarbeiteten Fragenpool, der fortlaufend revidiert und erweitert wird, zusammengestellt. Dabei wird eine „Examensblaupause“ zugrunde gelegt, die Bandbreiten für die Auswahl nach bestimmten Kriterien definiert. Dies betrifft u. a. die Verteilung der Prüfungsaufgaben nach Aufgabenformaten, nach Gegenstandsbereichen und hinsichtlich der verschiedenen, wissenschaftlich anerkannten Therapieverfahren. Zusätzlich berücksichtigt werden Sachverständigeneinschätzungen zur Schwierigkeit und Relevanz der Prüfungsaufgaben.

Für die Prüfungen in den Ausbildungsgängen Psychologische Psychotherapie und

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie werden separate Auswahlen von Prüfungsaufgaben erstellt, die sich in der Gewichtung von lebensaltersbezogenen Fragestellungen unterscheiden. Die Mehrzahl der Prüfungsaufgaben bezieht sich auf Themen, die für beide Ausbildungsgänge gleichermaßen bedeutsam sind und in den jeweiligen Prüfungen in identischer Form gestellt werden.

Teilnehmergruppen

Über die Zulassung zur Prüfung für Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entscheidet die zuständige Behörde (das Landesprüfungsamt) auf Antrag des Prüfungsteilnehmers und im Benehmen mit der Leitung der Ausbildungsstätte. Mit der Meldung zur Prüfung werden u. a. Angaben zum absolvierten Ausbildungsgang und zur Vertiefungsrichtung, zum Ausbildungsmodus (Vollzeit, Teilzeit) sowie, im Ausbildungsgang KJP, auch zur Art des zur Aufnahme der Ausbildung berechtigenden Diploms erhoben. Diese Daten stehen für Ergebnisanalysen nach Teilnehmergruppen zur Verfügung.

Prüfungsauswertung und Itemanalyse

Die Prüfungsaufgaben werden nach den Vorgaben der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen dichotom ausgewertet: Für jede richtig und vollständig gelöste Aufgabe wird ein Punkt vergeben, dies gilt für alle verwendeten Aufgabenformate. Die Auswertung erfolgt anhand der Antwortbelege und umfasst umfangreiche Kontrollschritte. Zur Auswertung der Multiple-Choice-Aufgaben werden die Belege maschinell (mittels Belegleser) eingelesen. Bei den Freitextaufgaben müssen alle handschriftlich gegebenen Antworten manuell und buchstabengetreu in eine Datenbank eingegeben werden, die dann zu jeder Aufgabe eine Antwortliste generiert. Unter den gegebenen Antworten werden im Rahmen eines Delphi-Verfahrens von einer fünfköpfigen Jury diejenigen Antworten gekennzeichnet, die als Lösungen zu werten sind. Auf dieser Grundlage erfolgt dann die individuelle Bewertung der Freitextantworten der Prüfungsteilnehmer.

Im Rahmen der statistischen Auswertung und der Itemanalysen werden die Rohwerte (als von den Teilnehmenden erreichte Gesamtpunktzahl), die Aufgabenschwierigkeit p (als Anteil richtiger Lösungen einer Aufgabe) sowie der Trennschärfeindex r (als punktbiserial Korrelation zwischen der Lösungsoption „gewählt“/„nicht gewählt“ und der insgesamt erzielten Punktzahl) ermittelt. Aufgabenschwierigkeit und Trennschärfe werden darüber hinaus auch zur Charakterisierung der psychometrischen Eigenschaften der verschiedenen Aufgabenformate herangezogen.

Die Schätzung der Reliabilität einer Prüfung erfolgt mittels Cronbach's α . Darüber hinaus werden deskriptive Statistiken zu der Zusammensetzung der Prüfungsgruppe, zur Rohwert- und Notenverteilung (schriftliche, mündliche und Gesamtnote) und zu den Mittelwerten und Standardabweichungen für verschiedene Untergruppen der Prüfungsteilnehmer (Noten nach Bundesländern, nach Geschlecht, nach verhaltenstherapeutischer bzw. psychoanalytischer/tiefenpsychologischer Richtung, nach Voll-

zeit- bzw. Teilzeitmodus, nach Jahr des Beginns der Ausbildung) erstellt. Zusammenhänge zwischen schriftlichen und mündlichen Noten werden anhand des Rangkorrelationskoeffizienten nach Spearman dargestellt. Die genannten Daten werden im Rahmen der regulären Berichterstattung des IMPP in den jährlichen „Ergebnisberichten der Prüfungen nach dem Psychotherapeutengesetz“ veröffentlicht (IMPP, 2003, 2004).

Der nachfolgende Ergebnisabschnitt basiert auf diesen Berichten und weiteren Analysen. Er soll vor allem einen Überblick über die Entwicklung der Teilnehmerpopulation und der Prüfungsleistungen, auch für Untergruppen, geben und der Frage möglicher Einflussfaktoren nachgehen.

Ergebnisse¹

Teilnehmerzusammensetzung

Die Entwicklung der Teilnehmerzahlen und Teilnehmerzusammensetzung der Prüfungen

in den Ausbildungsgängen Psychologische Psychotherapie (im Nachfolgenden: Prüfung PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (KJP), aufgeschlüsselt nach Geschlecht, Ausbildungsmodus und Vertiefungsrichtung, wird in Tabelle 1 dargestellt. In Tabelle 2 ist die Art des grundständigen Studiums (nur für KJP) aufgeführt. Es ist festzustellen, dass im Allgemeinen folgende Merkmale bei den Ausbildungsteilnehmern über die Prüfungstermine und die beiden Ausbildungsgänge hinweg überwiegen: weibliches Geschlecht, Ausbildung in Vollzeit und Ausbildung mit Vertiefungsrichtung „Verhaltenstherapie“. Beim Merkmal *Ausbildungsmodus* im Ausbildungs-

¹ Die Ergebnisse der Prüfung im Ausbildungsgang Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vom Herbst 2002 werden aus Datenschutzgründen nicht dargestellt, da hier nur eine Person teilnahm. In statistische Auswertungen gehen die Ergebnisse aber mit ein.

Prüfungstermin	Teilnehmerzahl	Geschlecht		Ausbildungsmodus		Vertiefungsrichtung ^a	
		weibl.	männl.	Vollzeit	Teilzeit	VT	PA/TfP
PP							
Herbst 2002	70	55	15	64	6	67	3
Frühjahr 2003	128	103	25	116	12	118	10
Herbst 2003	126	95	31	104	22	108	18
Frühjahr 2004	182	143	39	147	35	173	9
Herbst 2004	179	137	42	126	53	166	13
Frühjahr 2005	243	199	44	185	58	224	19
KJP							
Herbst 2002	1	-	-	-	-	-	-
Frühjahr 2003	10	7	3	10	0	10	0
Herbst 2003	12	9	3	12	0	12	0
Frühjahr 2004	13	10	3	13	0	11	2
Herbst 2004	35	31	4	25	10	31	4
Frühjahr 2005	54	46	8	26	28	41	13

^a) VT ... Verhaltenstherapie, PA/TfP ... Psychoanalyse oder Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Tabelle 1: Teilnehmerzusammensetzung der schriftlichen Prüfungen

Prüfungstermin	Teilnehmerzahl	Psychologie	Pädagogik	Sozialpädagogik	Andere
KJP					
Herbst 2002	1	-	-	-	-
Frühjahr 2003	10	2	2	4	2
Herbst 2003	12	7	1	3	1
Frühjahr 2004	13	6	2	4	1
Herbst 2004	35	10	13	9	3
Frühjahr 2005	54	19	10	22	3

Tabelle 2: Grundständiges Studium der Teilnehmer an den schriftlichen Prüfungen KJP

Prüfungstermin	Teilnehmerzahl	Punktzahl Mittelwert		Punktzahl Standardabweichung	Misserfolgsquote in Prozent	Cronbach's ^a
		absolut	in Prozent ^a			
PP						
Herbst 2002	70	70,26	87,82	4,42	0	0,63
Frühjahr 2003	128	67,51	84,38	6,15	0	0,77
Herbst 2003	126	66,29	82,87	8,09	1,6	0,86
Frühjahr 2004	182	64,47	80,58	6,79	2,7	0,81
Herbst 2004	179	61,61	77,01	7,61	7,8	0,81
Frühjahr 2005	243	63,89	79,86	6,69	2,9	0,79
KJP						
Herbst 2002	1	-	-	-	-	-
Frühjahr 2003	10	62,70	78,38	6,83	0	0,76
Herbst 2003	12	67,25	84,06	9,61	0	0,90
Frühjahr 2004	13	63,69	79,62	6,93	0	0,79
Herbst 2004	35	55,91	69,89	10,30	25,7	0,88
Frühjahr 2005	54	55,26	69,07	9,06	16,7	0,85

^a) bezogen auf die maximal erreichbare Punktzahl von 80

Tabelle 3: Mittlere Schwierigkeit und Misserfolgsquote bei den schriftlichen Prüfungen im Längsschnitt

gang KJP findet sich im Längsschnitt eine deutliche Veränderung: An den Prüfungen bis einschließlich Frühjahr 2004 nahmen nur Teilnehmer in Vollzeitausbildung teil. Seitdem ist der Anteil der Prüfungsteilnehmer mit absolvierter Teilzeitausbildung deutlich angestiegen: 29% im Herbst 2004, 52% im Frühjahr 2005. Auch im Merkmal *Vertiefungsrichtung* findet sich bei den Prüfungen KJP eine deutliche Veränderung: Im Frühjahr 2004 nahmen erstmals Ausbildungsteilnehmer mit Vertiefungsrichtung PA/TfP an den Prüfungen teil. Ihr Anteil stieg im Frühjahr 2005 auf 24% an. Hinsichtlich des grundständigen Studiums der Prüfungsteilnehmer des Ausbildungsgangs KJP sind über die Prüfungen hinweg variable Anteile der verschiedenen Studienabschlüsse festzustellen. Die Veränderung dieser Anteile weist keinen einheitlichen Trend auf.

Schwierigkeit der Prüfungen im Längsschnitt

Die erreichten Punktzahlen (absolut und in Prozent) bei den schriftlichen Prüfungen vom Herbst 2002 bis zum Frühjahr 2005 sind als Mittelwerte mit der zugehörigen Standardabweichung in Tabelle 3 im Überblick dargestellt, zusätzlich zu diesen die *Schwierigkeit* der Prüfungen kennzeichnenden Werten sind die *Misserfolgsquoten* aufgeführt. Für die Prüfung im Ausbildungsgang PP ist nach einer Phase abnehmender durchschnittlicher Prüfungsleistungen bis zum Termin Herbst 2004 erstmals ein leichter Anstieg im Frühjahr 2005 festzustellen. Bei der Misserfolgsquote, die auch von der Verteilung der Punktezahlen abhängig ist, zeigte sich eine parallele Entwicklung. Dies weist auf gleichsinnige Änderungen der Prüfungsleistungen auch im unteren Punktebereich hin. Die durchschnittlichen Prüfungsleistungen im Ausbildungsgang KJP fallen über alle Prüfungstermine hinweg niedriger aus als in den Prüfungen PP, wobei die bis Frühjahr 2004 noch sehr geringen Teilnehmerzahlen zu beachten sind. Es ist auch für die Prüfungen KJP zu konstatieren, dass sich die beiden letzten Prüfungen des Berichtszeitraums (Prüfungen Herbst 2004 und Frühjahr 2005) als diejenigen mit den höchsten Schwierigkeitskennwerten erwiesen.

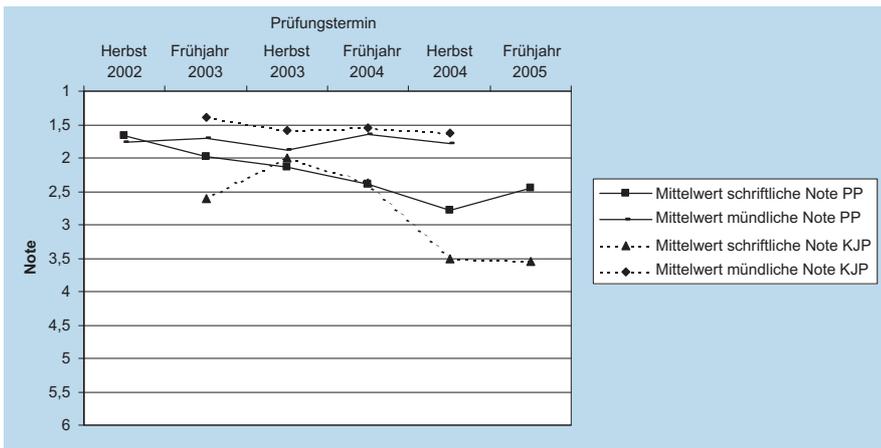


Abb. 1: Mittelwerte der schriftlichen und mündlichen Noten im Längsschnitt

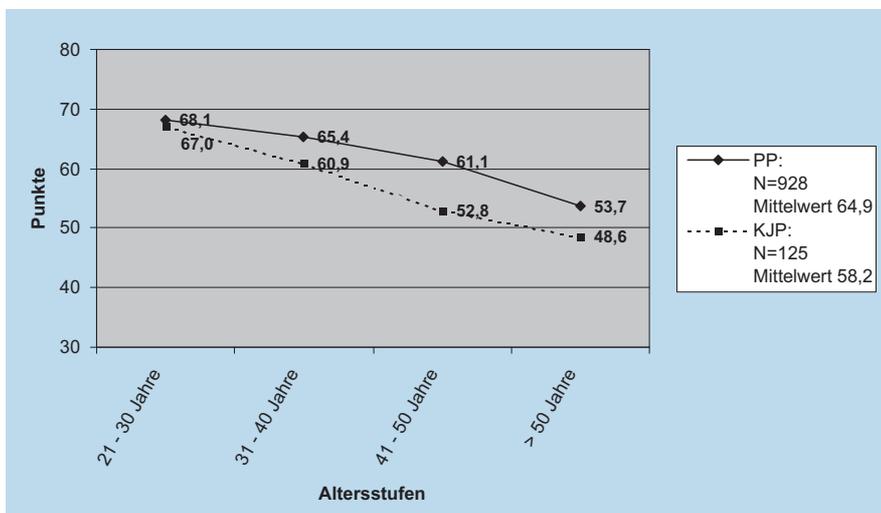


Abb. 2: Mittlere Punktzahlen der Prüfungsteilnehmer, zusammengefasst nach Altersstufen, über alle Prüfungstermine hinweg

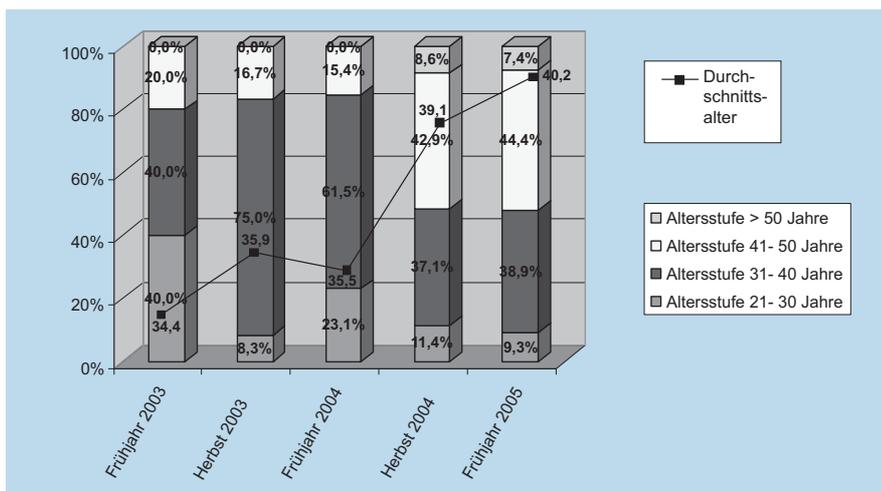


Abb. 3: Durchschnittsalter und Altersstruktur in den schriftlichen Prüfungen KJP

Vergleich schriftlicher und mündlicher Prüfungsergebnisse

Im Zusammenhang mit der längsschnittlichen Betrachtung der Ergebnisse im

schriftlichen Prüfungsteil interessierte auch die Entwicklung der mündlichen Prüfungen. Die Notendurchschnitte in beiden Examens-teilen sind in Abbildung 1 dargestellt. Wegen noch ausstehender Daten für den

mündlichen Teil der Prüfungen im Frühjahr 2005 können die schriftlichen und mündlichen Noten nur für den Zeitraum bis Herbst 2004 einander gegenübergestellt werden. Die Prüfungsteilnehmer erreichten bei mündlichen Prüfungen mit Ausnahme der Prüfung PP vom Herbst 2002 im Mittel bessere Noten als bei den schriftlichen Prüfungen. Die Unterschiede erweisen sich alle mit Ausnahme der Prüfung PP vom Herbst 2002 als signifikant (t-Tests). Der Zusammenhang (Rangkorrelation nach Spearman) zwischen der mündlichen und schriftlichen Note liegt bei den verschiedenen Prüfungsterminen im Bereich von 0,38 bis 0,51 für PP und 0,39 bis 0,87 für KJP. Die Korrelationskoeffizienten für PP erweisen sich dabei durchgehend als hoch signifikant ($p < 0,001$), während die Koeffizienten für KJP nur im Herbst 2004 und Herbst 2003 Signifikanzniveau erreichen ($p < 0,01$ bzw. $p < 0,001$).

Untersuchung auf Gruppenunterschiede

Untersucht wurde auf Unterschiede in den Prüfungsergebnissen nach Geschlecht, Lebensalter, Ausbildungsmodus und Vertiefungsrichtung der Prüfungsteilnehmer sowie – in den Prüfungen KJP – auf Unterschiede im Hinblick auf den zugangsberechtigenden Hochschulabschluss.

Die Mittelwertsunterschiede in den schriftlichen Prüfungsleistungen, bezogen auf das Geschlecht der Prüfungsteilnehmer, sind bei den Prüfungen PP gering und erweisen sich durchweg als nicht signifikant (t-Tests). Bei den Prüfungen KJP sind zum Teil deutliche, in der Richtung jedoch uneinheitliche Geschlechterunterschiede feststellbar. Diese Unterschiede erreichen aufgrund der kleinen Teilnehmerzahlen nicht das Signifikanzniveau.

Aufschlussreicher ist die Betrachtung des Lebensalters der Prüfungsteilnehmer. Hier zeigt sich, dass ältere angehende Psychotherapeuten bei den schriftlichen Prüfungen im Durchschnitt geringere Punktzahlen als jüngere erreichen (Abbildung 2²). Der Zu-

² Zu beachten ist hierbei, dass es sich zum Zweck des einfacheren Vergleichs der Altersgruppen um Werte handelt, die über die Prüfungstermine hinweg gemittelt wurden, was unter methodischem Aspekt kritisch zu betrachten ist.

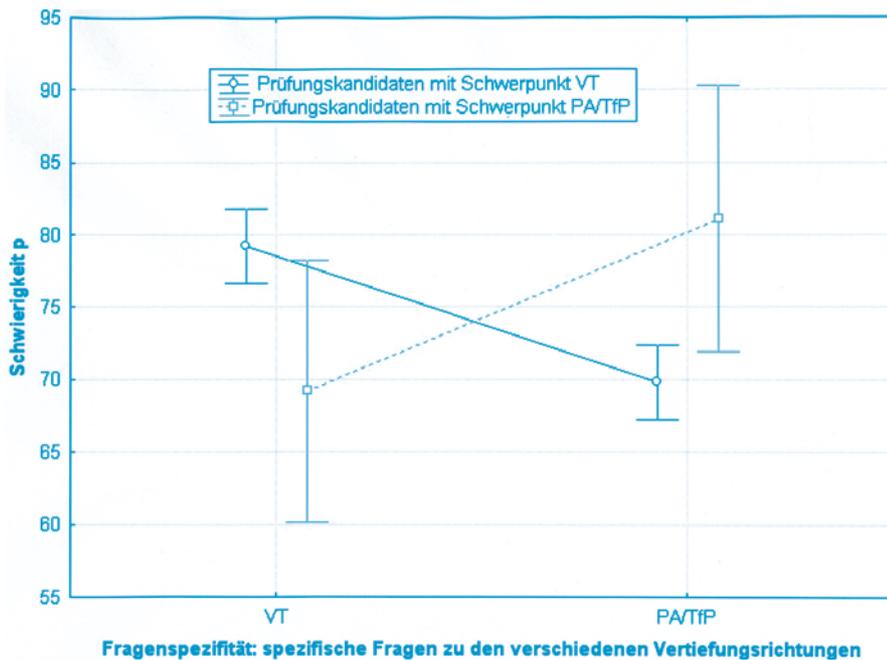


Abb. 4: Interaktionseffekt – Empirische Schwierigkeit in Abhängigkeit von Fragen-spezifität und Vertiefungsrichtung der Prüfungsteilnehmer, Prüfung PP vom Herbst 2004

sammenhang zwischen erreichter Punktzahl und dem Lebensalter der Prüfungsteilnehmer ist bereits bei der Prüfung PP vom Herbst 2002 sichtbar (Korrelation $r=-0,25$) und erweist sich als signifikant ($p<0,05$). Bei den Prüfungen vom Frühjahr 2003 bis Frühjahr 2005 ist er deutlicher (r zwischen $-0,43$ und $-0,49$) und hoch signifikant ($p<0,01$). Auch bei den Prüfungen KJP Herbst 2004 und Frühjahr 2005

sind die Korrelationen deutlich und hoch signifikant ($r=-0,57$ bzw. $r=-0,49$, $p<0,01$); im Herbst 2003 und Frühjahr 2004 erreichen die Korrelationskoeffizienten von $-0,36$ bzw. $-0,39$ aufgrund der geringen Größen der Prüfungsgruppen ($N=12$ bzw. $N=13$) nicht das Signifikanzniveau.

In diesem Zusammenhang war auch die längsschnittliche Entwicklung der Alters-

zusammensetzung von Interesse. Während sich in den Prüfungen PP das Durchschnittsalter und die Besetzung der Altersgruppen (zusammengefasst als 10-Jahreskohorten) nur wenig änderten, ist in den Prüfungen KJP zwischen Frühjahr 2003 und Frühjahr 2005 eine nahezu kontinuierliche Zunahme des Alterdurchschnitts der Prüfungsteilnehmer um insgesamt knapp sechs Lebensjahre zu verzeichnen (von ca. 34 Jahren im Frühjahr 2003 auf 40 im Frühjahr 2005). Dabei verschiebt sich die Alterszusammensetzung deutlich zugunsten der Kohorten der über 40-Jährigen (s. Abbildung 3).

In einer weiteren Analyse wurde der Frage möglicher Unterschiede der Prüfungsleistungen in Abhängigkeit vom *Ausbildungsmodus* (Vollzeit, 3-jährig vs. Teilzeit, 5-jährig) nachgegangen. Die Unterschiede erreichen in den Prüfungen PP im Maximum 2,62 Punkte (Frühjahr 2003; in t-Tests nicht signifikant). Im Bereich KJP zeigt sich für die Prüfung im Herbst 2004, bei der erstmals neben Vollzeit-Ausbildungsteilnehmern auch Ausbildungsteilnehmer in Teilzeitausbildung zu verzeichnen sind, ein deutlicher Mittelwertsunterschied (Vollzeit: 58,72 Punkte, Teilzeit: 48,90 Punkte), der sich im t-Test jedoch als nicht signifikant erweist.

Die Mittelwertsdifferenzen der Gruppen mit unterschiedlicher *Vertiefungsrichtung* während der Ausbildung (Verhaltenstherapie, VT vs. Psychoanalyse/Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, PA/TfP) betragen bei den Prüfungen PP im Maximum 3,1 Punkte. Sie lassen keinen einheitlichen Trend zugunsten einer Vertiefungsrichtung erkennen und erreichen in t-Tests nicht das Signifikanzniveau. An den Prüfungen KJP nahmen erst seit der Prüfung im Frühjahr 2004 neben Ausbildungsteilnehmern der Vertiefungsrichtung VT auch solche der Vertiefungsrichtung PA/TfP teil. Die Ergebnisse der Teilnehmer VT liegen bei den einzelnen Prüfungen im Mittel um 5,6 bis 10,9

Prüfungstermin	Hochschulabschluss	Teilnehmerzahl	Punktzahl Mittelwert	Punktzahl Standardabweichung
Frühjahr 2003	Psychologie	2	71,00	1,41
	Pädagogik	2	67,50	4,95
	Sozialpädagogik	4	58,00	4,55
	Andere	2	59,00	5,66
Herbst 2003	Psychologie	7	65,14	11,55
	Pädagogik	1	-	-
	Sozialpädagogik	3	66,33	3,79
Frühjahr 2004	Psychologie	6	63,83	7,52
	Pädagogik	2	67,00	1,41
	Sozialpädagogik	4	65,50	3,70
	Andere	1	-	-
Herbst 2004	Psychologie	10	64,70	9,49
	Pädagogik	13	52,62	7,42
	Sozialpädagogik	9	51,11	10,53
	Andere	3	55,33	8,02
Frühjahr 2005	Psychologie	19	60,42	6,62
	Pädagogik	10	48,70	9,43
	Sozialpädagogik	22	54,82	8,46
	Andere	3	47,67	8,50

Tabelle 4: Mittlere Punktzahlen in den schriftlichen Prüfungen KJP nach zugangsberechtigendem Hochschulabschluss

Punkte über denjenigen der Richtung PA/TfP. Die Mittelwertsdifferenz der Prüfung KJP vom Frühjahr 2004 erweist sich als signifikant ($t = 2,41, p < 0,05$), die Mittelwertsdifferenz für die Prüfung vom Frühjahr 2005 verfehlt das Signifikanzniveau knapp.

Ergänzend dazu wurde mittels zweifaktorieller Varianzanalysen untersucht, ob die Ausbildungsteilnehmer der verschiedenen Vertiefungsrichtungen (VT vs. PA/TfP; erster Faktor) bei der Beantwortung derjenigen Prüfungsaufgaben, die für eine Vertiefungsrichtung spezifisch sind (zweiter Faktor: „Fragenspezifität“), in der durchschnittlichen Punktzahl (abhängige Variable) unterschiedlich abschneiden. Die Analysen beziehen sich auf die Prüfungen PP ab Frühjahr 2003 sowie die Prüfungen KJP vom Herbst 2004 und Frühjahr 2005; die anderen Termine blieben wegen zu geringer Teilnehmerzahl in der Vertiefungsrichtung PA/TfP unberücksichtigt. Für die Prüfung PP im Frühjahr 2004 sowie die Prüfung KJP im Frühjahr 2005 zeigt sich ein signifikanter ($p < 0,05$), für die Prüfungen

PP im Frühjahr und Herbst 2003 sowie Herbst 2004 und Frühjahr 2005 ein hoch signifikanter Interaktionseffekt ($p < 0,01$). Dieser fällt zumeist dergestalt aus, dass Prüfungsteilnehmer in den für ihre Vertiefungsrichtung spezifischen Fragen besser abschneiden als Kandidaten der jeweils anderen Vertiefungsrichtung (Cross-over-Effekt). Bei einzelnen Prüfungen ergeben sich auch Haupteffekte für die Vertiefungsrichtung der Prüfungsteilnehmer bzw. für die Fragenspezifität. Diese treten jedoch in der Richtung nicht einheitlich auf. Ein typischer Cross-over-Effekt (hoch signifikanter Interaktionseffekt bei gleichzeitigem Fehlen von signifikanten Haupteffekten für die beiden Faktoren) ist anhand der Auswertung für die Prüfung im Herbst 2004 in Abbildung 4 beispielhaft dargestellt. In dieser Prüfung wurden 21 Aufgaben als „richtungsspezifisch“ klassifiziert, 10 davon sind der Vertiefungsrichtung VT, 11 Aufgaben sind der Richtung PA/TfP zuzuordnen.

Für den Ausbildungsgang KJP war zusätzlich die Frage möglicher Leistungsunter-

schiede in Abhängigkeit vom *zugangsberechtigenden Hochschulabschluss* zu untersuchen. Hierzu wurden je Prüfung die Mittelwerte für die Untergruppen der Prüfungsteilnehmer mit den unterschiedlichen Hochschulabschlüssen in Psychologie, Pädagogik oder Sozialpädagogik (bzw. gleichwertigen Abschlüssen) verglichen (Tabelle 4). Die Prüfungen bis einschließlich Frühjahr 2004 mit ihren noch sehr geringen Teilnehmerzahlen lassen kein einheitliches Bild systematischer Mittelwertunterschiede erkennen. Für die Prüfungen im Herbst 2004 und Frühjahr 2005 mit Teilnehmerzahlen von $N = 35$ und $N = 54$ zeigt sich, dass Prüfungsteilnehmer ohne vorausgehenden psychologischen Abschluss geringere Prüfungsleistungen aufweisen als solche mit Hochschulabschluss in Psychologie. Bei diesen beiden Prüfungen werden die Mittelwertsdifferenzen zwischen der Gruppe mit Psychologiestudium und den Gruppen mit Pädagogik- bzw. Sozialpädagogikstudium signifikant (multiple t-Tests; $p < 0,01$), im Frühjahr 2005 auch die Differenz zwischen der

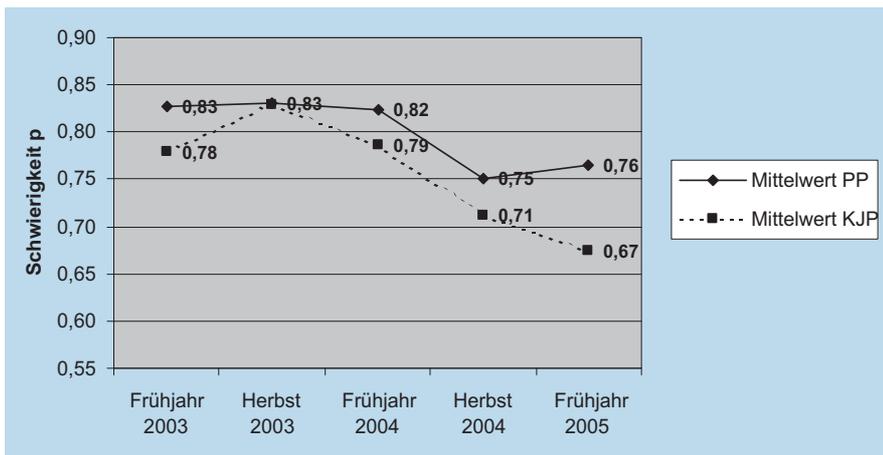


Abb. 5: Mittelwerte der Schwierigkeiten der in den jeweiligen Prüfungen PP und KJP gestellten gemeinsamen Aufgaben

Gruppe mit Psychologiestudium und der Gruppe der Prüfungsteilnehmer „Andere Hochschulabschlüsse“.

Empirische Schwierigkeiten der in den Ausbildungsgängen PP und KJP gemeinsam gestellten Prüfungsaufgaben

Die getrennt durchgeführten Prüfungen PP und KJP beinhalten zu jedem Termin eine größere Anzahl identischer Prüfungsaufgaben zu Themen, die beide Ausbildungsgänge gleichermaßen betreffen („gemeinsame Aufgaben“). Die gemittelten empirischen Schwierigkeiten dieser in den jeweiligen Prüfungen PP und KJP enthaltenen gemeinsamen Aufgaben sind in Abbildung 5 dargestellt. Es zeigt sich, dass die Teilnehmer der Prüfungen KJP zu allen Prüfungsterminen mit Ausnahme der Prüfung im Herbst 2003 bei den gemeinsamen Aufgaben schlechter abschnitten als die Prüfungsteilnehmer PP. Die Unterschiede in den mittleren Schwierigkeiten der „gemeinsamen Aufgaben“ betragen bis zu 9,0 Punkte (Frühjahr 2005). Die genannten Mittelwertsunterschiede erreichen in t-Tests nur für die Prüfung im Frühjahr 2005 Signifikanzniveau ($p < 0,05$).

Erfassung von Faktoren mit Einfluss auf die Schwierigkeit der Prüfungen

Um zu analysieren, worauf die Veränderung der empirisch ermittelten Schwierigkeiten der Prüfungen über die Examenstermine hinweg zurückzuführen sein könnte, wurden zweifaktorielle Varianzanalysen berech-

net.³ Erster Faktor zur Erfassung des Einflusses der Aufgabenstellungen der jeweiligen Prüfung auf das Ergebnis waren dabei die einzelnen Prüfungen (bzw. Prüfungstermine, Faktor „Prüfungstermin“). Die Abschlussnoten der Prüfungsteilnehmer in dem jeweiligen Hochschulstudiengang, der für die Zulassung zur Prüfung PP bzw. KJP nachgewiesen werden muss, wurde als zweiter Faktor (genannt „Vornote“) in der Varianzanalyse herangezogen, um den Einfluss der individuellen Vorbildung auf das schriftliche Ergebnis zu erfassen.

Die Varianzanalysen ergaben hoch signifikante Haupteffekte für die beiden Faktoren Examensnote und Prüfungstermin (für die Prüfungen PP: $p < 0,001$; für die Prüfungen KJP: $p < 0,01$). Interaktionseffekte waren jeweils nicht nachweisbar. Die Effektgrößen der beiden Faktoren liegen sowohl bei den Prüfungen PP als auch KJP in einer geringen bis mittleren Größenordnung, wobei eine leichte Tendenz zu einem größeren Einfluss des Faktors Examensnote gegenüber dem Faktor Prüfungstermin auf das schriftliche Prüfungsergebnis feststellbar ist (Tabelle 5).

Faktor	Effektgröße f	
	PP	KJP
„Prüfungstermin“	0,33	0,44
„Vornote“	0,44	0,46

Tabelle 5: Effektgrößen der in zweifaktoriellen Varianzanalysen ausgewerteten Faktoren „Prüfungstermin“ und „Vornote“ auf die Prüfungsergebnisse

Diskussion

Die schriftlichen Prüfungen nach dem Psychotherapeutengesetz dienen dem Nachweis der für die Ausübung der heilkundlichen Psychotherapie allgemein erforderlichen theoretischen Grundkenntnisse. Sicherung eines entsprechenden Standards und Zumutbarkeit des Anspruchsniveaus müssen zur Passung gebracht werden. Damit stehen, insbesondere in der Einführungsphase, die Gestaltung der schriftlichen Prüfungen und die Entwicklung der Prüfungsergebnisse im Blickpunkt der Fachöffentlichkeit. Die im Vergleich zu anderen akademischen Heilberufen ausgeprägte Heterogenität der Examensteilnehmer, unterschiedliche persönliche Voraussetzungen und diversifizierte Ausbildungsmodalitäten, legen nahe, das Leistungsverhalten von Teilnehmergruppen zu analysieren und weiteren Einflussfaktoren nachzugehen.

Der Entwicklung der Teilnehmerzahlen kommt im Hinblick auf die langfristige Sicherung der Patientenversorgung besondere Bedeutung zu. Im Prüfungstermin Frühjahr 2005 wurde erstmals eine Zahl von fast 300 Teilnehmern (PP + KJP) erreicht, die jedoch noch deutlich unter den prognostizierten und für erforderlich gehaltenen Teilnehmerzahlen liegt (Schulte & Lauterbach, 2002). Nach sehr zögerlichem Beginn ist im Bereich KJP seit Herbst 2004 eine deutliche Steigerung der Teilnehmerzahlen zu verzeichnen. Da KJP-Ausbildungen vorzugsweise im Teilzeitmodus absolviert werden, ist mit einer weiteren Zunahme der Meldungen zu den Prüfungen zu rechnen.

Im Berichtszeitraum Herbst 2002 bis Frühjahr 2005 ist für beide Ausbildungsgänge eine Abnahme der durchschnittlichen Prüfungsleistungen festzustellen, die in den Prüfungen KJP deutlicher ausfällt als in den

³ Die Varianz der Hochschulabschlussnoten wurde auf die Noten 1 bis 3 bei PP und 1 und 2 bei KJP eingeschränkt: Die Hochschulabschlussnote 4 findet sich bei PP nur einmal, bei KJP überhaupt nicht; die Note 3 kommt bei KJP nur 3-mal vor. Prüfungsteilnehmer mit diesen Noten wurden daher nicht in die Varianzanalyse einbezogen.

Prüfungen PP. Für die Abnahme der Prüfungsleistungen kommen Änderungen in der Zusammensetzung der Teilnehmerpopulation und Änderungen im Anforderungsniveau in Betracht. Hinsichtlich der teilnehmerbedingten Einflüsse waren neben den Merkmalen Geschlecht und Alter der Ausbildungsmodus (Vollzeit vs. Teilzeit), die Art der Vertiefungsrichtung (VT vs. PA/TfP), sowie, für KJP-Teilnehmer, der zugangsberechtigte Hochschulabschluss in die Untersuchung einzubeziehen. Bezüglich der soziodemografischen Merkmale erwies sich das Lebensalter der Prüfungsteilnehmer bzw. die Alterszusammensetzung der Examenspopulationen als besonders aufschlussreich: Für beide Ausbildungsgänge war eine Tendenz abnehmender Prüfungsleistung mit zunehmendem Lebensalter festzustellen. Dies zeigt umso deutlichere Auswirkungen auf die durchschnittliche Prüfungsleistung, je stärker die höheren Alterskohorten besetzt sind. Besonders auffällig ist in diesem Zusammenhang der hohe Anteil älterer Prüfungsteilnehmer in den Prüfungen KJP vom Herbst 2004 und Frühjahr 2005, den beiden Prüfungen mit den höchsten Schwierigkeitskennwerten im Berichtszeitraum.

Für die Prüfungen PP konnten hinsichtlich Ausbildungsmodus und Vertiefungsrichtung keine signifikanten Gruppenunterschiede nachgewiesen werden. Dagegen deutet sich in den Prüfungen KJP ein besseres Abschneiden der Teilnehmer der Vertiefungsrichtung Verhaltenstherapie an, was weiterer Aufmerksamkeit bedarf. Komplementär dazu wurden Varianzanalysen zur Auswirkung „richtungsspezifischer“ Prüfungsaufgaben auf die Prüfungsleistungen der Teilnehmer unterschiedlicher Vertiefungsrichtungen durchgeführt. Sie zeigen tendenziell, dass Teilnehmer jeweils von den spezifischen Aufgaben ihrer eigenen Richtung profitieren. Signifikante Gruppenunterschiede konnten in Bezug auf den zugangsberechtigenden Hochschulabschluss bei Teilnehmern im Ausbildungsgang KJP festgestellt werden. In den Terminen Herbst 2004 und Frühjahr 2005 erreichten die Teilnehmer mit grundständigem Studium der Psychologie durch-

schnittlich bessere Ergebnisse als die Teilnehmer mit anderer Vorbildung. Auf das hier aufscheinende Problem unterschiedlicher Vorkenntnisse wurde bereits von den Kommentatorinnen des Psychotherapeutengesetzes hingewiesen (Behnsen und Bernhard, 1999).

Zur vergleichenden Bewertung der Prüfungsergebnisse in den Ausbildungsgängen PP und KJP wurden jeweils identisch gestellte Prüfungsaufgaben herangezogen. Bei diesen Aufgaben, die sich auf die gemeinsamen, in beiden Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen niedergelegten Grundlagen der psychotherapeutischen Berufe beziehen, zeigte sich ein tendenziell schlechteres Abschneiden der Teilnehmer des Ausbildungsganges KJP, das in der Prüfung Frühjahr 2005 besonders ausgeprägt war. Dies kontrastiert mit den konstant hohen Notendurchschnitten in den mündlichen Prüfungen, die für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten noch über diejenigen für Psychologische Psychotherapeuten liegen.

Da in den zentralen schriftlichen Prüfungen ein Einsatz vorgetesteter Aufgaben im Sinne von „marker questions“ unrealistisch erscheint, ist die Differenzierung populationsbedingter und aufgabenbedingter Einflüsse auf die Prüfungsergebnisse mit grundsätzlichen Problemen behaftet. Die zweifaktoriellen Varianzanalysen, die durchgeführt wurden, um hier Anhaltspunkte zu gewinnen, sprechen für eine annähernd gleiche Bedeutung der über den Faktor „Vornote“ erfassten Vorbildung und des Faktors „Prüfungstermin“, in den der Einfluss der jeweiligen Aufgabenauswahl eingeeht, wobei eine Konfundierung mit weiteren (z. B. populationsbedingten) Effekten in Kauf genommen wurde. Zu den Gestaltungsmöglichkeiten, die bei der Erstellung der Prüfungen genutzt werden, gehört eine adäquate Auswahl der Prüfungsaufgaben anhand von „Blaupausen“, die Bandbreiten für die Zusammenstellung nach inhaltlichen Gesichtspunkten vorgeben und unterschiedliche Schwierigkeiten von Aufgabenformaten berücksichtigen. Damit wird zur Sicherung der inhalt-

lichen Validität der Prüfungen und der Konstanz des Anspruchsniveaus von Termin zu Termin beigetragen.

Literatur

- Behnsen, E. & Bernhardt, A. (1999). *Psychotherapeutengesetz. Erläuterte Textausgabe zur Neuordnung der psychotherapeutischen Versorgung*. Köln: Bundesanzeiger.
- BMGS Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2004). Verordnung zur Änderung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. *Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 22*. Köln: Bundesanzeiger.
- IMPP (2003). *Ergebnisse der Prüfungen nach dem Psychotherapeutengesetz, Herbst 2002*. Mainz: Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen.
- IMPP (2004). *Ergebnisse der Prüfungen nach dem Psychotherapeutengesetz, Frühjahr 2003, Herbst 2003*. Mainz: Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen.
- Mayer, K., Neumann, D. & Neuser, J. (2003). Schriftliche Prüfungen nach dem Psychotherapeutengesetz – Bericht über den Pretest und die erste Staatsprüfung. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 32 (2), 144 – 150.
- Schulte, D. & Lauterbach, W. (2002). Neue Therapeuten braucht das Land! Wie groß wird der Bedarf an Psychologischen Psychotherapeuten in der Zukunft sein? *Psychotherapeutische Praxis*, 2 (3), 108 – 110.

Dipl.-Psych. Ulrich Scherer, PP
Dr. rer. nat. Klaus Mayer
Prof. Dr. med. Dipl.-Psych.
Jürgen Neuser

Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen
Große Langgasse 8
55116 Mainz
psychotherapie@impp.de

Schriftliche Prüfungen im Ausbildungsgang für Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten – ein Angriff auf die KJP-Ausbildung?

Angelika Wolff

Vorbemerkung: Der Artikel von Scherer u.a. wurde mir erst bekannt, nachdem ich meinen Artikel längst verfasst und dem Psychotherapeuten-Journal vorgelegt hatte. Ich konnte deswegen nicht mehr im einzelnen darauf eingehen. Er scheint mir aber ohne dies und für sich genommen meine grundlegend kritischen Überlegungen und meine Argumentation in allen Teilen zu belegen.

Bei den vom Institut für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) gestalteten schriftlichen KJP-Prüfungen im Herbst 2004 fielen bundesweit durchschnittlich 25,7%, im Frühjahr 2005 immer noch durchschnittlich 16,7% der Kandidat/inn/en durch. Diese Ergebnisse sind von dramatischer persönlicher Bedeutung für die Betroffenen. Sie haben darüber hinaus erhebliche Beunruhigung bei Ausbildungsstätten und Kandidat/inn/en ausgelöst und werden im Langzeiteffekt auch ihre Wirkung auf Interessenten und potentielle Bewerber für die KJP-Ausbildung nicht verfehlen. Wir haben es also mit einem Politikum zu tun, das die Kammern der Psychologischen- und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten alarmieren muss, weil damit Fragen der Zukunft des Berufsstands und der zukünftigen Versorgung der Bevölkerung mit Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie berührt sind.

Die genannten Prüfungsergebnisse sprengen den üblichen Rahmen individuellen Scheiterns und legen eine problematische Schlussfolgerung nahe: Entweder bildet die Prüfung nicht das ab, was in den staatlich anerkannten Ausbildungsstätten als für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten relevant angesehen und gelehrt wird, oder die Ausbildungsstätten ihrerseits bereiten nicht adäquat auf die schriftlichen Prüfungen vor. So oder so: Ausbildung und schriftliche Prüfung des aktuellen Zuschnitts passen offenbar nicht zueinander.

Bedenken gegenüber der Organisation und dem Zuschnitt der schriftlichen Prüfungen der Grundkenntnisse laut Anlage zur Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (hier: für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) hat es von Seiten einiger Fachverbände und Ausbildungsstätten vom Anfang der Umsetzung des PsychThG an gegeben. Soweit diese von den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten selbst vorgetragen wurden, wurde in den Entgegnungen nicht selten darauf angespielt, es handele sich um die Folge einer im Grunde bedauerlichen Entscheidung des Gesetzgebers, für den Beruf KJP außer psychologischen auch pädagogische und sozialpädagogische Hochschulabschlüsse zuzulassen. Wie selbstverständlich wird dabei unterstellt, die Gruppe der Pädagogen und Sozialpädagogen bringe aus ihrem Grundstudium einfach nur zu wenig geeignete Vorbildung mit, um am Ende ihrer KJP-Ausbildung die schriftliche Prüfung der Grundkenntnisse mit durchschnittlichem Ergebnis bestehen zu können. Eine derartige Argumentation mag sich auf hergebrachte formale Standards des akademischen Betriebs berufen können (und gewissen Rivalitäten innerhalb dessen geschuldet sein), einen sinnvollen Bezug zur Geschichte und Praxis der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie lässt sie jedoch vermissen. Die berufsrechtliche Regelung der KJP mit pädagogischen Zugängen verdankt sich schließlich nicht einem großzügigen Entgegenkommen, vielmehr lagen gewichtige und eng zusam-

menhängende Gründe vor. So belegten die Versorgungszahlen seit langem, dass ärztliche und psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (und zwar in psychoanalytischen Verfahren wie in der Verhaltenstherapie) in nur äußerst geringem Umfang Kinder und Jugendliche behandelt haben, dies, obwohl lange Jahre gar keine und seit den achtziger Jahren nur relativ geringe Anforderungen an eine Zusatzqualifizierung gestellt waren. Dementsprechend und mit steigender Versorgungsrelevanz war die Gruppe der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit vorwiegend pädagogischen Vorbereitungen stetig angewachsen. Das „Forschungsgutachten zur Frage eines Psychotherapeutengesetzes“ von A. E. Meyer¹ u. a. im Jahr 1991 hatte festgestellt, dass die (seinerzeit einzig als KJP zugelassenen analytischen) Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten mit über 90% den weitaus größten Teil der ambulanten Leistungen im Bereich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie erbrachten. Damit war aber nicht nur die Versorgungsrealität geklärt. Implizit lag auch auf der Hand, dass es gute Gründe dafür geben musste, wenn es seit Jahrzehnten hauptsächlich Pädagogen (inkl. Lehrer) waren, die sich als KJP qualifizierten – möglicherweise waren diese eben in besonderer Weise geeignet. Ganz sicher jedenfalls konnten Pädagogen offenkundig leistungsfähige Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten werden – wobei schon damals die Anforderungen an die Ausbildung (damals noch „Weiterbildung“) für KJP an den seinerzeitigen KBV- anerkannten Instituten in Umfang und

¹ Meyer, A. E. u. a., Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes, Bonn 1991, S. 44, 120 ff.

Struktur denen der Psychotherapeuten für Erwachsene gleich waren.

Wenn wir nun nicht weiter an der Tatsache rütteln, dass KJP von ihrem akademischen Vorbild zum Großteil Pädagogen sind, kann die Heterogenität der Zugänge nicht mehr als Erklärung dafür herhalten, dass das Ergebnis der letzten schriftlichen KJP-Prüfungen schlecht war. Ohnehin wäre dies ein ungültiges Argument gewesen; denn die Staatliche Prüfung hat sich auf die psychotherapeutischen Ausbildungsinhalte (hier: Grundkenntnisse), nicht aber auf solche des vorausgegangenen Hochschulstudiums zu beziehen. Damit rückt nun ein grundlegendes Problem des Psychotherapeutengesetzes ins Zentrum der Betrachtung: Das Gesetz regelt eine zur Approbation führende Ausbildung, obwohl es sich dabei strukturell um eine postgraduale Weiterbildung handelt, die auch ausdrücklich der psychotherapeutischen Facharzt-Weiterbildung analogisiert ist und traditionell zu einem großen Teil außerhalb von Hochschulen an eigenen Ausbildungsstätten vermittelt wird. In dieser widersprüchlichen Situation nun ist das IMPP mit der Planung und Durchführung einer zentralen staatlichen Prüfung der Psychotherapeuten beauftragt worden – ein Institut, das seine an dieser Stelle nicht zu bewertenden Erfahrungen auf dem Gebiet von Staatsprüfungen zum medizinischen und pharmazeutischen Hochschulabschluss hat und diese nun offenbar an die Bedingungen der Ausbildungen von PP und KJP anpassen will (oder gar umgekehrt?), ein zweifellos schwieriges Unterfangen.

Nun hat das IMPP von Anfang an nicht gerade das Gespräch mit den real existierenden „freien Ausbildungsinstituten“, geschweige denn deren Rat gesucht, sondern sich gemäß seinen Gepflogenheiten bei den Staatsexamina der anderen Heilberufe vorrangig Hochschullehrer hinzu gezogen. Von diesen gibt es im Bereich Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie nicht eben viele. Jahrzehntelange klinische und Ausbildungserfahrungen liegen dagegen in großem Umfang in den außeruniversitären Ausbildungsstätten vor, und es waren auch deren gewachsene Curricula, die die Grundlage für die Ausbildungsregelungen des Psychotherapeutengesetzes bildeten. Ist es

bei den medizinischen und pharmazeutischen Prüfungen immerhin so, dass diejenigen, die lehren und zugleich praktizieren (die Hochschullehrer), auch an der Gestaltung der Prüfungen mitwirken, so verhält es sich nun bei den Psychotherapeuten und besonders extrem bei den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten so, dass diejenigen, die die schriftlichen Prüfungen gestalten, systematisch von denjenigen abgekoppelt sind, die auf der Basis eigener Praxiserfahrung die Ausbildung durchführen (an den freien Ausbildungsstätten). Verschärft wurde dies noch durch eine dies zuspitzende Änderung der APrV vom 15.05.2004 in § 16 (Schriftlicher Teil der Prüfung), für die vermutlich die Vorarbeiten des IMPP Grundlage und bestimmend gewesen sind. Der ursprüngliche Text des § 16 hatte dem Vorsitzenden der Prüfungskommission, einem an der vertieften Ausbildung Beteiligten (Supervisor) das Recht vorbehalten der Behörde vorzuschlagen, welche der von einer „zentralen Einrichtung“ (wie eben das IMPP) erstellten Aufgaben ausgewählt werden sollen. Nach der neuen Version nun kann die schriftliche Prüfung ausdrücklich auch rechnergestützt durchgeführt werden (wobei dies zwingend nach einer bestimmten – Komplexität reduzierenden – Art von Prüfung verlangt); außerdem ist der gesamte Vorgang der schriftlichen Prüfung nur noch eine Angelegenheit ausschließlich zwischen Behörde und der Einrichtung, „die die Aufgabe hat, Prüfungsaufgaben ... sowie eine Übersicht von Gegenständen, auf die sich der schriftliche Teil der Prüfung beziehen kann“ zu erstellen (zzt. eben das IMPP). Die Prüfungskommission, deren Vorsitzender und damit die Ausbildungsstätten sind von der schriftlichen Prüfung seit dem ganz ausgeschlossen.

Damit ist nun eine äußerst ungute Situation gegeben, die strukturelle, aber auch inhaltliche Aspekte hat.

Um es vorweg zu sagen: Ein tiefer Graben scheint sich auf zu tun zwischen dem, was KJP für ihre heilberuflich-psychotherapeutische Praxis brauchen und in der Ausbildung lernen sollten, und dem, was in der Schriftlichen Prüfung abgefragt wird. Die Anlage 1 zu § 3 Abs. 1 der KJPsychTh-APrV enthält die für die theoretische Ausbildung

verbindlichen Themenkataloge der beiden Kategorien „Grundkenntnisse“ und „Vertiefte Ausbildung“. Gegenstand der Schriftlichen Prüfung sind ausschließlich die Grundkenntnisse, und das IMPP hat für seinen Gegenstandskatalog² pflichtgemäß die entsprechende Themenliste der Anlage 1 zur verbindlichen Grundlage genommen. Wenn man nun diesen Gegenstandskatalog für die schriftlichen KJP-Prüfungen in die Hand nimmt, so stellt man fest, dass aus der noch einigermaßen überschaubaren Themenliste von Grundkenntnissen ein geradezu schwindelerregend umfangreiches Stichwortverzeichnis geworden ist, zu dem offenbar eine stattliche Gruppe verschiedener Fachleute – möglicherweise im Wettstreit, wem zu seinem Gebiet am meisten Wichtiges einfallen – all das zusammengetragen haben, was aus der Sicht ihres Faches Grundlegendes zu den einzelnen Themen gehöre. Dabei wurde durchaus freizügig mit den Vorgaben der Anlage umgegangen. Wer diesen Gegenstandskatalog wirklich ernst nimmt, wird sich nicht nur als erfahrene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, langjährige Dozentin und Supervisorin in der KJP-Ausbildung kläglich scheitern sehen, er muss sich auch außerstande sehen, die geforderten differenzierten und breit gestreuten Kenntnisse aus verschiedensten Fachgebieten in 200 Std. zu unterrichten. Im Grunde erfordert der Gegenstandskatalog ein eigenes mehrsemestriges Studium.

Für die Ausbildungsstätten auf der anderen Seite waren bei der Ausgestaltung ihres Curriculums, das sie nach Inkrafttreten des PsychThG den Behörden vorlegen mussten, lediglich die Themenkataloge der Anlage zur KJPsychTh-APrV verbindlich, vor allem aber orientierten sie sich an der Formulierung des § 3 Abs. 1 der KJPsychTh-APrV, der bisher auch unverändert geblieben ist: „Die theoretische Ausbildung ... erstreckt sich auf die zu vermittelnden Grundkenntnisse für die psychotherapeutische Tätigkeit und im Rahmen der vertieften Ausbildung auf Spezialkenntnisse in einem wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren (Anlage 1). Sie findet in Form von Vorlesungen, Seminaren und praktischen Übungen statt. Die Vorlesungen dürfen ein Drittel der Stunden-

zahl der theoretischen Ausbildung nicht überschreiten.“

Dem „Geist“ dieser Verordnung zufolge, die im übrigen die tradierten Ausbildungsbedingungen spiegelt, scheint klar: Es soll bei den zu vermittelnden Grundkenntnissen nicht um die Grundlagen aller einzelnen aufgeführten Themenbereiche gehen, wie sie das IMPP im Gegenstandskatalog zusammengestellt hat, sondern es sollen diejenigen Grundkenntnisse aus den verschiedenen Bereichen gelehrt werden, die für die psychotherapeutische Tätigkeit von Belang sind.

Der letzte Satz des zitierten § 3 Abs. 1 stellt, indem er den Anteil von Vorlesungen ausdrücklich begrenzt, weiterhin klar, dass es bei der theoretischen Ausbildung nicht vorrangig um Frontalunterricht oder gar „Einpauken“ gehen soll – etwas, das der Vorbereitung auf psychotherapeutische Tätigkeit weder gerecht würde noch berufswürdig sein kann. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten müssen sich gegebenenfalls kundig machen können, wenn z. B. das Geschwister eines Patienten Trisomie 21 hat; sie müssen aber nicht abfragbar die einzelnen medizinischen Merkmale des Krankheitsbilds kennen, die für ihren psychotherapeutischen Zusammenhang zudem noch die geringste Bedeutung unter den verschiedenen Aspekten dieser Behinderung haben. Deswegen wird an den Ausbildungsstätten, jedenfalls an den psychoanalytischen, vermutlich aber auch an den anderen, eher Wert auf exemplarisches Lernen gelegt. Im komplexen und breit gefächerten Bereich der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen zwischen 0 und 21 Jahren und der begleitenden Arbeit mit den Bezugspersonen erweist sich Detailwissen dann als wichtig und grundlegend, wenn es zum professionellen Umgang mit und zum Verständnis – und den Grenzen des Verständnisses! – von Patienten, ihrer Entwicklung, ihrer Erkrankung und psychischen Konflikte, ihres Umfelds sowie zur Frage der Indikation und der therapeutischen Verantwortung grundlegend benötigt oder immer wieder einmal herangezogen werden muss. Diesen qualitativen Erfordernissen entsprechend wären die Grundkenntnisse nach der Themenliste der KJPsych-APrV durchaus zu definieren und sinnvoll zu begrenzen.

So übermäßig differenziert und anspruchsvoll der Gegenstandskatalog des IMPP erscheint, so in Teilen banal und kleinteilig – dabei durchaus schwer beantwortbar – in anderen Teilen wiederum hoch anspruchsvoll, erscheinen dann viele Prüfungsfragen des Beispiel-Aufgabenheftes³ (natürlich gibt es darin auch ganz angemessene!). Mag man sich an manchen Stellen fragen, ob es sich wirklich um erforderliche KJP-Grundkenntnisse handelt (abgesehen davon, dass einige Fragen sich auf Erwachsene beziehen), so haben andere Fragen den Charakter von Vokabelabfragen („Wie bezeichnet man bei den und den Merkmalen eine bestimmte Form der Enuresis diurna?“) Dann wiederum geht es um detaillierte pharmakologische Kenntnisse oder auch um komplizierte entwicklungspsychologische Konzepte oder Behandlungstechniken eines Verfahrens, die eher in die vertiefte Ausbildung gehören und die Kandidaten eines anderen Verfahrens wirklich nicht kennen müssen (und ohnehin nicht verstehen, wenn ihnen die Praxis nicht zur Anschauung dient).

Auch die Form der Prüfung ist ein Problem. Die „Kurzantwortaufgaben“ fragen einen terminus technicus ab, und die Multiple-Choice-Aufgaben reduzieren naturgemäß jegliche Komplexität und bieten zuweilen fachlich nur schwer akzeptierbare Alternativen zur Auswahl an.

Unter diesen Bedingungen ist etwas entstanden, das dem Geist der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung keineswegs entspricht. Die Folgen liegen auf der Hand: Wenn die Ausbildungsstätten strukturell keinen Einfluss auf die gesetzlich vorgeschriebenen schriftlichen Prüfungen haben und ihr Verständnis dessen, was an Grundkenntnissen in der Ausbildung zu vermitteln ist, nicht mit dem des IMPP übereinstimmt, so droht die Vorbereitung auf die Schriftliche Prüfung zu einer Parallelaus-

2 IMPP, Gegenstandskatalog für die schriftlichen Prüfungen nach dem Psychotherapeutengesetz, Ausbildungsgang für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Mai 2004

3 IMPP, Aufgabenheft Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Dezember 2004

bildung zu werden mit Crash-Kursen an Wochenenden und Einpauken von Lehrbuchwissen (das in entsprechend handlich-reduzierter Form vielleicht aus guten Gründen noch gar nicht vorliegt). Da die Schriftliche Prüfung am Ende der Ausbildung steht, muss durch solche Parallelausbildungen mit ihren Unwägbarkeiten und ihrer Uferlosigkeit die vertiefte Ausbildung im Verbund mit der verfahrensspezifischen praktischen Ausbildung in erhebliche Mitleidenschaft geraten. Es geht bei der KJP-Ausbildung darum, komplexes psychotherapeutisches Denken und seine behandlungstechnische Umsetzung im Einzelfall zu erlernen – auf der Basis der Entwicklungstheorie und der Krankheitslehre des jeweiligen Verfahrens, das Gegenstand der vertieften Ausbildung ist. Psychotherapeuten müssen das unsichtbare Innere von Menschen verstehen können und sich für Fragen in alle Richtungen offen halten. Auch dabei entsteht abfragbares Wissen – und Einsicht in die Notwendigkeit, über Grundkenntnisse angrenzender Fachgebiete zu verfügen. Mechanisches Pauken, Auswendiglernen, Repetieren für eine Prüfung jedoch ist dieser Art von Ausbildung für einen Beruf mit hohem Verantwortungsniveau nicht angemessen; es droht vielmehr die eigentliche psychotherapeutische Ausbildung empfindlich zu stören, wenn nicht gar aus den Angeln zu heben.

Damit komme ich zum strukturellen Problem der Prüfung. Steht eine staatliche

Prüfung zum Abschluss der Ausbildung an, so muss die Ausbildungsstätte gegenüber dem Landesprüfungsamt erklären, dass sie zwei Falldarstellungen eines/einer Kandidaten/in als Prüfungsfall angenommen hat. Sie erklärt damit, dass sie in – da es sich zumeist um kleine Ausbildungsstätten handelt – genauer Kenntnis des absolvierten theoretischen (vertieften) und praktischen Ausbildungsprozesses diese Person für fähig hält, die Ausbildung abzuschließen und als KJP zu praktizieren. Man sollte davon ausgehen können, dass ein/e Kandidat/in in diesem Endstadium der Ausbildung allemal über die wirklich erforderlichen Grundkenntnisse verfügt. Wie sonst hätte er/sie die praktische Ausbildung erfolgreich absolvieren können? – Selbstverständlich gab es und wird es immer einige geben, die die Abschlussprüfung nicht bestehen und bis zu einer Wiederholung der Prüfung noch weiterer Vertiefung bedürfen. De facto kann es nun aber mit einiger Wahrscheinlichkeit passieren – und im Herbst 2004 ist es einem Viertel, im Frühjahr 2005 einem guten Sechstel der von ihrer Ausbildungsstätte für ausreichend ausgebildet erklärten Prüflinge so passiert! –, dass ein/e Kandidat/in trotz der Zulassung durch seine/ihre Ausbilder an der externen schriftlichen Prüfung von Grundkenntnissen scheitert. Da hat dann also jemand eine jahrelange – in den psychoanalytisch begründeten Verfahren noch längere – Ausbildung gemacht, 1800 Std. meist unbezahlte Praktische Tätigkeit in Kliniken, Ambulanzen,

psychiatrischen und psychotherapeutischen Praxen investiert (womöglich ohne dabei wenigstens etwas von den angeblich relevanten kipsychiatrischen und pharmakologischen Grundkenntnissen zu hören!), wird von Supervisoren, die ja erfahrene Kliniker sein müssen, grundsätzlich zur Prüfung empfohlen, besteht auch die mündliche Prüfung, ist aber bei der vorausgegangenen schriftlichen Prüfung der Grundkenntnisse durchgefallen.

Da stimmt ganz offenkundig etwas von Grund auf nicht, und dies nicht erst in dem individuellen Fall endgültigen Scheiterns.

Sollte die Linie des IMPP sich durchsetzen und die KJPsychTh-APrV dem entsprechend auch in ihrem Geist umgedeutet werden, wird dies das tendenzielle Aus jederdings der psychoanalytischen KJP-Ausbildungsinstitute und der damit verbundenen fachlich begründeten und bewährten Tradition bedeuten. Denn wie sollen es Ausbildungsstätten unter den beschriebenen Umständen verantworten, Ausbildungsverträge abzuschließen – wenn am Ende zugespitzt formuliert die Trefferquote bei Auswahlantworten und Multiple-Choice-Fragen in einer externen Prüfung darüber entscheiden kann, ob die auf ganz anderer Ebene hoch anspruchsvolle Ausbildung erfolgreich war? Und wer mit der, gerade im Bereich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie mit der zugehörigen Elternarbeit erwünschten, Lebenserfahrung, der

nötigen Vorbildung, möglicherweise einigen Jahren Berufserfahrung und gezielter Motivation soll sich zu einer vom Inhalt und vom Aufwand her komplexen und aufwändigen Ausbildung entscheiden können, wenn er/sie als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in am Ende dieser Ausbildung unwürdige Crash-Kurse oder Repetitorien besuchen und schmalbrüstige Lehrbücher pauken muss – mit ungewissem Erfolg?

Wer oder was aber entscheidet dann eigentlich mit welcher Legitimation darüber, ob und wie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ausgebildet werden? Die schriftliche Prüfung von „Grundkenntnissen“, über die kaum ein erfahrener Ausbilder, geschweige denn ein Praktiker sicher verfügt? Dann wäre diese tatsächlich als ernster Angriff auf die ganzheitliche Ausbildung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu sehen. Und das Psychotherapeutengesetz mit der derart umgesetzten Ausbildungs- und Prüfungs-

verordnung wäre letztlich der Totengräber des Berufs, den es regeln und dessen Qualität es sichern wollte.

Fazit: Es wird aus meiner Sicht höchste Zeit, dass die verantwortlichen Gesundheitspolitiker den Dialog mit den Fachkundigen in den Psychotherapeutenkammern und den Ausbildungsstätten aufnehmen und die alarmierenden Erfahrungen mit der Umsetzung der KJPsych-APrV u. a. bei den staatlichen Prüfungen kritisch und qualitativ auswerten. Sollte dies nicht bald geschehen, so drohen Fakten geschaffen zu werden, deren Konsequenzen für die kinder- und jugendlichenpsychotherapeutische Versorgung absehbar sind.

Allein unter strukturellen Gesichtspunkten ist eine extern gesteuerte Prüfung, die von einer großen Zahl der Ausbildungsstätten aus fachlichen Gründen nicht akzeptiert wird und die die Ausbildungen mit hohem individuellem Risiko versieht, ein Unding. Der Widerspruch, dass die Psychothera-

peutenausbildung der psychotherapeutischen Facharzt-Weiterbildung entspricht, wenngleich im Fall der Psychotherapeuten erst die (deshalb staatliche) Abschlussprüfung zur Approbation führt, bedarf einer inhaltlich fachgerechten und „intelligenten“ strukturellen Lösung, die diesem Widerspruch Rechnung trägt. Der Entscheidung, dem IMPP die fachliche Hoheit über die schriftlichen Prüfungen zuzugestehen, lag wahrscheinlich lediglich die halbe (politische) Wahrheit, es handele sich um eine Ausbildung, zugrunde. Die ganze (fachliche) Wahrheit ist aber eine andere.

Angelika Wolff (KJP)

Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin
Mitglied im Vorstand der Hessischen
Landeskammer für PP und KJP
Eppsteiner Str. 38
60323 Frankfurt am Main
angelika.wolff@ikjp.de

Erziehungsberatung – eine Standortbestimmung der Position von Psychotherapie in der Jugendhilfe

Gregor Hensen & Wilhelm Körner

Zusammenfassung: Psychologische und psychotherapeutische Verfahren gehören längst zum Standard sozialpädagogischer Leistungserbringung im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe und konkretisieren sich im Tätigkeitsfeld institutioneller Erziehungsberatung (§ 28 SGB VIII). Der hier gesetzlich und fachlich eingeforderte Methodenpluralismus wird häufig nur noch im Spektrum psychotherapeutischer Beratungspraxis deutlich. Trotz weiter steigender Akzeptanz in der Bevölkerung sieht sich die Erziehungsberatung immer wieder den alten Vorwürfen ausgesetzt, ihr Angebot vernachlässige die besondere Situation sozial benachteiligter Familien, obwohl dieser Sachverhalt durch die Praxis längst widerlegt ist. In diesem Artikel wird eine Standortbestimmung der Erziehungsberatung im Spannungsfeld zwischen Jugendhilfe und Psychotherapie vorgenommen, die für eine therapeutische Orientierung plädiert, die sich ihrer gesellschaftlichen Relevanz bewusst ist und daher bereit ist, sozialpädagogische Ansätze in die Erziehungsberatung zu integrieren.

Beratung in Familien- und Erziehungsfragen hat in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen und folgt damit dem expansiven Trend, den sie seit ihrem Beginn kontinuierlich aufweist. Dies zeigt sich u.a. bei den quantitativen Daten der amtlichen Kinder- und Jugendhilfestatistik (vgl. Statistisches Bundesamt, 2004).

Die steigenden Inanspruchnahmezahlen vor allem von allein Erziehenden oder Menschen in belastenden Lebenssituationen zeigen auch, dass Erziehungsberatung mehr und mehr von Kindern und Familien genutzt wird, die sich einem Armuts- und Entwicklungsrisiko ausgesetzt sehen (vgl. Nitsch, 2001; Statistisches Bundesamt, 2004).

Erziehungsberatung (EB) ist aber nicht nur für ihre Adressaten/innen attraktiv. Der Bereich der sog. institutionellen Beratung in der Jugendhilfe (= Beratung gem. § 28 SGB VIII) hat sich zu einem Praxisfeld entwickelt, auf dem unterschiedliche Beratungskonzepte, Therapieansätze und Diagnoseverfahren – teilweise ohne eine abgestimmte Systematik aufzuweisen –

eingesetzt werden und miteinander konkurrieren. Diplom-Psychologen/innen, Diplom-Pädagogen/innen, Sozialpädagogen/innen approbierte Psychologische Psychotherapeuten/innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/innen finden ein Handlungsfeld vor, in dem sie (noch) in weiten Teilen über den Zeitpunkt, das Setting, die Dauer und vor allem über die Beratungsmethode autonom – und den jeweiligen institutionellen Gesetzmäßigkeiten angepasst – bestimmen können (vgl. Gröll, Kassebrock & Körner, 1998, S. 123).

Nach der zurzeit im Beratungssektor vorherrschenden Meinung soll Beratung möglichst „zeitnah“ erfolgen, „ganzheitlich“ ausgerichtet sein und an der Lebenswelt der Klientel (vgl. Stahlmann, 2000) ansetzen. Diese Aufgabenzuweisung funktioniert scheinbar durch eine Form der gesetzlich eingeforderten Multidisziplinarität. Vor allem Diplom-Psychologen und Sozialpädagogen prägen das personelle Bild der EB, die aufgrund ihrer unterschiedlichen Ausbildungen und systemimmanenten und differenten Charakteristika ein Ensemble

unterschiedlicher Beratungsansätze zur Verfügung stellen. Ärzte/innen und andere Berufsgruppen des Gesundheitswesens sind eher die Ausnahme. So stellte Bittner (2000, S. 17) fest, dass „die Erziehungsberatung das ursprüngliche Teamprinzip (die Dreieckigkeit von Arzt, Psychologen und Sozialarbeiter) weitgehend aufgegeben hat zugunsten einer immer zentraleren Stellung des Psychologen (...)“. Er sieht in diesem Punkt vor allem die Herausbildung einer gestärkten und zentralisierten Stellung psychologischer Berufe und psychotherapeutischer Ansätze im Umfeld der Erziehungsberatung. Der Blick in die einschlägige Literatur zeigt, dass dieser Vorwurf nicht ganz aus der Luft gegriffen ist, da seit langem die Begriffe „Therapeutisierung“, „Medizinisierung“ und „Psychologisierung“ in der Fachliteratur negativ mit der Entwicklung der Erziehungsberatung konnotiert werden (Keupp 1980; Buer 1984; Abel 1998b). Diese Etikettierung erweist sich in der Praxis aber nur selten als Hemmnis für die Inanspruchnahme von EB, sondern trifft vielmehr auf hohe Zustimmung und befindet sich damit offenkundig im Einvernehmen mit allen Beteiligten: der Fachkraft, dem Träger und der Klientel. Dies ist auch der Grund dafür, dass die Diskussion über den ordnungsleistenden Hintergrund öffentlichen erzieherischen Handelns, ausgeführt durch staatlich beauftragte Institutionen, mehr und mehr in den Hintergrund gerät.

1. Rahmenbedingungen der EB

Die erste Erziehungsberatungsstelle wurde Anfang des 20. Jahrhunderts gegrün-

det (vgl. Abel, 1998a, S. 22). Bereits mit dem Reichsjugendwohlfahrtsgesetz (RJWG) von 1922 erhielt die Jugendhilfe die Möglichkeit, Beratungsstellen einzurichten und mit seiner Novellierung 1953 werden die Jugendämter „auf die Erfüllung dieser Aufgabe noch einmal ausdrücklich verpflichtet und aufgefordert, die Errichtung freier Stellen zu unterstützen“ (Abel, 1998a, S. 42).

Die Erziehungsberatungsstelle als institutionalisierte Einrichtung ist heutzutage eine spezialisierte Facheinrichtung der Jugendhilfe und nimmt ihre Aufgaben nach der gesetzlichen Grundlage gemäß § 28 SGB VIII in Verbindung mit der Zugangsvoraussetzung erzieherischer Hilfen des § 27 SGB VIII wahr. Mit der Einführung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes im Jahre 1990 und dem Wirksamwerden als Achte Buch des Sozialgesetzbuches ab dem 01.01.1991 wurde die Erziehungsberatung erstmals zum ausdrücklichen Pflichtangebot der Jugendhilfe. Die §§ 14 [Erzieherischer Kinder- und Jugendschutz], 16 [Allgemeine Förderung in der Familie], 17 [Beratung in Fragen der Partnerschaft, Trennung und Scheidung], 18 [Beratung und Unterstützung bei der Ausübung der Personensorge] und 35a SGB VIII [Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche] präzisieren den gesetzlichen Auftrag.

Das Beratungsangebot soll Kindern, Jugendlichen, Eltern und anderen Erziehungsberechtigten bei der Klärung und Bewältigung individueller und familienbezogener Probleme und deren Ursache helfen. Aus diesem Grund gilt die EB als eine Beratungseinrichtung, die ihre Aufgabe in Diagnostik, Beratung und Therapie hat. Um dieses Angebot sicherzustellen und aufrechtzuerhalten, sieht der Gesetzgeber vor, dass Fachkräfte verschiedener Fachrichtungen, die mit unterschiedlichen methodischen Ansätzen vertraut sind, zusammenarbeiten (vgl. Körner & Hörmann, 1998).

Allgemeine Prinzipien der Beratungsarbeit sind die Grundsätze der Freiwilligkeit, der Wahlfreiheit und der Kostenfreiheit. Diese drei Prinzipien sind unerlässlich, um eine angemessene – und sowohl den Nutzern

als auch dem Gesetz gerecht werdende – Beratung oder Therapie durchführen zu können. Außerdem wird das Beratungskonzept durch gesetzliche Regelungen gestützt, die den Ratsuchenden ein bestimmtes Maß an Schutz der Privat- und Intimsphäre garantieren. Die wichtigste dieser Regelungen ist die gesetzliche Schweigepflicht (§ 203 StGB) des Beraters, die ihm nur mit Einverständnis des Klienten erlaubt, über den Fall mit Dritten zu sprechen. Ergänzt wird diese Schutzregelung durch die Paragraphen des Datenschutzes (§ 35 SGB I Abs. 1, i. V. m. § 61 ff. SGB VIII). Allerdings sind Klienten und Berater in diesem Punkt deutlich weniger abgesichert als Klienten und Psychotherapeuten im Gesundheitssektor, denen ein Zeugnisverweigerungsrecht im Strafprozess (§ 53 Abs. 1 Nr. 3 StPO) zusteht.

Hundsatz (2003) formuliert folgende allgemeine Ziele für die heutige Erziehungsberatung:

- das Erreichen insbesondere „junger Menschen und Familien in gefährdeten Lebens- und Wohnbereichen“ (ebd., S. 197),
- die Niederschwelligkeit des Angebotes,
- die Gewährleistung größtmöglicher Vertraulichkeit bei personenbezogenen Daten,
- die Zusammenarbeit von Fachkräften verschiedener Fachrichtungen und methodischer Ausrichtungen,
- die Vermittlung pädagogischer und therapeutischer Interventionen,
- Prävention und Vernetzung,
- geringe Wartezeiten von unter einem Monat,
- die Durchführung evaluativer Maßnahmen und
- die Sicherstellung einer Fachaufsicht und einer politischen Aufsicht über das Angebot.

Gleichzeitig beschreibt der Autor, dass durch eine mit den Jahren veränderte Organisation der Erziehungsberatungsstellen (wie etwa die Zusammenlegung mit Ehe- und Lebensberatungsstellen oder die Kooperation mit anderen Einrichtungen der Jugendhilfe) die Koordination flexibler, individuell abgestimmter Hilfen für Familien erleichtert werde.

Die Tätigkeit in einem multidisziplinären Team ermöglicht ein weit gefächertes und umfangreiches Beratungsangebot (vgl. Körner & Hörmann, 2000). Der organisatorische Rahmen der Beratung ermöglicht Kontakte sowohl zu Kindern als auch zu Eltern in Form von Einzel-, Paar- und Familiengesprächen, Gruppenangeboten sowie Hausbesuchen. Ergänzend zu den Beratungsstellen bietet die Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e. V. mittlerweile anonyme Online-Beratung über das Internet an (www.bke-elternberatung.de). Hier können sich Eltern mithilfe von E-Mails durch Mitarbeiter von Erziehungsberatungsstellen beraten lassen, sie können sich zweiwöchentlich in einem angeleiteten Eltern-Chat unter Moderation eines Erziehungsberaters mit anderen Eltern austauschen oder an einem öffentlichen Eltern-Chat ohne Moderation teilnehmen.

Das inhaltliche Angebot der EB schließt Anregungen zu weniger oder nicht schädigenden Erziehungsmethoden, therapeutische Kontakte zu Eltern und Kindern, Entwicklungsförderung der Kinder, familienunterstützende Maßnahmen zur konkreten Entlastung von Eltern und Kindern (z. B. Spielgruppen für Kinder, Hilfe bei der Suche nach einem Hortplatz, Hausaufgabenhilfe o. ä.), die Vermittlung an weitere Einrichtungen mit spezifischen Angeboten (z. B. sozialpädagogische Familienhilfe, Schuldnerberatung, Suchttherapie, Tagesgruppen) sowie die Unterstützung im Umgang mit verschiedenen Institutionen ein (vgl. Körner & Vogt-Sitzler, 2005).

2. Erziehungsberatung und ihre Rolle in der Jugendhilfe

Erziehungsberatung wäre ohne Erziehung überflüssig. Gröll (2005, S. 239) weist auf folgendes hin: „Der gehörige Widerspruch, dass ein junger, weltoffener, lernbereiter Wille sich mit eigenem Zutun den herrschenden Anforderungen, gängigen Gedankenformen, Sichtweisen und sog. Werten und Normen anbequemen soll, erfordert zu seiner produktiven pädagogischen Bewältigung die ganze Anstrengung insbesondere von Familie und Schule.“

So ist es vermutlich auch kein Zufall, dass sich die Therapie- oder Beratungsform in den Erziehungsberatungsstellen am stärksten verbreitet hat, die sich gerade um das von ihr so definierte „System“ Familie explizit kümmert und die moralischen Anstrengungen der Familienmenschen besonders fördert (vgl. Gröll & Körner, 1991; Körner, 1992) und in Folge ständiger Modernisierungen sich um fast alle als „Systeme“ (auch Schule; vgl. Hörmann & Körner, 1988) aufgefassten Lebensbereiche kümmert (vgl. Hörmann, Körner & Buer, 1988).

Psychologische Beratung und Psychotherapie spielen heute verstärkt eine Rolle im Hilfeangebot der institutionellen Erziehungsberatung. Das ist auch weiter nicht verwunderlich, wäre die EB nicht eindeutig Bestandteil der Jugendhilfe und mit den Regelungen des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (SGB VIII) rechtlich gestützt. Es findet sich dort zwar ein allgemeiner Hinweis für den Einsatz therapeutischer Verfahren (§ 27 Abs. 3 SGB VIII); die Dominanz psychologischer und psychotherapeutischer Ansätze im „Methodenkoffer“ der EB, aber auch in vielen anderen Bereichen (wie z. B. der Sozialpädagogischen Familienhilfe, § 31 SGB VIII), ist zunächst grundsätzlich zu hinterfragen. Diese kritische Reflexion ist zwar heute weitgehend aus der Mode gekommen, war aber in den 1970er Jahren durchaus üblich. Auch Wiesner (2005, S. 12 f.) weist auf diese Diskussionen hin: „In der Reformdebatte der Siebziger Jahre war zunächst unspezifisch von pädagogisch-therapeutischen Hilfen die Rede. Zunehmend wurden jedoch (von pädagogischer Seite) die Unterschiede zwischen (Sozial)Pädagogik und (Psycho-)Therapie hervorgehoben.“ (ebd., S. 50) Diese Unterschiede erfahren mit der Einführung des Psychotherapeutengesetzes

(PsychThG) eine klare Abgrenzung; der Begriff „Psychotherapie“ erhält eine rechtliche Definition (ebd., S. 40).

Vor rund 10 Jahren konnte bereits konstatiert werden, dass über die Hälfte der Fachkräfte in Erziehungsberatungsstellen über eine psychotherapeutische Weiterbildung verfügen (Menne, 1996, S. 236). So war Familientherapie bereits damals das nach der personenzentrierten Psychotherapie in der Erziehungsberatung am stärksten verbreitete Verfahren (Menne, 1992a, S. 320) und setzt bis heute ihren Siegeszug auch in anderen Institutionen der Jugendhilfe fort. Berufspolitische Gründe hierfür könnten sein, dass die Familientherapie für Sozialpädagogen/innen und Sozialarbeiter/innen einen Einstieg in therapeutische Tätigkeitsfelder ermöglicht, die bislang nur Diplom-Psychologen vorbehalten waren (Menne, 1992a, S. 321; vgl. auch Menne, 1996; Hundsalz, 2003).

Jugendhilfe stellt sich zwar nicht als einheitliches Konstrukt dar, sie ist aber weitaus differenzierter als das von Bittner (2000, S. 15) beschriebene „Konglomerat von höchst verschiedenartigen gesellschaftlichen Reaktionen auf Notlagen von Kindern und Jugendlichen“. Der gesetzliche Auftrag der Jugendhilfe zielt (stark verkürzt) darauf, junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden und abzubauen sowie für positive Lebensbedingungen und eine kinder- und familienfreundliche Umwelt Sorge zu tragen. Jugendhilfe ist demnach allgemein fördernd, direkt helfend bzw. intervenierend und politisch tätig (vgl. Jordan, 2005). Psychologische Beratung und andere psychosoziale Unterstützungsangebote sind unmittelbar zu einem fest verankerten Be-

standteil dieses Systems geworden und haben in hohem Maße die Professionalisierung dieses Handlungsfelds beeinflusst.

Aus einer gesellschaftstheoretischen Perspektive kann Jugendhilfe als öffentliche Ersatzerziehung neben der Institution Familie verortet werden. Jugendhilfe agiert – im Hinblick auf ihre sozial-funktionale Bedeutung – „eher an den gesellschaftlichen Rändern und ihr Erziehungshandeln gilt als sekundär, kompensatorisch, reaktiv“ (Böhnisch, 2002, S. 1036). Obwohl Jugendhilfe auf der einen Seite „strukturell gebraucht“ wird, so Böhnisch weiter, „wurde dies bisher kaum als Legitimation für einen gesellschaftlichen Gestaltungsauftrag genutzt. Dass sie aber zunehmend unter Legitimationsdruck gerät, wird heute angesichts der schwindenden sozialpolitischen Gestaltungskraft des Sozialstaates, in dessen Legitimationskreis die Jugendhilfe bisher agiert, unabweisbar“ (ebd.).

Der Gewährleistungsauftrag der Jugendhilfe und die sich daraus ableitende Verantwortung folgen sozialstaatlichen Prinzipien, die verfassten – und deckungsgleich mit bestimmten Normen und gesellschaftlichen Werten verbundenen – Handlungsorientierungen und Zielbestimmungen unterliegen. Beispiele hierfür sind die Sicherung des Kindeswohls (das sich im Staatlichen Wächteramt aktualisiert) und der Gleichheitsgrundsatz. Das Grundgesetz gibt im Art. 3 Abs. 1 Hinweise auf das allgemeine Gleichheitsgrundrecht. Die hieraus erwachsenen Freiheitsgrundsätze konkretisieren sich für den Bereich der Jugendhilfe maßgeblich im Sinne der Sicherung von Chancengleichheit bei der Erziehung (Pitschas, 2002, S. 190), das ist die „staatliche Herstellung allgemeiner Voraussetzungen für das Gelingen der kapitalisti-

schen Konkurrenz“ (Gröll, Kassebrock & Körner, 1998, S. 115). Erziehungsberatung erhält somit einen erweiterten Auftrag, der deutlich über die der Individualsystematik hinausgeht. Die Loslösung vom Auftrag des Staatlichen Wächteramtes – der mit den bereits genannten Strukturmaximen der EB kollidiert – ist nach wie vor umstritten. Gerade Beratungsstellen in öffentlicher Trägerschaft haben im Vergleich zu anderen Beratungseinrichtungen freier Träger nicht nur den ausdrücklichen und zusätzlichen Auftrag der Fachberatung und Unterstützung (vgl. § 4 SGB VIII), sondern können als Teil des Jugendamtes nur über besondere Maßnahmen von der öffentlichen Garantenstellung befreit werden. (Häufig werden Beratungsstellen in öffentlicher Trägerschaft organisatorisch vom Jugendamt ausgegliedert, um diese Frage zu umgehen.) Die jüngst erfolgte Einführung des § 8a (Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung) in das SGB VIII könnte diese Diskussion weiter anheizen. Hier werden erstmalig Fachkräfte, die in Einrichtungen der Jugendhilfe, die sich in freier Trägerschaft befinden, ausdrücklich zur Informationsweitergabe an das Jugendamt bei möglichen Gefährdungen des Kindeswohls aufgefordert. Wie diese Regelung in der Verfahrenspraxis der Jugendhilfe konkretisiert werden kann, bleibt abzuwarten.

Außerdem kann ein erweiterter Handlungsauftrag für die EB aus den ökonomischen Veränderungsprozessen im Zuge der sog. Globalisierung abgeleitet werden, die keineswegs (idealerweise) in eine neue Form der gesellschaftlichen Einbindung führen, wie Beck (1986) konstatiert. Die Zahl junger Menschen, die vor dem Hintergrund des ökonomischen Paradigmas als „nicht produktiv“ eingestuft werden oder nicht in sog. „normale“ Erwerbsbiographien integriert werden können, wächst zusehends (vgl. Böllert, 2001). Hieraus ergeben sich zwar neue Herausforderungen und Aufgabenstellungen für die Jugendhilfe, gleichzeitig läuft sie aber Gefahr, auf die Arbeit mit Randgruppen reduziert zu werden. Hier zeigt sich, dass „der sozialpolitische Unterstützungshintergrund – Sozialkompromiss und sozialstaatliche Gestaltungsmacht – brüchig geworden ist“ (Böhnisch, 2002, S. 1040). Erziehungsberatung war in der Vergangenheit kein wirk-

samer Garant dafür, kompensierend auf sozial benachteiligende Sozialstrukturen einzuwirken und wäre u. E. mit der Erfüllung dieser Aufgabe auch völlig überfordert. Sie gerät daher unter dem wachsenden Druck ökonomischer und fiskalischer Einflussfaktoren auf die kommunalen und freien Trägerschaften zunehmend in Erklärungs- bzw. Legitimationszwang.

Die geforderte Stärkung fallunabhängiger und -übergreifender Arbeit im Handlungsfeld der EB (wie sie bspw. in NRW im Rahmen des Beschlusses des Landtages zur „Umstrukturierung der Familienberatung“ erkennbar wird, vgl. Landtag Nordrhein-Westfalen, 2004) zeigt, dass gemeinwesenorientierte Elemente, die längst vergessen geglaubt waren, wieder mit dem Konzept der EB verbunden werden.

Seit dem In-Kraft-Treten des SGB VIII wird EB rechtssystematisch den Hilfen zur Erziehung (§§ 27 – 35a SGB VIII) zugeordnet und befindet sich an erster Stelle in der folgenden und in der Gewährungspraxis der Jugendämter häufig hierarchisierten Reihenfolge von familienunterstützenden, -ergänzenden und -ersetzenden Hilfen. Obwohl die Erziehungsberatung im inhaltlichen Sinne als Erziehungshilfe gedacht und wirksam ist, wird diese rechtliche Einordnung nicht immer als unproblematisch angesehen (vgl. Münder et al., 2003, S. 298). Hilfen zur Erziehung sind dann – den Eingangsvoraussetzungen gem. § 27 SGB VIII entsprechend – zu gewähren, wenn „eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist und die Hilfe für seine Entwicklung geeignet und notwendig ist“. Den Rechtsanspruch auf Erziehungshilfen besitzen ausschließlich die Personensorgeberechtigten, die anschließende Gewährung einer dieser Hilfen erfolgt nach Abschluss eines Hilfeplanverfahrens, also eines Verständigungsprozesses zwischen allen Parteien und Unterstützern, der nach bestimmten gesetzlichen Vorgaben zu erfolgen hat (§§ 36, 37 SGB VIII). Menne stellte hierzu bereits 1992 fest, dass die Zugangsvoraussetzung für den § 28 SGB VIII qua Gesetz und in der Praxis leichter erreichbar ist als die der anderen folgenden Hilfen zur Erziehung (vgl. Menne, 1992b). Ohne eine tiefgehen-

de Analyse durchführen zu müssen, werden grundlegende Unterscheidungen zwischen der EB und den anderen Erziehungshilfen schon auf den ersten Blick deutlich:

- Obwohl lediglich für Personensorgeberechtigte ein Rechtsanspruch auf Hilfen zur Erziehung besteht, haben ebenso Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene grundsätzlich die Möglichkeit, sich Hilfe suchend an eine EB zu wenden.
- Ein Hilfeplanverfahren gem. § 36 SGB VIII ist für die Inanspruchnahme der EB nicht vorgesehen und praktisch nicht realisierbar.
- Die EB steht zunächst jeder/m Hilfe Suchenden offen. Die Inanspruchnahme verlangt nicht nach einer Prüfung der Zugangsvoraussetzung, ob eine dem Wohl des Kindes entsprechende Erziehung gewährleistet ist.

Auch werden Personensorgeberechtigte bei der Nutzung von EB von dem öffentlichen Träger bisher nicht zu den Kosten der Hilfe herangezogen, wie es bei den anderen Hilfen vergleichsweise gem. § 91 ff. SGB VIII der Fall ist.

Kurz gesagt: Die EB nimmt in ihrer institutionellen Form offenbar eine Sonderstellung ein, zum einen im Bereich erzieherischer Hilfen, zum anderen aber auch im Rechtssystem der Jugendhilfe allgemein, da unter ihrem Aufgabenprofil eine ganze Reihe zusätzlicher Aufgaben subsumiert werden.

Der sozialpädagogische Grundcharakter der Jugendhilfe und ihrer Leistungen bezieht psychologische Hilfe mit ein, ohne allerdings eine eigene wissenschaftliche Grundlage für Beratung anzubieten. Da Sozialpädagogik keine eigene Wissenschaft ist und sich als Ensemble und Destillat anderer etablierter Geisteswissenschaften konstituiert, wird ihr häufig die Erziehungswissenschaft als Referenzwissenschaft zugewiesen – dies auch zu Recht: Es geht schließlich immer um das Aufwachsen und die Erziehung von jungen Menschen. Die Psychologie als deskriptive Wissenschaft dringt so – in ihrer angewandten Methodik – förmlich in einen Bereich des Nor-

mativen ein, in dem das Erziehungsziel und ihre zugrunde liegenden Werte den Handlungsmaßstab bilden. Psychologische Erziehungsberatung agiert praktisch jenseits dieses fachwissenschaftlichen Diskurses als Klammer der beiden Disziplinen Erziehungswissenschaft und Psychologie. Die Frage nach einer ausgeglichenen Gewichtung beider Handlungsgrundlagen ist allerdings nach wie vor umstritten und pendelt in der Praxis zwischen den Polen psychotherapeutischer Dominanz und der finalen Programmierungsstruktur von Jugendhilfe (Merchel, 2003).

3. Erziehungsberatung und ihre Nutzer

Das Beratungsangebot richtet sich an Kinder, Jugendliche, Eltern und betroffene Familienangehörige, wobei je nach Standort, konzeptioneller Ausrichtung, Trägerinteresse und strukturellen Gegebenheiten die Klientengruppe in ihrer Zusammensetzung differiert.

Die institutionelle Einbettung in die alltägliche Lebenswelt der Menschen in einem Stadtbezirk, verbunden mit dem Kontakt zu umliegenden Schulen, Kindergärten, Heimen und Horten und anderen Einrichtungen, macht das Angebot zunächst niederschwellig und annehmbar für in der Nähe wohnende Betroffene.

Trotzdem wird in den letzten Jahrzehnten immer wieder die Forderung laut, dass „die personellen und institutionellen Ressourcen stärker Kindern, Jugendlichen und Familien zugute kommen sollten, die mit besonders belasteten individuellen Lebenslagen und sozioökonomischen Ansprüchen, Wünschen und Möglichkeiten konfrontiert sind (...)“ (Bundesministerium für Jugend, Frauen, Familie und Gesundheit, 1990, S. 137). Der – von interessierter Seite immer wieder lancierte – Vorwurf, die EB sei zu mittelschichtorientiert, kann bei sachlicher Betrachtung nicht aufrechterhalten werden: „Neuere Untersuchungen kommen übereinstimmend zu dem Schluss, dass arme Familien in der Klientel von Erziehungsberatungsstellen eher über- als unterrepräsentiert sind“ (Nitsch, 2001,

S. 23). Die „Bundeskonzferenz für Erziehungsberatung“ (bke) weist auf Folgendes hin: „Weder Arbeitslosigkeit noch Sozialhilfebezug werden von der Bundesjugendhilfestatistik erfasst (...). Die darauf zielende Befragung der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (2001) hat ergeben, dass in 15,4 Prozent der beendeten Fälle ein Elternteil arbeitslos war (Gesamtbevölkerung 10,3%) und bei 12,2 Prozent der beendeten Fälle ein Kind Sozialhilfe bezogen hat (Gesamtbevölkerung 6,5%)“ (Bundeskonzferenz für Erziehungsberatung, 2004b).

Tatsächlich ist in den letzten Jahren die Hemmschwelle Hilfe Suchender aus sozial benachteiligten Milieus gesunken. Somit stellt die Klientenpopulation einen echten Querschnitt aller Bevölkerungsgruppen dar. Hundsatz (2003, S. 199) geht ebenso davon aus, dass sozial Benachteiligte überproportional von Erziehungsberatung erreicht werden. Die verstärkte Bereitschaft zur Inanspruchnahme psychosozialer Hilfen sieht Abel (1998b) nicht nur im „Psychoboom“ der 1970er und 1980er Jahre und dem damit verbundenen Überangebot der vielgestaltigen Therapieformen begründet, sondern auch im Prozess der „Psychologisierung“, wobei die Beratungsstelle im gesellschaftlichen Prozess Ordnungsleistung zu erbringen hat (Keupp, 1982) und beim Hilfe Suchenden eine Bereitschaft zum Mitwirken voraussetzt und erzwingt. Abel sieht hierin einen Mechanismus des Sozialapparates auf die Einzelnen, welcher die Strategie der „Psychologisierung“ benutzt, Verantwortung und die damit gekoppelte Freiwilligkeit und Bereitschaft zur Mitwirkung auf den Hilfesuchenden zu übertragen.

Daraus resultiert, dass die Beziehung einer Vielzahl von so genannten freiwilligen und kooperativen Klienten/innen in der EB in einem Zwangskontext eingebettet und das Prinzip der Freiwilligkeit nicht ausschließlich haltbar ist. Die „Psychologisierung“ nämlich – die Transformation des „hilflosen Klienten“ zum „autonomen Kunden“ – vollzieht sich in einem Prozess der „Selbstdisziplinierung“ (Foucault), in einer Anleitung zur Selbstsorge, um einerseits den wachsenden Erfordernissen der Arbeits- und Wissensgesellschaft entsprechen zu können und

andererseits „Folgekosten“ für das Sozialsystem in Form intensiverer Hilfeformen zu vermeiden. Die aktuelle sozialpolitische und zivilgesellschaftlich begründete Aktivierungsdebatte impliziert im Weiteren diese „Selbstdisziplinierungsprozesse“ (vgl. Lieber 2004). Mit ihrer Hilfe soll „der Kostendruck sowohl auf der Finanzierungsseite entschärft werden, als auch auf der Adressatenseite, denn idealiter hat sich der ehemalige kostenträchtige 'Klient' ja zum 'Kunden' selbstdiszipliniert und damit als prekäre Zielgruppe aus dem Staub gemacht“ (Kruse, 2004, S. 37).

4. Psychologisierung der Beratung

Im Rahmen dieses Beitrages lässt sich die lange schwelende Fachdiskussion zu dem Thema nur skizzieren, die bereits in den 70er (Wiesner, 2005) bzw. in 80er Jahren des letzten Jahrhunderts (z. B. Buer, 1984a; Nestmann, 1984, S. 79) begann und keineswegs, wie es jetzt oft erscheint, eine Folge von Professionalisierungsbemühungen vor dem Hintergrund einer neuen Programmatik sozialer Arbeit ist. Buer (1984b, S. 61) wies bereits daraufhin: „Das erfolgreichste Muster der Professionalisierungsstrategie ist die Medizinisierung (...). Das medizinische Modell zur Selektion sozialer Probleme wie deren Bearbeitung (...) hat nun von Anfang an den Arbeitsprozess der Erziehungsberatung in der BRD bestimmt“.

Die Entwicklung der letzten Jahrzehnte hat gezeigt: „Die (therapeutische) Beratungsarbeit ist in den 60er Jahren noch vorwiegend tiefenpsychologisch orientiert. In den 70er Jahren ergänzen gesprächspsychologische und verhaltenstherapeutische Zusatzausbildungen die Beratungsmethoden. Im allgemeinen so genannten „Psychotherapieboom“ erfährt auch die EB eine stärkere psychotherapeutische Orientierung.“ (Abel, 1998a, S. 43).

Neue Nahrung erfuhr diese Diskussion erst wieder im Umfeld der Installierung des Psychotherapeutengesetzes im Jahre 1999 mit der gesetzlichen Regelung und Beschränkung der Ausübung heilkundlicher Psychotherapie auf approbierte Psychologische Psychotherapeuten/innen und Kin-

der- und Jugendlichenpsychotherapeuten/innen. Das Gesetz regelt aber nicht die Anwendung psychotherapeutischer Tätigkeiten im Allgemeinen, sondern lediglich die Ausübung heilkundlicher Psychotherapie und somit eine Leistung, die in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen ist (vgl. SGB V). Personen also, die keinen heilkundlichen Beruf ausüben, sind daher weiter berechtigt, die ihnen erlaubten psychotherapeutischen Verfahren und Methoden anzuwenden (vgl. Bundeskonferenz für Erziehungsberatung, 2005). Für die Praxis der Erziehungsberatung ist also durch die Gesetzgebung zunächst keine Veränderung erkennbar, ihr können aber im Ausnahmefall Aufgaben der Heilkunde übertragen werden, obwohl sie nach wie vor allein unter der Prämisse des „erzieherischen Bedarfs“ und den zugrunde liegenden Erziehungsvorstellungen agiere (z. B. Menne & Hundsalz, 2000, S. 80). Die EB hat diese Abgrenzungsdiskussion keineswegs dazu genutzt, selbstreflexive und -kritische Veränderungsprozesse in Gang zu setzen. Im Gegenteil: Sie setzt sich vielmehr mit der Frage auseinander, welchen Platz zukünftig approbierte Psychologische Psychotherapeuten/innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/innen in dieser Hilfeform einnehmen können. Das medizinische Modell hat offensichtlich von seiner Anziehungskraft nichts verloren. Auch wenn die Bundeskonferenz für Erziehungsberatung sich ausdrücklich gegen die Approbation als Einstellungsvoraussetzung ausgesprochen hat, sieht sie doch die Psychologischen Psychotherapeuten/innen als sinnvolle Ergänzung des Teams der EB an (Bundeskonferenz für Erziehungsberatung, 2000) und betont an anderer Stelle sogar: „Die therapeutischen Kompetenzen machen 'den Kern einer fachlich professionellen personenbezogenen Beratung' aus“ (Menne & Hundsalz, 2000, S. 269; vgl. auch Bundeskonferenz für Erziehungsberatung, 2005, S. 6). Vertreter der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung schlugen in einem gemeinsamen Gespräch mit Vertretern der Bundespsychotherapeutenkammer (Mai 2004) vor, „sich darüber auszutauschen, ob künftig in der Erziehungsberatung umgrenzte Aufgabenstellungen wahrgenommen werden sollten, die auf der Grundlage des Psychotherapeuten-

gesetzes den Berufsgruppen der Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zuzuordnen wären“ (Bundeskonferenz für Erziehungsberatung, 2004a). Borg-Laufs (2003, S. 177) deutet mögliche Probleme an, wenn er auf die schlechte Bezahlung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/innen (BAT IV) (!) und somit auf den Mangel an Integration dieser Berufsgruppe im Bereich der Jugendhilfe aufmerksam macht. Weiter hält er Kooperationen der EB mit anderen Kostenträgern (Krankenkassen) durchaus für möglich. Wiesner (2005, S. 37) kommt zu der Einschätzung: „Da aber Heilkunde (SGB V) und Förderung der Entwicklung (SGB VIII) keine sich ausschließenden Zwecke bzw. Ziele darstellen, kann gegenwärtig eine Zuordnung nur nach dem *Schwerpunkt bzw. der Art der Therapie* vorgenommen werden. Eine rechtstechnische Lösung für die Zukunft könnte das Modell der Komplexleistung mit anteiliger Förderung der beiden Leistungsträger bieten.“ (Hervorhebung im Original).

Da klingt die Einschätzung von Detering (Bundeskonferenz für Erziehungsberatung, 2004a) zu Beginn eben dieses Austausches, der eine stärkere Entwicklung der EB in den letzten Jahren von einer großen Nähe zur Psychotherapie in Richtung sozialpädagogischer Schwerpunkte im Bereich der Jugendhilfe wahrnimmt, wohl eher wie ein gut gemeinter Zwischenruf. Das Problem der Integration anderer Verfahren und Berufsgruppen in die EB ist nicht neu. Der eingeforderte Methodenpluralismus der EB erfordert zugleich eine Form von Multidisziplinarität, die in letzter Konsequenz nicht eingrenzbar ist und somit wahllos wird. Die besondere Stärke dieses Handlungsfeldes, nämlich die Vielfalt der Ansätze, ist zugleich seine Schwäche, wenn es darum geht, den Kern sozialpädagogischer Jugendhilfeleistungen in der Arbeit mit Familien zu identifizieren

Bereits 1980 machte die Bundeskonferenz für Erziehungsberatung die „Probleme der Integration und Kombination verschiedener Therapieeinrichtungen“ zum Thema einer Fachtagung. Auch damals schon mussten alle Teilnehmer/innen einräumen, dass „es derzeit noch kein befriedigendes

theoretisches Rahmenkonzept für ein solches Vorgehen gebe“ (Flügge, 1991, S. 8). Flügge beantwortet hierzu die Frage, ob die Kombination und Integration von verschiedenen Therapierichtungen überhaupt eine geeignete und vor allem, ob sie eine ausreichende Grundlage für eine befriedigende Methodik in der EB sein kann, mit einem „nein“. „Schon deshalb nicht, weil sich Erziehungsberater häufig mit dem Verhalten von Personen zu befassen haben, die selbst in keiner Weise therapiebedürftig sind.“ (ebd.). Hundsalz (1991, S. 55) stellte zur gleichen Zeit fest: „Eine geschlossene Theorie psychologischer Beratungsarbeit oder die Methode der psychologischen Beratung scheint es nicht zu geben. Erziehungs- und Familienberatung ist reines Praxiswissen und nicht erklärtes Gebiet von Wissenschaft und Forschung.“ Die beliebige Verschränkung psychologischer, therapeutischer und pädagogischer Beratungsansätze hat die Erziehungsberatung nicht „professioneller“ gemacht, sondern vielmehr, so scheint es, die Unbestimmtheit der pädagogischen Zielvorstellungen verstärkt.

Psychotherapie hat eindeutig ihren Platz im Methodenensemble der Erziehungsberatung (vgl. § 27 Abs. 3 SGB VIII). Konträre Positionen werden von Interessenvertretern stets erfolgreich mit dem Verweis auf den umfassenden Auftrag der EB gekontert. Seit der Einführung des PsychThG und der Stellungnahme der Bundesregierung ist offenkundig, dass damit keine heilkundliche Psychotherapie gemeint ist. Somit kann jedwede Form sozial- und psychotherapeutischer Leistung und Interven-

tion, die nicht in die Leistungsverpflichtung des Krankenkassenversicherungssystems gem. SGB V eingeordnet werden kann, in der Beratungsarbeit ihre Anwendbarkeit finden.

Aus juristischer Sicht setzt Wiesner (2005, S. 38) den Akzent anders: „Dient eine Psychotherapie (als Hilfe zur Erziehung) im Einzelfall gleichzeitig heilkundlichen Zwecken und (schwerpunktmäßig) der Persönlichkeitsentwicklung, so setzt sie ebenfalls die Approbation voraus.“

Schließlich hängt die Wahl der Beratungsmethode sowie des Ansatzes von der fallverantwortlichen Fachkraft bzw. ihren zusätzlich erworbenen psychotherapeutischen oder pädagogischen Qualifikationen ab. Für den Hilfe Suchenden bedeutet dies nun, dass er, wenngleich er diese Hilfeform „freiwillig“ wählt, die Beratungsform und Unterstützung annehmen muss, die ihm geboten wird.

Bei der Suche nach erkennbaren Abgrenzungen zwischen Beratung, Psychotherapie, heilkundlicher Psychotherapie und sozialpädagogischer Intervention wird seit langem versucht, diese konzeptionelle Lücke zu schließen. Engel (2003, S. 215) bspw. erteilt der verbreiteten Sichtweise, „dass Beratung als die ‘kleinere Therapie’ aus psychotherapeutischen Konzepten zu entwickeln sei, eine eindeutige Absage“. Beratung gilt ihm eher als „ein eigenständiger Theorie- und Praxisbereich, der über eine lange Tradition ebenso verfügt wie über unterschiedliche Konzepte, Handlungspraxen und theoretische Modelle“

(ebd.). Während Psychotherapie auf Heilen orientiert sei, sei Beratung „eine Form der Hilfe und Unterstützung“.

Eine ähnliche Meinung vertritt Lasse (2004, S. 118). Er sieht die Unterschiede zwischen einer Psychotherapie im Wirkungskreis der Jugendhilfe und einer heilkundlichen „nämlich nicht in ihren Methoden und Techniken, sondern in ihrer Ausrichtung auf eine gelingende Erziehung, nicht auf die Beseitigung oder Linderung von Krankheit. Dieser Unterschied ist nicht nur akademisch. Er bestimmt, wann eine solche Psychotherapie angezeigt, wie sie auszurichten und wann sie zu beenden ist. Sie ist angezeigt, wenn sie nachvollziehbar zu einer Verbesserung der Erziehungslage von Kindern dient, und zu beenden, wenn dieses Ziel weitgehend erreicht ist oder wenn erkennbar ist, dass dieses Ziel mit diesem Mittel zu erreichen ist. Nur unter diesen Voraussetzungen besteht ein Rechtsanspruch nach dem KJHG auf deren Finanzierung, ansonsten nicht.“ Letztlich ist wohl nach wie vor Bommert (1980, S. 424) zuzustimmen: „Der Wunsch, eine eindeutige Trennung zwischen Beratung und Therapie vorzunehmen, entspringt zudem in der Praxis oftmals sachfremden, z. B. berufspolitischen Überlegungen“ (zitiert nach Nestmann, 1984, S. 93, Anmerkung 6).

Lasse (2004, S. 113) fasst die drei wesentlichen Positionen dieses Diskurses zusammen:

1. Psychotherapie in der Erziehungsberatung unterscheidet sich von der in der Heilkunde durch irgendwie ganzheit-

- liches Vorgehen und Orientierung am SGB VIII (Hundsatz; Böhnke; LAG NRW).
2. Es gibt keine Unterschiede (Borg-Laufs).
 3. Psychotherapie in der Erziehungsberatung ist irgendwie etwas Dazwischenliegendes oder gar Besonderes (Zedies; Bittner).

Je nachdem, was Beratung und Psychotherapie in der Erziehungsberatung tatsächlich ausmachen und wie sie sich abgrenzen lassen: Erziehungsberatung bewegt sich im Handlungsspektrum der Jugendhilfe und kann nur an eben diesen Zielen und Handlungsgrundlagen gemessen werden. Die Psychologisierung dieses Arbeitsbereiches scheint kaum mehr aufzuhalten zu sein. Psychologen, Sozialpädagogen und approbierte Psychologische Psychotherapeuten/innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/innen, die in Erziehungsberatungsstellen arbeiten, können allerdings die Chance nutzen, den bereits erwähnten erweiterten Auftrag, der im Sinne einer Individuationsperspektive genügend Rezipienten gefunden hat, um einen gesellschaftspolitischen zu ergänzen; denn „erzieherische Praxis ist als Teil gesellschaftlicher Praxis relativ identisch mit dieser.“ (Gröll, 1975, S. 20)

Literatur:

- Abel, A. H. (1998a). Geschichte der Erziehungsberatung: Bedingungen, Zwecke, Kontinuitäten. In W. Körner & G. Hörmann (Hrsg.), *Handbuch der Erziehungsberatung*. Band 1. (S. 19 – 51). Göttingen: Hogrefe.
- Abel, A. H. (1998). Rahmenbedingungen der Erziehungsberatung. In W. Körner & G. Hörmann (Hrsg.), *Handbuch der Erziehungsberatung*. Band 1. (S. 87 – 111). Göttingen: Hogrefe.
- Beck, U. (1986). *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Bittner, G. (2000). Erziehungsberatung – „Kleine Psychotherapie“ oder spezifisches Angebot der Jugendhilfe. *Informationen für Beratungsstellen*, (3), 12 – 22.
- Böhnisch, L. (2002). Jugendhilfe im gesellschaftlichen Wandel. In W. Schröer, N. Struck & M. Wolff (Hrsg.), *Handbuch Kinder- und Jugendhilfe* (S. 1035 – 1049). Weinheim & München: Juventa.
- Böllert, K. (2001). Normalarbeitsverhältnis und Arbeitsgesellschaft. In: H.-U. Otto & H. Thiersch (Hrsg.), *Handbuch Sozialarbeit Sozialpädagogik*. (S. 1286 – 1291). Neuwied; Kriftel: Luchterhand.
- Borg-Laufs, M. (2003). Psychotherapie in Beratungsstellen. *Psychotherapeutenjournal*, (3), 173 – 178.
- Buer, F. (1984a). Die Geschichte der Erziehungsberatung als Geschichte ihrer Professionalisierung. In H. Zygowski (Hrsg.), *Erziehungsberatung in der Krise. Analysen und Erfahrungen*. (S. 9 – 49). Tübingen: dgvt.
- Buer, F. (1984b). Zur Funktion und Organisationsstruktur von Erziehungsberatung. In H. Zygowski (Hrsg.), *Erziehungsberatung in der Krise. Analysen und Erfahrungen*. (S. 50 – 73). Tübingen: dgvt.
- Bundesministerium für Jugend, Frauen, Familie und Gesundheit (Hrsg.) (1990). Achter Jugendbericht. *Bericht über Bestrebungen und Leistungen der Jugendhilfe*. Bonn.
- Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e. V. (2000). Approbation als Einstellungsvoraussetzung für Fachkräfte in der Erziehungsberatung. *Informationen für Erziehungsberatungsstellen*. (1), 3 – 4.
- Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e. V. (2004a). Kooperation gestartet. Bundespsychotherapeutenkammer und Bundeskonferenz für Erziehungsberatung kamen zu erstem fachlichen Austausch zusammen. *Informationen für Erziehungsberatungsstellen*. (2), 11 – 12.
- Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e. V. (2004b). Arme Familien gut beraten. *bke-Stellungnahme vom 2. September 2004*. Verfügbar unter: <http://www.bke.de/berater.htm>. [23.07.2005.]
- Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e. V. (2005). Erziehungsberatung und Psychotherapie. *Informationen für Erziehungsberatungsstellen*. (2), 1 – 6.
- Engel, F. (2003). Beratung – ein eigenständiges Handlungsfeld zwischen alten Missverständnissen und neuen Positionierungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 52, 215 – 233.
- Flügge, I. (1991). *Erziehungsberatung. Zur Theorie und Methodik. Ein Beitrag aus der Praxis* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Gröll, J. (1975). *Erziehung im gesellschaftlichen Reproduktionsprozess. Vorüberlegungen zur Erziehungstheorie in praktischer Absicht*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Gröll, J. (2005). Das erzieherische Gewaltverhältnis und Kindesmisshandlung. In G. Deegener & W. Körner (Hrsg.), *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch*. (S. 237 – 242). Göttingen: Hogrefe.
- Gröll, J & Körner, W. (1991). Klinisch-psychologische Systemkonzepte. In G. Hörmann & W. Körner (Hrsg.), *Klinische Psychologie. Ein kritisches Handbuch*. (S. 107 – 142). Reinbek: Rowohlt.
- Gröll, J., Kassebrock, F. & Körner, W. (1998). Tendenzen der Modernisierung in Jugendhilfe und Erziehungsberatung. In W. Körner & G. Hörmann (Hrsg.), *Handbuch der Erziehungsberatung*. Band 1. (S. 113 – 128). Göttingen: Hogrefe.
- Hörmann, G. & Körner, W. (1988). Systemtheorie in der Praxis. Zwei Beispiele. In Hörmann, G., Körner, W. & Buer, F. (Hrsg.). (1988). *Familie und Familientherapie. Probleme – Perspektiven – Alternativen*. (S. 213 – 238). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Hörmann, G., Körner, W. & Buer, F. (Hrsg.). (1988). *Familie und Familientherapie. Probleme – Perspektiven – Alternativen*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Hundsatz, A. (1991). Methoden und Konzeptentwicklung in den Psychologischen Beratungsstellen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 40, 55 – 61.
- Hundsatz, A. (2003). Die Organisation der Erziehungsberatungsstelle auf dem Prüfstand. In M. Weber, H.-W. Eggemann-Dann & H. Schilling (Hrsg.), *Beratung bei Konflikten*. (S. 195 – 209). Weinheim: Juventa.

- Jordan, E. (2005). *Kinder- und Jugendhilfe. Einführung in die Geschichte und Handlungsfelder, Organisationsformen und gesellschaftliche Problemlagen* (Neuausgabe der Erstausgabe von 1988). Weinheim & München: Juventa.
- Keupp, H. (1982). Soziale Kontrolle. Psychiatisierung, Psychologisierung, Medikalisation, Therapeutisierung. In H. Keupp & D. Rerrich (Hrsg.), *Psychosoziale Praxis. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen*. (S. 189 – 198). München: U&S Psychologie.
- Körner, W. (1992). *Die Familie in der Familientherapie. Eine Kritik der systemischen Therapiekonzepte*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Körner W. & Hörmann G. (1998). (Hrsg.). *Handbuch der Erziehungsberatung*. Band 1. Göttingen: Hogrefe.
- Körner W. & Hörmann G. (2000) (Hrsg.). *Handbuch der Erziehungsberatung*. Band 2. Göttingen: Hogrefe.
- Körner, W. & Vogt-Sitzler, F. (2005). Konzepte der Erziehungsberatung bei elterlicher Gewalt. In G. Deegener & W. Körner (Hrsg.), *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch*. (S. 617 – 636). Göttingen: Hogrefe.
- Kruse, J. (2004). Die disziplinierende Simulation Sozialer Arbeit. Eine kritische Analyse der Modernisierungsdiskurse über Soziale Arbeit. *Sozialmagazin*, 5, 30 – 37.
- Landtag Nordrhein-Westfalen (2004). Entschließungsantrag. Umstrukturierung der Familienberatungsstellen. *Drucksache 13/4969*.
- Lasse, U. (2004). Psychotherapie in der Erziehungsberatung als Leistung der Jugendhilfe. In A. Hundsalz & K. Menne (Hrsg.), *Jahrbuch für Erziehungsberatung*. Band 5. (S. 109 – 121). Weinheim & München: Juventa.
- Lieber, C. (2004). Die gute Regierung: „Führe dich selbst!“. Politische Ökonomie der „Gouvernementalität“ und „Responsibilisierung“ der Arbeit als Schlüssel zum Neoliberalismus. *Sozialismus*, (4), 25 – 35.
- Menne, K. (1992a). Die Arbeitsbedingungen für Erziehungsberatung nach dem KJHG – Probleme der Umsetzung. *Informationen für Beratungsstellen*, (2), 21 – 24.
- Menne, K. (1992b). Neuere Daten zur Erziehungs- und Familienberatung. Anmerkungen zum Achten Jugendbericht. *Zentralblatt für Jugendrecht*, (6), 311–323.
- Menne, K. (1996). Erziehungsberatung 1993. Ratsuchende und Einrichtungen. In K. Menne/H. Cremer/A. Hundsalz (Hrsg.), *Jahrbuch für Erziehungsberatung*, Band 2. (223 – 239). Weinheim & München: Juventa.
- Menne, K. & Hundsalz, A. (Hrsg.). (2000). *Grundlagen der Beratung. Fachliche Empfehlungen, Stellungnahmen und Hilfen für die Praxis*. Fürth: Eigenverlag.
- Merchel, J. (2003). *Trägerstrukturen in der sozialen Arbeit. Eine Einführung*. Weinheim & München: Juventa.
- Münder, J., Baltz, J., Jordan, E., Kreft, D., Lakies, T., Proksch, R., Schäfer, K., Tammen, B. & Trenczek, T. (2003). *Frankfurter Kommentar zum SGB VIII: Kinder und Jugendhilfe* (4. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Nestmann, F. (1984). Beratung in der Erziehungsberatung. In H. Zygowski (Hrsg.), *Erziehungsberatung in der Krise. Analysen und Erfahrungen*. (S. 74 – 98). Tübingen: dgvt.
- Nitsch, R. (2001). Armut und Erziehungsberatung. *Informationen für Erziehungsberatung*, (1), 20 – 27.
- Pitschas, R. (2002). Strukturen und Verfahren des Jugendamtes im kooperativen Rechts- und Sozialstaat. In: Sachverständigenkommission Elfter Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.): *Strukturen der Kinder- und Jugendhilfe. Eine Bestandsaufnahme. Materialien zum Elften Kinder- und Jugendbericht, Bd. 1*. (S. 163 – 263). München: DJI-Verlag.
- Stahlmann, M. (2000). „Ganzheitlichkeit“ als Mythos. *Unsere Jugend*, 52, 516 – 520.
- Statistisches Bundesamt (2004). *Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe. Institutionelle Beratung 2003*. Wiesbaden.
- Wiesner, R. (2005). *Psychotherapie im Kinder- und Jugendhilferecht. Gutachten im Auftrag der Psychotherapeutenkammer Berlin* (Stand. 07.06.2005).

Dipl.-Päd. Gregor Hensen

Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für soziale Arbeit e.V. Münster
 Stadtstraße 20
 48149 Münster
 E-Mail: henseng@uni-muenster.de

Dipl.-Psych. Dr. Wilhelm Körner (PP, KJP)

Hittorfstraße 49 B
 48149 Münster
 E-Mail: wilhelm.koerner@uni-muenster.de

Recht: Aktuell

Praxistipps – Hinweise – Informationen

Hartmut Gerlach

Fluchthilfen aus den Kammerbeiträgen?

Eine kursorische Übersicht zur Rechtsprechung

„Da ich schon seit vielen Jahren nicht mehr psychotherapeutisch tätig bin, bitte ich darum, mich vom Kammerbeitrag freizustellen. Ich bin nämlich Dozent für Heilpädagogik an einer Fachhochschule ...“. Oder, so heißt es in einem anderen Brief: „Ich bin nicht zur Gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen und betätige mich ausschließlich auf dem Gebiet des Coachings und der Supervision ...“. Eine andere Variante: „Ich arbeite in einer Beratungsstelle, wobei mir mein Arbeitgeber ausdrücklich verboten hat, Psychotherapie auszuüben“. Ein weiteres Beispiel: „Ich bin als Leiterin in einem kirchlichen Heim für Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen tätig; meine Tätigkeit ist ausschließlich administrativer Art; Psychotherapie übe ich nicht aus“.

Selbstverwaltung – ein demokratisches Prinzip

Diese wahllos herausgegriffenen Beispiele mögen zweierlei verdeutlichen: Bei vielen Kammermitgliedern herrscht die Ansicht vor, die Psychotherapeutenkammern stünden vornehmlich im Dienste der niedergelassenen Psychotherapeuten,

und nur diejenigen müssten Beiträge zahlen, die im engeren Sinne Psychotherapie ausübten. Die anderen Approbierten hingegen hätten einen Anspruch, von den Kammerbeiträgen befreit zu werden. Ein legitimer Wunsch, denn wer zahlt schon gerne Pflichtbeiträge! Aber – es könnte doch sein, dass diese Pflichtbeiträge Sinn machen und nicht, wie man es in manchen Briefen liest, eine „parasitäre Organisation“ unterstützen. Sie dienen nämlich dem Aufbau und dem Erhalt einer Selbstverwaltungsorganisation der Psychotherapeuten. „Selbstverwaltung“ – so mögen Sie fragen – „Was habe ich denn davon?“. Nun, Sie werden nicht bestreiten können, dass kein Berufsstand unbeaufsichtigt nach Belieben schalten und walten darf. Sie selbst werden immer wieder Dienstleistungen in Anspruch nehmen und dabei sicher gehen wollen, dass dieser Berufsstand einer Aufsicht unterliegt, um Sie vor Nachteilen zu schützen. So unterliegen in Deutschland die Handwerksbetriebe den Handwerkskammern, sonstige Betriebe den Industrie- und Handelskammern, die Rechtsanwälte den Rechtsanwaltskammern, die Ärzte den Ärztekammern usw. Es kann also nicht sein, dass die Psychothe-

rapeuten einen Freiraum beanspruchen können. Um aber eine Aufsicht zu gewährleisten, stehen zwei Lösungsmöglichkeiten zur Verfügung: Entweder der Staat übernimmt die Aufsicht, oder die Aufsicht erfolgt in Selbstverwaltung. Die Möglichkeit, die Aufsicht durch eine Selbstverwaltungskörperschaft in Form einer Kammer mit Pflichtmitgliedschaft sicherzustellen, haben inzwischen fast alle Bundesländer ergriffen, so dass Landespsychotherapeutenkammern eingerichtet werden konnten.

Mancher der o. e. Briefschreiber wird jetzt – vielleicht zähneknirschend – einräumen: „Na ja – ich sehe ja ein, dass Kammern grundsätzlich notwendig sind, aber doch nicht für mich, ich bin ja nicht psychotherapeutisch tätig“. Insofern mag er indes sinnieren: „Welche Fluchtmöglichkeiten aus dem Beitrag habe ich denn eigentlich?“

Lassen Sie uns deshalb im Folgenden anhand der Rechtsprechung von Verwaltungsgerichten verschiedene Fluchtwege in Augenschein nehmen und nachforschen, ob sie zum Ziel („Befreiung vom Kammerbeitrag“) führten.

Fluchthindernis: Landesrecht contra Bundesrecht

Als erstes Hindernis zur Flucht erweist sich das Verhältnis des Satzes (§ 1 Abs. 3 Satz 1 PsychThG) „Ausübung von Psychotherapie im Sinne dieses Gesetzes ist jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist.“ zu den drei Worten „Ausübung des Berufs“ in den Heilberufekammergesetzen der Länder. Beim PsychThG handelt es sich um Bundesrecht, bei den Heilberufekammergesetzen um Länderrecht. Die Worte „Ausübung des Berufs“ gehen aber weit über den Wirkungskreis des oben zitierten § 1 Abs. 3 Satz 1 PsychThG hinaus; auch Approbierte, die nicht heilkundlich tätig sind, werden von dieser Bestimmung erfasst, wie aus Nachstehendem deutlich wird:

Verwaltungsgericht (VG) Arnsberg (Urteil v. 09.08.2002 – 13 K 1505/02, Bl. 7): „... Es sprechen gewichtige Umstände dafür, auch nicht unter den § 1 Abs. 3 PsychThG genann-

ten Bezeichnungen berufstätige Approbationsinhaber in die Selbstverwaltung einzubeziehen ...". Ebenso das **VG Ansbach** (AN 9 K 03.02279, Bl. 9): „Denn ... der Landesgesetzgeber (ist) bei der Bestimmung ... nicht an die bundesrechtlichen Vorgaben gebunden, so dass gegen die Zugrundelegung eines umfassenden Begriffs der Berufsausübung im Rahmen der landesrechtlichen Vorschriften nichts einzuwenden ist“. So auch das **VG Köln** (9 K 2843/03 v. 27.10.2004, Bl. 5): „Die psychotherapeutische Berufstätigkeit im Sinne des Heilberufegesetzes ist nicht identisch mit der Ausübung von Psychotherapie in diesem Sinne (§ 1 Abs. 3 Satz 1 PsychThG) ... der Begriff der Berufsausübung (unterliegt) hier einer weiteren Auslegung als die Ausübung der Tätigkeit, die bundesgesetzlich an die Voraussetzung der Approbationserteilung gebunden ist Eine Berufsausübung ... liegt jedenfalls dann vor, wenn eine Tätigkeit ausgeübt wird, bei der die Kenntnisse, die Voraussetzung für die Approbation waren, vorausgesetzt, eingesetzt oder mitverwendet werden. Dies gilt auch dann, wenn die ausgeübte Tätigkeit mit anderen Berufen verwandt ist. Ausgenommen sind demgegenüber diejenigen, die entweder den die Kammerzugehörigkeit vermittelnden Berufe überhaupt nicht ausüben oder die einen fremden, mit ihrer Ausbildungsqualifikation nicht zusammenhängenden Beruf ausüben ...“. Ähnlich das **VG Kassel** (Urteil v. 26.07.2004 – 5 E 1194/04): „Denn eine Berufsausübung im Sinne ... des Heilberufegesetzes, die eine Pflichtmitgliedschaft in der Kammer für einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten begründet, liegt bereits vor, wenn der betroffene KJPLer eine

Tätigkeit ausübt, bei der die Kenntnisse, die Voraussetzung für die Approbation zum KJP waren, eingesetzt oder mitverwendet werden können (unter Bezug auf das **VG Gießen**, Urteil v. 25.02.2002 – 10 E 3916/01).

Stellpflug, Justiziar der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), fasst die Ergebnisse in seinem Beitrag „Berufsausübung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder und Jugendlichenpsychotherapeuten im Sinne der Heilberufs- und Kammergesetze“ (in: MedR 2005, 71 „74“) zusammen: „Hervorzuheben ist, ... dass Berufsangehörige die Kenntnisse, die Voraussetzung für die Approbation sind, **mitverwenden können**. Nicht erforderlich ist, dass sie ihre Kenntnisse bei der Berufsausübung tatsächlich einsetzen oder mitverwenden.“

Offen lassen es aber die Gerichte, wo denn nun die Grenze „*beim Mitverwenden-Können*“ liegt. Beispiel: Ein PPLer, der als Autoverkäufer tätig ist, kann durchaus auch seine Erfahrungen und seine Kenntnisse als Psychotherapeut mit einsetzen, wenn er versucht, den potentiellen Käufer zu einem Kauf zu überreden. Nur – eine so weite Interpretation können Gerichte nicht ernsthaft meinen. Was also gilt nun; findet sich vielleicht doch eine noch griffigere Formel? Um beim Beispiel zu bleiben: Die Tätigkeit des Autoverkäufers zielt auf den Verkauf eines Autos, wobei es durchaus hilfreich sein könnte, psychotherapeutische Kenntnisse mit zu verwenden. Indes fehlt es aber an jeglichem Sachzusammenhang jedenfalls an der *Sachnähe* (**VG Wiesbaden** 7 E 1302/04 V v. 12.04.2005, Bl. 13 f.) zu seinem erlernten Beruf, solche

Fachkenntnisse einzusetzen. Hingegen der PP/KJP als Dozent, der Sozialpädagoge vermittelt, die Leiterin eines Heims für Kinder mit psychischen Störungen oder der PP in einer Beratungsstelle müssen kraft Sachzusammenhangs auch auf psychotherapeutische Aspekte eingehen, ebenso der Coach, wollen sie fachgerecht arbeiten; Sachnähe liegt allemal vor. Der Autoverkäufer indes kann den Autoverkauf auch mit Überredungskunst erreichen.

Überdies muss bedacht werden, dass der PP/KJP approbiert ist, also heilkundlich tätig sein darf – und im Notfall vielleicht auch muss (eine gerichtliche Klärung gibt es wohl dazu noch nicht!). Er könnte, wenn er nur wollte, auf die Approbation verzichten. Dass

er das nicht tut, heißt doch, sein Selbstverständnis ist grds. noch auf die Ausübung dieses Berufes ausgerichtet. Welchen Sinn soll denn die Approbation sonst für ihn haben? Nur die Titelführung? – wohl kaum. Wenn er – um mit einem Begriff aus der Mengenlehre zu arbeiten – sich in der Schnittmenge zwischen „echter“ psychotherapeutischer und nicht psychotherapeutischer Tätigkeit bewegt, dann „übt er seinen Beruf“ (als Psychotherapeut) aus. Oder auf eine **Prüf-formel** gebracht: „Muss der PP/KJP kraft Sachzusammenhangs psychotherapeutische Fachkenntnisse einsetzen, oder liegt jedenfalls Sachnähe vor, solche mitzuverwenden, dann übt er im Sinne der Heilberufsgesetze seinen Beruf aus.“

Fluchtweg: Anstellung statt Selbständigkeit?

VG Bremen II (2. Urteil v. 26.03.2004; 2 K 1399/02, Bl. 6): „... müssen ferner die gewichtigen Unterschiede zwischen freiberuflich tätigen Psychotherapeuten und solchen beachtet werden, die abhängig beschäftigt sind.“ Zustimmend das **VG Schleswig-Holstein** (v. 10.08.2004; 2 A 176/03, Bl. 13): „Auch von den aufwändigsten Aufgaben, die der Beklagten nach der Hauptsatzung obliegen, profitieren in erster Linie selbständig tätige Mitglieder ... Psychotherapeuten, die ihren Beruf frei praktizieren, haben mithin einen erheblich anderen Nutzen aus der Tätigkeit der Beklagten als angestellte Beschäftigte, die in ihrer Berufsausübung Weisung und Fürsorge ihres Arbeitgebers unterstehen ... Hiermit korrespondiert

die Notwendigkeit differenzierender Beitragsregelungen“. Ganz anderer Meinung das **VG Karlsruhe** (Urteil v. 16.03.2005; 9 K 1552/03, Bl. 7): „Dem Katalog der Aufgaben der (Kammer) ... im Kammergesetz ist für die Annahme einer unterschiedlichen Vorteilssituation selbständig tätiger Mitglieder gegenüber abhängig beschäftigten Pflichtmitgliedern nichts zu entnehmen“. Ebenso das **VG Koblenz** (Urteil v. 04.10.2004, 3 K 4397/03.KO, Bl. 8): „Deshalb bestehen jedenfalls derzeit keine Anhaltspunkte dafür, dass die (Kammer) rechtlich gehalten gewesen wäre, einen anderen Beitragsmaßstab zu wählen, bei dem zwischen freiberuflichen und abhängig beschäftigten Psychotherapeuten hinsichtlich der Beitragshöhe unterschieden wird ...“. Dito das **VG Neustadt**

(Urteil v. 03.12.2004, 7 K 1427/04.NW, Bl. 6): „(Die Kammer) war hingegen nicht verpflichtet, aus Gründen des Gleichheitsgrundsatzes zwischen selbstständig tätigen und angestellten Kammermitgliedern zu unterscheiden und unterschiedliche Beiträge insoweit zu bestimmen“. Der gleichen Meinung das **VG Trier** (Urteil v. 14.08.2003, 6 K 1744/02.TR, Bl. 10): „Vorliegend ist die gleichmäßige Heranziehung der Kammermitglieder ... auch sachgerecht ...“.

Fluchtweg: Halbtags-tätigkeit?

Dazu das **VG Karlsruhe** (aaO. Bl. 9): Die Entscheidung der Klägerin, sich mit einer Halbtags-tätigkeit zu begnügen, erfolgte, soweit ersichtlich, aus freien Stücken.“ Ähnlich argumentiert das **VG Neustadt** (a. a. O. Bl. 13): „Zwar ist die Klägerin ... nur halbtags beschäftigt gewesen ... Sie hat sich vielmehr als alleinerziehende Mutter für eine Halbtags-tätigkeit entschieden ... Denn die Klägerin geht einer Teilzeitbeschäftigung aufgrund ihrer Lebensentscheidung, die Aufgaben als alleinerziehende Mutter und als erwerbstätige Psychotherapeuten auf diese Weise zu vereinbaren, nach, nicht aber, weil dies Ausfluss einer schicksalhaften Fügung oder eines besonderen gesetzlichen Schutzes ist, den sie in Anspruch nehmen kann.“ So auch das **VG Trier** (a. a. O. Bl. 10): „Auch im Fall der Klägerin (die eine Teilzeittätigkeit in einer Klinik ausübt), ist etwa durchaus denkbar, dass sie sich zukünftig als Freiberuflerin niederlassen wird. Bereits dieser Umstand erlaubt es, nicht auf die derzeitige Situation der Klägerin abzustellen ... Im Übrigen hat die (Kammer) zu

Recht darauf hingewiesen, dass es keinesfalls zwingend so ist, dass Freiberufler in einem neuen Berufsfeld mehr Geld verdienen, als Angestellte, auch wenn diese nur teilzeitbeschäftigt sind.“

Rechtswidriger Einheitsbeitrag?

Die Rechtswidrigkeit eines Einheitsbeitrags verneinend **VG Ansbach** (a. a. O. Bl. 11): „... war es jedenfalls in der Gründungs- und Aufbauphase kein Verstoß gegen den Gleichheitssatz, von einer vorteilsbezogenen Ausdifferenzierung der Beitragsordnung abzusehen und alle Mitglieder ungeachtet der jeweils konkret ausgeübten Berufstätigkeit gleich zu behandeln. Gleichfalls **VG Arnsberg** (a. a. O. Bl. 9): „Die Frage, ob der Satzungsgeber ohne Verletzung des Gleichheitssatzes eine differenzierte Regelung erlassen muss, lässt die Kammer offen. Dafür spricht der Umstand der unterschiedlichen Vorteile; dagegen mag sprechen, dass die Ungleichbehandlung von geringem Gewicht ist und die Beitragshöhe die Kammermitglieder nicht übermäßig belastet.“ Analog argumentiert das **VG Karlsruhe** (a. a. O. Bl. 6) und verneint die Rechtswidrigkeit: „Der immaterielle Vorteil, der den Mitgliedern aus der Existenz eines eigenen, staatlich anerkannten Berufsverbandes des öffentlichen Rechts ... zuwächst, rechtfertigt jedenfalls in der Gründungs- und Aufbauphase nach der gebotenen typisierenden Betrachtung ein für alle Mitglieder einheitlichen Beitrag ... Besonderheiten der Mitgliederstruktur ... geboten daher in der Gründungsphase bei der Beitragserhebung keine Differenzierung“. Ähnlich **VG Kob-**

Für Ihren erfolgreichen Start:

Niederlassung für Psychotherapeuten Berufs- und vertragsrechtliche Fragen

Von Dr. jur. Martin H. Stellpflug.
IX, 194 Seiten. Gebunden. € 46,-
ISBN 3-7685-0537-5

Wenn sich ein Psychotherapeut als Freiberufler zur Selbstständigkeit in der eigenen Praxis entscheidet, trägt er ein erhebliches unternehmerisches Risiko. Fehler in der frühen Phase der Niederlassung haben oft gravierende Folgen und sind nur sehr schwer nachträglich zu beheben.

Der vorliegende Band dient dem Psychotherapeuten als konkrete Handreichung, unterstützt ihn bei zulassungsrechtlichen Fragen und informiert über die allgemeinen Pflichten und die Berufspflichten.

Den Kooperationsmöglichkeiten, die sich einem Psychotherapeuten bieten, wird ein eigener Abschnitt gewidmet.

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



**Psychotherapeuten
Verlag**

70331176

lenz (a. a. O. Bl. 8): „Deshalb bestehen jedenfalls derzeit keine Anhaltspunkte dafür, dass die (Kammer) rechtlich gehalten gewesen wäre, einen anderen Beitragsmaßstab zu wählen, bei dem zwischen freiberuflich und abhängig beschäftigten Psychotherapeuten hinsichtlich der Beitragshöhe unterschieden wird“. Dito das **VG Neustadt** (a. a. O. Bl. 6): „Die (Kammer) hat sich dazu entschieden, eine einheitliche Beitragsbemessung für alle Mitglieder vorzunehmen. Sie war hingegen nicht verpflichtet, aus Gründen des Gleichheitsgrundsatzes zwischen selbstständig tätigen und angestellten Kammermitgliedern zu unterscheiden und unterschiedliche Beiträge insoweit zu bestimmen ... Die Beklagte hat die ihr durch den Gleichheitsgrundsatz ... gesetzten Grenzen bei der Ermessensbetätigung nicht dadurch verletzt, dass sie einen einheitlichen Kammerbeitrag festgelegt hat. ... Eine Differenzierung ist daher nicht geboten“.

Dass Gerichte unterschiedliche Meinungen haben, ist nichts Ungewöhnliches, dass aber dieselbe Kammer eines Gerichts innerhalb eines Jahres zu einer gegensätzlichen Meinung kommt, ist bemerkenswert. **VG Bremen I** (1. Urteil v. 25.4.2003, Bl. 6): „In einer solchen Übergangsphase war es erforderlich, den Finanzbedarf der (Kammer) schnell und auf möglichst einfachem Weg zu decken. Es war daher zulässig, einen pauschalen Beitrag auf der Grundlage des vorgelegten Finanzberichts zu erheben.“. Indessen **VG Bremen II** ein knappes Jahr später (a. a. O. Bl. 6): „Die Beitragsregelung der Satzung der (Kammer) verletzt dadurch, dass ein für alle Pflichtmitglieder gleich hoher

Hebesatz vorgesehen ist, den Gleichheitssatz. Art. 3 Abs. 1 GG verlangt von der (Kammer) als Satzungsgeber vielmehr die Bildung von Beitragsgruppen ihrer Pflichtmitglieder mit gestaffelten Beitragssätzen vorzunehmen ... müssen ferner die gewichtigen Unterschiede zwischen freiberuflich tätigen Psychotherapeuten und solchen beachtet werden, die abhängig beschäftigt sind ...“. Noch eins drauf setzt das **VG Schleswig-Holstein** (a. a. O. Bl. 12): „Die Satzung ist wesentlich dadurch gekennzeichnet, dass sie grundsätzlich allen Mitgliedern den gleichen Beitrag abfordert ... Die übrigen Mitglieder sind aber keine derart homogene Gruppe, dass ein Einheitsbeitrag im Übrigen gerechtfertigt erscheint. Auch für die Anfangsjahre der Existenz der (Kammer) ist eine solche Praxis nicht hinzunehmen, da bereits mit Errichtung der Beklagten stark unterschiedliche Vorteile aus der Kammertätigkeit gezogen werden können“.

Konträre Nord-Süd-Rechtsprechung

Die Zusammenstellung gleichlautender und gegensätzlicher Urteile zeigt uns, dass die Rechtsprechung im Norden mitgliederfreundlicher, im Süden kammerfreundlicher ist. Gleiche Sachverhalte werden also von den VGs unterschiedlich bewertet. Als besonders krass erweist sich dabei das Urteil des VG Schleswig-Holstein, das noch nicht einmal für die Gründungsphase einer Kammer einen Einheitsbeitrag zulässt und behauptet, schon zu Beginn einer Mitgliedschaft zögen die Mitglieder unterschiedlichen Nutzen aus der Existenz der Kammer (a. a. O. Bl. 13). Wer den Aufbau einer Kammer mit all den Reibungsverlusten und Schwierigkeiten

miterlebt hat, der kann ob einer solchen Ignoranz nur den Kopf schütteln. Hier werden Maßstäbe angelegt, die bei altingesessenen Kammern vertretbar wären, nicht aber bei neugegründeten. Das VG Schleswig-Holstein hätte hier, wie andere Verwaltungsgerichte, dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz Rechnung tragen und jedenfalls für eine längere Errichtungsphase Einheitsbeiträge zulassen müssen.

Bewertung aus Kammersicht

Auch die Teilzeit-/Halbtags-tätigkeit und deren finanzieller Ertrag können kein Kriterium, z. B. im Rahmen einer Beitragsstaffelung, hergeben, weil dieser völlig unterschiedliche Motive zugrunde liegen können. Die Skala reicht von blanker

Notwendigkeit bis hin, nur eine Angestelltentätigkeit bis zu 13 Stunden ausüben zu dürfen, weil andernfalls die Zulassung zur GKV gefährdet sein könnte. Wie nun z. B. eine Erhebung in Baden-Württemberg gezeigt hat (*Psychotherapeutenjournal* 2/2005 S. 144 „155“), gaben zur Wochenarbeitszeit lediglich 48% der angestellten Psychotherapeuten an, in Vollzeit zu arbeiten, 52% üben nur eine Teilzeitbeschäftigung aus. Die jeweiligen Motive kennen wir nicht. Mithin müssen einer Kammer Spielräume bleiben: Die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts berechtigt sie deshalb, generalisierend, typisierend und pauschalierend Kammerbeiträge festzusetzen, nur dürfen diese nicht in (verbotene) Willkür umschlagen. Es muss also auch für die Zukunft noch möglich sein,

„Einheitsbeiträge“ festzusetzen. Ihr Korrelat finden sie ja dadurch, dass soziale oder wirtschaftliche Gründe eine Ermäßigung oder einen Erlass dem zuständigen Gremium möglich machen, womit wir uns damit einem besonders wunden Punkt nähern:

Zwei Grundmodelle: Einheitsbeitrag oder Staffelbeitrag

Viele Beitragsordnungen der Länder sehen Erlass- oder Ermäßigungsmöglichkeiten für diejenigen Kammermitglieder vor, die eine soziale oder wirtschaftliche Härte glaubhaft machen oder nachweisen. Ermäßigungs- oder Erlassmöglichkeiten im Zusammenhang mit einem **Einheitsbeitrag** dürfen freilich nicht – wie immer wieder in Briefen argumentiert wird – mit einer Staffelung von Beiträgen (**Staffelbeitrag**) verwechselt werden. Der *Einheitsbeitrag*, daher der Name, erfährt nämlich gerade keine Staffelung. Bei der Prüfung der Frage, ob eine wirtschaftliche oder soziale Härte vorliegt, muss die gesamte wirtschaftliche und soziale Situation des Mitglieds in den Blick genommen werden. Es genügt also nicht zu belegen, dass man (aus psychotherapeutischer Tätigkeit) selbst nur geringe Einkünfte erzielt (hat), sondern in diesem Zusammenhang wird auch zu fragen sein, ob die soziale Situation des Mitglieds eine Härte aufweist. Ein ausreichendes **Familieneinkommen** schließt deshalb zwangsläufig eine solche Härte aus.

Wieso soll der Partner den Kammerbeitrag finanzieren?

Zwar mag damit im Ergebnis der Partner für den Beitrag aufkommen, aber nicht weil er etwa unfreiwillig Kammermitglied wurde, sondern weil sein Einkommen bei der Feststellung der sozialen Härte wegen des Einheitsbeitrags mit berücksichtigt werden muss. Im o. e. Urteil des **VG Karlsruhe** (a. a. O. Bl. 9) liest sich das so: „Die Entscheidung der Klägerin, sich mit einer Halbtags­tätigkeit zu begnügen, erfolgte, soweit ersichtlich, aus freien Stücken. ... Da auch der Ehemann der Klägerin ... im öffentlichen Dienst tätig ist und damit über ein weiteres Einkommen verfügt, das für den gemeinsamen Lebensunterhalt zur Verfügung steht, fehlen jegliche Anhaltspunkte für die Annahme eines Härtefalls.“

Andere Beitragsordnungen berücksichtigen die unterschiedlichen Einkünfte der Pflichtmitglieder dadurch, dass sie nur die Einkünfte „aus psychotherapeutischer Tätigkeit“ zur Beitragsfestsetzung heranziehen, zudem – je nach Höhe dieser Einkünfte – noch eine Eingruppierung in **Beitragsstaffeln** vornehmen. Die dadurch notwendige werdende Spreizung der Beiträge und höherer Verwaltungsaufwand bedeuten im Ergebnis, dass die Beiträge der höheren Beitragsgruppen eine deutliche Anhebung erfahren (müssen). Ob es damit wirklich gerechter zugeht, daran bestehen Zweifel.

Ganz Recht:

Wissen Sie eigentlich, dass ...

- ein Arbeitgeber einem angestellten Dipl.-Psychologen **untersagen** darf, die **Berufsbezeichnung „Psychologischer Psychotherapeut“ zu führen?** Im Rahmen der unternehmerischen Betätigungsfreiheit stehe es dem Arbeitgeber grds. frei, zu regeln, welche erworbenen und/oder ggf. ausgeübten Berufsbezeichnungen von dem Arbeitnehmer im Innen- und Außenverhältnis geführt werden. Diese Ansicht vertritt jedenfalls das Arbeitsgericht (ArbG) Wetzlar (Urteil v. 22.03.2005; 3 Ca 83/04). Zwar unterliegen Berufsbezeichnungen i. d. R. nicht dem Schutz des § 12 BGB („Namensrecht“), aber ob das ArbG dabei den Art. 12 Abs. 1 GG („Berufsfreiheit“) beachtet hat, das wird vielleicht die Rechtsmittelinstanz klären.
 - die **freie Arztwahl**, die früher auch im Rahmen der **Sozialhilfe** in Anspruch genommene Privatärzte/-psychotherapeuten mit umfassende, durch § 52 SGB XII **eingeschränkt** wurde, sodass die Sozialämter nur noch Vertragsärzte/-psychotherapeuten vergüten?
 - auch in eigener Praxis niedergelassene Psychologische Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die nebenbei **als Dozent/Lehrer**
- an einem **Ausbildungsinstitut** tätig sind, keinen Angestellten beschäftigen und mehr als 400 Euro/Monat vom Institut bekommen, für **diese Beschäftigung grds. rentenversicherungspflichtig** (§ 2 Satz 1 Nr. 1 SGB VI – vgl. *Psychotherapeutenjournal* 1/2005, S. 36) sind? Selbst dann, wenn sie Mitglied eines Versorgungswerks sind, haben sie wohl kaum Chancen hinsichtlich eines Befreiungsantrags (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 Satz 3 SGB VI).
- eine **Organisationsverfügung einer neurologischen Klinik**, die die **Dienst- und Fachaufsicht** vom leitenden Arzt auf den Chefarzt überträgt, sich selbst dann im Rahmen des **Direktionsrechts** hält, wenn im Arbeitsvertrag des leitenden Arztes eine diesbezügliche Benehmensklausel für organisatorische Änderungen enthalten ist, und dieses Benehmen eingehalten wurde? Benehmen ist eine schwächere Mitwirkungsform als Einvernehmen oder Zustimmung (BAG GesR 2003, 380).

RA Hartmut Gerlach

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

Gesundheitsgesetze

Alles auf einer Scheibe!

Gesundheitsgesetze

2005. CD-ROM mit Booklet.
€ 49,- (zzgl. ca. 3-4 Updates
pro Jahr zu je € 25,-)
ISBN 3-87081-347-4

Die CD-ROM Gesundheitsgesetze bietet einen schnellen Zugriff auf eine Vielzahl von relevanten Normen für das Gesundheitswesen. Alle Bestimmungen der Gesundheitsreform 2004 sind enthalten. Die Sammlung wird regelmäßig aktualisiert und erweitert. Aktuell bietet Sie Ihnen einen Zugriff u.a. auf folgende Gesetze und Verordnungen:

- Apothekengesetz
- Arzneimittelgesetz
- Heilmittelwerbegesetz
- Heimgesetz
- Krankenhausentgeltgesetz
- Krankenhausfinanzierungsgesetz
- Krankenpflegegesetz
- Medizinproduktegesetz
- Mutterschutzgesetz
- Sozialgerichtsgesetz
- Sozialgesetzbuch: Erstes Buch, Fünftes Buch, Zehntes Buch, Elftes Buch, Zwölftes Buch



- Apothekenbetriebsordnung
- Arzneimittelpreisverordnung
- Arzneimittel-Richtlinien
- Ärzte- und Zahnärzte-Zulassungsverordnung
- Bundespflegesatzverordnung
- Fallpauschalenverordnung 2004
- Gebührenordnung für Ärzte

Die CD-ROM ist unter Mitarbeit von
Medizinrecht.de entstanden.

BESTELLCOUPON

Bitte bestellen Sie über Ihre Buchhandlung oder per Fax: 089/54852-8137

Firma/Institution:

Abteilung:

Name/Vorname:

Straße:

PLZ/Ort:



Gesundheitsgesetze. CD-ROM mit Booklet.
€ 49,- (zzgl. ca. 3-4 Updates pro Jahr zu je € 25,-)
ISBN 3-87081-347-4

Datum/Unterschrift:

Economica Verlag
Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH
Kundenbetreuung München
Emmy-Noether-Str. 2
80992 München

Aktuelles aus der Forschung

Petra Kümmler

Prognose von Anorexia Nervosa: Die Heidelberg-Mannheim Langzeitstudie

Deter, H. C., Schellberg, D., Köpp, W., Friederich, H. C. & Herzog, W. (2005) Predictability of a favorable outcome in anorexia nervosa. European Psychiatry, 20, 165 – 172.

Bislang gibt es keine Studien, die den Langzeitverlauf von Anorexia Nervosa über einen Katamnesezeitraum von 5 Jahren hinaus untersucht haben. In der vorliegenden Untersuchung wurden die Patientinnen durchschnittlich 12 Jahre begleitet. Das Ziel der Untersuchung ist es daher, die wichtigsten Prädiktoren für den Verlauf von Anorexia nervosa zu bestimmen und darüber hinaus zu unterschiedlichen Zeiträumen zu differenzieren: Wirken jeweils unterschiedliche Faktoren auf die Prognose der Patientinnen zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Krankheitsverlauf ein? 84 Patientinnen, die im Zeitraum 1971 bis 1980 behandelt wurden, wurden durchschnittlich 3,6 und 11,8 Jahre später nachuntersucht. Zusätzlich wurden jährliche Daten der behandelnden Allgemeinärzte erhoben. Es wurde ein breiter Bereich an physischen, sozialen und psychologischen Variablen erfasst und in die Analyse mit einbezogen.

Drei Patientinnen starben während der ursprünglichen stationären

Behandlung, 6 weitere im Verlauf der Krankheit. Für die Prognose gilt, dass Frauen, die früh erkranken, dabei normale Bluteiweiß- und Kreatininwerte haben, wenige psychische Symptome und soziale Einschränkungen aufweisen, eine gute Chance haben, nach spätestens 12 Jahren gesund zu sein. Weiterhin – und das ist das Neue – zeigt sich, dass sich die Bedeutung der Prädiktoren im Krankheitsverlauf verschiebt. Vier Jahre nach stationärer Behandlung geben Amenorrhoe, psychischer Status und Partnerschaft wichtige Hinweise auf die Prognose, im späteren Krankheitsverlauf dagegen Erst-erkrankungsalter, Integration in Arbeitswelt und somatischer Status sowie psychischer Status. Die Autoren leiten eine Anpassung des psychotherapeutischen Vorgehens speziell für Patientinnen mit schlechter Prognose ab. Sie fordern, dass beispielsweise der Behandlungszeitraum über den üblichen Rahmen hinaus verlängert wird.

Kommentar: Die Studie liefert wichtige Hinweise für den Langzeitverlauf von Anorexia Nervosa und die Verschiebung der Bedeutung der Prädiktoren für die Prognose. Die hohe Zahl verstorbener Erkrankter (über 7%) in der Stichprobe, die in einer Psychosomatik rekrutiert wurde und

Patientinnen aus psychiatrischen Kliniken, die häufiger erst nach richtiger Einweisung behandelt werden und/oder einen deutlich geringeren Body Mass Index haben, nicht einschließt, unterstreicht wie wichtig es ist, differenzierte Kriterien und Behandlungsstrategien für diese Patientinnen zu finden.

Ausgeschlossen wurden für die Studie übrigens explizit 12 Männer, die an Anorexia Nervosa erkrankt waren. Für die zukünftige Forschung wäre es sicher interessant zu überprüfen, ob sich hinsichtlich der prognostischen Faktoren Geschlechtsunterschiede zeigen.

Raucherentwöhnung während einer Suchttherapie – eine sinnvolle Intervention?

Prochaska, J., Delucchi, K. & Hall, S. (2004) A Meta-Analysis of smoking cessation interventions with individuals in substance abuse treatment or recovery. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72, 6, 1144 – 1156.

74 – 88% aller Patienten mit einer Suchterkrankung (Alkohol, illegale Substanzen, Medikamentenabhängigkeit) rauchen im Vergleich zu nur 23% der Allgemeinbevölkerung in den USA und Canada. In Deutschland liegen die Prävalenzen noch deutlich höher. Üblicherweise wird suchtkranken Patienten abgeraten, während einer Suchtbehandlung auch noch mit dem Rauchen aufzuhören, da der Konsum illegaler Substanzen bzw. eine

Alkoholabhängigkeit als „schwerwiegender“ eingestuft wird und vermutet wird, dass Nikotinabstinenz als zusätzlicher Stressor das Rückfallrisiko erhöht. Mittlerweile ist jedoch bekannt, dass Nikotin zu deutlich höherer Morbidität führt als alle anderen Substanzen zusammen und auch das Gesundheitssystem finanziell erheblich belastet. Daher geht diese Studie der Frage nach, wann der optimale Zeitpunkt der Raucherentwöhnung bei alkoholabhängigen Patienten oder Konsumenten illegaler Drogen ist.

In die Meta-Analyse wurden 18 randomisierte, kontrollierte Studien eingeschlossen, die ein Raucherentwöhnungsprogramm an erwachsenen Pati-

Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis - MHP

Herausgegeben von:

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

Loseblattwerk in 2 Ordnern. Ca. 2.800 Seiten.
€ 118,-* ISBN 3-938909-01-3

oder: CD-ROM mit Booklet. € 118,-*
ISBN 3-938909-02-1

oder: Kombi-Ausgabe Loseblattwerk und CD-ROM.
€ 167,-* ISBN 3-938909-09-9

* Zzgl. 3 bis 4 Aktualisierungen jährlich zu je
ca. € 40,- bis € 50,- pro Lieferung / je € 49,- pro CD-
ROM-Update bzw. € 32,- für Kombi-Abonnenten.

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

Insbesondere die mit dem Psychotherapeutengesetz
einher gehenden Vorschriften und Anforderungen,
Probleme und Fragestellungen rund um die psycho-
therapeutische Praxis werden praxisorientiert dar-
gestellt.



Das Deutsche Ärzteblatt urteilt:
„Für die tägliche Praxis nahezu unverzichtbar.“
(Heft 24/2002)

BESTELLCOUPON

Fax: 089/54852-8137

Ja, ich bestelle

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

- Loseblattwerk in zwei Ordnern. € 118,-*
ISBN 3-938909-01-3
- CD-ROM mit Booklet. € 118,-* ISBN 3-938909-02-1
- Kombi-Ausgabe. Loseblattwerk und CD-ROM. € 167,-*
ISBN 3-938909-09-9

* Zzgl. Ergänzungslieferungen/Updates für mindestens ein Jahr.

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

Praxis

Name/Vorname

Straße

PLZ/Ort

Psychotherapeutenverlag
Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH
Kundenservice München
Emmy-Noether-Straße 2
80992 München

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

Datum/Unterschrift

Psychotherapeuten
Verlag

enten in Entwöhnungs- oder Rehabilitationsbehandlung evaluieren.

Die Auswertung ergibt Hinweise darauf, dass der Erfolg der Raucherbehandlung von der gewählten Entwöhnungsmethode abhängt. Motivierende Interventionen sind wirksam, am effektivsten sind jedoch Interventionen, die den spezifischen Stand des Änderungswunsches der Teilnehmer individuell berücksichtigen, d. h. sich an die jeweilige Motivation gezielt anpassen. Patienten, die mit dem Rauchen aufhören wollen, können das, ohne ihren Therapieerfolg in Bezug auf illegale Drogen bzw. Alkohol zu gefährden. Kurz- (direkt nach der Behandlung) und langfristig (6 Monate nach der Behandlung) sind sie genauso erfolgreich, d. h. abstinent, wie

Patienten, die weiterhin rauchen. Allerdings gibt es in manchen Studien Hinweise darauf, dass die zusätzliche Raucherbehandlung die Rückfallrate bezüglich Alkohol/illegaler Substanzen erhöht. Ein Grund für die unterschiedlichen Ergebnisse könnte in der Motivation der Teilnehmer liegen.

Kommentar: Auch wenn die Studie nicht direkt die Frage beantworten kann, wann der optimale Zeitpunkt für Konsumenten illegaler Drogen und alkoholabhängige Patienten ist, mit dem Rauchen aufzuhören, ergeben sich doch Hinweise, dass eine Behandlung die Motivation der Patienten mit berücksichtigen sollte, wenn sie effektiv sein will. Prochaska und DiClemente (1992) beschreiben wesentliche Prozesse in ihrem Veränderungsmodell

(„stages of change“), das 6 Phasen annimmt, die für einen Veränderungsprozess charakteristisch sind. Sie beschreiben den Entwöhnungsprozess als zirkulär, das heißt, dass diese Phasen mehrfach durchlaufen werden können. Es bedarf also meist einer Reihe von Versuchen, von einer Abhängigkeit loszukommen, bevor eine dauerhafte Verhaltensänderung (z. B. Abstinenz) möglich wird. Im Einzelnen sind es die Phase der Vorüberlegung, des Nachdenkens, der Entscheidung, der Handlung, der Aufrechterhaltung und des Rückfalls. Werden diese Phasen erkannt und adäquat auf sie eingegangen, spricht nichts dagegen, auch während einer Suchtbehandlung zusätzlich eine Raucherentwöhnung durchzuführen. Wichtig erscheint vor diesem Hinter-

grund, dass die Motivation der Patienten zur Abstinenz erkannt und gefördert werden sollte, um Frustrationen und Reaktanzen zu verhindern.

Einschränkend noch zwei Anmerkungen: Wenige Studien erfüllten die Einschlusskriterien, so dass die Ergebnisse nur bedingt verallgemeinert werden können. Von den 53 in der Literatur gefundenen Untersuchungen wurden 35 nicht berücksichtigt. Weiterhin sind die Katamnesezeiträume der Studien mit 6 Monaten zu kurz, um langfristigen Therapieerfolg für die Suchtbehandlungen ableiten zu können. Möglicherweise wären kontrolliert randomisierte Studien, die dieses spezielle Thema behandeln, zum gegenwärtigen Zeitpunkt besser geeignet, um die Fragestellung zuverlässig zu beantworten.

Struktur des Aufmerksamkeits-Defizit-Syndroms bei Erwachsenen

Kooij, J., Buitelaar, J., van den Oord, E., Furer, J., Rijnders, C. & Hodiament, P. (2005) *Internal and external validity of attention-deficit hyperactivity disorder in a population based sample of adults. Psychological Medicine, 35, 817 – 827.*

Bislang gibt es wenig Studien zum Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADHS) bei Erwachsenen. Die vorliegende Untersuchung wertet die Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung von 1813 Erwachsenen im Alter von 18 – 75 Jahren in den Niederlanden aus. Die Studie untersucht dabei, ob die berichteten Symptome analog zur DSM-IV Diagnose bei Kindern in drei Faktoren – Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität – und

sich bei Erwachsenen ebenfalls die diagnostischen Untertypen „kombiniert“, „unaufmerksam“ und „hyperaktiv-impulsiv“ feststellen lassen.

Geschulte Interviewer erfassten soziodemografische Variablen, psychosoziale Beeinträchtigung, Angaben zur allgemeinen Gesundheit sowie ADHS-Symptome. Eine Auswertung erfolgte mittels konfirmatorischer Faktorenanalyse, die es erlaubt, Hypothesen zu Zusammenhängen einer Vielzahl von Variablen einer statistischen Prüfung zu unterziehen. Für die vorhandene Untersuchung wurden fünf verschiedene Modelle überprüft. Es zeigte sich, dass das Modell, das am besten durch die empirisch gewonnenen Daten erklärt werden kann, der bekannten Faktorenstruktur,

die für ADHS im Kindesalter verwendet wird, entspricht. Das bedeutet, dass sich Struktur und Symptomatik des ADHS auch im Erwachsenenalter nicht verändern. Dieses Ergebnis wurde Kreuzvalidiert und für verschiedene Subgruppen repliziert.

Für die Bestimmung der externen Validität wurden Korrelationen mit demografischen Variablen, dem Gesundheitsfragebogen, mit retrospektiven Selbsteinschätzungen bezüglich ADHS in der Kindheit sowie mit der selbsteingeschätzten sozialen Beeinträchtigung berechnet. Es zeigen sich interpretierbare und bedeutsame Zusammenhänge zwischen den untersuchten Variablen, so dass eine hinreichende externe Validität angenommen werden kann.

Erwachsene scheinen durchschnittlich weniger Symptome als Kinder zu haben, aber dadurch genauso in ihrem Alltag behindert zu sein. Männer und Frauen sind gleich häufig betroffen und mit zunehmenden Alter scheint das Syndrom abzunehmen.

Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass ADHS nicht nur bei Kindern auftritt, sondern über die Adoleszenz hinaus eine ernstzunehmende Beeinträchtigung der Betroffenen auch im Erwachsenenalter mit sich bringt. Erwachsene scheinen darüber hinaus sensitiver auf die Symptome zu reagieren und bereits unter geringeren Ausprägungen zu leiden.

Kommentar: Die geringe Ausschöpfung von unter 50% ist

im Rahmen von Repräsentativerhebungen einer Bevölkerung keine Seltenheit. Die Unterrepräsentation von Männern und jüngeren Personen wurde durch die Einführung einer Gewichtung ausgeglichen. Die exzellente Studie könnte nach eigenen Angaben von einer objektiveren Datengewinnung profitieren. Zukünftige Studien sollten standardisierte Datenerhebungsmethoden und Testverfahren zur Erfassung von Beeinträchtigungen verwenden. Die Ent-

wicklung und Überprüfung des Modells mit der konfirmatorischen Faktorenanalyse könnte durch eine zufällige Aufteilung der Stichprobe in zwei Teilstichproben optimiert werden, um eine unabhängige Kreuzvalidierung zu gewährleisten. Die Studie belegt, dass ADHS auch bei Erwachsenen auftritt, aber altersangepasste diagnostische Kriterien erforderlich sind. Diese Ergebnisse aus den Niederlanden lassen sich auf Deutschland übertragen.

„Debriefing“: Kann es eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) verhindern?

Mitte, K., Steil, R. & Nachtigall, C. (2005) *Eine Meta-Analyse unter Einsatz des Random-Effects-Modells zur Effektivität kurzfristiger psychologischer Interventionen nach akuter Traumatisierung. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 34, 1, 1 – 9.*

Bei ca. 10 – 20% aller Menschen, die extrem belastende Lebensereignisse erfahren, entwickelt sich eine Posttraumatische Belastungsstörung („Posttraumatic Stress Disorder“, PTSD) mit intrusivem Wiedererleben des Ereignisses, Erhöhung des Arousal, Reduktion der emotionalen Reagibilität und häufig mit verminderter Lebensqualität. Es gibt eine Reihe von Verfahren, deren Wirksamkeit für die Behandlung von PTSD nachgewiesen sind. Aber was passiert davor?

Die Möglichkeit, direkt nach dem kritischen Lebensereignis zu intervenieren, führte bereits im zweiten Weltkrieg dazu, Verfahren zu entwickeln, die zeitlich zwischen Auslöser und Entwicklung des Vollbilds der Symptomatik ansetzen sollten, um

als „sekundäre Prävention“ eine schwerwiegende psychische Störung zu verhindern. Breitere Anwendung fand diese Methode in den 90er Jahren, beispielsweise durch Entwicklung des „Critical Incident Stress Debriefing“ (Mitchel, 1983) und des „Psychological Debriefing“ (Dyregrov, 1989). Gemeinsam ist allen Debriefing Varianten, dass möglichst zeitnah nach kritischem Ereignis ein Gespräch über die persönlichen Erlebnisse und Erfahrungen geführt wird sowie über typische Symptome aufgeklärt wird. Die Annahme dabei ist, dass durch die Rekonstruktion der tatsächlichen Geschehnisse, die Einordnung der emotionalen und gedanklichen Reaktionen ein Verarbeitungsprozess angeregt wird, der strukturierend wirkt und dabei hilft, die Gefühle von Ohnmacht und Hilflosigkeit zu überwinden und zu einer Normalisierung der Symptome führen soll. Das ursprüngliche Verfahren wurde in einem Gruppensetting durchgeführt, um Prozesse sozialer Unterstützung anzuregen und der Isolation und den sozialen Rückzugstendenzen entgegen zu wirken.

Die Ergebnisse zu Wirksamkeit und präventivem Erfolg sind höchst widersprüchlich. Manche Studien belegen einen positiven Effekt (z. B. Everly, Boyle & Lating, 1999), andere Untersuchungen deuten darauf hin, dass Debriefing sogar schädlich ist (Bisson et al., 2002; van Emmerik et al., 2002), indem es das ursprüngliche Trauma in der Vorstellung wiederholt und damit eine erneute, unsystematische Exposition darstellt, die zu einer Verstärkung der Symptome führt. Auch bislang durchgeführte Meta-Analysen, die versuchen, die Vielzahl von Untersuchungen zu integrieren, kommen zu keinem einheitlichen Ergebnis. Diese widersprüchlichen Ergebnisse führen zu einer Verunsicherung der professionellen Helfer, die nicht mehr wissen, welche Interventionen hilfreich sind und welche womöglich schaden.

Die vorliegende Studie berücksichtigt die Mängel bestehender Meta-Analysen und sucht diese auszugleichen, um zu zuverlässigen Aussagen zu kommen. Die Ergebnisse von 21 kontrollierten Studien gehen in die Meta-Analyse ein. Eingeschlossen wurden kontrollierte Studien an Erwachsenen, die psychometrische Instrumente zur Messung der Symptomatik einsetzen. Es zeigt sich, dass weder bezüglich der PTSD-, noch bezüglich der Gesamtsymptomatik (allgemeine Psychopathologie) bedeutsame Unterschiede zwischen behandelten und nicht behandelten Personen festzustellen sind. Es zeigen sich Unterschiede zwischen den einbezogenen Studien, die vermutlich auf die unterschiedliche Verteilung von Männern und Frauen zurückzuführen sind. Da Frauen ein höheres Risiko für die Entwicklung einer PTSD haben, füh-

ren Studien, in denen die Zahl von Männern und Frauen in den Untersuchungsgruppen nicht gleichverteilt sind, zu einer Verzerrung der Effektstärke der Intervention. Dieses Ergebnis spricht ebenfalls indirekt dafür, dass Debriefing keinen Effekt hat.

Weiterhin wurde der Einfluss des beruflichen Status untersucht: Debriefing wurde ursprünglich für professionelle Helfer entwickelt, die selbst traumatisiert werden könnten. Es zeigte sich in der vorliegenden Untersuchung jedoch kein Unterschied zwischen primär oder sekundär traumatisierten Personen, auch das ist ein Hinweis darauf, dass die Intervention nicht wirksam ist.

Kommentar: Meta-Analysen sind nur so gut wie die Studien, die einbezogen werden – gerade im Bereich der Akut- und Traumahilfe werden viele Studien als Feldstudien oder naturalistische Studien durchgeführt, die nur begrenzt verallgemeinerbare Ergebnisse liefern können. Dabei ist vor allem die Vergleichbarkeit von Behandlungs- und Kontrollgruppe nicht immer gewährleistet, da aus ethischen und praktischen Erwägungen keine Randomisierung stattfinden kann. Die Anzahl von Männern und Frauen unterscheidet sich häufig zwischen den Untersuchungsgruppen; Alter, Bildungsniveau und lebensgeschichtliche Vorerfahrungen (i. S. einer erworbenen Vulnerabilität) werden nicht kontrolliert oder erst gar nicht erfasst.

Die vorliegende Untersuchung versucht, die Studien zuverlässig zu integrieren, um zu sinnvollen und interpretierbaren Ergebnissen zu kommen. Sie verwendet einheitliche Einschluss-

kriterien, berücksichtigt Gruppen- und Einzelsetting und versucht, eine möglichst große Anzahl von Studien mit einzubeziehen. Darüber hinaus werden Effekte von möglichen konfundierenden Moderator-Variablen untersucht und die Stabilität der Ergebnisse anhand von Sensitivitätsanalysen überprüft.

Die Ergebnisse der Meta-Analyse entsprechen aktuellen nationalen und internationalen Forschungsergebnissen: Debriefing wird zwar von den Teil-

nehmern oft als hilfreich empfunden und ermöglicht den Betroffenen, über das Erlebte zu sprechen. Dennoch erfüllt es nicht den Zweck, Symptombildungen zu verhindern und ist somit keine geeignete Methode der „sekundären Prävention“. Für die psychologische Akuthilfe ist es daher wichtig, Alternativen zu entwickeln, die im Fall der Fälle zuverlässig angewendet werden können und den Helfern das Gefühl vermittelt, nicht selbst „ohnmächtig“ zu sein.

Die aktuelle Stimmung von Patienten beeinflusst das Therapiegesehen

Koban, C., Willutzki, U. & Schulte, D. (2005) Zur aktuellen Stimmung von Patienten: Wie relevant ist sie im Therapiegesehen? Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 34, 1, 39 – 46.

Stimmungen beeinflussen nach dem Stimmungsmediationsmodell von Robinson (2000) nicht nur retrospektiv die Verarbeitung vergangener Ereignisse, sondern auch prospektiv das Erleben aktueller Lebensereignisse. Positive Stimmung kann dabei die Aktivierung positiver Denkinhalte aus Vergangenheit und Gegenwart verbessern. Die aktuelle Stimmung mediiert dabei zwischen aktuellen Lebensereignissen und dem „kognitiven Wohlbefinden“, das die Grundeinstellung zum Leben widerspiegelt, dazu gehören beispielsweise Selbstwahrnehmung, Kontrollüberzeugungen, Lebenssinn und Selbstakzeptierung.

Die vorliegende Studie untersucht die Implikationen des Modells für Psychotherapie an 74 Patienten, deren Stimmung

zum Therapieprozess und zum Sitzungsergebnis in Bezug gesetzt wurde. Es wurde dabei untersucht, ob Zusammenhänge zwischen aktueller Stimmung des Patienten und der Bewertung der Therapiebeziehung, Aufnahmebereitschaft und des Sitzungsergebnisses bestehen. Diese Zusammenhänge sollen laut Theorie auch dann bestehen, wenn der Einfluss von der Grundeinstellung zum Leben und die Symptombelastung vor Therapieaufnahme berücksichtigt werden.

Die aktuelle Stimmung wurde mit der Befindlichkeitsskala (BFS) von Abele-Brehm & Brehm (1986) erfasst. Für die vorliegende Untersuchung wurden vier Subskalen (Aktiviertheit, gehobene Stimmung, Deprimiertheit und Energielosigkeit) verwendet und zu zwei Skalen „positive“ und „negative Stimmung“ zusammengefasst. Sitzungsergebnis und Therapiebeziehung wurden aus Patienten- und Therapeutesicht dokumentiert und die einzelnen Sitzungen zu vier Behandlungs-

phasen zusammengelegt. Es zeigen sich Korrelationen zwischen aktueller Stimmung des Patienten und Sitzungsergebnis sowie der Therapiebeziehung und Aufnahmebereitschaft des Patienten, wenn diese aus Sicht des Patienten eingeschätzt werden. Aktuelle Stimmung des Patienten und Einschätzung aus Therapeutesicht korrelieren nur in der Endphase der Therapie miteinander. Dieses Ergebnis bleibt auch bestehen, wenn die „Grundeinstellung“ und die Ausgangssymptomatik in die Analysen einbezogen werden.

Die Ergebnisse werden im Rahmen des Modells interpretiert: aktuelle Stimmung habe eine Mediatorfunktion, die dazu führe, dass Anregungen des Therapeuten besser aufgenommen werden, Wahrnehmung und Bewertung der Fortschritte in der Sitzung positiver eingeschätzt würden und insgesamt das Therapiegesehen besser bewertet und gestaltet würde. Einschränkend gilt dies jedoch nur für die Patientensicht. Ein Zusammenhang zwischen Selbstbeurteilung der Stimmung und Fremdbeurteilung des Erfolgs (durch den Therapeuten) zeigt sich nicht.

Kommentar: Die Studie fasst sowohl die Subskalen des verwendeten Fragebogens zusammen, als auch einzelne Therapiesitzungen zu Therapiephasen – es werden also agglomerierte Daten miteinander korreliert bzw. später in die Regressionsanalysen mit einbezogen. Darüber hinaus ist die Stichprobe doch relativ klein im Verhältnis zur Anzahl der durchgeführten Berechnungen – eine Korrektur des statistischen Signifikanzniveaus wäre eigentlich notwendig. Das statistische Verfahren ist in der vorliegenden Arbeit nur bedingt dazu geeig-

net, Kausalität und damit eine zeitliche Reihenfolge zu belegen – günstiger für einen Nachweis des Einflusses wäre die Trennung der Stichprobe in zwei parallelisierte Untersuchungsgruppen und der Fokus auf jeweils ein Konstrukt, das in den Untersuchungsgruppen in unterschiedlicher Ausprägung vorhanden ist. Als hypothesengenerierende Untersuchung, die sich einem sehr komplexen Gebiet nähert, ist die Studie aber sinnvoll und erwähnenswert und liefert Hinweise auf die Gestaltung des psychotherapeutischen Umgangs.

Patienten profitieren von ihrer positiven Stimmung während der Therapiesitzungen zumindest subjektiv, das wirkt sich auf den Sitzungserfolg und damit wohl auch – so kann spekuliert werden – auf die Motivation aus. Im weitesten Sinne kann das im Sinne einer ressourcenorientierten Haltung des Psychotherapeuten interpretiert werden, die einen Ausgleich zwischen notwendiger Arbeit an den Defiziten und Stützung und Herausarbeiten der Ressourcen und der Bereiche, „die noch funktionieren“, schafft. Diese Haltung kann möglicherweise den Patienten zumindest dabei unterstützen, eine bessere Einschätzung der Ergebnisse und der Fortschritte zu haben, mehr Motivation zur Therapie zu haben und damit insgesamt einen positiveren Verlauf zu gestalten.

Dipl.-Psych. Petra Kümmler

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

Zur Diskussion: Welche Rolle kann empirische Validierung für die psychotherapeutische Praxis spielen?

In der Rubrik „Zur Diskussion“ werden in unregelmäßigen Abständen besonders fundierte ausführliche Erwiderungen auf in der Zeitschrift erschienene Beiträge veröffentlicht. Die Literaturquellen, auf die sich die Autoren im Text beziehen, sind auf der Internetseite der Zeitschrift „www.psychotherapeutenjournal.de“ veröffentlicht.

Kommentar zu Klaus Grawes Artikel im Psychotherapeutenjournal 1/2005 „(Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden?“

Reiner Dilg

Nachdem ich den Artikel eingereicht hatte, erfuhr ich von dem beklagenswerten und zu frühen Tod von Professor Klaus Grawe. Streitbar wie ich ihn kennen gelernt habe, hoffe ich, dass es auch in seinem Sinne ist, die Diskussion in der gleichen Schärfe weiterzuführen. Ich habe deshalb in Absprache mit der Redaktion beschlossen, den Artikel in der Form zu belassen, wie ich ihn konzipiert hatte.

Zusammenfassung: Im Gegensatz zu Grawe, der in seinem Artikel „eine radikale Abkehr vom Denken in Therapiemethoden“ forderte, wird die Position vertreten, dass v.a. über *verfahrensbezogene Forschung* wichtige Erkenntnisse über komplexe Zusammenhänge zwischen Veränderungen im Laufe eines Therapieprozesses und Ergebnissen von Therapien gewonnen werden können. Die Infragestellung der *verfahrensbezogenen Psychotherapie-Praxis* würde den Verlust des Erfahrungs- und Wissensschatzes bewährter Psychotherapiemethoden bedeuten. Es wird für ein gleichberechtigtes Nebeneinander von Wissenschaft und Praxis plädiert. Die von Grawe kritisierte *Praxisstudie Analytische Langzeittherapie (PAL)* wird mit ihrem Design kurz skizziert.

Der Beitrag von Grawe zeichnet sich durch eine für Wissenschaftler ungewöhnlich aggressive Polemik aus. Grawe spricht gleich zu Beginn der Praxisstudie Analytische Langzeittherapie die Wissenschaftlichkeit ab. Ich möchte als Co-Autor dieser Studie dazu Position beziehen: Obwohl Grawe sich den Anspruch der Wissenschaftlichkeit auf die Fahne geschrieben hat, entwickelt er ein Argumentationsmuster, das ein Zerrbild des Standes der empirischen Psychotherapieforschung darstellt. Die Schlussfolgerungen für die Praxis der Psychotherapie stellen ein Schreckensszenarium dar, will er doch, wie er in seiner Zusammenfassung schreibt, die „radikale Abkehr ... von den bestehenden Gewohnheiten und Strukturen.“ Es ist schlicht unrealistisch,

praktische Tätigkeit allein aus der Wissenschaft abzuleiten. Praktische Tätigkeit entsteht aus vielfältigen Anregungen, Faktoren und Hintergründen, kann und muss wissenschaftlich überprüft werden. Wissenschaft korrigiert und regt Praxis an, ist aber auch auf Anregungen und Fragestellungen aus der Praxis angewiesen. Es wäre eine unsägliche Vorstellung, wenn alle gewachsenen Erfahrungen und Erkenntnisse geopfert werden müssten zugunsten eines um den Erfahrungsschatz erprobter Verfahren beraubten Wissenschaftsmodells.

Zunächst aber noch konkret zu Grawes Einwüfen gegen die Praxisstudie Analytische Langzeittherapie, auf die er sich im ersten Abschnitt seines Artikels bezieht: Er

behauptet, dass diese keine Psychotherapieforschung sei. Hier wird Grawes Alleinvertretungsanspruch deutlich, er spricht anderen Psychotherapieforschern grundsätzlich die Legitimation ab. Es stellt sich die Frage, ob er ohnehin nur seiner eigenen Arbeit den Rang der allein wahren und berechtigten Therapieforschung einräumt. Man muss auch bezweifeln, ob Grawe selbst über die von ihm für wissenschaftliche Tätigkeit als notwendig postulierte Neugierde verfügt, wenn er einerseits im Namen der Wissenschaft Neugierde und Offenheit fordert, andererseits anderen keine (kritische) Würdigung entgegenbringen kann. Eine ausführliche Kritik von Grawes Vorgehen bei der Bewertung von Studien findet sich in Tschuschke, Heckrath & Tress (1997).

Forschung innerhalb von Therapieverfahren ist nicht nur weiterhin sinnvoll, sondern auch wichtig für die theoretische Weiterentwicklung der Verfahren

Geht man jenseits aller Polemik auf die von Grawe angesprochene Frage der Wirksamkeit von verschiedenen Psychothe-

rapieverfahren ein, kann man festhalten, dass der Nachweis für die psychoanalytische Therapie als erbracht gilt. Im *Forum der Psychoanalyse*, März 2004, wird der Stand der empirischen Forschung zu den psychoanalytischen Verfahren ausführlich dargestellt. Der Wissenschaftliche Beirat hat im Deutschen Ärzteblatt (PP), Januar 2005, auf der Grundlage dieser Darstellung eine Stellungnahme abgegeben, in der die wissenschaftliche Anerkennung der Wirksamkeit von psychodynamischen bzw. psychoanalytischen Psychotherapien für ein breites Spektrum von Anwendungsbereichen festgestellt wird.

Eigentümlich erscheint an Grawes Argumentationsfigur, zunächst Kriterien für Wirksamkeitsnachweise verschiedener Therapieverfahren aufzustellen, um anschließend den Sinn der „empirischen Validierung von Therapiemethoden“ in Frage zu stellen. Für die Praxis ist die Forderung abwegig, bisherige Methoden aufzugeben und sich nur noch auf Wissenschaftsmodule oder Manuale zu stützen. Damit wird jedes Erfahrungswissen entwertet und negiert.

Für die Forschung wird die Entwicklung von Forschungstendenzen verkürzt dargestellt. Wirksamkeitsstudien untersuchen ja längst mehr als nur die Frage, ob etwas wirkt. Wie etwas wirkt und unter welchen Bedingungen, steht im Zentrum der Aufmerksamkeit. Es geht nicht nur um Ergebnisforschung, sondern auch um Prozessforschung.

Die Standards der Psychotherapieforschung werden unter Wissenschaftlern durchaus auch kontrovers diskutiert und unterliegen Wandlungen. Während in der ersten Hälfte der neunziger Jahre noch randomisierte Studien als ‚Goldstandard‘ galten, hat sich inzwischen die Einsicht verbreitert, dass mit randomisierten Studien nur eingeschränkt praxisrelevante Forschung betrieben werden kann. Das führte u. a. dazu, dass Studien mit einem naturalistischen Design heute höher bewertet werden, als damals, weil mit ihnen Wirksamkeit in der Praxis untersucht wird.

Ich möchte die Bedeutung von verfahrensspezifischen Studien, in denen differenzier-

te Hypothesen zu Ergebnis, Verlauf und Zusammenhängen von Veränderungen durch den therapeutischen Prozess einbezogen werden, am Beispiel der von Grawe kritisierten PAL aufzeigen:

In dieser Studie werden zwei Therapieverfahren (Psychoanalyse und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) hinsichtlich ihrer Wirksamkeit untersucht (nebenbei bemerkt, wird damit das erste von Grawe aufgestellte Kriterium erfüllt, die Überprüfung zweier Verfahren gegeneinander): Anhand klassischer standardisierter Skalen wird der Outcome überprüft. Gleichzeitig werden im Verlauf der Behandlungen analysespezifische Veränderungen untersucht: Mit dem Instrument der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) werden das Beziehungserleben, die Konfliktthematik und (persönlichkeits-) strukturelle Aspekte zu Beginn und dann zunächst viertel-, später halbjährlich im Therapieverlauf erhoben. Damit wird das Ziel verfolgt, nicht nur symptombezogene Veränderungen zu erfassen, sondern die Zusammenhänge zu Veränderungen im Beziehungserleben und -verhalten, zur Bewusstwerdung von Konfliktthematiken oder der Behebung persönlichkeitsstruktureller Defizite zu verstehen. Darüber hinaus können mit diesem Vorgehen Prozesse von Veränderungen bei Einzelfallverläufen sowie Typologien von Verläufen erfasst werden.

Mit dieser Forschungsmethode werden differenziert verfahrensspezifische (psychoanalytische) Konstrukte empirisch überprüft und ggfls. korrigiert. Mit der Anwendung der OPD werden die Konstrukte der Psychoanalyse operationalisiert und damit auch für Nicht-Psychoanalytiker kommunizierbar gemacht.

Es ist deshalb sinnvoll und notwendig, innerhalb eines Therapieverfahrens (Wirksamkeits-) Untersuchungen durchzuführen, weil nur so komplexe Zusammenhänge von Veränderungen und die Komplexität des Verlaufs erfasst werden können. Damit trägt die Studie aber auch dazu bei, Diskussionsprozesse zwischen Forschern und Praktikern anzuregen, da Praktiker für die Durchführung guter Therapien v. a. Wissen über Verläufe und Prozesse benötigen.

Ergänzend möchte ich noch kurz einige wichtige Aspekte des Designs der erwähnten PAL skizzieren. (Eine genauere Darstellung findet sich in Rudolf et. al. (2001) und wäre auch für Grawe zugänglich gewesen, er hätte sich nicht auf spätere Pressemitteilungen stützen müssen.) Die Ergebnisse der Abschlussuntersuchung werden in Kürze veröffentlicht. (Grande, Dilg et al., 2005)

In der Studie werden in einem prospektiven Design sowohl prae-post als auch Verlaufs- und Katamnesemessungen (1 und 3 Jahre nach Therapieende) durchgeführt. In diesem naturalistischen Design werden unter realistischen Bedingungen Therapien niedergelassener Therapeuten untersucht. Die Untersuchungsdimensionen beinhalten vier Perspektiven: Patientenselbsteinschätzungen, Therapeuteinschätzungen, Einschätzungen bzw. Ratings durch unabhängige Untersucher und objektive Daten zum Inanspruchnahmeverhalten (z. B. Arbeitsunfähigkeitszeiten und Krankenhausaufenthalte), mit denen Kosten-Nutzen-Fragen untersucht werden.

Zusammenfassend ist verfahrensspezifische Forschung deshalb weiterhin sinnvoll und notwendig, da nur so die Dynamik von Veränderungen auf dem Hintergrund der jeweiligen Theorien, Methodik und Interventionstechnik verstanden werden kann.

Grawe erscheint mit seiner radikalen Ablehnung gewachsener Strukturen wie ein Wissenschaftler, der den Urwald roden will, um neuen anzupflanzen. Dahinter steht ein Denken, unter dessen Einfluss Erfahrungswissen vernichtet würde.

Verfahrensspezifische psychotherapeutische Tätigkeit nutzt ein breites Spektrum von Erfahrungswissen und erprobten Interventionstechniken

Grawe stellt ja nicht nur für die Forschung in Frage, dass Therapieverfahren eine sinnvolle Untersuchungseinheit seien, sondern er zieht auch für die Praxis die Schlussfolgerung, dass „die Orientierung an Therapiemethoden eine Sackgasse“ sei.

Ist es vertretbar und zeugt es von verantwortlichem Denken, die gewachsenen

Strukturen therapeutischer Praxistätigkeit über den Haufen zu werfen für eine neu zu konzipierende Therapiemethode?

Ich möchte im Gegensatz zu Grawe die Position vertreten, dass die Identifikation mit einem Verfahren notwendig ist.

Man muss Studien zur Bedeutung der Qualität der Therapiebeziehung für das Therapieergebnis anders interpretieren, als Grawe dies tut. Therapeuten, die sich mit ihrem Verfahren identifizieren und zufrieden mit diesem arbeiten, erzielen bessere Ergebnisse. Es ist schwer vorstellbar, dass Identität und Zufriedenheit mit der eigenen Arbeit allein auf einem Wissen über Wirkzusammenhänge gründet. Zur Identität gehören vielfältige Aspekte, z. B. die Kultur eines Verfahrens, die Theorie und damit auch die Auseinandersetzung über Sinnzusammenhänge, nicht zuletzt die fortlaufende Einbindung in den Diskurs einer ‚Therapieschule‘, sei es in Supervisionen, Fortbildungen o. ä.

Grawe übergeht aber auch die in verschiedenen Therapieverfahren heftig diskutierte Kontroverse, ob für einen guten therapeutischen Prozess die therapeutische Haltung oder die therapeutische Technik wichtiger ist.

Diese Diskussion ist der Ausdruck der sicher nie aufzulösenden Spannung zwischen dem Bedürfnis, das therapeutische Vorgehen aus rationalen und logischen Faktoren zu begründen und dem Gegenpol, das Ganzheitliche, das Emotionale, das Offene und das Nie-ganz-zu-Ergründende des menschlichen Daseins in die Therapie mit einbeziehen zu wollen. Grawe erscheint als Vertreter des Pols, der Psychotherapie allein unter rationalen und technischen Gesichtspunkten sieht.

Zur Bedeutung von Theorien für das Verständnis komplexen menschlichen Erlebens und Verhaltens erfährt man von Grawe nichts. Es ist aber gerade auch theoretisches Wissen, aus dem heraus das Verstehen der Patienten und ihrer Handlungsweisen entsteht. Darüberhinaus sind Theorien von besonderer Bedeutung für die Integration bzw. das Verständnis von Zusammenhängen von tausenden (oft un-

zusammenhängenden) empirischen Einzelergebnissen.

Zudem beinhalten die Theorien verschiedener Therapieschulen auch einen breiten Erfahrungsschatz menschlicher Erlebens- und Verhaltensmöglichkeiten und vielfältige Interventionstechniken, die in ihrer Reichhaltigkeit nicht alle wissenschaftlich überprüft werden können. Theorien und Behandlungstechniken der verschiedenen Therapieverfahren umfassen einen größeren Wissens- und Erfahrungsschatz als die Summe der empirisch überprüften Forschungsergebnisse.

Ich möchte dies zunächst an dem Wirkfaktor Patient-Therapeut-Beziehung veranschaulichen: Mit der wichtigen Erkenntnis, dass eine gute Patient-Therapeut-Beziehung eine große Bedeutung für eine erfolgreiche Therapie hat, ist zwar einiges gewonnen. Mit dieser Erkenntnis ist aber noch nicht klar, wie denn die Patient-Therapeut-Beziehung gestaltet werden muss. Hier sind durchaus unterschiedliche Formen der Gestaltung dieser Beziehung denkbar. Während in dem Verfahren der Gesprächstherapie die therapeutischen Grundhaltungen Empathie und Wertschätzung eine herausragende Rolle spielen, hat in den psychoanalytischen Verfahren das Verstehen (bspw. von Übertragungs- Gegenübertragungsprozessen oder lebensgeschichtlichen Hintergründen) eine zentrale Bedeutung, wobei das Verstehen v. a. dem Unbewussten gilt, denn: „Die Integration des Unbewussten ins Bewusstsein hat Heilwirkung.“ (Jung, 1973) Wie die therapeutische Beziehung gestaltet werden soll, dafür gibt es v. a. in den psychoanalytischen Richtungen eine immense Fülle von Literatur.

Es ist eine Illusion zu glauben, dass man jedes Bestandteil therapeutischen Handelns empirisch validieren könnte oder müsste. Wie die Realität menschlichen Lebens ist auch die Realität therapeutischen Handelns so komplex, dass man sie nicht in alle Einzelteile zerlegen kann. Etablierte Psychotherapiemethoden verfügen über einen Erfahrungsschatz, den man in seiner Gesamtheit nicht ohne weiteres überprüfen kann. Unter Praktikern besteht deshalb Einigkeit, dass eine wichtige Vor-

aussetzung auf Therapeutenseite die Erfahrung ist. Erfahrung wird u.a. auch im Rahmen einer guten Ausbildung von erfahrenen Therapeuten weitergegeben. Diese Erfahrungen sind eingebunden in die Kultur der jeweiligen Therapiemethode.

Ein weiterer wichtiger Aspekt für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung ist die Selbsterfahrung. Der Therapeut muss sich selbst kennengelernt haben, er muss eigene Möglichkeiten, Grenzen und auch Defizite kennen, um eigenes Erleben vom Patientenerleben abgrenzen zu können. Deshalb spielt in der Weiterbildung der Psychoanalyse die Lehranalyse eine bedeutsame Rolle. Psychoanalytische Therapietätigkeit hat auch deshalb eine so breite Anerkennung gefunden, weil Patienten aufgrund dieser persönlichen Auseinandersetzung ihres Therapeuten mit sich selbst mit dessen hoher Kompetenz rechnen können. Nur wer durch eigene Selbsterfahrung genügend um seine Fähigkeiten, aber auch um seine Grenzen und Defizite weiß, kann

sich mit den vielfältigen Problemen, Schwierigkeiten und Komplikationen auseinandersetzen, die in Behandlungen auftreten können.

Liest man Grawes Text, könnte man den Eindruck gewinnen, jeder Therapeut solle sich seine eigene Theorie und sein eigenes Konzept zusammenstellen. „Der Therapeut ist kein Gesprächstherapeut, Verhaltenstherapeut oder Psychoanalytiker mehr ... Er ist vielmehr darauf eingestellt, sich erst einmal ein Bild von dem Patienten zu erarbeiten, um auszumachen, was bei diesem Patienten verändert werden müsste.“ (Grawe, 2005, S. 8) Und später: „Wir dürfen unsere Patienten so behandeln, wie wir es für richtig halten.“ (Grawe, 2005, S. 10) Selbst wenn man solche Sätze wohlwollend liest, wird die Beliebigkeit spürbar, die solche Ansprüche für die psychotherapeutische Tätigkeit haben würden. Dahinter steht die Illusion, dass der Therapeut aus sich und dem Fundus empirischer Forschungsergebnisse für jeden Patienten die richtige Behandlungsmethode findet. Therapeutische Fähigkeiten werden reduziert auf „die Vermittlung des empirisch validierten Wissens und Know-hows“, das aus „tausende(n) von Untersuchungen“ besteht. Immerhin zeugt es von einem gewissen Problembewusstsein Grawes, wenn er bemerkt, dass dieses Wissen „praktikabel zu machen“ sei. Für die Frage, wie dies geschehen soll, verweist er lediglich auf die Entwicklung von Leitlinien.

Die von Grawe proklamierte Patientenorientierung verkehrt sich bei genauer Betrachtung ins Gegenteil, wenn er schreibt, der Therapeut solle sich ein Bild machen, was bei dem Patienten verändert werden müsste. Patientenorientierung heißt aber, dass der Patient selbst etwas verändern will. Es kann nicht bedeuten, dass der Psychotherapeut die Ziele der Veränderung vorgibt. Deshalb ist das vorrangige Ziel der Psychoanalyse z. B. das Verstehen des Patienten, nicht eine fremdbestimmte Veränderung. (Mögliche) Veränderungen entwickeln sich aus dem Prozess und in freier Entscheidung des Patienten. Deshalb greift es auch zu kurz, wenn man glaubt, dass Veränderungsprozesse allein aus technischen Manualen heraus bewirkt werden können. Therapeutische Beziehung heißt

ja eben auch, dass eine Beziehung hergestellt wird. Man kann und muss von dem Therapeuten verlangen, dass er diese bewusst gestaltet mit Rahmenbedingungen des Settings, aber auch und gerade mit der bewussten Gestaltung der therapeutenseitigen Kommunikation und Bindung. Auch an dieser Stelle ist die Selbsterfahrung des Therapeuten unabdingbar. Inzwischen sind deshalb z. B. auch viele Verhaltenstherapeuten der Ansicht, dass Selbsterfahrung und nicht nur das Training sozialer Kompetenzen für ihre Qualifikation notwendig ist.

Verfahrensspezifische praktische Psychotherapie bedeutet aber nicht nur einen bornierten und begrenzten Blick auf das eigene Verfahren, sondern so wie es bereits in den Ambulanzen psychoanalytischer Institute z. B. üblich ist, im Rahmen einer differenzierten Ausgangsdiagnostik eine Indikation für das Verfahren und damit ggfls. auch für andere Verfahren und nicht nur für das eigene zu stellen. In der Aus- und Weiterbildung werden Kenntnisse über andere Verfahren vermittelt. Viele Therapeuten integrieren bereits Interventionstechniken anderer Verfahren in ihre Arbeit. So werden bspw. bei der Behandlung von Angstpatienten von Analytikern auch Techniken verhaltenstheoretischer Situations- und Verhaltensanalyse angewendet (teilweise auch in Kombination mit einem Angsttraining). Eine Vertiefung der Zusammenarbeit wäre durchaus sinnvoll. Umgekehrt berichten auch Verhaltenstherapeuten, dass gerade Angstpatienten ohne das Verständnis lebensgeschichtlicher Zusammenhänge oder unbewusster Konflikte oft nicht erfolgreich behandelt werden können.

Zusammenfassung: Praktische Tätigkeit ist mehr als das Wissen um empirisch überprüfte Wirkzusammenhänge. Praktische therapeutische Tätigkeit ist deshalb weiterhin sinnvoll innerhalb bestehender Verfahren und Methoden, weil der Erfahrungswissen und Wissensschatz dieser notwendig ist für die Orientierung und Identität der Therapeuten. Selbst wenn man hunderte von Fragmenten von Einzelstudien oder einzelnen Wirkfaktoren hätte, dann würde das immer noch nicht das Gesamtbild einer wirksamen Therapie ergeben. Eine eklektizistische Identität wäre zu brüchig, um

eine stabile therapeutische Arbeitsbeziehung garantieren zu können.

Wenn Grawe Forschung und Praxis weitgehend gleichsetzt, überträgt er die für die Forschung aufgestellten Kriterien in unzulässiger Weise auf die Praxis und vernachlässigt viele Faktoren, die für eine gute Psychotherapie wichtig sind, bspw. die durch die Aus- und Weiterbildung sowie die Fachgesellschaften der Therapieschulen garantierten Qualitätsstandards.

Grawe macht sich mit seinem Plädoyer für eine rein auf Wirkfaktoren bezogenen Therapie zum Sprachrohr von Effektivitätsforderungen, die dem Zeitgeist entsprechen. Wenn aber nur noch nach der Schnelligkeit und den Kosten von Behandlungen gefragt wird, wird vergessen, dass Heilen und Heil-Werden auch Zeit braucht. Zeit, dass etwas Neues wachsen kann.

In welchem Verhältnis stehen Wissenschaft und Praxis?

Schließlich postuliert Grawe die Dominanz der Wissenschaft, wenn er „die Vermittlung des empirisch validierten Wissens und Know-hows“ zum „größten Teil der Ausbildung von Therapeuten“ erklärt. Aus seiner Sicht spielen damit viele andere Bereiche in der Aus- und Weiterbildung bestenfalls eine nebensächliche Rolle. Ich habe bereits oben die Bedeutung von Selbsterfahrung und theoretischen Konzepten dargestellt. Buchholz hat auf dem Psychotherapeutentag in Hessen ein Nebeneinander von empirischer Forschung und Profession vorgeschlagen. Praktisches psychotherapeutisches Handeln sei der Forschung „nicht hierarchisch untergeordnet“. Er führt dazu wichtige Argumente an, die im Bericht zum Psychotherapeutentag zusammengefasst werden (Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hessen im Psychotherapeutenjournal 4/2004, 376 f.). „Die typische Anforderung an die Arbeit professioneller Psychotherapeuten“ ist: „Sie müssen in komplexen, vagen, instabilen und einzigartigen Situationen handeln und reagieren.“ Er sieht dabei einen breiten Konsens: „Fast alle Autoren bestätigen die Differenz zwischen Profession und empirischer Forschung. Kürzlich hat der Verhaltenstherapeut Marvin Goldfried

(2000) als damaliger Präsident der SPR davon gesprochen, dass empirische Forscher und professionelle Psychotherapeuten in ‚differing social systems‘ leben und zugleich festgehalten, die derzeitige empirische Forschung in der Psychotherapie sei ‚infant science‘.“ (a. a. O.)

In dem gleichen Bericht wird ein Vortrag von Caspar zusammengefasst, der die Ansicht vertritt, dass sich die „Wirksamkeit therapeutischer Methoden nur mit randomisierten klinischen Studien (RCT) sicher beurteilen“ lasse. Voraussetzung sei, dass „sowohl die Behandlung (etwa über Manuale) standardisiert ist wie auch die untersuchten Patienten hinsichtlich der Diagnose homogen sind.“ (a. a. O.) Interessant scheint mir, dass selbst Caspar als Vertreter standardisierter empirischer Psychotherapieforschung auch einräumen musste, dass die Standardisierung „in der Regel die Übertragbarkeit auf die Behandlungspraxis beeinträchtigen dürfte.“ (a. a. O.)

Dass der Manualisierung praktische Grenzen gesetzt sind, wird in diesem Bericht ebenfalls deutlich: „Chambless und Ollendick (2001) fanden 108 empirisch abgesicherte Manuale zur Behandlung von Erwachsenen und 37 weitere zur Behandlung von Kindern. Diese 145 Manuale deckten aber nur 51 von 392 Diagnose- und Problemgruppen ab. Selbst wenn die Manualisierung für weitere Störungsbilder zügig fortschreiten sollte, wäre es in der Praxis kaum vorstellbar, dass Therapeuten so viele Behandlungsmanuale beherrschen könnten, dass es in der alltäglichen Arbeit von Wert wäre.“ Und man muss hinzufügen, das selbst wenn es für alle Diagnosegruppen Manuale gäbe, der Therapeut immer noch keine Manuale für die nicht geringe Zahl von Patienten mit Ko- und Multimorbidität hätte. Aber auch die bereits existierenden Manuale reichen nicht aus, um gute Therapien durchführen zu können. Neben der Orientierung auf die Diagnose sind für die Gestaltung des therapeutischen Prozesses weitere Faktoren (wie z. B. die Gestaltung der therapeutischen Arbeitsbeziehung, s. o.) bedeutsam. In vielen Diskussionen wird die Bedeutung von Manualen überschätzt. Psychotherapeutische Praxis ist eben mehr als die bloße Ausführung von Handlungsanweisungen.

Zurück zum Verhältnis von Forschung und Praxis. Die Dominanz der Wissenschaft führt dazu, dass wichtige Fragen, die in der und aus der Praxis entstehen, vernachlässigt werden. Wenn der wissenschaftliche Diskurs sich zu sehr auf eine diagnose-spezifische Behandlung konzentriert, wird ein großer Teil der Realität praktischer Psychotherapie ausgeblendet. Hier wäre ein Rückgriff auf epidemiologische und Versorgungsforschung sinnvoll, z. B. für Fragen zur Häufigkeit von Ko- und Multimorbidität. Aber auch vielfältige Fragen zum Verstehen und zu Interventionstechniken bei der Behandlung dieser Patienten sind bisher nicht ins Blickfeld der Forschung geraten.

Eine Forschung, die lediglich auf Diagnosespezifität orientiert ist, macht sich zum Instrument von kurzfristigen Effektivitätsforderungen, die an der Realität der Versorgungspraxis mit vielen schwer gestörten Patienten vorbeigeht.

Literatur

- Brandl, Y., Bruns, G., Gerlach, A., Hau, S., Janssen, P. L., Kächele, H., Leichsenring, F., Leuzinger-Bohleber, M., Mertens, W., Rudolf, G., Schlösser, A.-M., Springer, A., Stuhr, U., Windaus, E. (2004) Psychoanalytische Therapie. Eine Stellungnahme für die wissenschaftliche Öffentlichkeit und für den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie. Forum der Psychoanalyse 20 (1), März 2004
- Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, T., Keller, W., Krawietz, B., Langer, M., Oberbracht, C., Stehle, S., Stennes, M., Rudolf, G. (2005) Differentielle Wirkungen zweier psychoanalytischer Therapieformen. Ergebnisse der Heidelberg-Berlin-Studie. (In Vorbereitung)
- Grawe, K. (2005) (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? Psychotherapeutenjournal, 1, 4 – 11
- Jung, C. G. (1973) GW 5, § 672
- Psychotherapeutenkammer Hessen (2004) Das Verhältnis von Praxis, Profession und Wissenschaft. Psychotherapeutenjournal, 4, 376 – 377
- Rudolf, G., Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, Th., Keller, W., Oberbracht, C., Pauli-Magnus, C., Stehle, S., Wilke, S. (2001) Strukturelle

Veränderungen in psychoanalytischen Behandlungen – Zur Praxisstudie analytischer Langzeittherapien (PAL) in: Stuhr, U.; Leuzinger-Bohleber, M.; Beutel, M. Langzeit-Psychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler. Stuttgart: Kohlhammer
Tschuschke, V.; Heckrath, C.; Tress, W. (1997) Zwischen Konfusion und Maku-

latur: Zum Wert der Berner Psychotherapie-Studie von Grawe, Donati und Bernauer. Göttingen: Vandenhock & Ruprecht.
Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2005) Stellungnahme zur Psychodynamischen Psychotherapie bei Erwachsenen, Deutsches Ärzteblatt (PP), Heft 1, Januar 2005

Dipl.-Psych. Reiner Dilg (PP)

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Charité-Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin
Praxis für Psychoanalyse und Psychotherapie
Zehdenickerstr. 1
10119 Berlin
dilg@zedat.fu-berlin.de

„Für die tägliche Praxis nahezu unverzichtbar“

Deutsches Ärzteblatt, Heft 24, 2000

Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis - MHP

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

Loseblattwerk in 2 Ordnern. Ca. 2.800 Seiten. € 118,-* ISBN 3-938909-02-1

oder: CD-ROM mit Booklet. € 118,-* ISBN 3-938909-02-1

oder: Kombi-Ausgabe Loseblattwerk und CD-ROM. € 167,-* ISBN 3-938909-09-9

* Zzgl. 3 bis 4 Aktualisierungen jährlich zu je ca. € 40,- bis € 50,- pro Lieferung / je € 49,- pro CD-ROM-Update bzw. € 32,- für Kombi-Abonnenten.

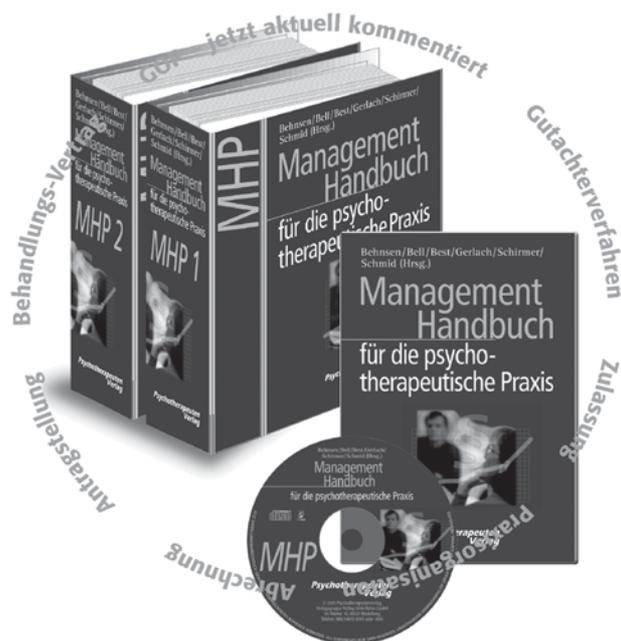
In lexikalischer Form werden Themen wie z. B. Antragsstellung, Abrechnung, Auskunftspflicht, Behandlungsvertrag, Kooperationsformen, Patientenrechte, Versicherungen, Zulassungsfragen und vieles mehr behandelt.

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

Psychotherapeutenverlag, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH
Im Weiher 10, 69121 Heidelberg.

Kundenbetreuung München:

Bestell-Tel. 089/54852-8178, Fax 089/54852-8137, E-Mail: kundenbetreuung@hjr-verlag.de



60706414

**Psychotherapeuten
Verlag**

Der neue Psychotherapeutenverlag



ISSN 1611-0773
D 60843
4. Jahrgang

**Psychotherapeuten-
journal**
www.psychotherapeutenjournal.de

Organ der Bundespsychotherapeutenkammer und der
Psychiaterkammern Baden-Württemberg,
Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen,
Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland und
Schweiz/Helvetien

7/2005
74. Jahrgang 5, 91 205

- Gesundheitsziele für Deutschland. Depression im Blickpunkt
- Die Psychiatrie in Zeiten evidenzbasierter Medizin. Fehlentwicklungen und Korrekturvorschläge
- Warum finden Menschen mit geistiger Behinderung so schwer einen ambulanten Psychotherapieplatz?
- Empirische Forschung in der Psychoanalyse

Psychotherapeuten
Verlag

Martin H. Stellflug

**Niederlassung für
Psychotherapeuten**

Berufs- und vertragsarzt-
rechtliche Fragen

NEU

Behnen/Bell/Best/Gerlach/
Schirmer/Schmid (Hrsg.)

**Praxisorganisation für
Psychotherapeuten**

Arbeitsblätter für Praxisführung
und Existenzgründung

Eine elektronische Ergänzung zum MHP

NEU

**Computer-Programme
in der psychotherapeutischen
Praxis**

Eine Darstellung der Funktionalität
Benutzerfreundlichkeit von Programmen
denen die wesentlichen Aufgaben
Psychotherapie-Praxis zu bewältigen

Frédéric Gault, Dipl.-Psychologe, Psychotherapeut
Psychologische Praxis, Reutlingen

Inhaltsübersicht

1	Hilfsprogramme	Rn.	2.1.4	Praxis
2	Ablenkungsprogramme	3-4	2.1.5	Praxis
2.1	Inhalte der einzelnen	5-72	2.1.6	Praxis
2.1.1	Elkatz	8-22	2.1.7	Praxis
2.1.2	Fischer	17-23	2.1.8	Praxis
2.1.3	Indem	24-29	2.1.9	Praxis
		31-35	2.1.10	Praxis

Schlagwortübersicht:

Anforderungen an die Hardware	Rn.	17	Diskussion
Anzahl eines Programms	18	18	Diskussion
Benutzer	19	19	Diskussion
BDI	20	20	Diskussion
Behandlungstherapie	21	21	Diskussion
Blanco-Fernstudien	22	22	Diskussion
Brain	23	23	Diskussion
Brady	24	24	Diskussion
Diagnostik	25	25	Diskussion
Diagnostik	26	26	Diskussion
Diagnostik	27	27	Diskussion
Diagnostik	28	28	Diskussion
Diagnostik	29	29	Diskussion
Diagnostik	30	30	Diskussion
Diagnostik	31	31	Diskussion
Diagnostik	32	32	Diskussion
Diagnostik	33	33	Diskussion
Diagnostik	34	34	Diskussion
Diagnostik	35	35	Diskussion

Das/Die Psychotherapeuten-
Management-Handbuch für die psycho-
therapeutische Praxis

Behnen/Bell/Best/Gerlach/
Schirmer/Schmid (Hrsg.)

**Management-
Handbuch
für die psycho-
therapeutische Praxis**

MHP 1

MHP 2

MHP

NEU

Behnen/Bell/Best/Gerlach/
Schirmer/Schmid (Hrsg.)

**Management-
Handbuch
für die psycho-
therapeutische Praxis**

MHP

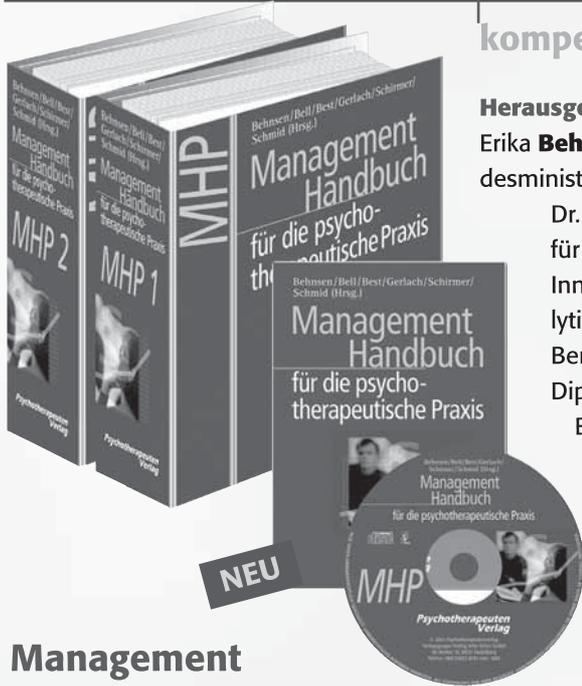
Psychotherapeuten
Verlag

NEU

„Für die tägliche Praxis nahezu unverzichtbar“
Deutsches Ärzteblatt

**Psychotherapeuten
Verlag**

Das Standardwerk



Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis – MHP

Loseblattwerk in 2 Ordnern.
Ca. 2.800 Seiten. € 118,-*
ISBN 3-938909-01-3

Oder:
CD-ROM mit Booklet. € 118,-*
ISBN 3-938909-02-1

Oder:
Kombi-Ausgabe
Loseblattwerk und CD-ROM.
€ 167,-*. ISBN 3-938909-09-9

kompetent

Herausgegeben von

Erika **Behnsen**, Ministerialrätin im Bundesministerium für Gesundheit,

Dr. med. Karin **Bell**, Fachärztin für Psychotherapeutische und Innere Medizin, Psychoanalytikerin, Stv. Vorsitzende des Berufsverbandes u. d. DGPM.

Dipl.-Psych. Dieter **Best**, Stv. Bundesvorsitzender der Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten, Vizepräsident der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz (Redaktion), Hartmut **Gerlach**, RA und Justiziar der Landespsychotherapeutenkammer Baden-

Württemberg (Redaktion), RA Horst Dieter **Schirmer**, Justiziar der KBV und der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Rudolf **Schmid**, Leitender Direktor des Klinikum Hannover sowie Professor an der Universität Hannover.

* Zzgl. 3 bis 4 Aktualisierungen jährlich zu je ca. € 40,- bis € 50,- pro Lieferung / je € 49,- pro CD-ROM-Update bzw. € 32,- für Kombi-Abonnenten.

praxisnah

- Welche Besonderheiten gelten bei der Psychotherapie mit beihilferechtigten Patienten?
- Welches Abrechnungsprogramm eignet sich für Ihre Praxis am besten?
- Was ist bei der Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten zu beachten – wie sind die Ausbildungsverordnungen auszulegen?
- Welche Psychotherapieverfahren gibt es und wie grenzen sie sich voneinander ab?
- Welches sind die Mindestvoraussetzungen bei der Dokumentation?
- Welchen Anforderungen muss die Rechnung bei der Privatbehandlung genügen?
- Wann komme ich in die Plausibilitätsprüfung?
- In welchem Umfang müssen Patienten über die Behandlung aufgeklärt werden, um haftungsrechtlichen Risiken zu entgehen?

Die Antworten auf Ihre Fragen zu Praxis und Recht gibt Ihnen das Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis. Alle relevanten Themen werden anhand einzelner Beiträge in alphabetischer Reihenfolge behandelt. Praxisnahe Beispiele und Muster erleichtern Ihnen Ihre tägliche Arbeit.

Für Ihren erfolgreichen

Niederlassung für Psychotherapeuten

Berufs- und vertragsrechtliche Fragen. Von Dr. jur. Martin H. Stellpflug. 2005. X, 194 Seiten. Gebunden. € 46,-. ISBN 3-7685-0537-5



Die perfekte Ergänzung zum MHP

übersichtlich

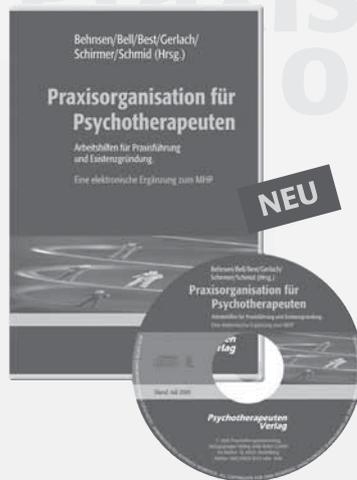
In dem Rechtsvorschriftenteil finden Sie alle für Sie wesentlichen Vorschriften wie z.B. Beihilfavorschriften, PsychThG, GOP, ZulassungsVO etc.

Unter „Glossar“ finden Sie außerdem ein Verzeichnis mit allen für Sie wichtigen Begriffsdefinitionen.

Mit den regelmäßig erscheinenden Aktualisierungslieferungen halten wir die Beiträge und Rechtsvorschriften für Sie auf aktuellem Stand. Neue Themen und Entwicklungen greifen wir zeitnah auf.

Pressestimme:

„Das Handbuch ist nach In-Kraft-Treten des Psychotherapeutengesetzes (PTG) **für die tägliche Praxis nahezu unverzichtbar.** ... In der Loseblattsammlung werden PTG, Psychotherapie-Richtlinien und -Verfahren, Kammergesetzgebung, Ausbildungs- und Prüfungsverordnung, Bedarfsplanung, Honorarverteilung, Gutachterverfahren, Zulassung und vieles mehr nicht nur erklärt. Die Herausgeber und Autoren, die an der Entstehung dieser Bestimmungen mitgewirkt haben, kommentieren diese auch **praxisrelevant** ...“. *Deutsches Ärzteblatt, Heft 24/2000*



Praxisorganisation für Psychotherapeuten

Arbeitshilfen für Praxisführung und Existenzgründung. Eine elektronische Ergänzung zum MHP.

Von Erika Behnsen, Dr. med. Karin Bell, Dipl.-Psych. Dieter Best, Hartmut Gerlach, Horst D. Schirmer und Prof. Dr. Rudolf Schmid. 2005. CD-ROM mit Booklet. € 79,-*.

Vorzugspreis für Abonnenten des MHP € 64,-*.

*Zzgl. 2 Updates pro Jahr zu je € 35,-/€ 28,- für MHP-Abonnenten. ISBN 3-938909-04-8

Planen Sie die Übernahme einer psychotherapeutischen Praxis, möchten Sie eine Praxis gründen oder sind Sie bereits als niedergelassener Psychotherapeut tätig? Die neue CD-ROM dient als

Instrument, das Ihnen in jeder Phase der Praxisorganisation, bei den vorbereitenden wie bei den laufenden Tätigkeiten, Ihre Arbeit erleichtert. Das bewährte Herausgeber- und Autorenteam des MHP hat die Materialien für Sie zusammengestellt und garantiert umfassende und fundierte Erläuterungen.

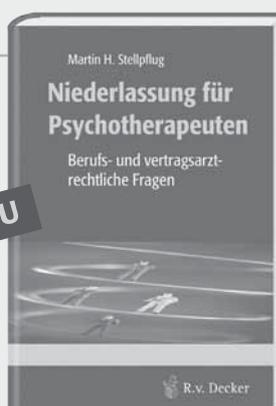
Auf der CD-ROM finden Sie eine Vielzahl von unterschiedlichen Musterverträgen, Checklisten und Vorlagen für Rechnungen u.v.m. Sie werden jeweils erläutert und bieten eine kompetente Begleitung vom Abschluss eines Praxis-Mietvertrages, eines Ehevertrages bis hin zur Rechnungsstellung für Privatpatienten und zur Kostenerstattungsvereinbarung bei IGeL-Leistungen. Weitere Materialien sind u.a.

- ein Arbeitsvertrag für eine Arzthelferin,
- ein Vertrag bei Praxisübernahme,
- Muster für eine Honorarausfallvereinbarung,
- eine Schweigepflichtentbindung und
- eine Checkliste zur Unterrichtspflicht.

Die Volltextsuche ermöglicht Ihnen das einfache und schnelle Finden einzelner Textstellen und Dokumente. Sie können dort Lesezeichen, Notizen und Textmarken setzen.

Alle Dokumente sind exportierbar und können Ihren individuellen Erfordernissen angepasst werden.

Start



Dr. iur. Martin Stellpflug, M.A., ist Justiziar der Bundespsychotherapeutenkammer. Er kennt die Problematik der Niederlassung aus eigener Beratungspraxis. Das Buch dient Ihnen als konkrete Handreichung. Es unterstützt Sie nicht nur bei zulassungsrechtlichen Fragen, sondern informiert auch über die allgemeinen Pflichten und die Berufspflichten. Den Kooperationsmöglichkeiten, die sich einem Psychotherapeuten bieten, wird ein eigener Abschnitt gewidmet.

Ein Anhang mit notwendigen Materialien, dem Bundesmantelvertrag Ärzte und der Zulassungsordnung ergänzt das Werk.



Die Fachzeitschrift

Psychotherapeuten- journal

**Abonnementpreis 2005
für 4 Ausgaben pro Jahr € 58,-*.
Ermäßigt € 29,-* (für Studenten,
Schüler und Auszubildende gegen
gültige Bescheinigung).
Einzelheft: € 20,-* .
* Zzgl. € 14,- Versandkosten
Inland / € 17,- Ausland**

Das Psychotherapeutenjournal publiziert Beiträge, die sich – direkt oder indirekt – auf die Prävention, Therapie und Rehabilitation psychischer Störungen beziehen. Es beleuchtet psychische Aspekte somatischer Erkrankungen sowie wissenschaftliche, gesundheitspolitische, berufs- und sozialrechtliche Aspekte der Aus-, Fort- und



Weiterbildung sowie die Berufspraxis von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Die Zeitschrift ist der Methodenvielfalt in der Psychotherapie und ihren wissenschaftlichen Grundlagen und ihren wissenschaftlichen Grundprinzipien sowie der Heterogenität

der Tätigkeitsfelder der Psychotherapeuten verpflichtet.

Das Psychotherapeutenjournal ist Organ der Bundespsychotherapeutenkammer und der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Schleswig-Holstein und somit unverzichtbare Fachliteratur für alle Psychotherapeuten.

Bestellcoupon

WA 20389

.....
Praxis

.....
Name

.....
Straße

.....
PLZ/Ort

**Psychotherapeutenverlag
Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH
Kundenbetreuung München
Emmy-Noether-Straße 2
80992 München**

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

- Loseblattwerk in 2 Ordnern. Ca. 2.800 Seiten. € 118,-*.
ISBN 3-938909-01-3
- CD-ROM mit Booklet. € 118,-*. ISBN 3-938909-02-1
- Kombi-Ausgabe. Loseblattwerk und CD-ROM. € 167,-*.
ISBN 3-938909-09-9
- Behnsen/Bell/Best/Gerlach/Schirmer/Schmid
Praxisorganisation für Psychotherapeuten
CD-ROM mit Booklet. € 79,-*. Vorzugspreis für Abonnenten des
MHP € 64,-*. ISBN 3-938909-04-8
- * Zzgl. Aktualisierungen/Updates
- Martin H. Stellpflug
Niederlassung für Psychotherapeuten
X, 194 Seiten. Gebunden. € 46,-. ISBN 3-7685-0537-5
- Psychotherapeutenjournal**
kostenloses Probeheft

.....
Datum Unterschrift

Sie haben das Recht, diese Bestellung innerhalb von 14 Tagen nach Lieferung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Der Widerruf erfolgt schriftlich oder durch fristgerechte Rücksendung der Ware an den Verlag (Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Emmy-Noether-Str. 2, 80992 München). Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs oder der Ware (Datum des Poststempels). Bei Loseblattwerken können Sie das Werk drei Wochen lang unverbindlich prüfen. Die Aktualisierungslieferungen erhalten Sie - bis zum Widerruf bzw. zur Kündigung - zum jeweils gültigen Seitenpreis automatisch zugesandt.

Wenn Sie künftig unsere interessanten Angebote nicht mehr erhalten möchten, können Sie bei uns der Verwendung Ihrer Daten für Werbezwecke widersprechen. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.



Mitteilungen der Bundespsychotherapeutenkammer

Chancen und Risiken einer Musterweiterbildungsordnung – Symposium der Weiterbildungskommission der BPTK

Am 15. Juni 2005 fand in der Geschäftsstelle der Bundespsychotherapeutenkammer auf Einladung der Weiterbildungskommission ein Expertensymposium zur Musterweiterbildungsordnung (MWBO) statt. Hierbei wurden von geladenen Experten und Mitgliedern der Kommission die rechtlichen Rahmenbedingungen, die Chancen und Risiken sowie mögliche inhaltliche Ausgestaltungen einer Weiterbildungsordnung referiert und mit Vertretern der Landespsychotherapeutenkammern diskutiert. Der erste Teil der Veranstaltung widmete sich dabei den allgemeinen Aspekten einer Weiterbildungsordnung, während am Nachmittag vier externe Experten zu verschiedenen Aspekten einer möglichen Weiterbildung in einem Bereich „Somatopsychologie“ referierten.

In seinem Eingangsreferat fasste Ulrich Wirth für die Kommission die in der Kollegenschaft vielfach geäußerten Bedenken gegenüber einer Weiterbildungsordnung zusammen und stellte ihnen die Chancen und Perspektiven gegenüber. Bedenken werden geäußert hinsichtlich:

- einer Abwertung der Ausbildung wie auch der Potentiale von Fortbildung
- einer Diversifizierung der Qualifikation von Psychotherapeuten
- möglicher sich verschärfender Versorgungsengpässe aufgrund zu hoher Anforderungen in einer Weiterbildung
- negativer Auswirkung auf Abrechnungsmöglichkeiten
- einer Entwicklung hin zu spezialisierten Fachpsychotherapeuten
- möglicher unentgeltlicher Klinikaktivitäten während der Weiterbildung
- einer Gefährdung der Gleichstellung des PP und KJP mit der fachärztlichen Qualifikation

- einer Gefährdung der Grundorientierung als auch einer Zementierung der Schulenorientierung in der Psychotherapie

Als zentrale Chancen, die in einer Weiterbildungsordnung liegen, hob Ulrich Wirth u. a. hervor:

- die Wahrnehmung der Definitionshoheit durch die Psychotherapeuten als verkammerter Beruf und damit Ablösung der aktuell bestehenden Fremdbestimmung (bspw. Regelungen zur Qualifikation in Zweit- und Drittverfahren durch die KVn)
- Erschließung neuer Tätigkeitsfelder außerhalb der klassischen PT-Anwendungsgebiete
- wirksame Kommunikation der spezifischen Kompetenz in Richtung Kostenträger sowie kooperierenden Berufsgruppen und Patienten
- positive Rückwirkungen auf das Berufsbild und Forschungsaktivitäten
- verbesserte institutionelle Verankerung; Zuwachs an Verantwortung und Zuständigkeiten
- sozialrechtliche Implikationen (Abrechnungsmöglichkeit von zusätzlichen Ziffern)
- Entwicklung einer normierten Strukturqualität der beruflichen Qualifikation durch eine Vereinheitlichung des Curriculums, wie sie über Fortbildungscurricula nicht erreichbar ist.

Ergänzend wurden die inhaltlichen Kriterien an eine Weiterbildung sowie zusätzliche Instrumente zur Abwehr der antizipierten Risiken dargestellt, die in Form einer Richtlinie zur MWBO verabschiedet werden sollten. Als zentrale Kriterien wurden genannt: ein epidemiologisch nachgewiesener Bedarf an wirksamen, spezifischen

Behandlungen, ein erheblicher Umfang der erforderlichen Weiterbildung sowie spezifischer neuer Kenntnisse und klinisch-praktische Erfahrungen in einem Weiterbildungsbereich, ein geringer Anknüpfungsgrad an Inhalte der Ausbildung und die Notwendigkeit der Vermittlung der Weiterbildungsinhalte im Rahmen klinischer Tätigkeit in speziell orientierten Einrichtungen. Als weiteres Kriterium in dieser Richtlinie zur MWBO solle hinzutreten, dass sich eine Weiterbildung nur auf Bereiche außerhalb der typischen Anwendungsbereiche von Psychotherapie (ICD-10: F1 – F9) beziehen darf. In der Diskussion wurde auch geäußert, dass die Nichtverabschiedung einer MWBO keinerlei Garantie gäbe, dass die genannten Risiken nicht einträten.

Rechtsanwalt Dr. Ulrich Grau ergänzte, dass die Kammern relativ frei seien in der Ausgestaltung des Weiterbildungsrechts, insbesondere für die Bereiche (Zusatzbezeichnungen) gebe es (im Gegensatz zu den Gebieten) nach den Vorgaben der Heilberufsgesetze keinerlei Tätigkeitsbeschränkungen oder sonstige Einschränkungen. Weiterhin seien bundesweit einheitliche Regelungen zum Weiterbildungsrecht (MWBO) eine notwendige und ausreichende Voraussetzung zum Erhalt von Abrechnungsgenehmigungen für psychotherapeutische Leistungen, die besonderer Kenntnisse und Erfahrungen oder weiterer Anforderungen an die Strukturqualität bedürfen, und hinsichtlich der normierten Qualifikationsanforderungen bindend für die Partner der Bundesmantelverträge. Auch Bestimmungen zur Sonderbedarfszulassung knüpften zwingend an eine Weiterbildungsordnung an und setzten eine solche voraus.

Kommissionsmitglied Prof. Dr. Dietmar Schulte illustrierte den ständigen Wissens-

zuwachs in der Psychotherapieforschung, der allein für sich genommen bereits eine riesige Herausforderung an die stetige Fortbildung der Psychotherapeuten darstelle. Daneben habe es in den letzten zehn Jahren bedeutende Fortschritte in der psychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen (ohne komorbide psychische Störung) gegeben, die nach derzeitigen Bestimmungen der Psychotherapierichtlinien in der ambulant psychotherapeutischen Versorgung nicht umgesetzt werden können. Hier ergebe sich gerade für die großen chronischen Volkskrankheiten ein riesiger, zurzeit ungedeckter Versorgungsbedarf, der nicht nur zu einer Verbesserung der Lebensqualität betroffener Patienten, sondern auch zu wirtschaftlicheren Behandlungen führen könne. Zugleich könne die Vermittlung des erforderlichen Wissens und der klinischen Kompetenzen nicht noch zusätzlich im Rahmen der Ausbildung der PP und KJP, sondern, für entsprechend interessierte PP und KJP, erst im Anschluss daran in einer Weiterbildung geleistet werden. Um eine Zersplitterung des Fachs zu verhindern und zugleich neue Tätigkeitsfelder etablieren zu können, solle sich die Weiterbildung auf neue Anwendungsbereiche der Psychotherapie beschränken: die Neuropsychologie und die Somatopsychologie. Ergänzend hierzu würden Weiterbildungsregelungen für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (für PP) und für weitere psychotherapeutische Verfahren (Zweit- und Drittverfahren) vorgeschlagen. In den Diskussionen wurden insbesondere die Ankündigungsfähigkeit curricularer Fortbildungen und deren Perspektiven mit Blick auf sozialrechtliche Konsequenzen, sowie die Gestaltungsmöglichkeiten der Kammern in diesem Bereich angesprochen. Auch die Grenzziehung zum „klassischen“ Anwendungsbereich sowie die Nahtstellen und die Abgrenzung zwischen „Somatopsychotherapie“ und nicht heilkundlichen psychologischen Interventionen wurden intensiv diskutiert.

Im zweiten Teil der Veranstaltung stellte Dr. Ruth Weinzierl ihr Tätigkeitsfeld als KJP in einer Kinderklinik vor. Sie sah die in ihrem Arbeitsfeld erforderlichen Basisfertigkeiten durch die Ausbildung als KJP weitgehend

abgedeckt, bemängelte jedoch fehlende strukturierte Qualifikationsangebote zum Erwerb der spezifischen fachlichen Kompetenzen (u. a. med. Kenntnisse, Elternarbeit, Systemkenntnisse).

Prof. Dr. Winfried Rief betonte in seinem Beitrag, dass sich die erforderlichen spezifischen Kenntnisse und therapeutischen Ansätze bei der Behandlung von somatisch erkrankten Patienten deutlich unterscheiden. Die Weiterentwicklung der Behandlungsansätze in diesem Bereich dokumentiere sich auch in den verschiedenen Fortbildungscurricula der einzelnen Fachgesellschaften, wie z. B. zur psychologischen Schmerztherapie, Psychoonkologie, Psychodiabetologie, Verhaltensmedizin oder Biofeedback. Aufgrund der Überschneidungen und Spezifika der zahlreichen Curricula böte sich daher gerade auch unter Versorgungsaspekten eine psychotherapeutische Weiterbildung in Somatopsychologie an, bestehend aus einem Basismodul sowie optionalen Bausteinen zu bestimmen, häufig komorbid bestehenden somatischen Erkrankungen und spezifischen Interventionen. Er sehe für den Bereich psychologischer Interventionen bei körperlichen Erkrankungen einen enormen Bedarf, der insbesondere im ambulanten Bereich vollständig ungedeckt sei.

Prof. Dr. Almuth Sellschopp wies aus tiefenpsychologischer Perspektive für den Bereich der onkologischen Erkrankungen auf die Besonderheiten der Diagnostik, der Behandlungsziele, der Behandlungsverläufe und der erforderlichen Interventionen bei diesen Patienten hin. Hierbei seien auch besondere Qualifikationen in der Beratung von Patienten erforderlich, die weit mehr als eine abgespeckte Psychotherapie darstellten. Diese Kompetenzen seien sinnvollerweise in curricularer Form zu vermitteln und sollten mit einer klinischen Tätigkeit in speziellen Settings verknüpft werden. Sie unterstütze aufgrund ihrer Erfahrungen die Perspektive einer Weiterbildung

zur Psychotherapie chronisch und schwer somatisch erkrankter Menschen mit einem gemeinsamen Basismodul und optionalen Bausteinen zur Vertiefung.

Abschließend umriss Dr. Heiner Vogel den Bedarf und die Entwicklungsperspektiven somatopsychologischer Ansätze im institutionellen Bereich, in Medizinischen Versorgungszentren, der Medizinischen Rehabilitation und der stationären Akutversorgung. Er verdeutlichte anhand aktueller epidemiologischer und Versorgungsdaten die bestehenden Defizite hinsichtlich der Diagnostik und psychotherapeutischen Mitbehandlung von Patienten in somatischen Abteilungen und Krankenhäusern und plädierte für einen Ausbau der psychologischen Konsil- und Liaison-Dienste. Aufgrund der potentiell günstigen Effekte indizierter heilkundlich-psychologischer Interventionen auf den Genesungsverlauf und die Verweildauern von Patienten könne in Zeiten der DRG ein Ausbau solcher Dienste für Krankenhausträger auch unter Kostenaspekten attraktiv werden.

In der anschließenden Diskussion wurde die Frage der sinnvollsten Qualifikationswege und -orte für Psychotherapeuten in den verschiedenen Bereichen intensiv thematisiert. Die Integration von Behandlungen schwer und lebensbedrohlich erkrankter Patienten in die Ausbildung, so einzelne Stimmen, sei zu fördern, auch um Psychotherapeuten in Ausbildung für neue Berufsfelder gewinnen zu können, unabhängig davon, ob die spezifische Qualifikation in Form von Weiter- oder Fortbildungen angeboten würde. Einigkeit bestand unter den Teilnehmern hinsichtlich des vorhandenen und weiter zunehmenden Bedarfs an qualifizierten psychologisch-psychotherapeutischen Hilfen für Menschen mit chronischen körperlichen Erkrankungen und der damit einhergehenden Entwicklungschancen für das Berufsbild der Psychotherapeuten.

Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung – Häufig gestellte Fragen – Kommission „Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung“ der BPTK

1. Warum wird das Thema im Gesundheitswesen derzeit so intensiv und kontrovers diskutiert?

Im Gesundheitsreformgesetz (2000) und nachfolgend im Gesundheitsstrukturgesetz, im Fallpauschalengesetz (2002) sowie im

Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz (2003) wurde im Sozialgesetzbuch V (SGB V, § 135 bzw. § 135a) die Durchführung von Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung auch in der ambulanten Versorgung gesetzlich festgelegt: „Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden“. An gleicher Stelle wird weiterhin gefordert, dass alle Leistungserbringer (also sowohl Ärzte als auch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) verpflichtet sind, sich an Maßnahmen zu beteiligen, die auch das Erfassen von Ergebnisqualität gestatten sollen.

Schon seit langem sind Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung ein Thema für den Bereich der stationären Versorgung. Die erneute Diskussion ist auch auf dem Hintergrund der zunehmend kritischen finanziellen Situation im Gesundheitswesen zu sehen. Insgesamt liegt eine fach- und sachgerechte Form des Qualitätsmanagements und der Dokumentation der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Interesse von betroffenen Patientinnen und Patienten, der Solidargemeinschaft der Krankenversicherten, aber auch der Leistungserbringer (Ärzte, Psychotherapeuten, Kliniken). Ziel ist dabei, dass die vorhandenen Ressourcen des Gesundheitssystems angemessen und möglichst effektiv genutzt werden können.

Befürwortende Stimmen erhoffen sich folgende Auswirkung:

- mehr Transparenz der Angebote der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung, die einer zunehmend kritischen und aktiven Rolle der Patienten in der Auswahl von Behandlungen und Behandlern gerecht werden
- Verbesserung der Versorgung bei gleichzeitig „gerechter“ Verteilung der Ressourcen,
- angemessene Außendarstellung der Profession
- effizientere Organisation der Arbeitsabläufe

- Absicherung hoher Qualitätsstandards durch ständige Überprüfung und Weiterentwicklung der Arbeitsabläufe

Kritische Stimmen äußern zu diesem Thema folgende Befürchtungen:

- Die Maßnahmen werden durch Bürokratisierung zu einer zusätzlichen Belastung von Kolleginnen und Kollegen führen und damit letztlich die Versorgung eher verschlechtern
- Die Maßnahmen werden zu einer verstärkten externen Kontrolle führen, die Gestaltungsmöglichkeiten therapeutischen Handelns einschränken und einen ungünstigen Einfluss auf therapeutische Prozesse haben
- Die Maßnahmen werden zu einem „Benchmarking“ (Leistungsvergleich zwischen Praxen) führen, die vor allem die Behandlung schwer und chronisch kranker Patienten mit ungünstiger Prognose unattraktiv macht und deren Versorgung verschlechtert
- Die Maßnahmen dienen einseitig den Interessen der Krankenkassen an Kostenersparnis
- QM ist ein zusätzlicher Zeit- und Kostenfaktor für Praxen und Institutionen
- Obwohl eine Zertifizierung gesetzlich nicht gefordert ist, wird ein „Zertifizierungssog“ entstehen. Dies wird die Krankenkassen dazu einladen, Einzelverträge ausschließlich mit zertifizierten Praxen abzuschließen

2. Wer ist für die Erstellung von Richtlinien und die Gestaltung von entsprechenden Maßnahmen für die Psychotherapie zuständig?

Im berufsrechtlichen Sinne fällt die Ausgestaltung von QM und QS in den Kompetenzbereich der Landespsychotherapeutenkammern. Im Sinne des Sozialrechts sind im Bereich der ambulanten Versorgung die Kassenärztlichen Vereinigungen für die Einführung und Durchführung von Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung verantwortlich (§ 136 SGB V). Die Entwicklung von Kriterien zum Qualitätsmanagement liegt dabei nach geltendem Recht beim Gemeinsamen Bundesausschuss, also jenem Gremium, dem in der Besetzung für die vertrags-

ärztliche Versorgung (gemäß § 91 Abs. 5 SGB V) Vertreter der Leistungserbringer (also der Ärzte und Psychotherapeuten in der KBV) und der Krankenkassen sowie mit beratender Stimme auch Patientenvertreter angehören.

3. Was ist der Unterschied zwischen Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung?

Der Begriff Qualitätsmanagement hat seit 1995 (Übersetzung der ISO-Norm 8402) die bisherige übergeordnete Bezeichnung Qualitätssicherung abgelöst. Nach der DIN EN ISO-Norm 9000 (2000) ist unter Qualitätssicherung jener Teil des Qualitätsmanagements zu verstehen, der alle Maßnahmen umfasst, mit denen Qualitätsanforderungen erfüllt werden.

Damit bedeutet QM die Definition von Bereichen, Prozessen und Zielen, während Qualitätssicherung konkrete inhaltliche Maßnahmen umfasst, die geeignet sind, die definierten Ziele zu erreichen und zu dokumentieren.

Es kann zwischen interner und externer Qualitätssicherung unterschieden werden. Bei der internen Qualitätssicherung behält der Praxisinhaber (bzw. die Klinik) die Verantwortung über den gesamten Prozess, von der Definition der Qualitätskriterien über die Einrichtung eines passenden Instrumentariums, die Durchführung und Auswertung von Dokumentation und Messungen bis zur Qualitätsbeurteilung und -aufrechterhaltung.

Externe Qualitätssicherung bedeutet, dass die Aktivitäten in der Praxis Gegenstand einer externen Überprüfung sind. Für den Bereich der ambulanten Psychotherapie ist das Gutachterverfahren zur Bewilligung der Kostenübernahme ambulanter Psychotherapien im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung die am weitesten verbreitete Maßnahme der externen Qualitätssicherung.¹

Von Donadebian wurde im Jahre 1986 die Unterscheidung von Struktur-, Prozess- und

¹ Das Gutachterverfahren kann zugleich auch als Maßnahme der internen QS genutzt werden.

Ergebnisqualität vorgeschlagen. Auch für den Bereich der Psychotherapie lassen sich unter diesem Ordnungsprinzip folgende Zuordnungen vornehmen, wobei diese sich jeweils auf drei Ebenen der Versorgung beziehen können, nämlich das Gesundheitssystem als Ganzes, eine Behandlungseinrichtung (z. B. Klinik oder Praxis) sowie auf eine konkrete psychotherapeutische Leistung selbst (Härter et al., 2003).

Strukturqualität: Zu strukturellen Merkmalen der Gesundheitsversorgung gehören alle gesetzlichen Verordnungen sowie nachgeordnete Regelungen für diesen Bereich. Wichtig sind dabei z. B. die Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen und deren Umsetzung, die Regelungen von Maßnahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildung, die Ausstattung von Kliniken und Praxen sowie die Finanzierung der Gesundheitsversorgung. Wesentliche Parameter für die Qualität im Versorgungskontext sind dabei der Bedarf an Versorgung, der sich an der Auftretenshäufigkeit (Prävalenz und Inzidenz) von Erkrankungen und Störungen richten sollte, die Versorgungsdichte und damit die Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von wirksamen Leistungen. Auf der Ebene der Behandlungseinrichtung sowie der konkreten Dienstleistung gehören zur Strukturqualität die Qualifikation des Therapeuten (inklusive dessen Fortbildungsmaßnahmen), die Verfügbarkeit der therapeutischen Fertigkeiten, deren individuelle Verfügbarkeit, die Art und Ausstattung der Praxis (z. B. Vorkehrungen zur Einhaltung der Schweigepflicht und des Datenschutzes, Verfügbarkeit von Patienteninformationen über den Ablauf der Therapie) sowie die Organisation von Abläufen innerhalb der Praxis.

Prozessqualität: Hierzu gehört auf der Ebene des Gesundheitssystems u. a. die Vernetzung von Versorgungseinrichtungen und die Auslastung von Einrichtungen; auf der Ebene der Behandlungseinrichtung die Art und Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen, der Ablauf der Behandlung selbst (Aufnahme – Entlassung) sowie die Umsetzung der Kooperation mit anderen Berufsgruppen. Auf der Ebene der konkreten Behandlungsmaßnahme sind insbesondere die Therapeut-Patient-Beziehung sowie die Indikationsstellung von Bedeutung. Ggf. gehört

hierzu auch die Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien.

Ergebnisqualität: Parameter der Ergebnisqualität für die Behandlungseinrichtung sind die Kosten, die Dosis-Wirkungsrelation, Art und Umfang von Komplikationen bei der Behandlung, der durchschnittliche Erfolg und die Stabilität des Erfolgs der Behandlung. Auf der Ebene der konkreten individuellen Behandlung ist der jeweilige Erfolg von Bedeutung, erfassbar durch stattgefundenen Heilung oder Verminderung von Leid, verbesserte Teilhabe am beruflichen und sozialen Leben sowie erhöhter Zufriedenheit und Lebensqualität beim Patienten und/oder dessen Angehörigen.

4. Welche Vorgaben zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement in ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen sind vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu erwarten?

Nach bisher vorliegenden Informationen diskutiert der Gemeinsame Bundesausschuss als Grundelemente eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements folgende Aspekte:

Bereich „Patientenversorgung“ (Beachtung von Leitlinien und Ausrichtung an Qualitätsstandards sowie Patientensicherheit, Patientenmitwirkung und -information; Strukturierung von Behandlungsabläufen)

Bereich „Praxisführung, Mitarbeiter, Organisation“ (u. a. Terminplanung, Datenschutz, Kooperation mit anderen Versorgungseinrichtungen)

Instrumente des internen Qualitätsmanagements (z. B. Zielfestlegung, Zielerreichung, Prozess- und Ablaufbeschreibungen, Patientenbefragungen, Beschwerdemanagement, Notfallmanagement, Dokumentation von Behandlungsabläufen und der Zielerreichung)

5. Gibt es Modelle und Hilfestellungen für die Umsetzung der QM-Maßnahmen in der Praxis?

- Es gibt eine Reihe von Modellen, die zunächst für den Gebrauch in ärztlichen Praxen erarbeitet wurden. Eines der be-

kannteren ist das QEP (Qualität und Entwicklung in Praxen), welches von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entwickelt wurde. Das System ist modular aufgebaut und bietet eine inhaltliche Strukturierung für ein einrichtungsinternes QM in folgenden Bereichen:

- Praxisführung
- Patientenversorgung
- Vermittlung von Informationen und Patientensicherheit
- Mitarbeiter und Fortbildung
- Rahmenbedingungen und Praxisorganisation

Beispiele für Zielbereiche eines QM in der ambulanten Praxis sind:

- Wie gut können Patienten die Praxis und/oder die Praxisinhaber telefonisch erreichen?
- In welchem Zeitraum kann ein Erstgespräch angeboten werden?
- Nach welchen Kriterien und in welchem Zeitraum wird über das Angebot eines Therapieplatzes entschieden?
- Wann und wie werden Patienten weiter verwiesen?
- Wie ist der schriftliche und/oder telefonische Kontakt zu Hausärzten oder anderen überweisenden Ärzten organisiert?
- Wie sind die Abläufe und Handlungsanweisungen für Krisensituationen geregelt (z. B. bei Suizidalität)?

Neben **QEP** (www.kbv.de/QM/) sind als weitere spezifisch für den ambulanten Bereich entwickelte QM-Systeme insbesondere das KWVL-Praxis-Qualitätsmanagement **KPQM** (www.kwvl.de/arzt/q_sicherung/qm/) sowie das QM-System **qu.no** der KV Nordrhein (www.kvno.de) zu nennen.

6. In welchem Zeitraum sollen die Maßnahmen eingeführt werden?

Soweit bisher bekannt wurde, sind zunächst etwa zwei Jahre vorgesehen, um den einzelnen Praxen Zeit für die Implementierung der internen QM-Maßnahmen zu geben. In weiteren 2 Jahren soll die Umsetzung in die Praxis abgeschlossen sein, die dann im 5. Jahr für Dritte nachvollziehbar dokumentiert werden soll. Weiterhin ist vorgesehen, dass nach dieser Zeit bei den KVen angesiedelte QM-Kommissionen stichproben-

artig bei ca. 2,5 % der Niedergelassenen die Darlegungen anfordern und auf dieser Grundlage die getroffenen Maßnahmen hinsichtlich der Praktikabilität, aber auch insgesamt den Nutzen hinsichtlich der Verbesserung der Versorgung überprüfen.

7. Müssen Praxen sich zertifizieren lassen?

Das Sozialgesetzbuch fordert keine Zertifizierung der QM-Systeme. Die Einführung einer Zertifizierungspflicht für QM-Systeme ist vor Ablauf von 5 Jahren nach Inkrafttreten der Richtlinie auch in der Zukunft sicherlich nicht zu erwarten.

8. Werden die QM-Systeme den besonderen Anforderungen des psychotherapeutischen Arbeitens gerecht?

Die verschiedenen QM-Systeme wurden teilweise (z. B. QEP) in Pilotphasen auch in Psychotherapeutischen Praxen erprobt. Bestimmte Aspekte des praxisinternen QM können bspw. bei Einzelpraxen verkürzt oder ganz ausgelassen werden. Der Nutzen der Einführungsveranstaltungen ist stark abhängig von der Trainerauswahl und der Zusammensetzung der Trainingsgruppen. Empfehlenswert ist es, dass sich die Psychotherapeuten und -innen in Gruppen für die Durchführung der Einführungsseminare organisieren.

9. Werden die Maßnahmen zu einer zusätzlichen Belastung der Kolleginnen und Kollegen sowie der Patientinnen und Patienten führen?

Es kann davon ausgegangen werden, dass anstehende Umstellungen und Neuerungen sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für Therapeutinnen und Therapeuten

mit einem Mehraufwand einhergehen. Andererseits werden in nahezu allen Praxen bereits jetzt Maßnahmen zum Qualitätsmanagement und zur Qualitätssicherung durchgeführt. Im Einzelfall wird es darum gehen, diese Maßnahmen systematisch zu dokumentieren und sie ggf. auch darum zu systematisieren bzw. an empfohlene Muster anzupassen. Hierbei kann die Teilnahme an entsprechenden Fortbildungsmaßnahmen hilfreich sein. Die Kammern planen, entsprechende Veranstaltungen anzubieten.

10. Was kosten die Maßnahmen zum QM?

Kosten entstehen sicherlich in Form von Aufwand im Zusammenhang mit notwen-

digen Fortbildungen und einer ggf. notwendigen Umstellung von Praxisroutinen. Zurzeit macht der Wettbewerb der QM-Systeme, die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen, von Berufsverbänden und von anderen Gesellschaften angeboten werden, die jeweiligen Einführungsseminare und Materialien sehr preisgünstig. Schulungen zu QEP werden für circa 150 - 200 € angeboten. Es lohnt sich also, einen Preisvergleich anzustellen. Als positiver Nebeneffekt können aktuelle Maßnahmen des QM/QS – wie beispielsweise die Teilnahme an Qualitätszirkeln – auch als Fortbildungseinheiten angerechnet werden.

Kammermitglieder erhalten Rabattpreis für PSYINDEX

Der **Bundespsychotherapeutenkammer** ist es gelungen, mit dem **Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID)**, Universität Trier, für Kammermitglieder einen 20%igen Rabatt auf die Nutzungsgebühr der Referenzdatenbank PSYINDEX zu vereinbaren. Für 40,- Euro (statt normal 50,- Euro) kann sich ein Mitglied ein Jahr lang rund um die Uhr in PSYINDEX über psychologierelevante Publikationen, Testverfahren und audiovisuelle Medien informieren.

Auf der Homepage des ZPID www.zpid.de ist in der Rubrik „PSYINDEX Jahrespauschale für Verbandsmitglieder“ ein spezielles Anmeldeformular für Verbandsmitglieder hinterlegt. Mit der Anmeldung erklärt das Mitglied sein Einverständnis zur Überprüfung seiner Kammermitgliedschaft durch das ZPID. Sobald die Bestätigung der Mitglied-

schaft vorliegt, erhält das Mitglied sein individuelles Passwort zugeschickt.

Das ZPID, eine zur Leibniz-Gemeinschaft gehörende Serviceeinrichtung, wird von Bund und Ländern finanziert. Es ist verpflichtet, für die Nutzung seiner Datenbank PSYINDEX Entgelte zu erheben.

Für Rückfragen zum Angebot steht im ZPID Frau Bonfig (Tel. 0651/201 2869, bonfig@zpid.de) zur Verfügung.

Geschäftsstelle

Klosterstr. 64
10179 Berlin
Tel 030/27 87 85-0
Fax 030/27 87 85-44
info@bptk.de
www.bptk.de



Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir trauern um unseren ersten Kammerpräsidenten: nach kurzer schwerer Krankheit ist Detlev Kommer am 24. Juli in Berlin verstorben – zu einem Zeitpunkt, als wir ihn schon auf dem Wege der Besserung glaubten. Wir sind erschüttert. Der Verlust ist unermesslich, denn sein ganzes Engagement galt sowohl der Interessenvertretung aller Psychotherapeuten als auch der qualifizierten psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung. Sein viel zu früher Tod hat eine Lücke gerissen, die niemand wird füllen können. Er fehlt uns in unserem Vorstandsteam, er fehlt uns Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den fachpolitischen Gremien auf der Landesebene wie auf der Bundesebene. Mit seiner Kompetenz und Weitsicht hat er uns über so manche Klippe in der durchaus auch schwierigen und mühsamen Aufbauarbeit der Kammer geführt. Wir haben ihm viel zu verdanken. Er hinterlässt uns ein Erbe, dem wir uns zutiefst verpflichtet fühlen und für das wir uns mit ganzer Kraft einsetzen werden.

Ende des Jahres geht die Amtszeit des Kammervorstands der ersten Wahlperiode zu Ende.

Jetzt finden im Herbst die Kammerwahlen für die zweite Vertreterversammlung der LPK statt. Sie wurden von uns bereits im Juli per Mitglieder-Rundbrief darüber informiert, dass die Wahlen in der Zeit vom 13. Oktober bis 11. November (Datum des Poststempels) als Briefwahl durchgeführt werden.

Wir bitten Sie, sich an der Wahl zur Vertreterversammlung zu beteiligen und dem Wahlvorschlag und der Kandidatin bzw. dem Kandidaten Ihres Vertrauens Ihre Stimme zu geben.

Der weitere Ablauf sieht folgendermaßen aus: Nach Auszählung der Stimmzettel wird der Wahlleiter, RA Dr. Vogel, am 21. November das Wahlergebnis dem Kammerpräsidenten und den gewählten Vertretern mitteilen. Spätestens ab 30. November können Sie dann auch auf der Homepage der Kammer nachlesen, wer die Wahl angenommen hat und Mitglied der neuen Vertreterversammlung sein wird.

Am 14. Januar 2006 wird die neu gewählte zweite Vertreterversammlung der LPK zu ihrer konstituierenden Sitzung zusammentreten und den neuen Kammervorstand wählen.

Nachfolgend finden Sie Berichte über die Einführungsveranstaltungen zur Berufsordnung, über den 2. Landespsychotherapeudentag sowie zum Planungsstand des elektronischen Heilberufsausweises. Daran anschließend finden Sie die Vorankündigung einer gemeinsamen Fortbildungsveranstaltung für Apotheker und Psychotherapeuten im Oktober sowie zu dem im November stattfindenden Suchtforum, das die LPK in Zusammenarbeit mit der Landesapothekerkammer (LAK) und dem Regierungspräsidium Karlsruhe durchführen wird.

Bitte richten Sie Ihre Aufmerksamkeit besonders auf den Abschnitt „Neues zur Fortbildung“, denn hier gibt es wesentliche Vereinfachungen für die Akkreditierungen von Interventionsgruppen, Balint- und IFA-Gruppen sowie Qualitätszirkeln.

Mit freundlichem Gruß aus Stuttgart,

Ihr Kammervorstand:

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

Bericht von der „Tour de Ländle“ – Informationsveranstaltungen zur Berufsordnung (BO) an zentralen Orten in Baden-Württemberg waren gut besucht

Seit Inkrafttreten der Berufsordnung am 25. März dieses Jahres hat der Vorstand insgesamt neun Einführungsveranstaltungen zur Berufsordnung (BO) durchgeführt. Daran beteiligt waren auch die Mitglieder des Berufsordnungsausschusses Siegfried Schmieder, Kristiane Göpel und Klaus Häberle sowie zwei Vertreter des Ausschusses Psychotherapie in Institutionen, Roland Straub und Andreas Schale. Die Veranstaltungen fanden mit insgesamt rund 1000

Teilnehmern eine außerordentlich große Resonanz.

Das Programm gliederte sich wie folgt:

1. Allgemeine Einführung mit Erläuterungen zum Entstehungsprozess und Überblick über Struktur und Funktionen der BO mit den Aspekten

■ Klärung der Berufsauffassung

- Standardsetzung für eine „gute Praxis“
- Verpflichtung für das Allgemeinwohl
- Festlegung von Patientenrechten
- Normsetzung zur Gewährleistung der Berufsaufsicht
- Orientierungsfunktion für das Sozialrecht

2. Diskussion in drei Foren zu den spezifischen Fragen und Anliegen nach Schwerpunkt der Berufsausübung: a) in angestellter/verbeamteter Beschäftigung, b) in der

Niederlassung und c) im Tätigkeitsbereich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.

3. Abschlussrunde mit Raum für Fragen und Wünsche an die Kammer sowie Vorstellung des Konzepts der Psychotherapeutenchaften.

Die Erfahrung in allen Veranstaltungen hat gezeigt, wie wichtig es ist, vor Ort mit unseren Kammermitgliedern in die Diskussion zu treten und eben dabei ein offenes Ohr zu haben für die Schwierigkeiten in den einzelnen Arbeitsfeldern, aber auch für die vielen Fragen, mit denen auch Unmut über so manche Regelungen der Kammer zum Ausdruck kam. „Überregulierung“ war ein Stichwort, mit dem wir oft konfrontiert wurden. Dabei zeigte sich jedoch in vielfältiger Weise, dass unseren Mitgliedern die gesetzlichen Vorgaben der Kammerarbeit, etwa die Regelungen des Heilberufekammergesetzes oder z. B. auch die Regelungen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes mit der Konsequenz der Fortbildungsverpflichtung nicht hinreichend bekannt sind. Bezogen auf die Rechte und Pflichten in der Berufsausübung, wie sie in der neuen Berufsordnung definiert sind, gab es rege Diskussionen. Dabei standen Fragen zur Schweigepflicht, Dokumentation, Auskunft und Datenschutz, zur Abstinenz im Mittelpunkt, aber auch Fragen bezüglich der Verbindlichkeit der BO und nach möglichen Sanktionen bei Verstoß gegen die BO.

Spezielle Fragen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bezogen sich auf die Aufklärung bei der Einleitung einer Behandlung, den Umgang mit der Schweigepflicht sowie mit dem Auskunftsverlangen von dritter Seite, z. B. von Kinderärzten, aber auch von Institutionen wie Jugendamt etc. Dazu wurde erläutert, dass nur gegenüber dem überweisenden Kinderarzt, der zur Weiterbehandlung auf Rückmeldung angewiesen ist, eine Berichtspflicht besteht, diese allerdings immer eine schriftliche Entbindung von der Schweigepflicht voraussetzt.

Ein weiteres Themenfeld bezog sich auf die Dokumentation und den Umgang mit dem Einsichtsverlangen des Patienten bzw. deren gesetzlichen Vertretern. Hier ist die

Unterscheidung zwischen der Therapie-Dokumentation mit allen objektivierbaren Daten und den persönlichen Notizen wesentlich, ebenso das Wissen darüber, unter welchen Umständen die Einsicht verweigert werden kann. Speziell angestellte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beschrieben Konflikte durch das Verlangen von Vorgesetzten, Einsicht in die Akten zu nehmen. Hierzu wurde der Hinweis gegeben, bei der Aktenführung die offizielle Dokumentation getrennt zu halten von den persönlichen Notizen.

Zu verdeutlichen war auch, dass unter sorgfältiger Abwägung im Hinblick auf das Kindeswohl die Schweigepflicht dann durchbrochen werden kann oder auch muss, wenn der Patient in der Familie gefährdet, misshandelt oder schwer vernachlässigt wird. In der Diskussion wurde deutlich, dass Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sich in einem Spannungsfeld bewegen, in dem unter Beachtung des informationellen Selbstbestimmungsrechts sowohl des Kindes als auch der Eltern die Schweigepflicht nach beiden Seiten gewahrt werden muss.

Spezielle Fragen der Niedergelassenen betrafen ebenfalls den „Grundsatz des sorgfältigen Abwägens“, also die Sorgfaltspflicht in allen Aspekten der Gestaltung der therapeutischen Beziehung. Dazu zählt u. a. der Umgang mit der Aufklärungspflicht, das Recht des Patienten auf Akteneinsicht, die Schweigepflicht bei Auskunftsverlangen durch Dritte und die Berichtspflicht gegenüber dem überweisenden Hausarzt. Auch hier wurde die Reichweite der Schweigepflicht anhand vieler Beispiele erläutert. Sie gilt gegenüber Personen (z. B. Familienangehörige, auf Wunsch des Patienten auch gegenüber dem Hausarzt), gegenüber Institutionen (z. B. Renten- oder Lebensversicherungsträger) und zeitlich über den Tod des Patienten hinaus. Jegliches Auskunftsverlangen setzt also eine spezifische, auf den konkreten Anlass bezogene Entbindung von der Schweigepflicht durch den Patienten voraus. Dem gegenübergestellt wurde das Recht des Therapeuten auf Offenbarung, z. B. bei drohender Gefahr für Leben und Gesundheit des Patienten oder anderen Personen mit dem relevanten Terminus der „Selbst- oder Fremdgefährdung“.

Spezielle Fragen zum Patientensuizid und Bilanzselbstmord wurden ebenfalls erörtert.

Im Kontext sozialrechtlicher Fragen der Kasenzugelassenen wurde die Vertretungsregelung besprochen: das Recht und die Pflicht, im Krisenfall zu intervenieren, wie es die BO vorsieht, ist sozialrechtlich für unsere Berufsgruppen nicht explizit geregelt. Gleichwohl besteht die Möglichkeit, die Krisenintervention bei Patienten, die bereits in Therapie sind, mit den Ziffern der Probatorik abzurechnen. Ebenso kann mit diesem Abrechnungsmodus bei längerem Urlaub für eigene Patienten mit Krisengefährdung eine Vertretung im Kollegenkreis organisiert werden. Weitere Erläuterungen bezogen sich auf die Erreichbarkeit und die Vorgabe „in Notfällen ohne schuldhaftes Zögern“ zu reagieren.

Viele Fragen zur Abrechnung konnten zusammenfassend nach dem „Grundsatz der absoluten Genauigkeit“ beantwortet werden: Korrektheit bezüglich der Daten und Abrechnungsziffern bzw. der vereinbarten Höhe des Honorars. Dazu gehört auch die privatrechtliche Regelung für das Ausfallhonorar. Bei allen Diskussionspunkten wurde der Wunsch geäußert, von der Kammer entsprechende Musterformulare zu erhalten.

Die angestellten Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten hatten ebenfalls viele Fragen zur Schweigepflicht. Es wurde ihnen nahe gelegt, die Patienten und Klienten zu informieren, welche Teammitarbeiter etwas über sie erfahren und sich möglichst schriftlich von der Schweigepflicht für diesen Personenkreis entbinden zu lassen. Hierzu wurden aus verschiedenen Arbeitsbereichen Erfahrungen zum Umgang mit der Schweigepflicht und deren Besprechung mit Patienten/Klienten berichtet, die weitgehend positiv waren.

Bei Fragen zu Gehaltseinstufungen approbierter PP und KJP wurde vom Vorstand verdeutlicht, dass dies zunächst die Zuständigkeit der Tarifparteien sei. Die Psychotherapeutenkammern versuchen Länderübergreifend und über die Bundespsychotherapeutenkammer auf die Tarifparteien einzuwirken, dass die Approbati-

on von PP und KJP in der Gestaltung der Tarifverträge und dem Gehalt der KollegInnen entsprechend zu berücksichtigen sei. Hier kann und sollte jedes Kammermitglied über entsprechende Organisationen der Tarifparteien einzuwirken versuchen.

Fragen zur Fortbildung

Da die Arbeits- und Tätigkeitsbereiche in den verschiedenen Institutionen sehr unterschiedlich sind – von Strafvollzug über verschiedene Beratungsstellen und medizinische Fachkliniken bis hin zu Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Kliniken – wurde wiederholt die Befürchtung geäußert, dass Fortbildungen zu den institutionsspezifischen Schwerpunkten und Tätigkeitsfeldern nicht mit Fortbildungspunkten anerkannt werden. Hier konnten Sorgen mit dem Hinweis ausgeräumt werden, dass die Fortbildungsordnung ja unter anderem auch die Kategorie der „Nachbarwissenschaften“ vorsieht. So wird empfohlen, in einem Begleitschreiben mitzuteilen, dass die Fortbildung sich auf das spezielle Tätigkeitsfeld erstreckt und deshalb zur Berufsausübung notwendig sei.

Ähnliches gilt auch bei der Akkreditierung von Supervisoren, die den Nachweis der Anerkennung durch ein Ausbildungsinstitut nicht erfüllen: erfahrene und spezialisierte Supervisoren können unter Nachweis ihrer Qualifikation und bisheriger Tätigkeit spezifisch für diese Institution anerkannt werden, allerdings ohne dass sie daraus den Anspruch ableiten können, dass sie automatisch auch an anderen Institutionen oder bei niedergelassenen KollegInnen zur Supervision anerkannt werden.

Fragen zum Kammerbeitrag

Mehrfach wurde von KollegInnen mit Halbtagsbeschäftigung in der Niederlassung oder im Angestelltenverhältnis, oder auch mit geringfügiger Beschäftigung nach Rückgabe der Kassenzulassung die Höhe des Kammerbeitrags kritisiert und nach möglichen anderen Regelungen gefragt. Dazu wurde erläutert, dass eine einkommensabhängige Beitragsbemessung immer mit einer Einkommensprüfung durch Vorlage des Steuerbescheids einhergehen müsse. Zu bedenken sei deshalb, dass der mit einer solchen Regelung ein-

hergehende höhere Verwaltungsaufwand nicht kostenneutral bleiben könne, sondern vermutlich Auswirkungen auf die Beitragshöhe haben werde.

Resümee und weitere Planung

Der Vorstand ist jetzt dabei, in Zusammenarbeit mit den an der Durchführung beteiligten Ausschussmitgliedern Erläuterungen zur Berufsordnung zu erstellen, in die die Diskussionsinhalte und Ergebnisse eingehen werden. Vielfach wurde der Wunsch geäußert, die präsentierte Einführung zur BO nachlesen zu können. Der Vorstand hat daher beschlossen, diese Texte mit erforderlichen Ergänzungen nach der Sommerpause auf die Homepage der Kammer zu stellen. Ebenso wurde beschlossen, zu verschiedenen Themenbereichen Musterformulare zu erarbeiten und diese ebenfalls auf der Homepage zu veröffentlichen.

Abschließend bedanken wir uns auf diesem Wege nochmals ganz herzlich bei allen Teilnehmern der BO-Informationsveranstaltungen für ihr reges Interesse, ihre aktive Beteiligung und die für uns ebenso wichtigen wie anregenden Diskussionen.

Prävention tut Not: der 2. Landespsychotherapeutentag fand großes Interesse

Am 9. Juli 2005 fand in Stuttgart der zweite Landespsychotherapeutentag zum Thema „Förderung psychischer Gesundheit – Prävention psychischer Störungen“ statt und war mit weit über 400 Teilnehmern sehr gut besucht. Unterstützt durch die Grußworte des Sozialministers Renner wurde in der Einführung zum Tagungsthema verdeutlicht, dass zwar in unserer Berufsbezeichnung die Therapie betont wird, dass jedoch sowohl unsere psychotherapeutische Kompetenz als auch das Wissen aus unseren Grundberufen der Psychologie und Pädagogik bei der Entwicklung und Umsetzung von Präventionsprojekten Berücksichtigung und Anwendung finden sollte und muss.

Das Vortragsprogramm des Vormittags eröffnete Prof. Dr. Bernd Röhrle (Universität Marburg) mit einem umfassenden Überblick zur Präventionsforschung auf nationaler und internationaler Ebene und konnte

damit den Stellenwert psychologisch-psychotherapeutischer Interventionen in der Prävention eindrucksvoll verdeutlichen. Konkrete Beispiele für das Leistungs- und Innovationspotential der psychologischen Heilkunde in der Prävention und Gesundheitsförderung stellten die nachfolgenden Referentinnen mit ihren Projekten zu verschiedenen Alterstufen, dem Kleinkindalter, der Adoleszenz und Pubertät sowie dem Alter, vor. Frau Dr. Ute Ziegenhain (Universität Ulm) erläuterte wichtige Folgerungen aus der Bindungsforschung für die frühkindliche Entwicklung psychischer Gesundheit. Die Beauftragte für Frauengesundheit der Stadt Wien, Frau Prof. Dr. Beate Wimmer-Puchinger, berichtete über die Einrichtung von niederschweligen Angeboten für junge Frauen mit Essstörungen und Aufklärung für diese Frauen. Die Notwendigkeit sowohl der Vermeidung als auch Verbesserung des Umgangs mit psychischen Erkrankungen im höheren Alter stellte Frau Dr. Christina Ding-

Greiner (Universität Heidelberg), dar und betonte die hohe gesellschaftliche Relevanz der zu verstärkenden Berücksichtigung dieser immer größer werdenden Bevölkerungsgruppe. Diese Vorträge enthielten eine Fülle von Anregungen und lösten intensive Diskussionen aus.

In der sich anschließenden Podiumsdiskussion mit Vertretern aus Politik und Gesundheitssystem wurde von allen Beteiligten die Notwendigkeit der Prävention psychischer Störungen, besonders aber die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen als vorrangiges Präventionsziel bekräftigt. Die Notwendigkeit, psychotherapeutisches Fachwissen in die Planung von Präventionsprojekten einzubeziehen, wurde sehr betont und mit der Forderung verbunden, als wichtiges Präventionsziel der Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen entgegen zu wirken sowie für die Akzeptanz der Psychotherapie im

Gesundheitssystem zu werben. Deutlich wurde allerdings auch, dass zur Finanzierung von Prävention nur sehr begrenzte Mittel zur Verfügung stehen, so dass verschiedene Präventionsschwerpunkte miteinander um die Finanzierung konkurrieren werden. Umso wichtiger wird es, auf gute Koordination und Vernetzungen hinzuwirken.

Das Nachmittagsprogramm bot mit insgesamt 7 Workshops Gelegenheit zum vertieften Kennenlernen themen- und

zielgruppenspezifischer Präventionsprojekte. Dabei ging es um die Förderung der Erziehungskompetenz von Eltern, die Frühprävention bei Säuglingen, Klein- und Kindergartenkindern, die Prävention von Sucht und Gewalt bei Jugendlichen sowie um die Förderung psychischer Gesundheit am Arbeitsplatz und die Verbesserung der Einstellung zum eigenen Körper bei psychisch und körperlich Erkrankten. Die Workshops wurden insgesamt von den Teilnehmern sehr gut angenommen.

In der Geschäftsstelle erreichten uns vielfältige, positive wie auch kritische Rückmeldungen zum Landespsychotherapeutentag, die wir aufmerksam zur Kenntnis genommen haben. Sie sind für uns wichtige Hinweise, die bei der Planung des 3. Landespsychotherapeutentags im Jahre 2007 zu berücksichtigen sein werden. Zum Nachlesen finden Sie auf der Homepage der Kammer das gesamte Programm des Landespsychotherapeutentags, die Vorträge des Vormittags sowie auch die Ergebnisse der Evaluation.

Die elektronische Gesundheitskarte: Erprobung in der Modellregion Heilbronn zur Zeit in Planung

Auf der Bundesebene laufen die Vorarbeiten zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und des elektronischen Heilberufsausweises (HBA), uns auch bekannt als HPC (health professional card), auf Hochtouren, denn geplant war, soll die eGK zum 01.01.2006 einzuführen (vgl. auch unseren Bericht im PTJ 2/05). Der wichtigste inhaltliche Aspekt dabei ist, dass behandlungsrelevante Daten wie Diagnosen, Rezepte, Überweisungen und Berichte verschlüsselt auf der eGK gespeichert werden sollen. Diese sind dann in Verbindung mit dem HBA und – das ist im Hinblick auf den Datenschutz und die Schweigepflicht rechtlich sehr bedeutsam – nach erfolgtem Einverständnis des Patienten wieder abrufbar.

In Baden-Württemberg haben sich die Heilberufekammern, d. h. die Ärztekammer, Zahnärztekammer, Apothekerkammer und Psychotherapeutenkammer, sowie die Kassenärztliche Vereinigung (KV), mehrere Krankenkassen, die Krankenhausesellschaft und andere Verbände zu

der „Arbeitsgemeinschaft zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in Baden-Württemberg“ (eGKBW) zusammengeschlossen. Um frühzeitig die Entwicklungen testen zu können, werden von der planenden Behörde regionale Erprobungen durchgeführt. Die eGKBW hat sich für Baden-Württemberg um Erprobung der eGK im Stadt- und Landkreis Heilbronn beworben und es besteht die Aussicht, dass hier ab Jahresanfang 2006 die eGK in Verbindung mit dem HBA erprobt werden wird. Heilbronn bietet sich als Modellregion an, da dort schon Telematikprojekte der KV und der Krankenkasse mit der Versicherungskarte mit Foto erfolgreich erprobt wurden. Dazu gehört auch das Projekt „eCommunication für Vertragsärzte“, an dem ambulant und stationär tätige Ärzte und Krankenhäuser der Region seit Ende 2003 beteiligt sind und Arztbriefe elektronisch austauschen. Die Entwicklung beider Karten, der eGK und des HBA wird wegen vieler unvorhergesehener Probleme mit dem Datenschutz und der Datenspeicherung und der Verantwort-

lichkeiten bis Anfang 2006 noch nicht in geplantem Umfang zur Verfügung stehen. Deshalb sollen in der Modellregion Heilbronn voraussichtlich zunächst nur Erfahrungen mit dem elektronisch gespeicherten Rezept gesammelt werden; die Speicherung anderer Daten, wie z. B. Überweisungen oder Berichte sind in einer ersten Entwicklungsstufe nach jetziger Einschätzung noch nicht oder nur eingeschränkt möglich.

Da wir als Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten keine Rezepte ausstellen dürfen, ist die Beteiligung unserer Berufsgruppen an diesem Modellversuch in der Testregion Heilbronn nicht unbedingt erforderlich, jedoch möglich. Die teilnehmenden Kolleginnen und Kollegen werden über die LPK den Heilberufsausweis erhalten können. Sollte die Region Heilbronn zur Erprobung der eGK und des HBA festgelegt werden, werden wir die dort arbeitenden Kolleginnen und Kollegen ausführlich informieren.

Fortbildung für Psychologische Psychotherapeuten und Apotheker zum Thema Tabakabhängigkeit

In Kooperation zwischen Landesapothekerkammer (LAK) und LPK wird am 26. Oktober 2005 eine erste gemeinsame Fortbildungsveranstaltung zum Thema Tabakabhängigkeit und Raucherentwöhnung stattfinden. Im Mittelpunkt stehen dabei

Informationen zur physiologischen Auswirkung von Tabakkonsum sowie die psychischen Komponenten der Abhängigkeit. Die Referenten, Dr. med. Anil Batra und Dipl.-Psych. Iris Torchalla, Mitarbeiter des wissenschaftlichen Arbeitskreises Tabak-

entwöhnung, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Tübingen, stellen außerdem eine Kombination von psychotherapeutischen Interventionen und pharmakologischen Strategien zur Raucherentwöhnung vor.

Die Fortbildung findet statt am Mittwoch, den 26. Oktober 2005, 20.00 Uhr, in

Karlsruhe, Großer Hörsaal im Bauingenieurkollegengebäude 10.50 (Hochhaus am

Durlacher Tor). Wir laden die Kolleginnen und Kollegen im Raum Karlsruhe herzlich ein, an dieser Fortbildung teilzunehmen.

„be smart – don't start“ – Suchtforum 2005

In Zusammenarbeit der LPK mit der Landesapothekerkammer (LAK) und dem Regierungspräsidium Karlsruhe wird am 15. November in Karlsruhe das Suchtforum 2005 zu Nikotinabhängigkeit stattfinden. Mit der Kampagne „be smart – don't start“ richtet sich die Veranstaltung an SchülerInnen und ihre Lehrer. Es wird ein auf die

jugendlichen Teilnehmer zugeschnittenes Programm geboten, zu dem neben Kurzvorträgen über die Wirkung von Tabakabhängigkeit auch Anti-Raucher-Spots zur Verdeutlichung der Suchtproblematik gehören. Neben den ReferentInnen Barbara Hoffmann, LAK („Nikotin und ich – Was macht das Rauchen mit meinem Körper?“),

Dr. med. Johannes Schildge („Reise zur Lunge“), Dipl.-Psych. Paul Siedow, Badischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation („Find Deinen Stil – nikotinfrei“) wird auch das LPK-Vorstandsmitglied Prof. Dr. Thomas Fydrich an dieser Veranstaltung sowie an der vorgeschalteten Pressekonzferenz teilnehmen.

Neues zur Fortbildung: vereinfachtes Verfahren für die „reflexiven Veranstaltungen“

Die Bilanz des ersten Jahres im Akkreditierungsgeschäft: über 1500 Akkreditierungsbescheide wurden erteilt! Damit bestätigt sich, dass unser „Ländle“ ausgesprochen viele Fortbildungsanbieter mit Großveranstaltungen hat. Hier waren wir von Anfang an um termingerechte Bescheide bemüht. Zugleich ist dadurch leider für Supervisoren wie für Interventionsgruppen und Qualitätszirkel ein Rückstau von ca. 250 Anträgen entstanden, die jetzt aber sukzessive abgearbeitet werden können. Weiterhin konnten aus diesem Grund viele Anfragen noch nicht beantwortet werden. Allen davon Betroffenen danken wir an dieser Stelle für Ihre Geduld und entschuldigen uns für die lange Bearbeitungszeit. Seit der Einstellung von Frau Kosutic als Sachbearbeiterin im Fortbildungsmanagement zum 1. Juni dieses Jahr geht es nun zügig voran. Vorstand und Dr. Jürgen Schmidt sind kontinuierlich mit der Verbesserung und Vereinfachung des Akkreditierungsverfahrens befasst. So wurde jetzt eine wesentliche Vereinfachung für die Beantragung und Dokumentation der selbstreflexiven Veranstaltungen beschlossen, die nachfolgend erläutert wird. Weiterhin laufen die Entwicklungsarbeiten an einem neuen EDV-System, welches die Antragsbearbeitung und Bescheiderstellung beschleunigen und auch den elektronischen Fortbildungskalender zur Verfügung stellen wird. Wichtige Planungsschritte beziehen sich auch auf die Abstimmungen mit der Landesärztekammer (LÄK), um zu einer verbindlichen Regelung zur Ver-

meidung von Doppelakkreditierungen zu gelangen. Mit dieser Angelegenheit ist auch der Gemeinsame Beirat LPK-LÄK unter dem Vorsitz von Mareke de Brito Santos-Dodt befasst. Auch ein Gespräch mit der Kassenärztlichen Vereinigung ist geplant, um die Anerkennung der LPK- und LÄK-Fortbildungszertifikate ohne weiteren Prüfaufwand sicher zu stellen. Ebenfalls in Arbeit befindet sich die LPK-Gebührenordnung für die Akkreditierung von Fortbildungsveranstaltungen.

Wir möchten Sie nochmals bitten, zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch keine Teilnahmebescheinigungen von bereits besuchten Veranstaltungen einzureichen. Der Grund: wir haben gegenwärtig noch keine Arbeitskapazitäten dafür frei und haben beschlossen, mit diesem Arbeitsbereich erst zu beginnen, wenn die arbeitstechnischen EDV-Lösungen für das individuelle „Punktekonto“ bereit gestellt sind. Wir werden Sie zeitnah informieren, wenn es soweit ist.

Die Vereinfachung: Interventionsgruppen, Qualitätszirkel, Balint- und IFA-Gruppen, die angemeldet sind und den Akkreditierungsbescheid für ihre Veranstaltungen erhalten haben, bekommen zukünftig eine Kopievorlage für die Teilnehmerbescheinigung, in die die tatsächlich durchgeführten Termine von dem „Gruppenverantwortlichen“ selbst einzutragen sind. Für jede formgerecht dokumentierte Sitzung (d. h.

vollständig ausgefüllte Teilnahmebescheinigung und formalisiertes Sitzungsprotokoll) kann der jeweilige „Gruppenverantwortliche“ die Teilnahmebescheinigung ausstellen. Dies geht zukünftig auch als Sammelbescheinigung mit bis zu 10 Veranstaltungsterminen. Die vorherige Anmeldung neuer bzw. weiterer oder geänderter Termine entfällt! Auch ist es ausreichend, die terminbezogenen Teilnehmerlisten zukünftig im „Sammelpack“, z. B. halbjährlich oder am Ende eines Jahres an die LPK zu schicken. Lediglich bei Veränderungen der Teilnehmerzusammensetzung, der „Gruppenverantwortlichkeit“ oder auch bei Veränderung der Dauer der Sitzungen ist eine formlose Änderungsmitteilung unter Angabe der Akkreditierungsnummer (AKNR) und der Veranstalter-Identifikationsnummer (VID) erforderlich.

Das neue „Merkblatt für Interventionsgruppen“ wird ab 1. September auf der Homepage der Kammer verfügbar sein.

Geschäftsstelle

Hauptstätter Straße 89
70178 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 Jugendlichenpsychotherapeuten

Delegierten-Versammlung am 23. Juni 2005

Die 6. Delegiertenversammlung fand am 23.06.05 im Deutschen Patentamt in München statt. In unserem Mitgliederrundschreiben im August 2005 haben wir bereits ausführlich über die wichtigsten Punkte informiert:

Neben Vorstandsbericht, Haushaltsberatungen und der Aktualisierung der Fortbildungsrichtlinie war die Diskussion der **Perspektiven der psychotherapeutischen Versorgung** unter den veränderten Bedingungen der Gesundheitspolitik ein erstes herausragendes Thema. Zu diesem Punkt wurde schließlich eine Resolution **„Gesundheitspolitische Forderungen der bayerischen Psychotherapeutenchaft zur Bundestagswahl“** verabschiedet.

Als weiterer Höhepunkt stand die **Satzung** auf der Tagesordnung. Der Entwurf des Satzungsausschusses (Dank geht an: *Rudi Merod, Elke Tittelbach, Herbert Ühle, Benedikt Waldherr und Heiner Vogel* als Sprecher) war zuvor eingehend mit dem Vorstand und anschließend mit dem Aufsichtsbereich beraten worden. Da er ein von der Aufsichtsbehörde zu genehmigendes Regelwerk darstellt, ist dies das übliche Prozedere, um mögliche Genehmigungsvorbehalte von vornherein auszuschließen. In der Diskussion wurde v.a. die Frage erörtert, ob es künftig eine Sitzungsleitung für die Delegiertenversammlung geben soll oder ob diese Aufgabe weiterhin beim Vorstand liegen sollte. Schließlich wurde einer Sitzungsleitung zugestimmt. Eine weitere Besonderheit stellt die mit der Satzung nunmehr geregelte Vertretung von drei für die Kammer wichtigen Gruppen dar: Die Ausbil-

dungsteilnehmer/inn/en, die psychotherapeutischen Ausbildungsinstitute und die Hochschulinstitute, welche für die Grundberufe beim Zugang zur PT-Ausbildung zuständig sind. Hier wurde festgelegt, dass die Vertreter dieser Einrichtungen jeweils gemeinsam einen Vertreter mit beratender Stimme in die Delegiertenversammlung entsenden können. Eine von Satzungsausschuss und Vorstand gewünschte Regelung, nach der Vorstandsmitglieder hätten abgewählt werden können, war nicht möglich, weil sie mit der bayerischen Rechtsordnung nicht vereinbar ist.

Bitte beachten Sie auch die Beilage zu diesem Heft, die die verabschiedete Satzung und die geänderte Fortbildungsrichtlinie enthält. Sie finden beides, wie auch die erwähnte Resolution, natürlich auch auf der Homepage.

Mitwirkung der Kammer in der Bayerischen Akademie für Suchtfragen (BAS)

Die Bayerische Akademie für Suchtfragen (BAS) versteht sich als institutionelles Bindeglied zwischen Forschung und Praxis im Suchtbereich (Aufgaben im Bereich Fortbildung, Öffentlichkeitsarbeit, Vernetzung und Initiierung von praxisorientierter Forschung; thematischer Schwerpunkt: Stoffgebundene Süchte), mit engen Kontakten zu Kostenträgern und Leistungserbringern und unmittelbarer Förderung aus dem Landeshaushalt – eine offenbar auch bundesweit besondere Einrichtung. Nach einem ausführlichen Informationsgespräch in der BAS hat sich der Vorstand der Kammer entschieden, zukünftig in der BAS mitzuwirken. In diesem Sinne wird *Heiner Vogel* eine Funktion als Beiratsmitglied der BAS wahrnehmen.

Tätigkeitsbericht des KJP- Ausschusses

Nach der konstituierenden Sitzung des Ausschusses am 12.12.03 fanden bisher acht Sitzungen statt. Die Themen des Ausschusses spiegeln die Besonderheit der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen in ihrer Vernetzung mit verschiedenen Sozialisierungseinrichtungen, der Jugendhilfe und unterschiedlichsten Beratungsangeboten. Entsprechend vielfältig sind auch die Tätigkeitsfelder von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Ein besonderes Augenmerk legte der Ausschuss deshalb auch auf die Problematik der angestellten Kolleg/inn/en. Im Einzelnen befasste er sich u. a. mit folgenden Themen: Prävention, Einbezug von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in den Landespsychiatrieplan, Sozialpsychotherapeutische Schwerpunktpraxen, neue Studienabschlüsse als Voraussetzung für den Berufszugang, Auswirkung von achtstufigem Gymnasium und Ganztagschulen, Beirat für Schulpsychologie und Erstellung einer Informationsbroschüre (Flyer) zur Kinder-/Jugendlichenpsychotherapie sowie mit der Versorgungssituation in Bayern.

Zur Versorgungssituation in Bayern plant der Ausschuss in Anlehnung an die Untersuchung zum gleichen Thema durch die hessische Psychotherapeutenkammer eine Befragung der mit Kindern und Jugendlichen arbeitenden Psychotherapeut/inn/en. Hierbei sollen qualifizierte Daten als Grundlage für eine Weiterentwicklung des Versorgungsangebotes gewonnen werden. Insbesondere soll die Rolle der angestellten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei der Versorgung dieser Patientengruppe untersucht werden. Die ge-

wonnenen Daten sollen bestehende Lücken in der Versorgung und Mängel in der Zusammenarbeit einzelner Versorgungsstrukturen aufzeigen sowie als Grundlage für politische Initiativen dienen. Es ist geplant, die Ergebnisse der Untersuchung in Form eines Symposiums den Kammermitgliedern bekannt zu machen und mit ihnen zu diskutieren.

Der vom Ausschuss erarbeitete Flyer stellt im Sinne einer Verbesserung der Öffentlichkeitsarbeit die Qualifikation und das Berufsbild des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verfahrenübergreifend und unter Würdigung der Tätigkeit der angestellten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dar.

Im Bereich der Prävention befasste sich der Ausschuss mit Möglichkeiten, die Erziehungskompetenz von Eltern durch das Medium Fernsehen zu stärken. Dies auch in Hinblick auf und in Abgrenzung von Sendungen wie „Super Nanny“, die über ihre hohen Einschaltquoten einen diesbezüglichen Bedarf aufzeigen.

Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Bayern

Etwa 20% unserer Bevölkerung sind Kinder und Jugendliche. In Deutschland leben etwa 15 Millionen Kinder und Jugendliche, in Bayern sind es etwa 2,4 Millionen. Psychische Beeinträchtigungen und Störungen sind bei ihnen keineswegs seltener als bei Erwachsenen. Wie die Gesundheitsberichterstattung zeigt, spielen sie im Spektrum aller Erkrankungen des Entwicklungsalters eine immer größere Rolle. Sie sind deshalb für die Gesellschaft eine besondere Herausforderung. Bei knapp 20 Prozent aller Kinder und Jugendlicher treten abklärungswürdige psychische Störungen oder umschriebene krankhafte Verhaltensauffälligkeiten auf, bei denen wenigstens einmal im Lauf ihrer Entwicklung ein diagnostisch-therapeutischer Handlungsbedarf besteht (siehe Gesundheitsberichterstattung des Robert-Koch-Instituts). Bei etwa fünf Prozent aller Heranwachsenden liegen bedeutende, unbedingte und oft auch längerfristig behand-

lungsbedürftige psychische Erkrankungen vor (Esser, 1992). Neben präventiven Maßnahmen haben qualifizierte, möglichst frühzeitige Diagnostik und Behandlung von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter eine erhebliche Bedeutung für den Einzelnen, aber auch das Gesundheitssystem, in dem die verschiedenen Fachleute im Sinne einer optimalen Patientenversorgung zusammenarbeiten.

Trotzdem belegen lange Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, dass es Versorgungsengpässe und Versorgungslücken gibt. Auch die Koordinationsstellen Psychotherapie bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) klagen darüber, dass Kinder und Jugendliche praktisch kaum in angemessener zeitlicher und räumlicher Nähe zu vermitteln sind. In ambulanten und stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist von einer ähnlichen Situation auszugehen.

Aber auch Erziehungsberatungsstellen verzeichnen trotz kürzerer Behandlungsdauer und effektiverer Ausnutzung der Ressourcen, dass es immer wieder zu längeren Wartezeiten kommt. Die Beratungsstellen leisten nach Aussage der Arbeitsstelle für Kinder- und Jugendhilfestatistik über 75% der Jugendhilfefälle eines Jahres.

Die Literatur zur ambulanten Versorgung innerhalb der GKV (Prof. Dr. Löcherbach, Prof. Dr. Zepf, Robert-Koch-Institut) kommt übereinstimmend zur Auffassung, dass der Bedarf innerhalb der ambulanten Versorgung durch die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und die Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten mit Abrechnungserlaubnis zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen nicht gedeckt ist. Prof. Löcherbach fordert eine eigene Systematik für die Bedarfsplanung von Kindern und Jugendlichen. Auf Nachfrage haben die Gesundheitsministerinnen Andrea Fischer und Ulla Schmidt übereinstimmend geäußert, dass eine eigene Bedarfsermittlung für den Bereich der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen nicht geplant werde, da sie wegen der unterschiedlichen Beteiligung der verschiedenen Behandlergruppen nicht zu realisieren sei.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die KVB haben bislang kaum strukturierte Lösungen gefunden, sondern Einzelfallentscheidungen getroffen. So hat die KVB bislang 73 Sonderbedarfszulassungen ausgesprochen.

Eine Auswertung von 4 Quartalen in Bezug auf das tatsächliche Abrechnungsverhalten von Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten mit Abrechnungsgenehmigung für Leistungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ergab, dass in Großstädten wie z.B. München die durchschnittliche Fallzahl von Kindern und Jugendlichen bei Psychologischen Psychotherapeuten bei 2,82 und bei Ärztlichen Psychotherapeuten bei 1,72 lag. Im kleinstädtischen und ländlichen Bereich beteiligten sich Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten stärker an der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Die durchschnittliche Fallzahl in Bayern ohne München betrug bei Psychologischen Psychotherapeuten 8,67 (SD = 7,7) bei einem Maximum von 33,75 und einem Minimum von 0 und bei Ärztlichen Psychotherapeuten bei 3,53 (SD = 5,64) bei einem Maximum von 28,25 und einem Minimum von 0 mit großer Streubreite der Angaben. Eine Systematik der Verteilung innerhalb der ländlichen Gebiete ist nicht zu erkennen.

Eine Auswertung der Fallzahlen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten liegt leider nicht vor. Die Umfrage eines Verbands der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aus dem Jahr 2002 ergab bei psychodynamisch arbeitenden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in München einen durchschnittlichen Wert von 17 Fällen. Unter Einbeziehung von verhaltenstherapeutisch arbeitenden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und der Tatsache, dass in kleinstädtischen- und ländlichen Gebieten mehr Leistungen pro Behandler erbracht werden, ist von einer höheren durchschnittlichen Fallzahl auszugehen.

Eine Auswertung der KVB über die durchschnittlich pro Woche abgerechneten Leistungen der genehmigungspflichtigen Psychotherapie und der probatorischen Leistungen ergab, dass 10% der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten weniger

als 5 Leistungen in der Woche erbringen. Ca. 78% rechnen zwischen 5 und 20 Leistungen und etwa 10% mehr als 20 Leistungen ab. Da auch Kleinstpraxen mit dem Faktor 1 in die Bedarfsplanung eingehen, sind einerseits flexiblere Zulassungsmodelle zu fordern, aber auch Vorkehrungen zur Finanzierung durch die Krankenkassen zu treffen, die das Morbiditätsrisiko zu tragen haben.

Durch die Verabschiedung des Gesetzes für die Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe „KICK“ durch den Bundesrat und Bundestag wird eine Verbesserung der Einnahmesituation der Kommunen von 214 Mio. Euro erwartet, ohne dass es zu Einschränkungen der Leistungen für Kinder und Jugendliche kommen soll. Nach vielen politisch kontrovers geführten Diskussionen ist es besonders erfreulich, dass die Niedrigschwelligkeit des Zugangs zur Erziehungsberatung und die weiter bestehende Offenheit der Hilfe auch für junge Erwachsene über das 18. Lebensjahr hinaus damit zunächst gesichert sind. Zu beobachten bleibt jedoch, ob nach der Bundestagswahl das Kommunale Entlastungsgesetz „KEG“, das Ende letzten Jahres von der Bundesratsmehrheit in den Bundestag eingebracht worden war, evtl. erneut eingebracht wird (dann aber ggf. mit anderen Mehrheitsverhältnissen im Bundestag). Das KEG hätte u. a. eine finanzielle Eigenbeteiligung der Klienten in Beratungsstellen gebracht, ferner auch erhebliche Leistungseinschränkungen, welche von allen maßgeblichen Verbänden, u. a. aus der freien Wohlfahrtspflege, abgelehnt wurden.

Im ambulanten Sektor gibt es einigermaßen verlässliche Zahlen zur psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Schwieriger sind Daten aus den stationären und teilstationären Sektoren und aus dem SGB VIII zu ermitteln. Deshalb haben fast alle Landeskammern Umfragen bzw. Auswertungen zur psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen durchgeführt, die auch diese Aspekte beleuchten sollten. Der Ausschuss Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie der Bayerischen Landeskammer

hat sich dieser Problematik intensiv angenommen und bereitet eine Umfrage unter den bayerischen Kammermitgliedern auf der Grundlage einer Erhebung der hessischen Landespsychotherapeutenkammer vor, die zur verbesserten Vergleichbarkeit auch mit den anderen Landeskammern abgestimmt werden soll.

Dann könnten auch qualitative Verbesserungen in der Versorgung erwogen werden, z. B. durch strukturierte Versorgungsformen und eine Verbesserung einer fachübergreifenden Kooperation aus dem ambulanten, (teil-)stationären Sektor und Leistungserbringern aus der Kinder- und Jugendhilfe.

Bericht zum Bereich „Forensik“

Konkrete Kontakte fanden mit dem Sprecher der in bayerischen Justizvollzugsanstalten (JVA) tätigen Psychologen *Michael Behnke* statt – eine vergleichbare Gruppe für Psychologische Psychotherapeuten im Maßregelvollzug in Bayern gibt es nicht – z. B. zur Frage des Status der Sozialtherapie als anerkannte Einrichtung für die praktische Tätigkeit in der Ausbildung der Psychologischen Psychotherapeut/inn/en. Am 24.06.2005 – wie schon im Jahr zuvor –

Kommission „Psychotherapeutische Notfallversorgung und Traumabehandlung“

Wie in den letzten Kammermitteilungen berichtet (PTJ 2/05) wurde eine Kommission „Psychotherapeutische Notfallversorgung und Traumabehandlung in Bayern“ mit den Mitgliedern *Prof. Willibald Butollo*, *Dr. Bruno Waldvogel* und *Michael Wetzstein* und dem zuständigen Vorstandsmitglied *Peter Lehndorfer* eingerichtet.

Bei ihrer konstituierenden Sitzung am 17. Juni hat die Kommission beschlossen, einen Sprecher für die Amtszeit von jeweils einem Jahr zu wählen. Zum ersten Sprecher der Kommission wurde *Bruno Waldvogel* gewählt.

hielt *Dr. Andreas Rose* einen Vortrag auf der jährlichen Fachtagung der JVA–Psychologen zu Neuigkeiten aus der Berufspolitik.

In einem aktuellen Urteil des Bundesgerichtshofs (2 StR 367/04) ist ausgeführt, dass Psycholog/inn/en Prognosegutachten erstatten dürfen. Deshalb ist die Gründung einer Bundeskommission der Bundespsychotherapeutenkammer zum Themenkomplex „Schuldfähigkeit und Prognose in Strafrecht, Strafvollzug und Maßregelvollzug“ sehr sinnvoll und notwendig.

Diese Kommission, die bislang einmal in Düsseldorf tagte, will eine Definition von Qualifikationskriterien für die Tätigkeit als Sachverständiger (Inhalt und Umfang der Fortbildung, Behandlungs- und Gutachtenerfahrung) erarbeiten. Weiterhin sollten einheitliche Leitlinien für die Erstellung von Gutachten in diesen Bereichen erarbeitet werden.

Abschließend sei noch auf ein geplantes Projekt mit der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) hingewiesen: Da speziell eine Behandlung jugendlicher (Sexual-) Straftäter praktisch nicht existiert, die Therapiestrukturen für erwachsene Straftäter ebenfalls unzureichend sind, soll eine entsprechende Behandlerliste erstellt werden.

Als seine nächsten Aufgaben sieht die Kommission, auf bundeseinheitliche Qualitätsanforderungen an Notfallpsychologen/Notfallpsychotherapeuten hinzuwirken und bei der Bestimmung solcher Anforderungen und entsprechender Fortbildungsprogramme mitzuwirken. Des Weiteren will sich die Kommission in den nächsten Monaten in die bayerischen Regelungen des Rettungsdienstes und Katastrophenschutzes einarbeiten, um auf notwendige länderspezifische Anpassungen der in der Bundespsychotherapeutenkammer zu erarbeitenden Bestimmungen vorbereitet zu sein.

Erster bayerischer Landespsychotherapeutentag am 12. November 2005 !

Am 12. November veranstaltet die Kammer den ersten Landespsychotherapeutentag zum Thema „**Psychotherapie im Wandel des Gesundheitssystems am Beispiel der Depression**“. Die Tagung findet im Hauptgebäude der Ludwig-Maximilians-Universität München, Geschwister-Scholl-Platz 1 (U-Bahnen U3/U6, Haltestelle „Universität“) statt. Für die Veranstaltung werden 10 Fortbildungspunkte anerkannt.

Die Tagung spannt einen Bogen von der Perspektive auf Psychotherapie im aktuellen und zukünftigen Gesundheitssystem hin zu psychotherapeutischen Verfahren in unterschiedlichen Behandlungskontexten am Beispiel der Depression. Angestellte Kolleg/inn/en können sich über das Zusammenspiel von Berufsordnung und Anforderungen des Angestelltenverhältnisses und zu den aktuellen Entwicklungen der Vergütungsstruktur nach Neufassung des BAT informieren. Daneben wollen wir die Möglichkeit geben, Kontakte zu knüpfen, sich auszutauschen und sich über die Arbeit der Kammer zu informieren. Im Rahmenprogramm stellen sich die Ausschüsse vor und beantworten Fragen. Auch zum Versorgungswerk wird von der Geschäftsstelle ein Informationsstand eingerichtet.

Bei Buchung bis zum 30.09. beträgt der Kostenbeitrag € 75 (ermäßigt für PiAs und Studenten € 35), ab dem 01.10. € 95 (bzw. ermäßigt € 45). Inklusive Snacks und Getränke. Anmeldungen bitte an Tagungsbüro Eiber COM; Großvenedigerstr. 37a; 81671 München; Tel.: 089-49059613; Fax.: 089-49059615; Email: h.eiber@eibercom.de

Programm

Nach der Eröffnung um 9.30 Uhr beginnt die Veranstaltung mit den beiden Hauptvorträgen von *Prof. Uwe Koch*, (Universität Hamburg) „**Zur aktuellen Situation der Psychotherapie in Deutschland – eine Analyse der Angebotsituation im stationären und ambulanten Setting**“ und *Thomas Ballast* (VdAK/AEV, Siegburg) „**Psychotherapie in den Versorgungsstrukturen von heute und morgen**“. Im

weiteren Programm sind jeweils drei gleichzeitig stattfindende Vortragsreihen und Workshops (für maximal 20 Teilnehmer) geplant.

Im ersten Vortragsblock berichten *Prof. Marianne Leuzinger-Bohleber* (Sigmund-Freud-Institut Frankfurt/M.) und *Prof. Martin Hautzinger* (Universität Tübingen) über „**Neuere Entwicklungen der Psychotherapie von Depressionen**“. Die zweite Vortragsreihe beschäftigt sich zum einen mit „**Neueren Entwicklungen der Depressionsbehandlung bei Kindern und Jugendlichen**“ (*Dr. Klaus-Thomas Kronmüller*, Psychiatrische Universitätsklinik Heidelberg), zum anderen referiert *Jürgen Hardt* (Präsident der Psychotherapeutenkammer Hessen) zur „**Prävention als psychotherapeutische Kulturarbeit**“. Der dritte Block beschäftigt sich mit „**Geschlechtsspezifischen Aspekten der Depressionsbehandlung**“ (*Prof. Almuth Sellschopp*, TU München) und „**Veränderungen des Psychotherapiebegriffs am Beispiel der Versorgung von Depressionen**“ (*Prof. Anna Auckenthaler*, FU Berlin).

Herbert König (Zentrum Neuropsychologie, Würzburg) hält einen Workshop zur „**Differentialdiagnostik der Depression aus neuropsychologischer Sicht**“, *Dr. Regina Thierbach* (LMU München) zu „**Hypnotherapeutischen Ansätzen bei Depressionen**“. Weiterhin wird ein Workshop zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie stattfinden (Referenten angefragt).

Auf einer **Podiumsdiskussion** zum Thema „**Psychotherapeut/inn/en in der Depressionsbehandlung. Bestandsaufnahme und Perspektiven**“ diskutieren A. Auckenthaler, T. Ballast, M. Hautzinger, U. Koch, K.-T. Kronmüller, M. Leuzinger-Bohleber und A. Sellschopp unter Moderation von *Bernd Seguin* (NDR, Hamburg).

Am Nachmittag handelt die erste Vortragsreihe von den „**Besonderheiten der Behandlung von Depressionen im Alter**“ (*Prof. Rolf Hirsch*, Universität Bonn) und der **gesellschaftlichen Verantwortung**

von **Psychotherapie** (*Prof. Heiner Keupp*, LMU München). Im parallelen Themenblock referiert *Dr. Christina Tophoven* (Geschäftsführerin der Bundespsychotherapeutenkammer, Berlin) über „**Neue Versorgungsformen**“. Die dritte Vortragsreihe richtet sich an angestellte Kolleg/inn/en und hat zum einen die **Vergütung angestellter Psychotherapeuten** zum Inhalt (*Gerd Dielmann*, Ver.di, Berlin) und beschäftigt sich zum anderen mit der „**Berufsordnung: Wirkung im Angestelltenverhältnis**“ (*Alexander Hillers*, Geschäftsführer der Psychotherapeutenkammer Bayern).

Die Workshops am Nachmittag geben einen Einblick in die „**Diagnostik und Therapie von Traumafolgestörungen**“ (*PD Rita Rosner* (LMU München) und „**Burn Out-Phänomene bei Psychotherapeuten. Möglichkeiten körperpsychotherapeutischer Selbstregulation**“ (*Doris Lange*, Butzbach). *Prof. Thomas Giernalczyk* (München) behandelt das Thema „**Suizidalität erkennen und hilfreich intervenieren**“.

Registrierung ab 8.30 Uhr! Die Teilnehmerzahlen der Workshops sind begrenzt, daher werden Plätze in der Reihenfolge der Anmeldungen vergeben.

Der Vorstand der Kammer:

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

Teile des Berichts stammen von der Kommission Notfallversorgung/Traumabehandlung, dem KJP-Ausschuss (Tätigkeitsbericht) sowie von Andreas Rose (Bericht „Forensik“).

Geschäftsstelle

80336 München, St.-Paul-Str. 9
Post: Postfach 151506, 80469 München
Tel. 089/515555-0, Fax 089/515555-25
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,

die Kammer arbeitet im ‚Arbeitskreis Altern und Gesundheit‘ des Gesundheit e. V. Berlin mit. Zur Psychotherapie bei älteren Menschen hat dort eine Kollegin Fälle aus der Praxis vorgestellt und unsere Gesundheitsreferentin M. Engert Überlegungen der Kammer zu zukünftigen Aktivitäten in diesem Bereich vorgetragen.

11. Kongress Armut und Gesundheit: „Präventionsziele gegen Armut: Gesunde Lebenswelten gemeinsam gestalten“ 18./19. November im Rathaus Schöneberg

Ausrichter: Gesundheit Berlin e. V. und Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Infos: www.armut-und-gesundheit.de

Die Senatsverwaltung hat unsere Meldeordnung (s. Homepage) genehmigt. Allerdings wurde der Abschnitt zur freiwilligen Mitgliedschaft mit dem Hinweis abgelehnt, dies benötige eine neue gesetzliche Grundlage. Dieser Passus sah u. a. vor, auch PsychotherapeutInnen in Ausbildung eine Mitgliedschaft zu ermöglichen.

Im **KJHG Bereich** hat es erfreuliche, von der Kammer gewünschte und mit herbeigeführte Entwicklungen gegeben.

■ Das Abgeordnetenhaus hat den § 27 des Ausführungsgesetzes KJHG gestrichen, dessen Inhalt aber an § 25 angefügt. Damit bleibt in Berlin Psychotherapie gesetzlicher Bestandteil der Jugendhilfe. Zudem sagte die Senatsverwaltung zu, dass in diesem Bereich auch bei den ambulanten Psychotherapien keine weiteren Kürzungen vorgenommen werden und diese mindestens im jetzigen Umfang – ca. 9 Mio. € und ca. 1.400 Fälle pro Jahr – bestehen bleiben.

■ Der Berliner Senat wird eine Kommission berufen, die Entscheidungskriterien entwickeln wird, ob eine notwendige Psychotherapie in den Bereich des SGB VIII oder des SGB V gehört. In der Kommission wird u. a. die Psychotherapeutenkammer Berlin vertreten sein.

■ Die Berliner Kammer, vertreten durch Dorothee Hillenbrand (Vertretung Norbert Rosansky), nimmt als beratendes Mitglied an den Kostensatzrahmenverhandlungen beim Berliner Senat teil. Diese Verhandlungen werden in der Kammer durch eine eigene Arbeitsgruppe begleitet. Ihr gehören auch Vertreter des BAPP, des Legasthenie-zentrums und des VaKJP an.

Das Schiedsamt hat entschieden, dass die Kassen und die KV je zur Hälfte mit den Aufwendungen für die **Nachvergütungen** belastet werden. Leider sind die Psychotherapeuten mit 4,74 Mio. Euro selbst daran beteiligt, die dem ‚Topf‘ der nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen entnommen werden sollen. Die Kammer hat sich mit der Bitte an die Senatsverwaltung gewandt, diesen Teil der Schiedsamtentscheidung zu beanstanden, da er einer Kürzung der Nachvergütungen gleichkommt und so gegen die Beschlüsse des Bundessozialgerichts und des Gemeinsamen Bewertungsausschusses verstoße. Die Senatsverwaltung will in die Prüfung einsteigen, sobald ihr die begründeten Entscheidungen vorliegen. Ein seit langem mit der **KV Berlin** vereinbartes Gespräch zur Nachvergütung wurde von der KV ohne Begründung abgesagt. Auch die Zusage nachvollziehbare Berechnungsgrundlagen vorzulegen, wurde zurückgezogen. Ein solches Vorgehen ist äußerst bedauerlich, da es eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit der KV und auch der betroffenen Berufsgruppen untereinander nicht fördert.

Beim **Versorgungswerk** bleibt es schwierig. Der von der FDP im Abgeordnetenhaus eingebrachte Antrag zur Änderung des Kammergesetzes droht zu scheitern. Aus der Senatsverwaltung für Gesundheit gibt es widersprüchliche Äußerungen. Entscheidend ist allerdings das Abstimmungsverhalten der Parteien. In jedem Falle wird die Kammer sich weiterhin für die Realisierung eines Versorgungswerkes stark machen.

In der letzten DV wurde ein **Spendenauf-ruf** beschlossen. Anlässlich der inzwischen begonnenen Nachzahlungen soll sozial verantwortlich gehandelt und zugleich der eigene Berufsstand stärker in der Öffentlichkeit zur Geltung gebracht werden. Zwei Projekte werden unterstützt: **„Jugendwohnen im Kiez“** fördert die Integration türkischer und arabischer Kinder und Jugendlicher (www.jugendwohnen-berlin.de) und **„BASALISA“** unterstützt unbegleitete Flüchtlingskinder (www.basalisa.org).

Spenden bitte bis zum 31.10.2005 auf das dafür eingerichtete Konto-Nr. 0405176859 bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (BLZ 100 906 03). Bitte geben Sie auf der Überweisung an, welche Einrichtung Sie unterstützen möchten.

Die Delegiertenversammlung (DV) hat am 9.6.05 eine Resolution verabschiedet zum Entwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Richtlinie über ein einrichtungsinternes **Qualitätsmanagement** für Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren. Der Vorstand hat die Resolution an die Vorstände der Landeskammern und der BPTK weitergeleitet. Seit Mitte Juli liegt der endgültige Entwurf des G-BA vor. Die BPTK muss ihre Stellungnahme bis zum 17.8.05 vorlegen (s. dazu auch nachfolgenden Artikel).

Der Vorstand hat sich mit Blick auf die **Verfahrensordnung des G-BA**, die auch die Prüfung von Psychotherapie-Verfahren impliziert, an Dr. Ulrich Orłowski (BMGS) und an Dr. Hess, Vorsitzenden des G-BA, an den Vorstand der BPTK und an die Patientenvertretung gewandt und nimmt Bezug auf

eine Stellungnahme des Gesprächskreises II (Zusammenschluss von 34 psychotherapeutischen Fach- und Berufsverbänden). Bemängelt wird die Ausrichtung auf die Evidenzstufe 1 bei wissenschaftlichen Untersuchungen durch den G-BA. Als der Psychotherapie unangemessen wird die feh-

lende Unterscheidung zwischen Behandlungsmethoden und Psychotherapieverfahren angesehen. Kritisiert wird auch, dass die Kammern bei der Erstellung der Verfahrensordnung nicht beteiligt sind (s. Homepage unter ‚Aktuelles‘).

*Heinrich Bertram
Kommissarischer Präsident*

2. Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Berlin gewählt

Die Mitglieder der Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin haben 45 Delegierte für die 2. Delegiertenversammlung gewählt. Die Wahlbeteiligung lag mit 1.889 eingegangenen Wählerbriefen bei 58,6% (2001: 64,8%). Das Berliner Bündnis für Psychische Gesundheit ist mit 13 Mandaten erneut stärkste Liste. Zweitstärkste Liste wurde das Berliner Forum Psychotherapie und Psychoanalyse (10 Sitze), gefolgt von der Liste Berliner Psychotherapeuten (9 Sitze), der Liste Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Berlin (6 Sitze) und der Liste Kontext (3 Sitze). Die erstmals angetretene Liste Innovative Psychotherapie Berlin erreichte 4 Mandate.

Name	Wahlergebnis 2005 (2001)		
	Stimmen	%	Mandate
Berliner Bündnis für Psychische Gesundheit	533 (874)	28,9 (45,7)	13 (21)
Berliner Forum Psychotherapie u. Psychoanalyse	420 (365)	22,8 (19,1)	10 (9)
Liste Kontext	124 (86)	6,7 (4,5)	3 (2)
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Berlin	233 (230)	12,6 (12)	6 (5)
Innovative Psychotherapie Berlin (stand 2001 nicht zur Wahl)	163 ()	8,8 ()	4 ()
Liste Berliner Psychotherapeuten	369 (358)	20,0 (18,7)	9 (8)
Summe:	1.842 (1.913)	100 (100)	45 (45)

Bei der Wahl 2001 war der Deutsche Psychotherapeutenverband (DPTV e. V.) Mitglied des „Berliner Bündnis für Psychische Gesundheit“. 2004 haben DPTV-VertreterInnen auf einer eigenen Liste „Innovati-

ve Psychotherapie Berlin“ kandidiert. In der konstituierenden Sitzung am 26. September werden die Delegierten den neuen Vorstand wählen.

Berliner Delegiertenversammlung beschließt Resolution zu den geplanten Qualitätsmanagementmaßnahmen des G-BA

Der Entwurf des G-BA über ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement (QM) für ambulante psychotherapeutische Praxen liegt seit Juli 2005 vor. Die Stellungnahme der BPTK muss bis zum 17.08. erfolgen.

Über den Vorentwurf des G-BA hat der Ausschuss „Wissenschaft, Forschung, Qualitätssicherung“ und die DV am 09.06.2005 intensiv und kontrovers diskutiert. Prof. Dr. Thomas Fydrich (HU-Berlin) als Vertreter der Hochschulen in der DV unterstützte das geplante QM, denn die Qualität der psychotherapeutischen Arbeit und Praxisführung ließe sich so noch besser nach außen dokumentieren. Anne Springer (Ausschuss „Wissenschaft, Forschung, Qualitätssicherung“) vom „Berliner Forum Psychotherapie und Psychoanalyse“ sprach sich gegen eine Überregulierung aus, hielt aber die geplanten Maßnahmen in ihrer Grundtendenz für vertretbar.

Bernd Fliegenger (Sprecher des Ausschusses „Wissenschaft, Forschung, Qualitätssicherung“) und Dr. Manfred Thielen (VS-Mitglied) vom „Bündnis für psychische Gesundheit“ hatten eine Resolution erarbeitet, die das geplante QM umfassend kritisiert. Sie wandten sich u. a. gegen die Tendenz zur bürokratischen Kontrolle von psychotherapeutischen Praxen, die fünf Jahre nach Einführung der QM-Maßnahmen eine Bewertung durch Außenkontrolleure erlauben soll. Ihre wichtigsten Kritikpunkte sind in der verabschiedeten Resolution enthalten. Dr. Renate Degner (Ausschuss „Wissenschaft, Forschung, Qualitätssicherung“) von der „Liste Berliner Psychotherapeuten“ teilte eine Reihe der geäußerten Kritikpunkte, zog daraus jedoch andere Konsequenzen und stimmte nicht gegen das geplante QM. Michael Schmude (VS-Mitglied), „Liste Kontext“, kam aufgrund seiner langjähri-

gen Erfahrung mit QM- und QS-Maßnahmen in Institutionen zu der Einschätzung, dass sie sinnvoll sind, wenn sie Schwachstellen der bisherigen Arbeit deutlich machen. Er befürchtet jedoch, dass sie sich verselbständigen können und Aufwand und Nutzen dann in keinem Verhältnis mehr zueinander stehen.

Die Listen „Kontext“ und „Bündnis für psychische Gesundheit“ einigten sich auf eine gemeinsame Resolution, die mit knapper Mehrheit gegen das Votum der übrigen Listen – „Berliner Forum Psychotherapie und Psychoanalyse“, „Berliner Psychotherapeuten“ und der „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Berlin“ – verabschiedet wurde. Der Vorstand der Kammer hat die Resolution an die BPTK geschickt, damit sie in ihre Stellungnahme Eingang findet.

Resolution der Delegiertenversammlung der Berliner Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vom 9.6.05 zu der geplanten "Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren (Qualitätsmanagement-Richtlinie)"

Seit Anfang des Jahres 2004 besteht auch für niedergelassene Psychotherapeuten die Verpflichtung, Qualitätsmanagement zu betreiben. Für die vertragspsychotherapeutische wie für die vertragsärztliche Versorgung hat laut SGB V § 136a der gemeinsame Bundesausschuss die Aufgabe, durch Richtlinien gemäß § 92 SGB V „die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen“ festzulegen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat einen Entwurf einer Richtlinie über ein „einrichtungsinternes Qualitätsmanagement“ (QM) formuliert und wird seinen abschließenden Entwurf voraussichtlich noch im Sommer 2005 der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer zuleiten, um diesen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Hiernach soll dann die endgültige Fassung der Richtlinie formuliert und verabschiedet werden.

Wir nehmen zu dem Entwurf der GBA-Richtlinie zu QM-Maßnahmen folgendermaßen Stellung:

1. Die Berliner Psychotherapeutenkammer unterstützt Maßnahmen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements, die der Verbesserung der Versorgung dienen.
2. Der Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) wird aufgefordert, rechtlich zu überprüfen, ob der Bundesgesetzgeber sein vom Grundgesetz vorgegebenes Kompetenzrecht überschritten hat, indem er dem GBA die Kompetenz zuspricht, Vorgaben für Qualitätsmanagement- und Qualitätssicherungsmaßnahmen zu machen, obwohl dies nach dem Heilberufes-Kammergesetz Aufgabe der jeweiligen Länderkammern ist.
3. Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung gehören in den Kompetenzbereich der Länderkammern. Die Psychotherapeuten müssen an dem Entscheidungsprozess über geeignete Qualitätsmanagement- und Qualitätssicherungsmaßnahmen angemessen beteiligt werden. Die Interessen der Patienten an sinnvollen und transparenten Maßnahmen müssen ebenfalls einbezogen werden.
4. Wir fordern ein vom Aufwand her praktikables QM für die ambulante psychotherapeutische Praxis, das den bürokratischen Aufwand begrenzt und auf die Psychotherapeutische Praxis zugeschnitten ist.
5. Im vorliegenden Richtlinien-Entwurf wird eine Ausrichtung an Leitlinien und die Strukturierung von Behandlungsabläufen gefordert. Innerhalb der Wissenschaft wie auch der Kollegenschaft sind beide Ausrichtungen in ihrer Angemessenheit und Effektivität heftig umstritten. Deshalb ist eine psychotherapiespezifische Qualitätssicherung zu erarbeiten und vor ihrer allgemeinen Einführung zu evaluieren.
6. Die Instrumente der gegenwärtigen qualitätssichernden und -steigernden Maßnahmen, wie das Gutachtenverfahren und Fortbildungsveranstaltungen, Supervision, Intervention usw. sind in das QM einzubeziehen.

Kooperation der Psychotherapeutenkammer mit der Zahnärztekammer

Kooperation der Psychotherapeutenkammer mit der Zahnärztekammer – Planungsrunde „Zahnärztliche Psychosomatik“

Erste gemeinsame Fortbildung von Psychotherapeuten und Zahnärzten am 7. Juni 05 in der Zahnklinik – „Patienten erkennen und wie weiter?“

Die Zusammenarbeit mit der Zahnärztekammer trägt mittlerweile weitere konkrete Früchte. Über die sehr gut besuchte Patientenveranstaltung im Februar 2005 haben wir bereits berichtet. In nachfolgenden Gesprächsrunden sind weitere Maßnahmen

vereinbart worden, um die Behandlung von Patienten, deren zahnmedizinische Erkrankung psychosomatisch bedingt oder von psychosomatischen Problemen begleitet wird, zu optimieren. Unsere Experten-Arbeitsgruppe „Runder Tisch“, die von Vertretern beider Berufsbereiche gebildet wurde, hat frühzeitig eine gemeinsame Fortbildungsveranstaltung geplant, die Zahnärzten und Psychotherapeuten gleichermaßen das Erkennen solcher Störungen erleichtern soll.

Am 7. Juni fand die erste Fortbildungsveranstaltung in der Zahnklinik statt. Referenten waren Dr. Wolfgang Schmiedel, Präsident der Zahnärztekammer und Dipl.-Psych. Michael Nahler, der schon bei den

vorigen Veranstaltungen mitgewirkt und dessen Beitrag viel Anklang gefunden hatte. Selten zuvor war der 400 Teilnehmer fassende Hörsaal so überfüllt. Und schon bald zeigte sich, dass die Thematik für die angesetzte Zeit zu vielfältig und umfangreich war. Natürlich konnten angesichts der vielen Teilnehmer nicht alle Fragen gestellt werden und die Diskussion musste trotz massiver Zeitüberschreitung schließlich abgebrochen werden. Aufgrund des großen Interesses steht für die Initiatoren fest, dass weitere Seminare folgen müssen.

Ein wichtiges Ergebnis der Fortbildungsveranstaltung ist eine Liste von Psychotherapeuten und Zahnärzten, die an einer Zu-

sammenarbeit interessiert sind. Diese Liste soll um Daten der Zahnärzterberatungsstelle erweitert werden und eine Datengrundlage für die unterschiedlichen Aufgaben darstellen. Darüber hinaus soll die Einrichtung einer gemeinsamen Patientensprechstunde, die einmal im Monat angeboten werden soll, und die Planung eines Curriculums vorangetrieben werden. Die Patientensprechstunde soll jeweils am 1. Montag im Monat im Zahnärzthehaus stattfinden. Jeweils ein Psychotherapeut und ein Zahnarzt sollen eine gemeinsame Beratung von Patienten durchführen, die von anderen Zahnärzten überwiesen worden sind. Sie sollen die Problematik diagnostizieren und Empfehlungen für eine weitere Behandlung aussprechen.

Eine eigene Arbeitsgruppe wird das gemeinsame Curriculum zur Fortbildung von Zahnärzten und Psychotherapeuten erstellen, das für den Spätherbst erstmals durchgeführt werden soll. Weiterhin soll bis September ein Patientenratgeber (16seitige Broschüre) im Taschenbuchformat erstellt werden, der dann in Zahnarzt- und psychotherapeutischen Praxen und anderen noch zu bestimmenden Orten ausliegen soll.

Einbeziehung der Krankenkassen

In Anbetracht der Aktualität des Themas „Psychosomatik“ (s. auch DAK-Artikel in der ZahnMedizin) sollen die Krankenkassen angesprochen werden, ob sie an einer Kooperation bezüglich der geplanten

Patientenberatungsstelle interessiert sind. Dr. W. Schmiedel wird einen entsprechenden Brief (u. a. an VdaK, BKK, AOK) entwerfen. Nach unseren Vorstellungen sollte es zukünftig für PPT und Zahnärzte eine spezielle Abrechnungsziffer für die angesprochene Problematik geben.

Und natürlich steht das Thema auf dem 2. Landespsychotherapeutentag am 25./26. August in der Rubrik „Foren“ als neues Berufsfeld für Psychologische PsychotherapeutInnen auf dem Programm. Schließlich ist noch in diesem Jahr eine zweite Info-Veranstaltung für Patienten geplant, für die in der Presse geworben werden soll.

Bericht über den 2. Landespsychotherapeutentag 25.-26.8.05 in der Humboldt-Uni

Der 2. Berliner Landespsychotherapeutentag unter dem Motto „Einheitliches Berufsbild und Vielfalt des Vorgehens“ fand nach Redaktionsschluss dieser Ausgabe statt, so dass hier nur ein kurzer Überblick über das geplante Programm möglich ist (ausführliche Berichte auf unserer Homepage und in den nächsten Veröffentlichungen der Kammer).

Am ersten Tag stand die Frage der Methodenintegration im Mittelpunkt. Dazu war als Hauptreferent Prof. Dr. Jürgen Kriz (Uni Osnabrück, Mitglied des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie) geladen. Er vertritt die Position, dass eine gleichberechtigten Methoden- bzw. Verfahrensintegration notwendig sei. Nach seinen Vorstellungen sollen die Grundorientierungen der Psychotherapie – Humanistische, Psychodynamische, Verhaltenstherapeutische und Systemische – zu einem ganzheitlichen Strom zusammenfließen. Die unterschiedlichen Verfahren könnten sich gegenseitig befruchten, ohne dass Dominanzverhältnisse entstehen. Als Konsequenz tritt er für eine Änderung der Richtlinien ein, die im Sinne einer Methodenintegration dringend verändert werden müssen.

In einer anschließenden Podiumsdiskussion sollen Vertreter unterschiedlicher Konzepte über Ansätze der Indikationsregelung

der allgemeinen Psychotherapie nach Grawe, der psychoanalytischen und der körperpsychotherapeutischen Schule diskutieren. In dieser Diskussion spielt auch das bewährte ehemalige Modell der Kostenerstattung der Techniker-Krankenkasse und die erfolgreiche Anwendung eines integrativen Vorgehens im stationären und teilstationären Bereich eine wichtige Rolle.

Für die Abendveranstaltung des ersten Tages sollte Karl-Otto Hentze (Köln) konkrete Forderungen zur Reform der Psychotherapierichtlinien entwickeln. Hentze vertritt die Position, dass ihr aktueller Rahmen für Verfahren der bisherigen Nicht-Richtlinientherapien zu eng ist. Vertreter der Richtlinienverfahren sprechen sich gegen diese Position aus und sehen keinen prinzipiellen Reformbedarf.

Der zweite Tag beginnt mit den *Methodenvergleichenden Workshops* zu „Borderline-Persönlichkeit“, „Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen“, „Depression“ und „Psychose“. Anhand von Fallvignetten geht es um das unterschiedliche methodische Vorgehen von Vertretern der Psychoanalyse, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, der Gesprächspsychotherapie, der systemischen Therapie/Familientherapie, der Körper-

psychotherapie, der Verhaltenstherapie, der Methodenintegration u. a.

Nachmittags standen die Psychotherapie in den Institutionen und die Situation der niedergelassenen freien Psychotherapeuten im Fokus. Eine Podiumsdiskussion zielte auf den konkreten Zusammenhang von Methodenintegration, Reform der Richtlinien und Novellierung des PsychThG. Abends ging es um die Psychotherapie im KJHG. An das Einführungsreferat von Prof. Dr. Wiesener schloss sich eine Podiumsdiskussion u.a. mit H. Bertram, amtierender Präsident der Berliner Kammer, an, der sich seit langem für Erhalt und Ausbau der Psychotherapie im KJHG einsetzt.

Redaktionsteam

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

Fünf Jahre Bremer Kammer – Senatorin Karin Röpke: „Machen Sie weiter so“

Empfang zur Einweihung der neuen Räume stieß auf positive Resonanz

In diesem Jahr begeht die Bremer Psychotherapeutenkammer ihr fünfjähriges Bestehen. Nachdem die Kammer bei ihrer Gründung im Jahr 2000 ihre Arbeit zunächst in ihrem kleinen Büro in der Lüder-von-Bentheim-Strasse aufgenommen hatte, konnten zum Frühjahr 2005 neue Räume angemietet werden.

Die neue Geschäftsstelle der Kammer mit ihrem großzügigen Büroraum und einem ansprechenden Sitzungsraum, zentral gelegen in der Hollerallee 22 – wird seit März des Jahres genutzt und wurde am 9. Juli im Rahmen einer kleinen Feier offiziell eingeweiht.

Der Einladung zum Empfang, um auf das fünfjährige Bestehen und die neuen Räumlichkeiten anzustoßen, folgten etwa 60 Gäste. Neben Mitgliedern unserer Kammer konnten Vertreter von Institutionen aus dem Gesundheitssektor begrüßt werden.

Namentlich genannt seien an dieser Stelle die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales des Landes Bremen, Frau Karin Röpke, die Präsidentin der Zahnärztekammer, Frau Dr. Britta Petersen, die neue Hauptgeschäftsführerin der Bremer Ärztekammer Frau Dr. Heike Delbanco, Herr Dr. Till Spiro, Vorsitzender der KV Bremen und Herr Runge vom Verband der BKK Niedersachsen/Bremen. Nach der Begrüßung und einer kurzen Ansprache durch den Bremer Kammerpräsidenten Karl-Heinz Schrömgens, in der er auf die kurze Geschichte der Kammer und aktuelle gesundheitspolitische Themen einging, richtete die Senatorin Karin Röpke ein Grußwort an die Gäste, in dem sie die bisher geleistete Arbeit der Psychotherapeutenkammer würdigte.



KV-Chef Till Spiro mit Tochter und Senatorin Karin Röpke beim Empfang der Kammer

Im Vorfeld hatten die Mitglieder des Vorstands und die Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle mit vereinten Kräften Vorbereitungen für die Bewirtung der Gäste getroffen, so dass für das leibliche Wohl gesorgt war. Zum seelischen Wohl trug neben anderem der musikalische Rahmen bei: Mehrere Gesangseinlagen der A-cappella Gruppe „A-chording“ mit Schlagern



Gäste im Gespräch (v. l.): Pastor Moroff, Prof. Francke, Dr. Riedel, Herr Runge



Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens freut sich über Blumen, überreicht von Erika Böttcher

der 30er Jahre sowie Klassik- und Pop-Interpretationen sorgten für eine entspannte Atmosphäre. Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer konnte sich nicht nur über freundliche Grußworte und wunderschöne Blumen freuen, sondern auch über den Besuch von Repräsentan-

ten der benachbarten Psychotherapeutenkammern. Lothar Wittmann, der Präsident der niedersächsischen Kammer, übergab Karl Heinz Schrömgens einen gerahmten Spruch aus der „Edda“, in dem feinsinnig auf die Auseinandersetzung zwischen Landeskammern und Bundeskammer an-

gespielt wurde. Vorstandsmitglied Dr. Peter Riedel von der Kammer Hamburg überreichte einen „Strauß“ aus bunten Regenschirmen mit dem launigen Kommentar: „Die Hamburger Psychotherapeutenkammer lässt die Bremer Kollegen nicht im Regen stehen.“

Justizbehörde will Honorare für Psychotherapie drücken

Kammer befürchtet Qualitätsabsenkung

Initiiert durch eine kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen in der Bremer Bürgerschaft äußerte sich der Senat in einer Stellungnahme zum Themenkomplex „Psychotherapie für Strafgefangene“. Diese Stellungnahme veranlasste die Psychotherapeutenkammer, eine kritische Erklärung zu veröffentlichen.

Die Kammer drückte ihr Erstaunen aus, weil weder die Spitze des Justizressorts noch die Leitung der Justizvollzugsanstalten es für nötig hielt, im Vorfeld fachkundigen Rat der Psychotherapeutenkammer mit einzubeziehen. Dies befremde um so mehr, weil die Stellungnahme von mangelnder Fachkompetenz durchzogen sei und offensichtlich der hohe Qualitätsstandard, der an Psychotherapie anzulegen ist, für die Behandlung von Strafgefangenen nicht angelegt werde. Sie löse aber auch Empörung aus, weil angestrebt werde, psychotherapeutische Behandlungen mit sittenwidrigen Dumpinghonoraren zu vergüten.

Weiter heißt es: „In der Stellungnahme wird ausgeführt, dass ein sehr hoher Anteil der Strafgefangenen an krankheitswertigen psychischen Störungen leidet und somit behandlungsbedürftig ist. Zugleich wird deutlich, dass diese Behandlungen nur unzureichend durch in der Anstalt tätige Psychotherapeuten oder über Kooperationsverträge mit Einrichtungen außerhalb Bremens durchgeführt werden können.“

Die psychotherapeutische Behandlung von Straffälligen, insbesondere von Gewalt- und Sexualstraftätern stellt eine besondere Herausforderung dar, da häufig die Straftaten in Verbindung mit psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten zu sehen sind. Die Erwartungen der Gesellschaft und

die häufig geringe Krankheitseinsicht bei diesem Personenkreis stellen besondere qualitative Anforderungen an den Psychotherapeuten. Wir können deshalb nicht verstehen, wieso die aufgewendeten Mittel für diese Arbeit in den letzten beiden Jahren um 37% gesunken sind. Offensichtlich werden aus Kostengründen die Möglichkeiten für psychotherapeutische Behandlungen und damit die Chancen auf Besserung und Heilung bei diesen Menschen heruntergefahren. Die Justizvollzugsanstalten nehmen damit ihre Verantwortung, die Gesellschaft vor zukünftigen Straftaten und die Strafgefangenen vor sich selbst zu schützen, nur unzureichend wahr.

Die in der Senatsstellungnahme erhobene Forderung, die Diagnostik, also die Feststellung der Krankheitswertigkeit und der Behandlungsbedürftigkeit von der Behandlung zu trennen, muss zurückgewiesen werden. Sie ist fachlich nicht begründet. Psychotherapie setzt ein besonderes Vertrauensverhältnis und ein stabiles Arbeitsbündnis zwischen den Patienten und dem Behandler voraus. Gerade in der diagnostischen Phase beginnt dieses sich herauszubilden. Eine Trennung dieser Phase von der Behandlung ist weder wünschenswert noch gehört dies zum fachlichen Standard. Zudem trüge es in erheblichem Maße zu Kostensteigerungen bei.

Völlig unangemessen werden die Senatsausführungen, wenn es um die Honorierung ambulanter psychotherapeutischer Leistungen geht. Es wird unter Berufung auf den Rechnungshof (dem offensichtlich ebenfalls fachliche Parameter zur Beurteilung psychotherapeutischer Tätigkeiten fehlen) der einfache Gebührensatz nach der „Gebührenordnung Psychotherapeuten“ (GOP) in Aussicht gestellt. Das sind 40 € für eine Behandlungsstunde gegenüber

einem üblichen Satz in Höhe von 92 €. Das unterschreitet selbst die im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherungen vom Bundessozialgericht festgelegte Mindesthonorierung in Höhe von 75 € je Behandlungsstunde um fast die Hälfte. Ein qualifizierter, in eigener Praxis tätiger Psychotherapeut, der in der Regel nach seiner mindestens 5-jährigen Universitätsausbildung eine 5-jährige privat finanzierte Zusatzausbildung bis zur staatlichen Approbation abgeschlossen hat, kann und wird für ein solches Honorar nicht tätig werden.

Es ist aus unserer Sicht kein Zufall, wenn an keiner Stelle die fachlichen Standards beschrieben werden, die an psychotherapeutische Behandler angelegt werden sollen. Man prüfe, die Leistungen ausschreiben lassen, heißt es, zu den Bedingungen schweigt man sich aus. Offensichtlich strebt das Justizressort an, Psychotherapien durch nicht qualifizierte Personen durchführen zu lassen.“ Abschließend bot die Kammer in der Erklärung ihre Kooperation zum Finden angemessener Lösungen an.

Bremen rüstet sich für die elektronische Gesundheitskarte

Mit großer Aufmerksamkeit verfolgten die Besucher der Kammerversammlung am 24.05.2005 die Ausführungen des Vertreters des B.I.T.-Projektbüros, Herrn Sven Eckert, zum gegenwärtigen Stand der elektronischen Gesundheitskarte. Sachkundig legte er den gegenwärtigen Stand und daraus erwachsene Anforderungen an die Gesundheitsberufe dar. Karl Heinz Schrömgens vervollständigte die Darlegungen, indem er über die voraussetzlichen Anforderungen an psychotherapeutische Praxen, insbesondere was die Einführung einer elektronischen Heilberufsausweises betrifft, referierte.

Parallel laufen in Bremen die Vorbereitungen, um den Zuschlag vom Bundesgesundheitsministerium als Testregion für die Einführung

der E-Gesundheitskarte zu bekommen. Um den Anforderungen gerecht zu werden, einigten sich jetzt die an der Bremer Initiative

Teilnehmenden beteiligten Organisationen, darunter die Psychotherapeutenkammer, eine ARGE (Arbeitsgemeinschaft) zu gründen.

Ausbildungsvergütung und Zukunft der psychologischen Dienste

AG Kliniken diskutiert schwierige Themen

Auf ihrer Sitzung am 31.05.2005 standen bei der Sitzung der Arbeitsgruppe Kliniken zwei Themen im Mittelpunkt: die unbefriedigende Situation bzgl. der Ausbildungsvergütung und die Konsequenzen für die Kolleginnen und Kollegen der Psychologischen Dienste angesichts der neuesten Entwicklungen der Krankenhausholding.

Im Zusammenhang mit der Ausbildungsvergütung wurde beschlossen, dass der Kammervorstand das Gespräch mit der Gesundheitsbehörde suchen soll, um eine Bremer Lösung zu finden. Wenn möglich, sollte dies mit den benachbarten Psychotherapeutenkammern abgestimmt werden.

Zum Thema Psychologischer Dienst und Krankenhausholding wurde zunächst berichtet, dass Dr. Haack, Direktor des Klinikums Bremen-Ost und Leiter der Klinik für Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik, den Auftrag erhalten hat, ein neues Konzept für die Arbeit der psychologisch-psychotherapeutischen und psychosomatischen Dienstleistungen zu entwickeln. Auf Anregung der Arbeitsgruppe suchte Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens das Gespräch mit Herrn Haack, um sich über den gegenwärtigen Stand der Planungen sachkundig zu machen. Herr Haack berichtete, zur Zeit hätten verschiedene Beratungen stattgefunden, aber es lägen noch keine Ergebnisse vor. Nach seiner Auffassung bedürften diese Dienste eines Ausbaues, allerdings stünden dem die gegenwärtig angespannte Kostensituation des Klinikverbundes entgegen. Als problematisch sieht er an, dass diese Dienstleistungen in den verschiedenen somatischen Kliniken in unterschiedlicher Intensität angeboten würden. Da es nicht zu einer Ausweitung der Stellen gegenwärtig kommen könne, könnte ein Ergebnis sein, dass die Einsatzbereiche von Psychologen und Psychotherapeuten in diesen Kliniken neu geregelt

würden. Axel Janzen als zuständiges Vorstandsmitglied bekam den Auftrag, die damit zusammenhängenden Probleme und Fragen in das bevorstehende Gespräch mit der Gesundheitssenatorin einzubringen.

Angestellten- und Beamtenforum

Über Tarifvertrag Öffentlicher Dienst informiert

Am 5. Juli hatte das zuständige Vorstandsmitglied Axel Janzen zum Angestellten- und Beamtenforum eingeladen. Neben der Vorstellung des Tarifvertrags öffentlicher Dienst (TVöD) waren weitere Themen die Situation in den Kliniken, Entwicklungen im Maßregelvollzug und Informationen zum Psychiatrieausschuss des Landes Bremen und der Kooperation mit Universität.

Im ersten Teil des Abends stellte Axel Janzen die allgemeinen Vereinbarungen des neuen TVöD dar, der für die Bereiche Kommunen und Bund bereits abgeschlossen, aber für die Landesbediensteten noch nicht vorgesehen ist. Abgerundet wurde der Vortrag mit Hinweisen auf vorgesehene und wünschenswerte Planungen für die Eingruppierungen der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Bzgl. der bundesweiten Diskussion, Kriterien für Psychiatrische Gutachter aus den Reihen der Psychotherapeuten zu entwickeln, wünscht sich der Kammervorstand Unterstützung aus den Reihen der Kammermitglieder und wird deshalb Kontakt in die Kliniken aufnehmen. In diesem Zusammenhang erläuterte Axel Janzen auch den derzeitigen Diskussionsstand im Psychiatrieausschuss und der Zentralen Arbeitsgruppe des Landes und der Stadtgemeinde Bremen.

Schließlich informierte Kollege Janzen die Anwesenden noch über die Planungen der zukünftigen Ausbildungen zum Master und Bachelor und die konkreten Kooperations-

bemühungen zwischen Kammer und Universität Bremen.

Kammerversammlung wählte Ausschüsse

Im Mai verabschiedete die Kammerversammlung die Kammere Ausschüsse aus ihrer Arbeit und wählte für die kommende Arbeitsperiode von vier Jahren die Ausschüsse neu. Zunächst aber legten die Ausschussvorsitzenden – Hans-Otto Plate für Fort- und Weiterbildung, Klaus Sievers für Beschwerde und Schlichtung und Uwe Klein für Finanzen – Rechenschaft über die Arbeit der Ausschüsse ab. Die Kammerversammlung drückte ihre große Anerkennung für diese ausschließlich ehrenamtlich geleistete vierjährige Arbeit aus. In die neuen Ausschüsse wurden gewählt:

Ausschuss für Beschwerde und Schlichtung:

Sievers, Klaus; Bozetti, Jens; Hendry, Helmut; Rippe, Brigitte; Schmidt-Schubert, Sabine; Walter, Hans-Jörg

Ausschuss für Fort- und Weiterbildung:

Hemken, Udo; Koop, Ingrid; Luber, Karin; Reinhard, Walter; Schiffer, Norbert; Vorwold, Magnus; Wagner-Haase, Monika; Als Stellvertreter: Früh, Miriam; Nickel, Louise; Reinecke, Dorothee

Ausschuss für Berufsrecht und Berufsordnung:

Bozetti, Irene; Friehe-Rüdebusch, Helga; Herold, Anke

Ausschuss für Qualitätssicherung:

Babai, Amir; Plate, Maria-Elisabeth; Pontzen, Hilde; Timmermann, Ute; Urban-Billerbeck, Evelyn

Ausschuss für Finanzen:

Klein, Uwe; Borowski, Karin; Thiele-Flor, Angelika

Qualitätsmanagement – Was kommt auf niedergelassene Psychotherapeuten zu?

Qualitätssicherung und das dazu gehörende Management gehört zu den grundlegenden Aufgaben psychotherapeutischer Berufsausübung. Sowohl in der Bremer Berufsordnung (§ 4) als auch im Bremer Heilberufsgesetz (§ 8, Abs. 1 und § 8 a) ist die Verpflichtung aller Kammermitglieder zur Sicherung der Qualität ihrer Arbeit niedergelegt. Zugleich wird der Kammer die Aufgabe vom Gesetzgeber auferlegt, Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu entwickeln, entsprechende Daten bei den Kammermitgliedern zu erheben und darauf aufbauend Empfehlungen auszusprechen. Um dieser Aufgabenstellung nachzukommen und angemessene Konzepte für Bremen zu entwickeln, bildete die Kammerversammlung auf der letzten Sitzung neu den Ausschuss für Qualitätssicherung.

Was sagt das Sozialgesetzbuch?

Zusätzlich zu diesen berufsrechtlichen Aufgabenstellungen hat der Gesetzgeber im SGB V, § 135 a festgelegt:

„(1) Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.

(2 Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen ... sind ... verpflichtet,

1. sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und
2. einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.“

Des Weiteren haben die Kassenärztlichen Vereinigungen den Auftrag erhalten, für ihren Bereich entsprechende Maßnahmen einzuleiten und zu dokumentieren. Die Entwicklung der Kriterien für ein Qualitätsmanagement wurde dem Gemeinsamen Bundesausschuss übertragen.

Inzwischen gibt es auf dem Markt verschiedene Anbieter von QM-Systemen, und die KBV hat ein eigenes System (QEP) entwickelt, das den Anspruch erhebt für alle Arzt- und Psychotherapeutenpraxen ein kostengünstiges und passendes Verfahren darzustellen. Inzwischen haben einzelne psychotherapeutische Berufsverbände mit der KBV ein Kooperationsabkommen geschlossen, um dieses System für die psychotherapeutische Praxis anzupassen.

Zeitplan für die nächsten Jahre

Zunächst ist kein Praxisinhaber verpflichtet, sich einem der angebotenen QM-Systeme anzuschließen, diese zu erwerben oder gar Seminare zu besuchen, doch wird eine solche Teilnahme in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses empfohlen. Ein solches System kann in der Tat für den einzelnen Praxisinhaber nützlich sein, um sich entsprechend kundig zu machen, was die Anforderungen an Qualitätsmanagement und die Dokumentation dieser Maßnahmen betrifft.

Im Herbst wird der Gemeinsame Bundesausschuss die Richtlinien für ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement verabschieden. Gegenwärtig läuft die Anhörung der Spitzenorganisationen zum Entwurf dieser Richtlinien. Danach dient QM der kontinuierlichen Sicherung und Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung unter dem Aspekt einer systematischen Patientenorientierung.

Mit dem Inkrafttreten der Richtlinie bekommt der vorgegebene Zeitrahmen Gültigkeit. Alle Vertragspsychotherapeuten haben dann innerhalb von vier Jahren das einrichtungsinterne QM vollständig einzuführen und die damit verbundene Selbstbewertung kontinuierlich weiterzuentwickeln. In den ersten zwei Jahren sind die QM-Maßnahmen zu planen und eine schriftliche Darstellung des Ist-Zustandes vorzunehmen. In den nächsten zwei Jahren habe dann die Umsetzung zu erfolgen. Im fünften Jahr erfolgt dann die Selbstüberprüfung, die kontinuierlich jährlich fortgeführt werden sollte.

Im Anschluss ist dann die KV verpflichtet, jährlich mindestens 2,5% ihrer Mitglieder zu einer schriftlichen Darlegung des erreichten Einführungs- und Entwicklungsstandes der QM-Maßnahmen aufzufordern.

Redaktion Bremer Kammerseiten

An diesen Seiten arbeiteten mit:

Axel Janzen, Hans-Otto-Platte, Hilke Schröder, Karl Heinz Schrömgens.

Geschäftsstelle:

Psychotherapeutenkammer Bremen
Hollerallee 22,
28209 Bremen
Fon: 0421 – 27 72 000
Fax: 0421 – 27 72 002
Verwaltung@Psychotherapeutenkammer-hb.de
www.psychotherapeutenkammer-hb.de
Geschäftszeiten:
Mo, Di, Do, Fr 10.00 – 14.00 Uhr
Mi 13.00 – 17.00 Uhr
Sprechzeit des Präsidenten:
Di 12.30 – 13.30 Uhr



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hamburg

Aus der Arbeit des Vorstandes

Seit der letzten Ausgabe des Psychotherapeutenjournals konnten viele dort noch als „in Arbeit“ befindliche Aufgaben abgeschlossen oder auf den endgültigen Weg gebracht werden.

Nachapprobationsprüfungen

Nachdem viele Monate unklar war, ob und wie die sog. Nachapprobationsprüfungen von Psychotherapeuten ohne Psychologie-Diplom stattfinden können, hat das Verwaltungsgericht Hamburg in fünf seit 1999 bzw. 2000 anhängigen Verfahren einen Vergleich vorgeschlagen, der von allen Betroffenen akzeptiert wurde. Die Psychotherapeutenkammer Hamburg war zu diesen Verfahren beigelegt und konnte ihren Entwurf einer Verfahrensrichtlinie einbringen und bis auf wenige kleine Änderungen auch durchsetzen. Dieser Vergleich in den fünf Altverfahren ist zwischenzeitlich auch auf die Neuverfahren aus dem Jahr 2005 und die noch im Widerspruchsverfahren befindlichen Kammermitglieder umgesetzt worden. Nachdem zwischenzeitlich alle noch offenen Anmeldefristen verstrichen sind, steht fest, dass 54 ehemals in der Übergangsphase des Psychotherapeutengesetzes entgegen ihrem Antrag mit einer KJP-Approbation beschiedene Psychotherapeuten sich dem Prüfungsgespräch nach der einvernehmlich vereinbarten Verfahrensrichtlinie unterziehen können. Die Kammer hat die dafür erforderlichen Ausschüsse eingerichtet.

Berufsordnung

Die Kammerversammlung hat in ihrer letzten Sitzung am 8. Juni die neue Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg einstimmig beschlossen. Vorausgegangen waren fast 1 1/2-Jahre intensiver

Arbeit des Berufsordnungsausschusses, dem wir an dieser Stelle nochmals ganz herzlich für die vielen Stunden abendlicher ehrenamtlicher Arbeit danken möchten. Damit konnte die Berufsordnung beschlossen und der Aufsichtsbehörde zur Genehmigung eingereicht werden. Seitens der Aufsichtsbehörde sind zwischenzeitlich geringe Änderungswünsche angemeldet und in die Berufsordnung eingebaut worden. Im Zuge einer außerordentlichen Kammerversammlung am 10. September wird dann die endgültige Fassung beschlossen und veröffentlicht werden können.

Schlichtungsordnung

Auch in Sachen Schlichtungsordnung liegt inzwischen nach intensiver Diskussion in den letzten beiden Kammerversammlungen ein weitgehend beschlussfähiger Entwurf vor, der möglichst noch in diesem Jahr der endgültigen Beschlussfassung zugeführt werden wird.

Notfallpsychotherapie

Der Vorstand hat für den 28./29. Oktober eine Vortragsveranstaltung zum Thema Notfallpsychotherapie und eine Fortbildungsveranstaltung zum gleichen Thema vorbereitet. Am 28.10. werden Frau Prof. Beerlage von der Hochschule Magdeburg-Stendal, Frau Prof. Walter und Dr. Morawetz (beide aus Innsbruck und eingebunden in die Katastrophenhilfe in Kaprun und Galtür) im Rahmen einer Vortragsveranstaltung über die aktuelle Situation der notfallpsychotherapeutischen Versorgung in Deutschland und die Erfahrungen aus den Katastrophenhilfe in Österreich berichten. Am 29. Oktober wird Dr. Barre (Bundeswehrkrankenhaus Hamburg) ein Fortbildungsseminar zur notfallpsychotherapeutischen Versorgung bei Großschadensereignissen durchführen. Zu beiden Veranstaltungen wird die Einladung in Kürze ver-

sandt. Im Vorfeld findet am 27. Oktober unter Einbeziehung der beiden Fachleute aus Innsbruck eine Pressekonferenz zur Situation der notfallpsychotherapeutischen Versorgung in Hamburg statt, für die es uns gelungen ist, eine zum Thema passende bedrückende und zudem kostenfreie „Location“ zu finden: Die Pressekonferenz wird im Katastrophenschutzbunker am Hachmannplatz stattfinden.

Fortbildung & Fortbildungsakkreditierung

Seit Anfang Juli steht auf der Homepage der Psychotherapeutenkammer ein Portal zur Online-Akkreditierung von Fortbildungsveranstaltungen zur Verfügung. Damit sind Fortbildungsanbieter nicht mehr an die aufwendige Papierform gebunden und haben zudem die Möglichkeit zeitsparend auf Basis von schon eingegebenen Veranstaltungen durch den „Edit-Modus“ neue Veranstaltungen anzumelden. Nach Prüfung der Online-Angaben durch den zuständigen Ausschuss erfolgt dann auch die Akkreditierung online und als quasi gern gesehenes „Abfallprodukt“ steht die Fortbildungsveranstaltung automatisch in unserer Online-Datenbank der akkreditierten Fortbildungsveranstaltungen zur Information bereit. Wir bitten alle Fortbildungsanbieter von dieser Möglichkeit Gebrauch zu machen. Bei Problemen im Umgang mit dem Portal, das ja auch für uns „Neuland“ ist, helfen die MitarbeiterInnen der Geschäftsstelle gern weiter.

Hamburger Fachdienst

Der Hamburger Fachdienst – ein Bestandteil des Öffentlichen Gesundheitsdienstes – hat uns gebeten, die am Ende des Hamburg-Teils abgedruckte Information zu veröffentlichen, was wir gerne tun. Beim Hamburger Fachdienst arbeiten eine Reihe von Kolleginnen und Kollegen und die-

se würden sich nach eigenen Angaben über eine verstärkte Zusammenarbeit mit niedergelassenen KollegInnen freuen.

Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete (TZS) am Universitätsklinikum Eppendorf, Hamburg

Interview mit Frau PD Dr. Benigna Gerisch

(Ulrich Wirth): Frau Gerisch, das „Suizidzentrum“, wie es inzwischen genannt wird, ist in Hamburg eine Institution, es wird in diesem Jahr 15 Jahre alt. Sie sind Psychologische Psychotherapeutin und schon seit Beginn dabei. Wie ist es zu dieser besonderen Einrichtung gekommen ?

(BG) Es war eine ungewöhnliche Geburt: Eine Hamburger Unternehmerin gab 1990 an Professor Götze, den späteren Leiter, eine große Spende, um ein niedrigschwelliges, psychotherapeutisches Angebot für akut und chronisch suizidale Patienten zu schaffen. Der Bund hat noch Gelder für dieses Modellprojekt dazugegeben, ursprünglich für 5 Jahre. Danach sind wir von der KV als Institutsambulanz anerkannt worden. Das Angebot stieß in eine Versorgungslücke. Es gab Kliniken und Beratungsstellen als Anlaufpunkte, aber – und das gilt weit und breit bis heute – es gab keine explizit psychotherapeutisch orientierte Einrichtung für suizidale Menschen. Durch die Begleitforschung wurde klar, dass u.a. viele Klinikaufenthalte vermieden werden konnten, insofern spart unsere Arbeit auch Kosten im Gesundheitswesen.

Außerdem hat das Zentrum präventive Wirkung sowohl für die Menschen, die sich suizidal erleben, aber bisher noch keinen Suizidversuch unternommen haben als auch im Sinne der Rückfallprophylaxe. Oft wird unterschätzt, dass der Suizid eine häufige Todesursache ist. Bei den 20 bis 40-jährigen ist der Suizid, nach den Unfällen, die zweithäufigste Todesursache.

Denn jeder Dritte, der bereits einen Suizidversuch unternommen hat, versucht es später noch einmal. Nicht selten wenden sich ehemalige Patienten in erneuten Krisen auch wieder an uns, das werten wir als ein positives Zeichen. Und unsere

katamnestischen Untersuchungen zeigen, daß sich die von uns behandelten Patienten zwar in Krisenzeiten durchaus noch suizidal erleben, aber der Handlungsdruck deutlich abnimmt.

(UW): In jüngerer Zeit gab es hier und da Fragezeichen, ob und wie die Arbeit des Zentrums fortgesetzt werden kann.

(BG) Ja, schon. Das erfordert mitunter erheblichen Aufwand, die zukünftige Arbeit zu sichern und nimmt natürlich Kapazitäten vom eigentlichen psychotherapeutischen Tun weg. Oft ist aber vermittelbar, dass diese Arbeit eine spezifische Struktur des Angebotes braucht. Für die Niedergelassenen ist es meist ein ziemliches Problem, akut Suizidalen einen Platz anzubieten. Nicht selten werden wir auch von Kollegen in Anspruch genommen, wenn es in deren laufenden ambulanten Behandlungen zu einer suizidalen Entwicklung kommt.

(UW) „Spezifische Struktur“ heißt, Sie müssen rasch reagieren können, vermute ich. Wie sieht Ihr Angebot aus ?

(BG) Wir haben 3 Stellen in der Krankenversorgung, die sich auf 3 ÄrztInnen und zwei Psychologinnen verteilen. Zwei weitere Stellen dienen explizit der wissenschaftlichen Begleitung und Forschung. Sehr wichtig sind auch zwei Dokumentationsassistentinnen, die am Telefon erste Ansprechpartnerinnen sind, dann aber in möglichst kurzer Zeit das Gespräch an einen Therapeuten vermitteln. Wir sind während der Sprechzeit zwischen 8.30 und 16.30 Uhr in der Lage, Patienten die ad hoc in akuten Notfällen spontan kommen, zu sehen. Bei Überweisungen aus dem niedergelassenen Bereich findet eine telefonische Absprache mit uns statt. Dies erspart den Patienten überflüssige Wege und Zwischenstationen. Denn die Nachfrage ist deutlich größer als die Behandlungskapazität, auch wenn wir immerhin im Schnitt zwischen 60 und 80 Patienten in Behandlung haben. Wir arbeiten auf der Basis psychoanalytischer Konzepte und versuchen, die aktuelle Krise oder das suizidale Erleben in einem psychodynamischen Kontext zu verstehen, also auf die Verschränkung von äußerer Situation, Auslöser und der

inneren Konfliktthematik zu fokussieren. Wichtig ist sich klarzumachen, dass nicht alle Menschen auf den gleichen äußeren Auslöser suizidal reagieren. Es muss noch andere Gründe geben, warum jemand glaubt, die Krise nicht anders lösen zu können als durch einen Suizid. Dies versuchen wir in den Therapien gemeinsam mit dem Patienten zu erarbeiten. Die Therapien umfassen im günstigen Fall zwischen 15 und 50 Sitzungen, aber auch kürzere Behandlungen können hilfreich sein. In Einzelfällen sind auch längere Behandlungsangebote indiziert. Wichtig ist auch, dass wir im Zentrum in der Lage sind, situativ oder begleitend medikamentös zu behandeln. Selbstverständlich können nicht alle suizidalen Patienten von diesem spezifischen, ambulanten Angebot profitieren. Grenzen finden sich besonders, wenn eine Psychose oder eine Suchterkrankung im Vordergrund steht.

(UW) Diese Arbeit fordert Sie sicher auch in spezifischer Weise. Wie gehen Sie damit um – und das schon über 15 Jahre ?

(BG) Es bedarf eines wirklich gut funktionierenden Teams. Wir sprechen oft miteinander, nicht nur in den regelmäßigen Fallkonferenzen und den Fallsupervisionen, die unverzichtbar sind. Zu unserem Konzept gehören auch Möglichkeiten zu einem unmittelbaren kollegialen Austausch. Wichtig ist auch zu wissen, dass das zwischen durch potentiell geht, auch wenn ich es nicht immer in Anspruch nehmen muss.

(UW) Wie kommen die Betroffenen zu Ihnen ? Könnte es sein, dass bestimmte Menschen eher einen Zugang zu Ihrem Angebot finden ?

(BG) Der Selbstmord ist „demokratisch“ ! Der zieht sich durch alle Schichten der Bevölkerung und inzwischen kommen auch fast alle. Vom plötzlich gekündigten Top-Manager, für den es mit Mitte 50 plötzlich auch in der Familie total kriselt, bis zum langzeitarbeitslosen Hilfsarbeiter. Eine besondere Gruppe sind die älteren Menschen, die tun sich schwer, überhaupt psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die sind jedoch verstärkt gefährdet, die älteren Männer, wie aber auch die älteren Frauen. Im Rahmen eines

Forschungsprojekts untersuchen wir gerade Möglichkeiten ältere Menschen besser für psychotherapeutische Behandlungen zu erreichen.

Inzwischen kommen Patienten übrigens nicht nur von Hausärzten und Kliniken, sondern auch von selbst, durch unsere Bekanntheit in den Medien oder durch Empfehlungen von z. B. Freunden.

(UW) Kann man sagen, dass die „verdeckten“ Suizidversuche zugenommen haben?

(BG) Das ist schwer zu beurteilen. Durch die Weiterentwicklung der medizinischen Technologie können inzwischen weit mehr Menschen einen Suizidversuch überleben. Dadurch sterben heute weniger Menschen

an den Folgen, wenn sie versucht haben, sich das Leben zu nehmen. Und die Ärzte sind insgesamt sicher auch hellhöriger geworden, haben eher einen Verdacht. Aber auf diesem Gebiet ist noch viel Aufklärungsarbeit zu leisten.

(UW) Der Selbstmord und die Gedanken daran sind zwar weit verbreitet, aber nach wie vor von großen Schamgefühlen umgeben. Kann man das beeinflussen?

(BG) In der Bundesrepublik trifft es jährlich mehr als 11.000 Menschen, und dennoch ist die Tabuisierung dieses Phänomens noch immer stark. 2001 haben wir einen internationalen Kongress zum Thema „Suizidalität und Psychoanalyse“ organisiert. Aber wir versuchen auch, u.a. mit

Hilfe eines Förderkreises (For life e.V.), an die breite Öffentlichkeit zu gehen. Jedes Jahr machen wir eine Kulturwoche mit Lesungen, Vorträgen, Filmen etc. und laden die Interessierten anschließend zu Diskussionen ein. Eine Werbeagentur half uns – unentgeltlich – eine „Werbe“-Kampagne zu entwickeln mit dem Motto: Selbstmord kann jeden treffen.

(UW) Herzlichen Dank, Frau Gerisch, für das Gespräch.

Therapiezentrum für Suizidgefährdete
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Martinstr. 52, Pavillon 519
Tel.: 040 / 42803-4112
Sprechzeiten: Mo – Fr 8.30 – 16.00 Uhr

Wenn Klienten Probleme im Arbeitsleben haben



Hamburger Fachdienst

Der **Hamburger Fachdienst** ist Ansprechpartner für Menschen, die aufgrund von psychosozialen Schwierigkeiten oder aufgrund einer psychischen Erkrankung oder einer Behinderung Unterstützung im Arbeitsleben suchen. Diese Hilfe ist sinnvoll, in Ergänzung zur psychotherapeutischen Behandlung, bei allen arbeitsrelevanten Fragestellungen.

Wir beraten und helfen, wenn es zu

- Leistungsschwankungen oder Belastungsstörungen kommt,
- nach längerer psychischer Erkrankung eine Wiedereingliederung bevorsteht und/oder Ängste vor der Rückkehr in den Betrieb bestehen,
- es aufgrund von betrieblichen Umstrukturierungen eine Umsetzung gibt, die Verunsicherung auslöst,
- Konflikte mit Kollegen und/oder Vorgesetzten auftreten,
- eine Kündigung droht.

Unsere Angebote sind:

Persönliche **Beratungsgespräche; Informationsgespräche** zur Klärung beruflicher Perspektiven, Weitervermittlung an geeignete Rehabilitationseinrichtungen, Arbeitsprojekte oder Vermittlungsdienste; **Gruppengespräche** zum Austausch von Erfahrungen und zur Bewältigung von Schwierigkeiten im Arbeitsleben.

Unser Beratungsangebot ist kostenlos und unterliegt dem Sozialdatenschutz. Nach der telefonischen Anmeldung kann ein Beratungstermin innerhalb der nächsten 14 Tage vereinbart werden.

Der Hamburger Fachdienst besteht seit 1987 und arbeitet aufgrund einer Vereinbarung mit dem Integrationsamt der Behörde für Soziales und Familie zusammen.

Mitarbeiter des Hamburger Fachdienstes sind

Torsten Flögel, André Kleuter, Nikolai Magdalinski, Ute Meyer, Regina Schlieszus, Kirstin Visser, Lore Schall.

Hamburger Fachdienst,
Poststraße 51, III. Stock,
20354 Hamburg,
Tel.: 040 – 8888 85 – 3;
Fax: 040 – 88 88 84 – 40,
e-Mail: info@hamburger-fachdienst.de, www.hamburger-fachdienst.de
Telefonische Sprechzeiten:
Mo, Mi, und Fr von 10.00 bis 12.00 Uhr
Di und Do von 14.00 bis 17.00 Uhr

Geschäftsstelle

Curschmannstraße 9
20251 Hamburg
Tel. 040 / 42101234
Fax 040 / 41285123
Mo, Di, Fr 9.00 – 15.00 Uhr
Mi 9.00 – 17.00 Uhr
info@ptk-hh.de
www.ptk-hh.de

Bericht von der 11. Delegiertenversammlung

Am 10. und 11. Juni trafen sich die Delegierten der hessischen Psychotherapeutenkammer zur Delegiertenversammlung in Geisenheim.

Diskussion über Aufgaben der Kammer begonnen

Im folgenden Kasten stellen wir den Stand der Diskussion zusammen, welche Aufga-

ben die Psychotherapeutenkammer aus Sicht der DV übernehmen soll. Über die Verfahrens- und Fraktionsgrenzen hinweg ließ sich erfreulicherweise eine große Übereinstimmung in Grundfragen herstellen. Den Diskussionsprozess möchten wir fortsetzen. Die Mitglieder der Kammer laden wir ausdrücklich ein, an dieser Diskussion

teilzunehmen: **Im Mitgliederbereich der Internetseite der Kammer (unter: „Kammerinternes“, „Aufgaben der Kammer“) haben wir ein Forum eingerichtet, in dem wir gemeinsam diskutieren und das Selbstverständnis der Psychotherapeutenkammer weiterentwickeln können.**

Grundsätze der Arbeit der hessischen Psychotherapeutenkammer

Die Delegiertenversammlung der hessischen Psychotherapeutenkammer hat am 10.06.05 in Geisenheim Grundsätze ihres gesellschafts- und gesundheitspolitischen Selbstverständnisses diskutiert. Die Kammerversammlung lädt auf dieser Grundlage zu einem kontinuierlichen Diskussionsprozess ein und beschließt die nachfolgend ausgeführten Grundsätze:

Förderung seelischer Gesundheit – aber auch Stellungnahme zu gesellschaftlichen Entwicklungen

Die Förderung seelischer Gesundheit und die Unterstützung der Psychologischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der Behandlung ihrer Patienten sind der Ausgangspunkt und die Basis der Kammerarbeit. Die DV betont die Notwendigkeit, sich insbesondere auch mit gesundheitspolitischen und gesellschaftlichen Fragestellungen aus der Sicht psychotherapeutischer Tätigkeit und Erfahrung auseinanderzusetzen und zu diesen Stellung zu beziehen. Dabei geht es darum, auf gesellschaftliche Entwicklungen aufmerksam zu machen, die die psychische Entwicklung behindern, psychisches Leid mit hervorbringen und psychi-

sche Krankheit befördern. Darüber hinaus gilt es, geeignete Initiativen zur Prävention von psychischem Leid zu unterstützen und zu initiieren. Diese Stellungnahmen gründen zuvorderst auf den Erfahrungen mit der Bandbreite, Tiefe und Komplexität von psychischer Entwicklung und psychischem Leid.

Zugleich betont die Kammer die Bedeutung der in der Ottawa-Charta niedergelegten Grundsätze, wonach Gesundheit ein „Zustand umfassenden körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen ist“.

Pluralität als Grundlage

Die DV der Kammer repräsentiert eine Vielfalt unterschiedlicher Zugangs- und Verstehensweisen menschlichen Lebens – auch als Abbild der gesellschaftlichen Pluralität. Diese erhaltenswerte Vielfalt fordert zu einer Kultur des Diskurses heraus, der in der Kammer gepflegt werden soll und der nach innen mit den Mitgliedern und in den Gremien der Bundes- und Landeskammern geführt und nach außen in die (Fach-) Öffentlichkeit getragen werden soll.

Zu dieser Kultur eines offenen Diskurses gehören auch die Akzeptanz der auf unterschiedlichen Menschenbildern gründen-

den Verschiedenheit wissenschaftlicher psychotherapeutischer Traditionen und Verfahren und nicht zuletzt auch die Akzeptanz und Förderung unterschiedlicher Forschungsstrategien in der Untersuchung des Gegenstandes und der Weiterentwicklung der Psychotherapie.

Diese Pluralität verpflichtet uns auch zu einer kritischen Reflexion derjenigen wissenschaftlichen Methoden, mit denen psychotherapeutisches Handeln gegenüber der Gesellschaft und der Politik zu begründen ist.

Psychologisierung der Gesellschaft differenziert betrachten

Die DV plädiert dafür, dass wir auf reflektierte, selbstkritische und differenzierte Weise der Bedeutung des Seelischen aus der Sicht unseres Wissens und unserer alltäglichen beruflichen Erfahrung gegenüber der somatischen Medizin sowie der Dominanz einseitiger und kurzsichtiger ökonomischer Sichtweisen mehr Gewicht geben.

Das bedeutet jedoch auch,

- sich differenziert mit der Frage des Bedarfes nach Psychotherapie in der Gesellschaft und der Forderung nach einer Ausweitung des Angebotes auseinander zu setzen.

■ einer unreflektierten Psychologisierung gesellschaftlicher Probleme und einer Banalisierung und Skandalisierung des Psychischen – insbesondere in der Politik und in den Medien – entgegen zu wirken.

Nicht zuletzt betont die Kammer die **Eigenständigkeit ihrer Arbeit** gegenüber den Einrichtungen der GKV und sonstiger Kostenträger, den Organen der Selbstverwaltung und den Trägern der In-

stitutionen, in denen Psychologische und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten arbeiten – mit dem Ziel einer konstruktiven, aber auch kritischen Kooperation

DV-Berichte im Internet

Die vollständigen Berichte über die Aktivitäten seit der letzten DV von Vorstand, Ausschüssen, Geschäftsstelle und weiteren Gremien können Sie im Mitgliederbereich der Internetseite der Kammer nachlesen.

Finanzen

Die Wirtschaftsprüfer bescheinigten der Kammer ein **einwandfreies Wirtschaften**. Insbesondere die Verringerung der Außenstände sowie die Verbesserung des Mahnwesens wurden positiv bewertet. Das Haushaltsjahr 2004 schloss mit einem geringen Überschuss ab, der in die Rücklage überführt wurde. Der Vorstand wurde von der DV einstimmig entlastet.

Durch Honorarnachzahlungen sowie höhere Einnahmen der Kammermitglieder infolge der Neufestsetzung des Punktwertes werden die **Einnahmen der Kammer steigen**. Der Finanzausschuss wird verfolgen, ob und ggf. wie dies für eine Beitragssenkung genutzt werden kann.

Schlichtungsordnung

Einstimmig verabschiedete die DV eine **Schlichtungsordnung** zur Schlichtung von Streitigkeiten, in die Kammermitglieder verwickelt sind (nachzulesen im Mitgliederbereich der Internetseite der Kammer unter „Kammerinterne Dokumente...“, „Ordnungen“). Kammerpräsident Jürgen Hardt sprach dem zuständigen Ausschuss und insbesondere seiner Vorsitzenden Marlies Lübber-Mahir seinen besonderen Dank für die hervorragende Arbeit aus.

Sozialrechtliche Anerkennung Neuropsychologie

Die DV war sich einig, die zügige sozialrechtliche Regelung für die **Neuropsychologen** zu unterstützen. Während ein Teil der Delegierten dabei auf die zu ver-

abschiedende Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer setzte, forderte eine andere Gruppe, notfalls auch im Alleingang zu einer hessischen Lösung zu kommen: Die DV entschied, dass die hessische Kammer eine Weiterbildungsordnung unter Einschluss einer Regelung für die Neuropsychologie beschließen wird, wenn die Musterweiterbildungsordnung nicht wie erwartet auf dem Deutschen Psychotherapeutentag im Mai 2006 verabschiedet werden wird.

Nachzahlung für Psychotherapeuten – Befremden der LPPKJP gegenüber der Haltung der KVH

Die DV initiierte ein Schreiben an die KV Hessen, in dem das Befremden der LPPKJP ausgedrückt wird über die Argumentation der KV Hessen, dass wegen der Nachvergütungen für die Psychotherapeuten Einschnitte bei der Facharztvergütung für das Jahr 2005 erforderlich seien. Kammerpräsident Jürgen Hardt übernimmt eine Resolution der DV: „Das Schreiben der KVH scheint geeignet, Emotionen gegen die Psychotherapeuten zu schüren und somit einen Keil zwischen die psychotherapeutischen Versorger einerseits und die Fachärzte andererseits zu treiben. Gegen diesen Stil der Auseinandersetzung und den Versuch, Mitglieder der KVH gegeneinander auszuspielen, wendet sich die Delegiertenversammlung der LPPKJP in aller Deutlichkeit.“ (den vollständigen Brief finden Sie im Mitgliederbereich der Internetseite der Kammer innerhalb des Kurzberichts von der 11. DV).

Psychotherapeutenausbildung in Hessen

Ende 2004 führte die Psychotherapeutenkammer Hessen eine Befragung der Aus-

bildungsinstitute für Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen in Hessen durch. Mit dieser Befragung sollte Aufschluss über den aktuellen Stand der zur Verfügung stehenden Ausbildungsplätze und deren Auslastung in den verschiedenen Verfahren gewonnen werden.

Erfreulicherweise erhielten wir von allen 15 in Hessen anerkannten Ausbildungsinstituten Antworten auf unsere Anfragen. Die Auswertung ergab, dass das gesamte Platzangebot für Ausbildungskandidatinnen und Kandidaten zum Psychotherapeutenberuf in Hessen zum Zeitpunkt der Erhebung insgesamt 311 Ausbildungsplätze pro Jahr umfasste. Insgesamt waren zum Zeitpunkt der Erhebung 569 Ausbildungskandidaten eingeschrieben.

Eine stark unterschiedliche Inanspruchnahme der Ausbildungsplätze ist bezogen auf die verschiedenen Vertiefungsschwerpunkte zu bemerken: Während die verhaltenstherapeutisch orientierten Ausbildungsinstitute 394 eingeschriebene AusbildungskandidatInnen zurückmeldeten, ergaben die Zahlen für den Bereich Tiefenpsychologie 99 und für die integrierte tiefenpsychologisch / psychoanalytische Ausbildung 76 belegte Plätze (bei allen Zahlenangaben sind die Ausbildungsgänge zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zusammengefasst).

Insgesamt erscheint die Anzahl der in Ausbildung befindlichen KollegInnen als zu gering, um die zu erwartende Lücke durch aus Altersgründen ausscheidende KollegInnen zu füllen. In einem weiteren Bewertungsschritt sollen diese Zahlen zusammengeführt werden mit den vorliegenden Zahlen zur Altersstruktur der in Hessen berufstätigen PP und KJP und eine Prognose zur Versorgungssituation in nächster Zukunft getroffen werden (die ausführliche

Auswertung ist auf der Internetseite der Kammer einsehbar oder über die Geschäftsstelle zu beziehen).

Hans Bauer, Vizepräsident

Ausschüsse und Geschäftsstelle zu aktuellen Fragen

Eine **Praxisbezeichnung** darf gemäß der Berufsordnung nicht irreführend sein. Daher empfiehlt der „Ausschuss für ethische Fragen und Berufsordnung“:

- An erster Stelle muss bei einer Praxis die Bezeichnung Psychotherapeutische Praxis bzw. Psychologische(r) Psychotherapeut(in) und / oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut(in) stehen.
- Wenn Bezeichnungen wie „Zentrum“, „Institut“, „Forum“ geführt werden, so darf in Anlehnung an das sog. „Zentrum-Urteil“ des LG Hamburg vom 10.04.2001 die Verwendung dieser Bezeichnungen nicht irreführend sein.

- An zweiter Stelle darf die erworbene Fachkunde stehen,
- an dritter Stelle ankündigungsfähige, erworbene Qualifikationen nach der Weiterbildungs- oder Fortbildungsordnung.

Bei einem **Therapeutenwechsel** hat der neue Behandler keinen Anspruch auf vorliegende „Berichte an den Gutachter“. Allerdings muss der Erstbehandler entsprechend dem Prinzip kollegialer Zusammenarbeit (§ 18 BO) und der Forderung des § 5, Abs. 2, „Folgen für Patientinnen und Patienten und andere zu reflektieren, um Schaden zu vermeiden“ bei vorliegender Schweigepflichtentbindung Befunde mitteilen bzw. den neuen Behandler zum Nutzen des Patienten unterstützen.

Im **Internetauftritt von Psychotherapeuten** sollten Patienten nicht dargestellt werden. Damit Patienten im Internetauftritt von Psychotherapeuten abgebildet werden dürfen, ist eine Schweigepflichtentbindung erforderlich. Auch dann ist jedoch das Prinzip der Abstinenz (§ 13) gefährdet, da Patienten, indem sie abgebildet werden, zu eigenen Zwecken eingesetzt werden.

Eine **Beschäftigung von Patienten** in Praxen, in denen sie behandelt werden, ist untersagt. Hierdurch würden sowohl das Abstinenzgebot wie auch die Schweigepflicht verletzt.

Um **Streitigkeiten über Ausfallhonorare** bei abgesagten oder nicht wahrgenommenen Therapiestunden zu vermeiden, sollten zu Behandlungsbeginn klare schriftliche Vereinbarungen getroffen werden, in welchen Fällen ein Ausfallhonorar welcher Höhe zu zahlen ist.

Hessische Delegierte in der BPTK

Auf Initiative des Vorstandes brachten die hessischen Delegierten folgende Resolution auf der Delegiertenkonferenz der Bundeskammer ein, die mit großer Mehrheit verabschiedet wurde. Wir hoffen, dass der Vorstand der Bundeskammer der Aufforderung der Delegierten nachkommen wird.

Resolution des 5. Deutschen Psychotherapeutentages zur Anerkennungspraxis des Gemeinsamen Bundesausschusses Ärzte/Krankenkassen

Die Mitglieder des 5. DPT verfolgen mit großer Sorge die G-BA-Ankündigungen zur Bewertung der Eignung von Psychotherapieverfahren für die Versicherten-Versorgung. Anlass für unsere Bedenken sind u.a.:

- Der Vorsitzende des G-BA, Herr Dr. Hess, hat auf dem BPTK-Workshop am 05.04.2005 mitgeteilt, die Eignung der Gesprächspsychotherapie solle getrennt nach „Anwendungsbereichen“ festgestellt werden.
- Im Fragenkatalog zur Bewertung der Neuropsychologie werden Wirksamkeitsbelege „im Rahmen der 12 Anwendungsbereiche für Psychotherapie bei Erwachsenen“ als „wissenschaftliches Psychotherapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen“ abgefragt.

Mit dem überraschenden Abweichen von der verfahrensbezogenen Bewertung (vgl.

Fragenkatalog des ehemaligen Arbeitsausschusses „Psychotherapie-Richtlinien“) und der nun angekündigten Bewertung nach „Anwendungsbereichen“, würde der G-BA die Grundlage der Psychotherapie-Richtlinien verlassen und insbesondere gravierende Probleme für die Durchführung von Psychotherapie durch Psychotherapeuten im Rahmen der Psychotherapie-Vereinbarungen sowie Rechtsprobleme für das Ausbildungs- und Berufsrecht der Psychotherapeuten aufwerfen.

Der G-BA bezieht sich offensichtlich auf Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie (WBP), nach denen die Länder wissenschaftlich anerkannte Psychotherapieverfahren zur (vertieften) Ausbildung „zulassen“ sollen. Der Wissenschaftliche Beirat prüft die wissenschaftliche Anerkennung psychotherapeutischer Verfahren im Sinne eines Stichprobenverfahrens für mindestens vier bzw. fünf

Anwendungsbereiche. Für die anerkannten Behandlungsverfahren ist hiermit jedoch keine indikationsbezogene Beschränkung ausgesprochen.

Wir sind besorgt, dass der G-BA eine Bewertungspraxis einführen will, die ein neues, mit dem Selbstverständnis der Psychotherapeutinnen, den Psychotherapie-Richtlinien und dem geltenden Psychotherapeutenrecht nicht zu vereinbarendes Psychotherapieverständnis zugrunde legt. Gegen die Zerlegung der Psychotherapie in eine Vielzahl von „Anwendungsbereichen“ sprechen erhebliche fachliche Bedenken:

Die Zergliederung psychotherapeutischer Behandlungen in „Anwendungsbereiche“ und die Reduzierung des Patienten auf isolierte Störungen ließen keinen Raum für eine ganzheitliche Sicht des Menschen, für eine verlässliche psychothera-

peutische Beziehung und für Entwicklungsmöglichkeiten der Patienten. Unter den Aspekten der Komorbidität und der Änderung von Symptomatiken während psychotherapeutischer Behandlungen würden in der Praxis kaum zu bewältigende und voraussichtlich kosten-trächtige Probleme entstehen.

Im Übrigen würde die Bewertung nach „Anwendungsbereichen“ anstelle der psychotherapeutenrechtlich gebotenen Anerkennung von Behandlungsverfahren (s. §§ 95c Satz 2 und 117 Abs. 2 SGB V) die erforderliche Verzahnung des Berufs- und Ausbildungsrechts der Psychotherapeuten mit dem Sozialrecht grundlegend beeinträchtigen.

Der Deutsche Psychotherapeutentag wendet sich gegen alle Schritte des G-BA, die auf die Zulassung von approbierten Psychotherapeuten nur für ausgewählte Indikationen des Verfahrens ihrer vertieften Ausbildung hinauslaufen könnten.

Der Vorstand der BPTk wird aufgefordert, gegenüber dem G-BA das Anliegen dieser Resolution mit Nachdruck zu vertreten.

Termine

Delegiertenversammlungen

4. und 5. November 2005

Psychotherapeutentag

3. Hessischer Psychotherapeutentag, 23. und 24. September 2005, Frankfurt, Fachhochschule.

Gedenken

Wir gedenken unseres verstorbenen Kollegen:

Herr Christoph Neß, Glashütten, geb. 04.03.1951, gest. 08.06.2005.

Redaktion Hessische Kammerseiten:

Uta Cramer-Düncher, Stefan Baier

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,

im letzten Heft des PTJ hatten wir ausführlich über die Ergebnisse der Wahl zur Kammerversammlung und über deren personelle Entscheidungen auf ihrer konstituierenden Sitzung berichtet. Dazu ist heute nachzutragen:

Die Liste der Kolleginnen und Kollegen, die uns in der Delegiertenversammlung der Bundespsychotherapeutenkammer vertreten, war unvollständig; wir liefern hier die komplette Liste nach (Vertreter bzw. Vertreterin in Klammern):

Hermann, Jörg (Greve, Gabriele)
Köthke, Werner (Werther, Frauke)
Wittmann, Lothar (Schwartz, Hans-Joachim)
Könning, Josef, (Hauer, Wilfried)
Corman-Bergau, Gertrud (Nunnendorf, Wilhelm),
Liebeck, Heinz (Bückmann, Rüdiger)
Berns, Inge (Brünjes, Anne)
Reiffen-Züger, Bertke (Hauss-Labouvie, Michael)
Büren-Lützenkirchen, Gerlinde (Hellmann, Heiner)

Nach dem Rücktritt von Frau Friederike Wetzorke von ihrer Funktion im Vorstand der PKN war die Gruppe KJP dort nicht mehr vertreten. Auf Einladung des Vorstands wurde von der Gruppe Frau Bertke Reiffen-Züger als ständiger Gast in den VS-Sitzungen benannt, bis Anfang September auf der Kammerversammlung für diese Gruppe ein VS-Mitglied nachgewählt ist.

Einige Themen und Arbeitsvorhaben, die in den letzten Monaten bearbeitet oder auf den Weg gebracht wurden:

Nachvergütung:

Die PKN hatte Anfang des Jahres 2005 die KVN erfolgreich gedrängt, unverzüglich die Nachvergütung für die Jahre 2000 – 2004 auszusahlen. Nachdem die Auszahlung

noch im März erfolgt war, verständigten sich PKN und KVN in einem Gespräch zwischen KVN (den Herren Gramsch und Barjenbruch) und PKN-Vorstand (unter Einschluss von Frau Dr. Rüping) darauf, dass die PKN Einsicht in die Berechnungsgrundlagen für die Höhe der Nachvergütung erhält. Ziel ist dabei die Klärung, ob die Berechnung fehlerfrei ist und wir damit unseren Mitgliedern empfehlen können, ihre für diese Jahre eingelegten Widersprüche zurückzunehmen. Wenn Sie dieses Heft lesen, müsste das Ergebnis schon feststehen und auf unserer homepage zu lesen sein.

Entlastungsassistentenz:

Mit Unterstützung der PKN (und dabei wesentlich auch durch den Einsatz von Frau Dr. Rüping) konnte erreicht werden, dass eine Kollegin in ihrer Elternzeit nun doch eine Entlastungsassistentin einstellen kann – was ihr eine KV-Bezirksstelle zuvor hartnäckig verwehrt hatte. Wir nehmen diesen Erfolg zum Anlass, Sie darauf aufmerksam zu machen, dass Sie diese Möglichkeit ebenfalls nutzen können, wenn Sie nach der Geburt eines Kindes Ihre Arbeitszeit für längere Zeit reduzieren wollen oder wenn Sie wegen Krankheit voraussichtlich längerfristig gehindert sein werden, Ihre Praxis in vollem Umfang zu betreiben. Damit ist dann auch eine Chance für jüngere Kolleginnen und Kollegen verbunden, nach der Approbation zunächst als Assistenten in ihrem neuen Beruf zu arbeiten, wenn Niederlassung ihr Ziel ist, sie aber wegen Sperrung aller Bezirke in Niedersachsen nicht unmittelbar eine Zulassung erhalten konnten. Nähere Auskünfte erteilt Ihnen Ihre KV-Bezirksstelle; falls Sie dort nicht erfolgreich sind, hilft Ihnen die Geschäftsstelle der PKN.

Praxiswertberechnung:

Intensiv gearbeitet wird zur Zeit an einer „Praxiswertberechnung“. Angesichts der

Altersstruktur unserer Berufsgruppen ist in den nächsten Jahren mit einer größeren Zahl von Praxisübergaben zu rechnen. Bisher besteht dabei eine erhebliche Unsicherheit, welcher Wert einem Nachfolger dafür in Rechnung gestellt werden kann. In absehbarer Zeit können wir dafür Modellrechnungen zur Verfügung stellen, die wir auf unseren Internetseiten veröffentlichen werden.

Auflösung des Landesprüfungsamtes:

Die Auflösung der Bezirksregierungen in Niedersachsen hat für unsere Berufsgruppen mittelbare Konsequenzen: Während für uns als PP und KJP immer schon zentral das Landesprüfungsamt für Heilberufe zuständig war, hatten die Bezirksregierungen für die Ärzte die Approbation zu erteilen. Mit dem Wegfall dieser Behörden und vor dem Hintergrund einer grundlegenden Verwaltungsreorganisation war es Anliegen des Sozialministeriums, die Aufgaben auch für die Ärzte dem Landesprüfungsamt zu übertragen, dieses Amt aber aus der Ministerialverwaltung herauszulösen und seine Aufgaben auf die Heilberufskammern zu verlagern.

Als Vorstand der PKN haben wir das Ansinnen der Landesregierung mit großer Skepsis und Zurückhaltung aufgenommen, weil wir gern alles vermeiden würden, was nach Vermischung von Kontrolle des Berufszugangs und Kontrolle der Berufsausübung aussehen könnte. Da aber die Aufgaben des Landesprüfungsamts auch nach einer Übertragung auf die Kammern staatliche Aufgaben bleiben, da ein Gutachten der Kanzlei Rüping zur Frage der Verfassungsmäßigkeit einer solchen Aufgabenübertragung keinen Anlass zu gravierenden Bedenken ergeben hat, und da die Kosten in vollem Umfang (weiter) vom Land zu tragen sind, haben wir unsere Vorbehalte

hintan gestellt. Allerdings werden die Aufgaben nicht durch die Geschäftsstelle der Kammer wahrgenommen werden, sondern durch einen Zweckverband, dessen Gründung die niedersächsischen Heilberufskammern zur Zeit vorantreiben.

Behandlung traumatisierter Flüchtlinge:

Gemeinsam mit dem Flüchtlingsrat Niedersachsen und der Ärztekammer hat die PKN einen Aufruf formuliert, mit dem ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten gebeten werden, sich für die Behandlung traumatisierter Flüchtlinge zur Verfügung zu stellen. Wir appellieren auch auf diesem Wege an Sie, sich für diese Menschen zu engagieren. Nähere Informationen erhalten Sie auf unserer homepage unter „Aktuelles“ (29.05.2005).

Palliativ-Versorgung:

Der Vorstand hat durch die Entsendung von Frau Prof. Nina Heinrichs in die Palliativ-AG, zu der sich verschiedene Institutionen in Niedersachsen zusammengeschlossen haben, den Anspruch angemeldet, dass psychotherapeutische Aspekte in der Arbeit mit schwer kranken Menschen verstärkt zu berücksichtigen sind, und diesem Anspruch in einem Schreiben an die Sozialministerin weiter Nachdruck verliehen. Ein Artikel von Frau Prof. Heinrichs weiter unten informiert Sie über diese Thematik, an der wir auch in den nächsten Jahren „dran“ bleiben wollen, u. a. mit dem Ziel, in Zukunft Fortbildung für diesen Bereich anzubieten. Weitere, konkretere Informationen finden Sie in einem der nächsten Hefte oder vorher auf unseren Internetseiten.

Präventionsgesetz:

Einfluss auf die Landespolitik haben wir auch in zwei weiteren Angelegenheiten genommen. Eine Stellungnahme der BPTK zur Gesetzesvorlage zu einem Präventionsgesetz forderte eine stärkere Einbeziehung der psychischen Gesundheit und legte dabei den Schwerpunkt vor allem auf die Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Diese Stellungnahme haben wir Entscheidungsträgern im

Land zugänglich gemacht mit der Bitte, auf eine Umsetzung dieser Forderungen hinzuwirken. Die Tatsache, dass das Gesetz vor der Neuwahl des Bundestages nicht mehr zur Verabschiedung kam, erhöht hoffentlich die Chancen, auch der psychischen Gesundheit mehr Berücksichtigung bei der Finanzierung von Vorsorgemaßnahmen zu verschaffen.

Stellungnahme zur Novellierung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes

Die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen hatte auch eine zweite Initiative der BPTK im Blick, die wir ebenfalls „in die Politik“ weitergereicht haben. Dabei ging es um eine Stellungnahme zu einer Initiative aus dem Bundesrat zur Änderung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG), die u. a. eine stärkere Beteiligung der Eltern an den Kosten für Jugendhilfemaßnahmen – und dazu gehört auch der Besuch einer Erziehungsberatungsstelle – zur Folge gehabt hätte. Diese Initiative konnte abgewehrt werden, letztlich sogar mit den Stimmen der diese Initiative tragenden Länder. Das nun verabschiedete KJHG-Änderungsgesetz bringt eine für unsere in dieser Hinsicht nicht verwöhnten Berufsgruppen positive Änderung: Erstmalig werden PP und KJP neben Ärzten als mögliche Gutachter bei der Feststellung einer seelischen Behinderung aufgeführt.

Niedersächsisches Gesundheitsziel:

Frühe Prävention psychischer Störungen ist uns in der Tat ein wichtiges Anliegen: Wir haben schon vor längerer Zeit im Rahmen der Gesundheitsziele-Diskussion in Niedersachsen angestoßen, ein Gesundheitsziel „Psychische Gesundheit in der frühen Kindheit“ zu formulieren. Wir sind jetzt auf der Zielgeraden und hoffen, dass dieses neue Gesundheitsziel im Herbst oder Frühwinter verabschiedet wird und damit die Aufmerksamkeit verstärkt auf die frühen, die seelische Entwicklung beeinflussenden Bedingungen und auf Möglichkeiten frühen Einwirkens zugunsten einer seelisch gesunden Entwicklung gerichtet wird.

Voraussichtlich im Frühjahr 2006 wird die PKN mit der Landesvereinigung Gesundheit eine Tagung zu diesem Thema veranstalten.

Weitere Planungen:

Noch ein paar Worte zu unseren weiteren Planungen:

Wir werden im Oktober oder November erneut einen Klausurtag zusammen mit Vertretern der niedersächsischen Psychologischen Institute, des Ministeriums für Wissenschaft und Kultur, des Sozialministeriums und der Akkreditierungsagentur Hannover verbringen. Dabei geht es anlässlich der Umstrukturierung fast aller Studiengänge in Bachelor (BA)- und Master (MA)-Studiengänge vor allem darum, dafür Sorge zu tragen, dass es genügend MA-Studienplätze geben wird, auf denen die Voraussetzung für eine Ausbildung zu PP (und auch zu KJP, wenn auch dafür der MA-Abschluss Voraussetzung werden sollte) erworben werden kann.

Für den nächsten Herbst bereiten wir einen 1. Niedersächsischen Psychotherapeutentag vor, der sich mit den uns immer wieder herausfordernden rechtlichen Fragen um unsere berufliche Tätigkeit herum beschäftigen wird. Sobald der Termin und die Inhalte bekannt sind, werden wir Sie laufend auf unseren Internetseiten über den aktuellen Stand informieren

Aufmerksam machen möchten wir Sie in diesem Zusammenhang auch darauf, dass wir Fragen – auch solche rechtlicher Art –, die uns entweder schriftlich oder in unserer Vorstands-Sprechstunde erreichen und die über den Einzelfall hinaus von Interesse sein können, mit unseren Antworten auf der PKN-Homepage unter dem Menüpunkt „Antworten“ veröffentlichen.

Ihr PKN-Vorstand

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

Psychotherapeuten in der Palliativversorgung

Die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen hat mich im März dieses Jahres beauftragt, im Bereich Psychoonkologie, speziell in der Palliativversorgung, die Profession der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu vertreten. Anlass war eine Anfrage eines Kammermitgliedes, welches seit langem in diesem Gebiet arbeitet und erkannte, dass sich neue Strukturen zu diesem Themenkomplex ergeben (z. B. Runde Tische), die bisher weitestgehend ohne Berücksichtigung psychotherapeutischer Kollegen aufgebaut werden. Hinzu kam die Veröffentlichung eines Gutachtens mit dem Titel „Palliativversorgung in Niedersachsen. Bestandsaufnahme und Empfehlungen zur Weiterentwicklung“. Dieses Gutachten wurde in Auftrag gegeben von dem Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, des Verbandes der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen und der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen. Erstellt wurde es von der Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover: Das Gutachten ist zu finden unter folgender Webadresse:

http://cdl.niedersachsen.de/blob/images/C8578778_L20.pdf.

Es umfasst eine Bestandsaufnahme gegenwärtig in Niedersachsen vorhandener Versorgungsstrukturen (Palliativstationen, stationäre und ambulante Hospize, Pflege- und Altenheime etc.). Das Gutachten wird seit Veröffentlichung im März 2005 kontrovers diskutiert, obwohl die meisten involvierten Verbände den Stellenwert der Palliativversorgung begrüßen, der durch ein solches in Auftrag gegebenes Gutachten dargelegt wird. Darüber hinaus wurde im Juni 2005 ein Bericht der Bundestags-Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ über „Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit“ veröffentlicht (http://www.bundestag.de/parlament/kommissionen/ethik_med/berichte_stellg/index.html).

Der Stellenwert dieser Thematik wird demnach sowohl auf Landes- als auch auf Bundesebene erkennbar.

Bei Durchsicht des Gutachtens für das Land Niedersachsen wird deutlich, dass die Psychotherapeuten kaum Berücksichtigung finden als Versorger von Tumorpatienten (die meisten Palliativpatienten). Wir bemühen uns hier auf allen Ebenen zu verdeutlichen, dass

- Psychotherapeuten bereits als eine Berufsgruppe in der Versorgung von Palliativpatienten und ihren Angehörigen beteiligt sind
- diese Profession aufgrund ihrer speziellen Kompetenz für die psychotherapeutische Versorgung bei allen zukünftigen Entwicklungen berücksichtigt werden muss
- eine „Umlegung“ dieser Kompetenz unter Berufung auf die „Therapie“kompetenz anderer Professionen v. a. rechtlich, aber auch ethisch nicht angemessen ist.

Häufig wird – auch von Psychologen, die in diesem Bereich arbeiten – geäußert, Psychotherapie sei nicht mehr nötig in diesem letzten Lebensabschnitt. „Das bringe nichts mehr“. Dieser Argumentationslogik sollte aus unserer Sicht deutlich widersprochen werden. Erstens ist keineswegs abzusehen, wie lang genau dieser letzte Lebensabschnitt sein wird und zweitens basiert der gesamte Grundgedanke der psychosozialen Versorgung und insbesondere die Hospizidee darauf, gerade wegen der begrenzten Lebensdauer den letzten Lebensabschnitt nicht nur so angenehm wie möglich zu gestalten, sondern auch dazu beizutragen, dass drängende Fragen – die z. T. schon über lange Zeit anstehen – ihre Antworten finden können, dass die Patienten damit ein „gutes Ende“ finden können. Auch Patienten, die psychotherapeutischer Unterstützung bedürfen, um ihre Diagnose und Prognose zu verarbeiten, sollte dies in einem regulären Kontext möglich gemacht werden – unabhängig von ihrer zu erwartenden Lebensdauer.

Eine Sorge, die Kollegen anderer Professionen haben, ist das Problem der Vermitt-

lung von Tumorpatienten an niedergelassene Psychotherapeuten. In der Diskussion an Runden Tischen und in anderen interdisziplinären Arbeitsgemeinschaften wird deutlich, dass die Kollegen sich sehr wünschen würden, eine Liste von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zur Hand zu haben, die sie lokal ansprechen können, wenn dringende (meist innerhalb von Monaten sterbende) Patienten Bedarf haben. Diese psychotherapeutischen Kollegen müssten darüber hinaus bereit sein, auch (Kranken-) Hausbesuche zu machen anstatt ausschließlich in der eigenen Praxis zu therapieren und müssten für solche Patienten das Problem der gewöhnlichen Wartezeit außer Kraft setzen. Für den Kreis Braunschweig wurde in Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis Psychoonkologie des Tumorzentrums Süd-Ost Niedersachsens (Leitung: Dr. med. Scholle) eine solche Liste schon einmal versucht zu erstellen, die auch über die Webseite des Tumorzentrums abrufbar ist:

<http://www.tumorzentrum-son.de/leitlinie.php?titel=Psychoonkologie>

Eine solche Übersicht wird für ganz Niedersachsen benötigt. Deshalb möchten wir Sie aufrufen, sich bei der PKN Geschäftsstelle zu melden, wenn Sie zu dieser Arbeit bereit sind. Wir werden dann regionale Listen erstellen und diese an die entsprechenden Tumorzentren und Arbeitskreise weiterleiten. Bitte melden Sie sich per Fax/E-mail oder telefonisch in der Geschäftsstelle der PKN und hinterlassen Sie Ihren Namen und Ihre Adresse.

Darüber hinaus möchte die PKN auch nach innen verdeutlichen, dass die Versorgung von Tumorpatienten und ihren Angehörigen ein wichtiger Arbeitsbereich für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist, indem sie versuchen wird, verstärkt Weiterbildungen in diesem Gebiet anzubieten. Die erste Fortbildung ist für das erste Halbjahr 2006 geplant.

Prof. Dr. Nina Heinrichs
Bbeauftragte der PKN für den Bereich
Psychoonkologie, Palliativversorgung

Aufruf an Kolleginnen und Kollegen, die über langjährige Erfahrungen in der Begutachtung der Glaubhaftigkeit verfügen

Nachdem schon seit etwa 1 Jahr eine Liste der PKN mit qualifizierten psychologisch-forensischen Gutachterinnen und Gutachtern zu Schuldfähigkeit und Prognose vorliegt (die – zusammen mit einer ähnlichen Entwicklung in Nordrhein-Westfalen – eine bundesweite Diskussion in die gleiche Richtung angestoßen hat), soll nun eine entsprechende Liste von Gutachtern der Glaubhaftigkeit von Prozessbeteiligten erstellt werden. Da wir mit einer solchen Liste erneut Neuland betreten,

wollen wir die Kriterien für eine Aufnahme in diese Liste an den Erfahrungen orientieren, die langjährig auf diesem Gebiet erfahrene Praktiker gesammelt haben. Wir bitten daher alle Kolleginnen und Kollegen, die sich in dieser Hinsicht als erfahren betrachten, uns mitzuteilen,

■ über welche Erfahrungen (Anzahl der Jahre und Zahl der Fälle gutachterlicher Tätigkeit) sie verfügen,

- welche Qualifikationen sie erworben haben,
- welche Voraussetzungen und Qualifikationen sie für besonders wichtig halten.

Bitte schicken Sie Ihre Informationen per Brief oder mail an die PKN, die sie dann an die zuständige Kommission weiterleiten wird.

Geschäftsstelle

Psychotherapeutenkammer
Niedersachsen
Roscherstr. 12
30161 Hannover
Tel.: 0511/850304-30
Fax: 0511/850304-44

Sprechzeiten allgemein:

Mo, Mi, Do, Fr 09.00 – 12.00 Uhr

Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr

Sprechzeiten für Beitragsangelegenheiten und Telefonnummern:

Mo, Mi, Do, Fr 09.00 – 12.00 Uhr

Mo, Di, Mi, Do 13.00 – 13.30 Uhr

Nachname Anfangsbuchstabe A – K:

0511/850304-41

Nachname Anfangsbuchstabe L – Z:

0511/850304-42

E-mail-Anschrift: info@pk-nds.de

E-mail-Anschrift für Fragen zur

Akkreditierung: Akkreditierung@pk-nds.de

Internet: www.pk-nds.de



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

Weiterbildungsordnung: Chancen und Risiken

Zur Vorbereitung der Entscheidungsfindung über eine Weiterbildungsordnung trafen sich die Mitglieder der Kammerversammlung mit den Mitgliedern des Ausschusses Fort- und Weiterbildung der PTK NRW sowie auswärtigen Experten am 20.05.2005 zu einer vertieften Diskussion. Die Debatte über das Für und Wider einer Weiterbildungsordnung wurde anschließend auf der 14. Kammerversammlung durch eine weitere Aussprache nach dem Bericht des Ausschusses „Fort- u. Weiterbildung“ fortgesetzt. Deutlich wurde, dass bei der Bestimmung von Weiterbildungsregelungen der Gesamtprozess der psychotherapeutischen Ausbildung im Auge behalten werden muss und die Frage der Abgrenzung und Überschneidung von Fort- und Weiterbildung noch nicht zufriedenstellend beantwortet ist. Einigkeit bestand darin, dass die Definition von Anforderungskriterien für Zusatzqualifikationen in den Aufgabenbereich der Kammern fallen und die Definitionshoheit nicht Fachgesellschaften, Berufsverbänden, Arbeitskreisen oder gar allein der Kontrolle der Kostenträger überlassen werden darf. Konsens bestand unter den Kammerversammlungsmitgliedern, dass in Weiterbildungsordnungen festgelegte Zusatzqualifikationen darüber hinaus einer bundeseinheitlichen Regelung bedürfen. Im Heilberufsgesetz NRW sind in Abschnitt III die Rahmenbedingungen für die Weiterbildung aller Heilberufe – so auch für die Psychotherapeuten – geregelt. Die Kammer ist verpflichtet, eine Weiterbildungsordnung zu erlassen, die von der Aufsichtsbehörde genehmigt werden muss. In § 42 HBG sind die Eckpunkte der einer Weiterbildungsordnung zu fassenden Regeln festgelegt.

Wegen der unterschiedlichen Blickwinkel auf die Materie aus Sicht des Versorgungsbedarfs, der zunehmenden Differenzierung

wissenschaftlicher Erkenntnisse und der berufs- und sozialrechtlichen Bedingungen gestaltet sich die Diskussion um die Konsequenzen einer Weiterbildungsregelung für die Entwicklung des Berufsstandes und die Berufsausübung außerordentlich komplex. Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten leisten den Großteil der psychotherapeutischen Versorgung. Sie sind in vielen speziellen Bereichen des Gesundheitswesens tätig wie Sozialmedizin, dem Rehabilitationswesen und der Prävention, der Neuropsychologie, der psychotherapeutischen Versorgung körperlich Erkrankter, der Psychotherapie bei umschriebenen Diagnosegruppen (Psychotraumatisierungen, Suchterkrankungen etc.) und der psychotherapeutischen Versorgung alterspezifischer seelischer Erkrankungen. In psychosozialen Beratungsstellen und Institutionen aller SGB-Bereiche leisten Psychotherapeuten auf Grund ihrer Berufsausbildung einen qualifizierten Beitrag zur Gesundheitsversorgung.

Aus dieser Bandbreite der Tätigkeitsfelder lässt sich ein Bedarf zunehmender Spezialisierung der psychotherapeutischen Tätigkeit im Hinblick auf Störungsbilder, Verfahren und krankheitsspezifische Wirkfaktoren ableiten. Die Flut theoretisch und empirisch fundierter wissenschaftlicher Spezialkenntnisse über Entstehungsbedingungen, biologische, psychologische und psychosoziale Krankheitsursachen und die spezifischen Wirkfaktoren psychotherapeutischer Behandlungen bei verschiedenen Syndromen fordert einen Wissenstransfer in die Praxis. Umgekehrt entstehen aus einer spezialisierten Behandlungstätigkeit neue Forschungsfragen. Diese Entwicklung hat unter anderem zur Konsequenz, dass sich der Universalitätsanspruch traditioneller Behandlungsverfahren in vielen klinischen

Indikationsbereichen nicht mehr aufrechterhalten lässt. Wenn die Behandlung dem aktuellen Wissensstand entsprechen soll, ist ein Spezialisierungsprozess der Therapiemethoden für bestimmte Erkrankungsformen unter Berücksichtigung der Begleitsymptomatik und individueller Ressourcen des Patienten für eine qualitative, hochstehende Versorgung zukünftig unvermeidbar. Curricular erworbene kriteriengebundene Zusatzqualifikationen orientieren sich am Behandlungsbedarf der Patienten mit komplexen Krankheitsbildern. Sie machen die psychotherapeutischen Kompetenzen für die interdisziplinäre Zusammenarbeit transparent, für Kostenträger, andere Berufsgruppen und die Patienten selbst. Der weiterbildungsgeregelte Erwerb von Zusatzqualifikationen setzt die Psychotherapieausbildung voraus und baut darauf auf. Erweiterte Kompetenzen eröffnen neue, zusätzliche psychotherapeutische Tätigkeitsfelder, z. B. in der Behandlung der infolge körperlicher Erkrankungen entstandenen psychischen Störungen.

Befürchtet wird von einigen Kollegen, dass durch Zusatzqualifikationen das Tätigkeitsspektrum in Zukunft beschränkt statt erweitert werden könnte. Nachteilig könne sich auch das Angebot zusätzlicher Leistungen im Bereich der sozialrechtlichen psychotherapeutischen Versorgung auf die Vergütung der Niedergelassenen auswirken, wenn ein unverändertes Budget auf ein erweitertes Leistungsspektrum aufgeteilt wird. Bei abhängig beschäftigten PsychotherapeutInnen könnten Zusatzqualifikationen die Voraussetzung für die Übernahme eigenverantwortlicher Zuständigkeiten sein und die Übertragung von Leitungsfunktionen begünstigen, beschwören aber das Risiko herauf, dass sich berufliches Fortkommen auf diese Weise um den Preis verstärkter Konkurrenz unter KollegInnen

mit und ohne Weiterbildung vollzieht. Folgen können sein, dass Psychotherapeuten nicht mehr homogen in ihrer Kompetenz wahrgenommen werden, sondern als Berufsgruppen mit unterschiedlichen Qualifikationsstufen.

Andererseits werden gerade von Versorgungsinstitutionen, Kostenträgern, dem Gerichtswesen und nicht zuletzt von den Patienten selbst Zusatzqualifikationen zur

Behandlung umgrenzter Syndrome und Störungen oder der Beantwortung spezifischer Fragestellungen nachgefragt. Ohne eine durch die Selbstverwaltungsorgane der Heilberufe eigenständig nach dem Willen der Mitglieder geregelte Weiterbildung besteht hier das Risiko, dass Berufsverbände, Versorgungsinstitutionen und Kostenträger Kriterien für Zusatzqualifikationen definieren, wodurch die Psychotherapeuten einer Fremdbestimmung ausgeliefert sind, was

weder in ihrem Interesse sein kann noch im Sinne des Heilberufsgesetzes ist.

Die Diskussion dieser Fragen soll mit Experten, die insbesondere zu den aufgeworfenen rechtlichen Fragen Stellung nehmen können, im Herbst von der neu gewählten Kammerversammlung fortgesetzt werden. Dabei sollen die Ergebnisse der Anhörung der Kommission Musterweiterbildungsordnung der BPTK (siehe Beitrag in den BPTK-Seiten) fortgesetzt werden.

14. Kammerversammlung am 17.06.2005 in Dortmund

Die Kammerversammlung der ersten Wahlperiode 2001 – 2005 beendete mit der 14. Sitzung am 17.06.2005 in Dortmund ihre Tätigkeit. Neben einem kurzen Rückblick auf die in der ersten Amtsperiode geleistete Aufbauarbeit, wobei von allen Rednern die gute Zusammenarbeit auch bei Meinungsverschiedenheiten hervorgehoben wurde, standen Berichte und Aussprachen über die Entwicklung beim Psychotherapeutenversorgungswerk NRW (PTV) und der Beschluss eines Sozialfonds im Vordergrund.

Stabile Lage beim PTV

Der erste geprüfte Jahresabschluss und Lagebericht des PTV für das Jahr 2004 wurde von der Kammerversammlung entgegen genommen. Die Berichte können von der Kammerhomepage heruntergeladen werden. Das Versorgungswerk ist inzwischen auf 1128 Mitglieder angewachsen und verfügt über eine solide Finanzgrundlage, so dass der Rentensteigerungssatz für die Mitglieder des Versorgungswerks um 3,5% angehoben werden konnte.

Finanzministerium NRW genehmigt die Satzungsänderung des PTV

Durch Erlass des Finanzministeriums vom 03.05.2005 ist die Satzungsänderung für das Versorgungswerk genehmigt und veröffentlicht (siehe Textkasten). Abweichend von der Beschlusslage der Kammerversammlung hat die Aufsichtsbehörde festgestellt, dass die Kammerversammlung auf ein ihr zustehendes Recht, Satzungen und Ordnungen zu beschließen, nach § 23

Heilberufsgesetz nicht im Rahmen einer Satzungsänderung verzichten kann, sondern dass es dazu einer gesetzlichen Regelung bedarf. Deshalb wird nach wie vor die Kammerversammlung bis zu einer Änderung des Heilberufsgesetzes über Satzungsänderungen des PTV beschließen müssen. Mit der genehmigten Satzungsänderung des PTV ist der Weg frei für zwei wichtige positive Veränderungen:

- Aufgrund des **Alterseinkünftegesetzes (AltEinkG)**, das zum 01.01.2005 in Kraft trat, sind Anpassungen der Satzung erforderlich geworden, um die Vergleichbarkeit der Leistungen mit denen der gesetzlichen Rentenversicherung zu erreichen und dem Mitglied die Steuerbegünstigung der Beitragszahlungen zu ermöglichen. Die hiervon betroffenen Änderungen beruhen auf einem Schreiben des BMF vom 07.09.2004 zur Anwendung von § 10 Abs. 1 Nr. 2a EStG i. d. F. des AltEinkG. Betroffen vom AltEinkG. sind die §§ 26 und 32 der Satzung. Eine Umsetzung dieser Regelungen musste bis spätestens zum 30.06.2005 erfolgen mit Wirkung ab dem 01.01.2005.

- Um anderen Psychotherapeutenkammern, die ein Versorgungswerk errichten wollen, eine demokratische Beteiligung zu ermöglichen und damit den Anschluss an das Versorgungswerk PTV zu erleichtern, hat sich die Kammerversammlung dafür ausgesprochen, als ein weiteres Organ der Satzung die **Vertreterversammlung** zu schaffen. Die Vertreterversammlung besteht aus bis zu 15 Mitgliedern, wird von den beteiligten Kammern paritätisch besetzt und

übernimmt Aufgaben der Kammerversammlung NRW. Der Aufgabenbereich der Kammerversammlung NRW wird auf Kernbereiche beschränkt.

Vor allem durch die Regelung der demokratischen Mitbestimmung und einer soliden Geschäftspolitik bestehen gute Chancen, dass sich andere Kammern dem Versorgungswerk PTV im Rahmen eines Staatsvertrages anschließen. Die Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg hat bereits beschlossen, mit dem PTV NRW zu kooperieren. Mit weiteren Kammern befindet sich der Verwaltungsrat im Gespräch.

Kammerversammlung beschließt Sozialfonds für in Not geratene Mitglieder

Die Kammerversammlung beschloss einstimmig Grundsätze für die Einrichtung eines Sozialfonds. Dieser soll es in Zukunft ermöglichen, unverschuldet in Not geratenen Kammerangehörigen bzw. ihren Angehörigen helfen zu können. Die Mitgliederberatungen des Vorstandes und die Reaktionen auf die jährlichen Beitragsbescheide der Kammer zeigen, dass immer wieder einige Kammerangehörige durch unvorhergesehene Ereignisse in Not geraten. Häufig ist dann unbürokratische Unterstützung erforderlich, um das Schlimmste aufzufangen, bis ein Leistungsträger feststeht und regelmäßige Zuwendungen gezahlt werden oder die Betroffenen selbst Lösungswege gefunden haben.

Finanzielle Zuwendungen im Rahmen des Sozialfonds sollen nach den Grundsätzen für

Erste Änderung der Satzung des Versorgungswerkes der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen vom 12. März 2005

I. Satzungsänderungen

1. § 2 Organe

Nach der Ziff. 1. wird die Ziffer "2. Die Vertreterversammlung" eingefügt. Die bisherige Ziff. 2. wird 3.

2. § 3 Kammerversammlung

Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

(1) Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer entscheidet über:

1. die Satzung des Versorgungswerkes und deren Änderungen
2. die Beschlussfassung über die Auflösung des Versorgungswerkes mit 4/5-Mehrheit der gewählten Mitglieder der Kammerversammlung und die im Zuge der Abwicklung notwendigen Maßnahmen.
3. die Wahl von Mitgliedern sowie Ersatzmitgliedern der Vertreterversammlung für den Bereich der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen,
4. die Übernahme der Verwaltung des Versorgungswerkes durch eine andere Institution sowie die Übernahme der Verwaltung durch andere Versorgungswerke,
5. sonstige in dieser Satzung der Kammerversammlung zugewiesenen Angelegenheiten.

3. § 3 a Vertreterversammlung

Nach dem § 3 wird folgender § 3 a eingefügt:
(1) Die Vertreterversammlung besteht aus bis zu 15 Mitgliedern sowie einer gleichen Anzahl von Ersatzmitgliedern, die Mitglied im Versorgungswerk sein müssen. Die Mitglieder sowie die Ersatzmitglieder werden für die Dauer von 5 Jahren (Wahlperiode) gewählt und bleiben bis zur Konstituierung der jeweils neu gewählten Vertreterversammlung im Amt. Sind Mitglieder der Psychotherapeutenkammer eines anderen Bundeslandes über einen Staatsvertrag Mitglied des Versorgungswerkes, entsendet jede Psychotherapeutenkammer 5 Mitglieder in die Vertreterversammlung. Besteht kein Staatsvertrag mit einem anderen Bundesland, entsendet die Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen 10 Mitglieder in die Vertreterversammlung. Die Mitgliedschaft in der Vertreterversammlung endet mit dem Ende der Mitgliedschaft im Versorgungswerk.

(2) Die Vertreterversammlung wählt aus ihrer Mitte eine Vorsitzende oder einen Vorsitzenden sowie eine Stellvertreterin oder einen Stellvertreter. Beide sollen unterschiedlichen Kammern angehören. Die Vertreterversammlung kann sich eine Geschäftsordnung geben.

(3) Die Einberufung zu einer Vertreterversammlung erfolgt durch die Vorsitzende oder den Vorsitzenden der Vertreterversammlung, im Verhinderungsfalle durch seine Stellvertreterin oder seinen Stellvertreter, mit schriftlicher Bekanntgabe der Tagesordnung und mit einer Frist von mindestens drei Wochen. Der Verwaltungsrat sowie ein Drittel der Mitglieder der Vertreterversammlung können jederzeit die Einberufung verlangen.

(4) Die Vertreterversammlung ist beschlussfähig, wenn mehr als die Hälfte ihrer Mitglieder anwesend ist. Sie fasst ihre Beschlüsse mit einfacher Mehrheit der anwesenden Mitglieder, im Falle des Abs. 5 Nr. 1 und 4 mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der anwesenden

Mitglieder. Bei Stimmgleichheit ist ein Antrag abgelehnt.

(5) Die Vertreterversammlung beschließt über:

1. entfällt,
2. die Feststellung des Jahresabschlusses und des Lageberichts,
3. die Festsetzung der Beiträge und Bemessung der Leistungen, insbesondere über die Verwendung des Überschusses und die Festsetzung des Freibetrages nach § 22 Abs. 5,
4. die Entlastung des Verwaltungsrates,
5. die Wahl und Abberufung von Verwaltungsratsmitgliedern,
6. die Aufwandsentschädigung für Mitglieder der Vertreterversammlung und des Verwaltungsrates,
7. sonstige in dieser Satzung der Vertreterversammlung zugewiesenen Angelegenheiten.

(6) entfällt

4. § 4 Verwaltungsrat

a) Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

Der Verwaltungsrat besteht aus 5 Mitgliedern, von denen mindestens 3 dem Versorgungswerk angehören müssen und in dem jede beteiligte Kammer vertreten sein soll.

b) In Abs. 7 wird das Wort „Kammerversammlung“ durch das Wort „Vertreterversammlung“ ersetzt.

c) In Abs. 8 wird das Wort „Kammerversammlung“ durch das Wort „Vertreterversammlung“ ersetzt.

5. § 5 Vorsitz, Vertretung

Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte eine Vorsitzende oder einen Vorsitzenden, die oder der Mitglied der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen ist, sowie eine Stellvertreterin oder einen Stellvertreter.

6. § 6 Aufgaben des Verwaltungsrates

a) In Abs. 1 Satz 2 werden nach dem Wort „Kammerversammlung“ die Worte „oder der Vertreterversammlung“ eingefügt.

b) In Abs. 3 Nr. 1 wird das Wort „Kammerversammlung“ durch das Wort „Vertreterversammlung“ ersetzt.

c) In Abs. 4 wird das Wort „Kammerversammlung“ durch das Wort „Vertreterversammlung“ ersetzt.

7. § 9 Befreiung von der Beitragspflicht

Abs. 1 Ziff. 3 wird wie folgt gefasst:

„3. ohne selbstständig tätig zu sein pflichtversichert in der gesetzlichen Rentenversicherung ist,“

8. § 18 Kinderbetreuungszeiten

In Abs. 1 werden die Worte " innerhalb einer Ausschlussfrist von 6 Monaten seit der Geburt seines Kindes" gestrichen.

9. § 26 Kapitalabfindung

Abs. 2 wird gestrichen. Die Absatzbezeichnung von Abs. 1 („(1)“) wird gestrichen.

10. § 28 Beiträge

In Abs. 8 wird das Wort „Mitgliedschaft“ durch das Wort „Beitragspflicht“ ersetzt.

11. § 29 Besondere Beiträge

In Abs. 2 Satz 1 werden die Worte „gemäß § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI von der Angestellten-

versicherungspflicht befreit“ durch die Worte „pflichtversichert in der gesetzlichen Rentenversicherung“ ersetzt.

12. § 30 Zusätzliche freiwillige Beiträge

a) In Abs. 2 Satz 1 werden die Worte „Regelpflichtbeitrag (§ 28 Abs. 1)“ durch die Worte „Höchstbeitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung“ ersetzt.

b) Abs. 3 Satz 1 wird wie folgt gefasst:
Zusätzliche Beiträge können auf Antrag nur innerhalb des laufenden Geschäftsjahres für Zeiten ab Antragstellung entrichtet werden.

13. § 32 Erstattung und Übertragung der Beiträge

a) Abs. 1 wird gestrichen.

b) Aus dem bisherigen Abs. 2 wird Abs. 1. Der bisherige Satz 3 des bisherigen Abs. 2 wird gestrichen.

c) Dem bisherigen Abs. 2 und jetzigen Abs. 1 werden folgende Sätze 3 und 4 angefügt:
„Die Beitragserrstattung ist ausgeschlossen für die Fälle des § 11 Abs. 2. Soweit Beitragsrückstände bestehen, ist das Versorgungswerk zur Verrechnung oder Nachforderung berechtigt.“

d) Aus dem bisherigen Abs. 3 wird Abs. 2.

e) Aus dem bisherigen Abs. 4 wird Abs. 3.

f) In Abs. 3 (neu) werden die Worte „Abs. 1 bis 3“ durch die Worte „Abs. 1 und 2“ ersetzt.

g) Aus dem bisherigen Abs. 5 wird Abs. 4.

14. § 35 Rechnungslegung, Leistungsverbesserungen

a) In Abs. 1 Satz 5 wird das Wort „Kammerversammlung“ durch das Wort „Vertreterversammlung“ ersetzt.

b) In Abs. 3 Satz 3 wird das Wort „Kammerversammlung“ durch das Wort „Vertreterversammlung“ ersetzt.

15. § 42 a Wahl und Zusammentreten der Vertreterversammlung

Nach § 42 wird folgender § 42 a eingefügt:

(1) Die Mitglieder der ersten Vertreterversammlung müssen bis zum 30.9.2006 gewählt werden und zur konstituierenden Sitzung zusammentreten. Ersatzmitglieder rücken in der festgelegten Reihenfolge nach.

(2) Werden Mitglieder einer Psychotherapeutenkammer eines anderen Bundeslandes über einen Staatsvertrag Mitglied des Versorgungswerkes, erfolgt die Entsendung einer entsprechenden Anzahl von Mitgliedern in die Vertreterversammlung gemäß § 3 a zur jeweils nächsten Wahlperiode.

II. In-Kraft-Treten

1. Die Änderungen zu § 26 und § 32 treten zum 01. Januar 2005 in Kraft.
2. Die Änderungen zu den §§ 2, 3, 3 a, 4, 5, 6, 35 und 42 a treten zum 1.1.2006 in Kraft.
3. Die übrigen Änderungen treten am Tag nach der Veröffentlichung in Kraft.

Genehmigt:

Düsseldorf, den 3.5.2005

Finanzministerium des Landes Nordrhein-Westfalen

den Sozialfonds gewährt werden. Die Grundsätze regeln im Einzelnen, wer antragsberechtigt ist und wie hoch die Leistungen sind. Ein Blick auf die Leistungshöhen macht deutlich, dass die Kammer mit diesen Beträgen nur Hilfe zur Selbsthilfe leisten kann.

Alle Sozialleistungen werden ohne einen Rechtsanspruch und unter Vorbehalt des jederzeitigen freien Widerrufs gewährt. Die beschlossenen Grundsätze (**siehe Textkasten**) verdeutlichen, dass gegenüber der Kammer keine Rechte auf be-

stimmte Sozialleistungen erworben und eingeklagt werden können, sondern, dass es sich um freiwillige Leistungen der Psychotherapeutenkammer handelt. Der Sozialfonds ist zum 1. Juli 2005 in Kraft getreten.

Grundsätze für den Sozialfonds der Psychotherapeutenkammer NRW gemäß Beschluss der Kammerversammlung vom 17.06.2005

§ 1

Die Psychotherapeutenkammer NRW kann im Rahmen der im Haushaltsplan zur Verfügung stehenden Mittel Kammermitgliedern sowie deren Familienangehörigen oder Hinterbliebenen, durch nachgewiesene Notlage, durch geldliche Zuwendungen Unterstützung gewähren.

§ 2

Auf Antrag können Sozialleistungen bis zu folgenden Höchstbeträgen gewährt werden:
a) an einmaliger Unterstützung EUR 500,00
b) an laufender Unterstützung EUR 150,00 monatlich.

In besonderen Ausnahmefällen können diese Beträge überschritten werden.

§ 3

Alle Sozialleistungen werden ohne einen Rechtsanspruch und unter Vorbehalt des

jederzeitigen freien Widerrufs gewährt. Voraussetzung für die Gewährung einer Sozialleistung ist:

- a) dass eigene Mittel, soweit zumutbar, erschöpft werden,
- b) dass der Antragsteller vor Gewährung der Sozialleistung ausdrücklich und schriftlich anerkennt, dass diese ohne Rechtsanspruch unter Vorbehalt des jederzeitigen Widerrufs gewährt wird,
- c) dass der Antragsteller auf Anfordern insbesondere darlegt,
 - aa) welche Vermögenswerte einschließlich Forderungen und Beteiligungen und welche Schulden vorhanden sind,
 - bb) ob und von welcher Stelle für welche Zeit und in welcher Höhe Renten oder sonst laufend wiederkehrende Leistungen und Nutzungen in gleicher oder wechselnder Höhe gewährt sind oder werden,

- cc) ob andere gesetzliche oder vertraglich unterhaltspflichtige Personen vorhanden sind unter Angabe des Namens, der Anschrift und des Verwandtschaftsverhältnisses,
- dd) ob und welche Versicherungsansprüche oder Ansprüche aus Übertragung der Praxis bestehen, in welcher Höhe und gegen wen,
- d) dass der Antragsteller sich verpflichtet, sofort und schriftlich jede Änderung seines Familienstandes und seiner wirtschaftlichen Verhältnisse gegenüber den Angaben bei Stellung des Antrages der Kammer mitzuteilen.

§ 4

Über den Antrag auf Sozialleistung entscheidet der Vorstand nach freiem Ermessen. Der Vorstand ist befugt, im Rahmen der Prüfung der Hilfsbedürftigkeit alle ihm notwendig erscheinenden Auskünfte zu verlangen.

Amtliche Bekanntmachung des Versorgungswerks: Einbeziehung Berufsständischer Versorgungswerke in andere Systeme der sozialen Sicherheit in Europa

Die berufsständischen Versorgungswerke sind durch die VO (EG) Nr. 647/2005 vom 13.04.2005 (ABl. EU 117/1 vom 04.05.2005) in den sachlichen Geltungsbereich der VO (EWG) Nr. 1408/71, die die Systeme der sozialen Sicherheit in Europa koordiniert, rückwirkend auf den 01.01.2005 einbezogen worden. Durch Art. 1 Nr. 9 VO (EG) Nr. 647/2005 ist ein Art. 95 f in die VO (EWG) Nr. 1408/71 eingefügt worden, der folgende wichtige Übergangsvorschriften enthält.

1. Hat ein Rentner des Versorgungswerks die in einem Drittstaat erforderliche Wartezeit bislang nicht erfüllen können, hat

der ausländische Versicherungsträger nunmehr die im Versorgungswerk zurückgelegten Zeiten als wartezeiterfüllend zu berücksichtigen (Art. 95 f Abs. 4 VO (EWG) Nr. 1408/71).

2. Hat ein ehemaliges Mitglied des Versorgungswerks die im Versorgungswerk erforderliche Wartezeit bislang nicht erfüllen können, hat das Versorgungswerk nunmehr die bei einem Versicherungsträger im Geltungsbereich der VO (EWG) Nr. 1408/71 zurückgelegten Versicherungszeiten als wartezeiterfüllend zu berücksichtigen (Art. 95 f Abs. 4 VO (EWG) Nr. 1408/71).

3. Hat ein ehemaliges Mitglied des Versorgungswerks eine Kapitalabfindung oder eine Beitragsersatzung erhalten, so leben diese abgegoltenen Ansprüche nicht wieder auf (Art. 95 f Abs. 4 VO (EWG) Nr. 1408/71).

4. Es werden keine Ansprüche für einen Zeitraum vor dem 01.01.2005 begründet (Art. 95 f Abs. 1 VO (EWG) Nr. 1408/71).

Berücksichtigt werden auch solche Zeiten, die vor dem 01.01.2005 zurückgelegt wurden, so dass Leistungen für die Zukunft unter Berücksichtigung der Vergangenheit gewährt werden (Art. 95 f Abs. 2 VO (EWG) Nr. 1408/71).

Notfallpsychotherapeuten im Rettungswesen NRW eingebunden

Zur Umsetzung des Runderlasses „Vorsorgemaßnahmen bei Großschadensereignissen“ des Nordrhein-Westfälischen Gesundheitsministeriums hat die PTK NRW dem

zuständigen Ministerium erste Leitende Notfallpsychotherapeuten benannt. Sie sind über die Bezirksregierungen den unteren Gesundheitsbehörden namhaft gemacht

worden und können überregional im Rettungswesen NRW bei Massenveranstaltungen und Großschadensereignissen eingesetzt werden. Anlässlich der bevorstehen-

den Großveranstaltungen der Fußball-WM 2006 an den Spielstätten Köln, Gelsenkirchen und Dortmund ist ihre Aufgabe der Aufbau einer notfallpsychotherapeutischen Versorgung in Kooperation mit der notärztlichen Versorgungsschiene und den Kräften der Psychosozialen Notfallversorgung (PSNV). Zur Vorbereitung nahm ein Team von Notfallpsychotherapeuten Anfang Juni an einer Rettungsübung teil, die einen Massenansturm von Verletzten simulierte (MANV-Übung). Das Zusammenspiel der Einsatzkräfte aus dem gesamten Regierungsbezirk wurde in der Nähe von Köln (Rhein-Erft-Kreis) erprobt. Trotz Übungscharakter war die Belastung der Einsatzkräfte enorm. Etwa 5% brauchten tatsächlich psychische Hilfe. Für die notfallpsychotherapeutische Versorgung konnten hier wertvolle Erfahrungen zur ersten diagnostischen Beurteilung psychisch Auffälliger, der Art und des Zeitumfangs der klinischen Arbeit, sowie über die Einsatzorganisation und die Zusammenarbeit mit den anderen Rettungskräften gesammelt werden.

Eine organisierte eigenständige notfallpsychotherapeutische Versorgung bei Großeinsätzen stellt ein Novum im Rettungswesen dar. Bei den vorbereitenden organisatorischen Gesprächen mit den Einsatzleitern der

Feuerwehren, den Leitenden Notärzten und den PSU-Anbietern wurde das komplizierte Zuständigkeitsgefüge eines regionalisierten Rettungswesens deutlich. Es erforderte viel Überzeugungsarbeit, die heilberufliche psychotherapeutische Tätigkeit unserer Berufsgruppen und die versorgerischen Kompetenzen der Notfallpsychotherapeuten in der Sichtung und frühen Einschätzung der Behandlungs- und Beratungsbedürftigkeit psychisch traumatisierter und psychisch auffälliger Teilnehmer der Großveranstaltung darzustellen. Sensibilitäten anderer Versorger gegenüber der Veränderung hergebrachter Positionen und bruchstückhafte Informationen über die Tätigkeit der psychotherapeutischen Heilberufe sind immer wieder hinderlich und erschweren die sachlichen Abstimmungen. Die Notwendigkeit, im Rettungswesen eine notfallpsychotherapeutische Versorgungskette mit einer der notärztlichen Versorgung vergleichbaren Prozessstruktur zur frühzeitigen Versorgung psychischer Verletzungen einzugliedern, ist nach bisherigen Erfahrungen allseits deutlich. Dazu sind allerdings noch zahlreiche inhaltliche strukturelle Fragen und die Vergütung von Notfalleinsätzen in Praxen und anderen Institutionen zu klären, damit qualifizierte Niedergelassene und abhängig Beschäftigte mit in die Versorgungskette eingebaut werden können.

Ein Schritt zur Qualifikation weiterer Notfallpsychotherapeuten war die Fortbildungsveranstaltung der Kammer zur Einführung in die Notfallpsychotherapie am 11.06.2005 in Düsseldorf, an der ca. 180 Kammermitglieder teilnahmen. Informiert wurde über gesetzliche Grundlagen und die Strukturen des Rettungswesens und die Erfahrungen in der Akutversorgung rückkehrender psychotraumatisierter Opfer der Flutkatastrophe in Ostasien. Abschließend wurden Fragen der Teilnehmer über die Beteiligung am Aufbau einer Versorgung, Möglichkeiten der Einbindung von Praxen und Institutionen in die Akutversorgung, der Finanzierung und Fortbildung besprochen. Zur Deckung des hohen Bedarfs an Information und Fortbildung in diesem Bereich ist die Kammer weiterhin vordringlich engagiert.

Eine erste Bewährungsprobe des notfallpsychotherapeutischen Teams in NRW hat bereits auf dem XX. Weltjugendtag in Köln (16. – 21.08.2005) stattgefunden, wo auf ehrenamtlicher Basis die benannten Kolleginnen und Kollegen zusammen mit weiteren notfallpsychotherapeutisch tätigen Kammermitgliedern in das Rettungswesen vor Ort eingebunden waren.

Bündnis gegen Depression: Psychotherapeuten aktiv beteiligt

Nachdem die Kammer im April dieses Jahres niedergelassene und angestellte Kammermitglieder über die Bündnisaktivitäten informiert hatte, wurde reges Interesse an Informationsaustausch und aktiver Beteiligung geäußert. Bündnisaktivitäten bestehen in Düsseldorf und Aachen. Es haben sich dort Arbeitsgruppen interessierter KollegInnen gebildet mit dem Ziel, die Kompetenzen der Psychotherapeuten mit entsprechendem Gewicht in die Aktivitäten der Depressionsbündnisse einzubinden, da sie den Großteil der psychotherapeutischen Versorgung tragen. Es zeigte sich in den ersten Gesprächen, dass bei niedergelassenen und in Kliniken tätigen Praktikern der Bedarf eines Informationsaustauschs über regionale psychotherapeutische Versorgungsangebote für bestimmte Störungsbilder und Indikationen hoch ist, was wohl

auch für andere an der Versorgung depressiver Patienten beteiligte Berufsgruppen wie Hausärzte gilt. Hier mehr Transparenz zu schaffen und die Kommunikation zu intensivieren ist eines der Handlungsziele im Bündnis, um rechtzeitig die der Störung angemessene Behandlung einzuleiten oder auch nach stationärer Therapie eine indizierte Anschlussbehandlung zu ermöglichen. Bestehende Fehlversorgungsrissen bei nicht erkannten depressiven Erkrankungen oder infolge einer Pharmabehandlung als Ersatz für eine wirksame Psychotherapie müssen im Interesse der Patienten dringend abgebaut werden. Wissen über mögliche Entstehungsursachen, erste Symptome und Behandlungsmöglichkeiten depressiver Erkrankungen sind auch bei den Betroffenen selbst, ihren Angehörigen und bei Eltern von Kindern und Ju-

gendlichen, aber auch bei Berufsgruppen, die in vielfältiger Weise Verantwortung für andere tragen, erforderlich, um sich an fachkompetente Behandler wenden zu können. Hier sind die Psychotherapeutischen Berufsgruppen aufgefordert, Aufgaben, Möglichkeiten und ihren Beitrag zur Gesundheitsversorgung in die Öffentlichkeit zu tragen.

Mehr Transparenz über das, was der andere tut, Bekanntmachung psychotherapeutischer Kompetenz und bestehender Behandlungsangebote, Möglichkeiten des Aufbaus von Versorgungsketten – diese Fragen sprach die Informationsveranstaltung der Kammer „Bündnis Depression – Herausforderung der Psychotherapie“ am 24.09.2005 in Düsseldorf an. An der Veranstaltung nahmen auch Aachener Kolle-

ginnen und Kollegen teil. Es wurde u. a. über Ziele und aktuelle Aktivitäten in Düsseldorf und die Evaluationsergebnisse der Nürnberger Bündnisaktivitäten berichtet. Die Diskussion der Veranstaltungsteilnehmer über bereits bestehende Therapieangebote für bestimmte Indikationen, über Möglichkeiten der Kooperati-

on und über Erfahrungen in der Fortbildung anderer Berufsgruppen bestimmte den Nachmittag.

Im Rahmen weiterer Bündnisaktivitäten beteiligt sich die Kammer an dem für den 8. November 2005 geplanten Düsseldorfer Patiententag, der unter anderem vorsieht,

Institutionen und Akteure des Gesundheitswesens mit Versorgungsangeboten und Informationsmöglichkeiten vorzustellen.

Interessierte Kammermitglieder können sich bei der Geschäftsstelle nach Ansprechpartnern erkundigen.

Fortbildungsanerkennung: Neues zur Akkreditierung

Wie in unseren „Informationen für die Kammermitglieder 6/2005“ angekündigt, wird es voraussichtlich ab Ende August 2005 neue Antragsformulare geben, die als pdf-Dateien von unserer Homepage unter dem Link Fortbildung heruntergeladen werden können. Im Durchschnitt erhält die Geschäftsstelle 100 Anträge im Monat. Bei vielen Anträgen muss nachgefragt werden, weil die Angaben zu ungenau sind oder Nachweise fehlen. Auch im Vorfeld der Antragsstellung ergeben sich bei den Veranstaltern Fragen, die telefonisch oder schriftlich beantwortet werden müssen. Dies ist sehr zeitaufwändig und trägt neben dem Auftragsvolumen dazu bei, dass die Bearbeitungszeit 6 bis 8 Wochen betragen kann.

Die seit Beginn der Akkreditierungen im Oktober 2004 gesammelten Erfahrungen und Anregungen flossen in die Erarbeitung verbesserter Antragsformulare ein.

Anerkennung der Fortbildungsbescheinigungen

Die Überprüfung und Anerkennung eingereicher Teilnahmebescheinigungen sind für die Geschäftsstelle mit einem hohen zeitlichen und personellen Aufwand verbunden. Daher wird für diese Anforderung ein neues EDV-System entwickelt und angepasst. **Wir bitten Sie daher, jetzt noch keine Teilnahmebescheinigungen zur Anerkennung und Überprüfung einzureichen**, sondern abzuwarten, bis Sie von der Kammer informiert werden. Dies wird **voraussichtlich ab Frühjahr 2006** der Fall

sein, wenn das neue EDV-System sicher läuft. Wir danken Ihnen für Ihr Verständnis und Ihre Geduld.

Tabelle: Statistik anerkannter Fortbildungsveranstaltungen

Anzahl der Akkreditierungen	
Balintgruppe	3
IFA 1	1
Intervisionsgruppe	83
KTS	1
Kongress/Tagung/Symposium	7
Qualitätszirkel	56
Seminar/Workshop/Kurs	295
Vortrag und Diskussion	27
Supervision	195
Selbsterfahrung	56
Gesamt bestätigte Akkreditierungen	727

Buchbesprechung

„Niederlassung für Psychotherapeuten – Berufs- und vertragsrechtliche Fragen“ von Dr. jur. Martin H. Stellpflug, R. v. Decker, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm Heidelberg 2005, 194 Seiten

Mit dem Psychotherapeutengesetz hat der Beruf des Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eine ganz neue gesetzliche Bedeutung gewonnen. Die Berufsangehörigen unterliegen als Pflichtmitglieder eines verkammerten Heilberufs jetzt dem einheitlichen Berufsrecht der eigenen Profession. Daneben erfolgte eine Gleichstellung mit Ärzten und Zahnärzten als Leistungserbringer im System der gesetzlichen Krankenversicherung.

Vielen Berufsangehörigen bereitet die fortschreitende Verrechtlichung ihrer berufli-

chen Praxis größeres Unbehagen, wird sie doch häufig mit einer Beschränkung der freien Berufsausübung gleichgesetzt. Dass rechtliche Normierungen auch neue berufliche Gestaltungsspielräume eröffnen können, wird in diesem Zusammenhang aus Rechtsunkenntnis bedauerlicherweise häufig übersehen. In diesem Buch werden die rechtlichen Rahmenbedingungen von der Tätigkeit von Psychotherapeuten in eigener Niederlassung dargestellt. Aus der Praxis erläutert der Autor kompakt und verständlich neben zahlreichen zulassungsrechtlichen Fragen ausführlich die Pflichten des Vertragspsychotherapeuten und ausgewählte Berufspflichten des Niedergelassenen.

Der Autor, Rechtsanwalt Dr. Martin H. Stellpflug, ist ausgewiesener Kenner des für Psychotherapeuten maßgeblichen Berufs- und Sozialrechts. Nach der Lektüre der vor-

gelegten Einführung in die rechtlichen Bedingungen der Niederlassung werden Berufsanfänger, aber auch „Alteingesessene“ feststellen können, dass sich ihr Verständnis von den rechtlichen Rahmenbedingungen ihrer beruflichen Praxis zu ihrem Vorteil erheblich erweitert hat.

Kurzmeldungen

Berufsordnung stößt auf großes Interesse

Unverändert großes Interesse steht an den Fortbildungsveranstaltungen zur Berufsordnung. Von April bis Juni 2005 wurden an verschiedenen Orten in NRW sieben Veranstaltungen durchgeführt, an denen insgesamt über 550 Kammermitglieder teilnahmen. Stets wiederkehrende Anliegen waren Fragen zur Dokumentations- und

Schweigepflicht. Darüber hinaus standen Fragen zur Aufklärungs- und Informationspflicht im Vordergrund und zur Darstellung der eigenen Tätigkeit und Qualifikationen im Internet und anderen Informationsmedien. Die Veranstaltungsserie wird wegen der großen Nachfrage fortgeführt (siehe Veranstaltungen).

Psychotherapeutische Versorgung von Migranten: Kammer unterstützt EU-Forschungsprojekt

Die Kammer hat eine Partnerschaft im Rahmen eines von der EU geförderten Versorgungsprojekts vereinbart, welches vom Psychosozialen Zentrum (PSZ) Düsseldorf durchgeführt wird. Ziel des Projektes ist die Verbesserung der Differentialdiagnostik und psychotherapeutischen Versorgung gewalttraumatisierter Migranten. Es sollen spezielle psychotherapeutische Behandlungsangebote und Fortbildungsveranstaltungen zur Förderung interkultureller Kompetenz der Leistungserbringer eingerichtet werden. Die Kammer unterstützt das Vorhaben durch regelmäßige Information der Kammermitglieder über projektbezogene Fortbildungsangebote, Versorgungsaktivitäten und Evaluationsergebnisse der Projektmaßnahmen.

Gutachterliche Kompetenz gefördert

Die Fortbildungsveranstaltung zur Begutachtung psychischer Störungen im Asylverfahren bei Kindern und Erwachsenen im Mai dieses Jahres stieß auf reges Interesse. Sie vermittelte den Teilnehmern solides Wissen über die spezifischen Fragestellungen, Untersuchungs- und Beurteilungsmethoden klinischer Gutachten bei dieser speziellen Patientengruppe. Besonders interessierten sich die Teilnehmer für die Rechte und Pflichten des Sachverständigen in diesen Verfahren. Es wurde der Wunsch geäußert, das Thema in einer weiteren Fortbildungsveranstaltung zu behandeln.

Neues Arbeitsfeld für Psychotherapeuten: Psychosoziale Nachsorge in der Pädiatrie

Auf einer Fortbildungsveranstaltung im Juni 2005 wurden die gesetzlichen Grundlagen dieses Tätigkeitsfeldes mit Fallbeispielen aus der Versorgungspraxis vorgestellt. Der Begriff „psychosoziale Nachsorge“ spezifiziert die nach einer akuten Erkrankung bzw. nach einer Behandlung erforderliche Nachsorge hinsichtlich psychologischer und sozialrechtlicher Betreuungsleistungen, mit dem Ziel, den Patienten und seine Familie zu befähigen, die vorhandenen Leistungen des Gesund-

heitssystems in Anspruch zu nehmen und eigene psychosoziale Bedürfnisse und Wünsche zu realisieren. Nachsorge soll durch einen kooperativen Prozess des „Case Management“ realisiert werden. Ziele sind die

- Überwindung der Fragmentierung und Zersplitterung von Diensten und Leistungsangeboten,
- Steigerung der Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung,
- Realisierung der vielfach geforderten Patientenorientierung und Patientenpartizipation,
- Regelung der Verantwortung und Befugnisse der Leistungserbringer.

Denkbar ist, ob nicht auch Psychotherapeuten Case Managementfunktionen für Familien mit einem chronisch kranken Kind auch übernehmen sollten, wenn ein anderes Familienmitglied psychisch gestört bzw. in psychotherapeutischer Behandlung ist. Zur aktiven Beteiligung an der sozialmedizinischen Nachsorge im Rahmen neuer Versorgungsformen sollten Psychotherapeuten die Kooperation mit den neu gegründeten Nachsorgezentren suchen. Die Fortbildungsveranstaltung zur Psychosozialen Nachsorge in der Pädiatrie wird wiederholt angeboten. Termine werden rechtzeitig bekannt gegeben.

Veranstaltungsankündigung

Fortbildungsveranstaltungen zur Berufsordnung

Freitag, 21.10.2005, 17.00 Uhr in Köln,
Zentrum für Anatomie, Universität Köln
Hörsaal II, Gebäude 35,
Joseph-Stelzmann-Str. 9,
50931 Köln

Freitag, 9.12.2005, 17.00 Uhr in Dortmund,
Ärztelhaus Dortmund,
Robert-Schirrigk-Str. 4 – 6,
44141 Dortmund

Anmeldeformulare können von unserer Homepage heruntergeladen werden.

1. Jahreskongress Psychotherapie „Wissenschaft und Praxis“

14./15.10.2005 in Bochum
Programm und Anmeldung:

www.unifortbildung-psychotherapie.de
oder über:

Dipl.-Psych. Christoph Koban,
Ruhr-Universität Bochum,
Fakultät für Psychologie,
44780 Bochum
E-mail:
koban@kli.psy.ruhr-uni-bochum.de

Geschäftsstelle

Willstätterstr. 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211 522847-0
Fax 0211 522847-15
Mo – Do 8.30 – 16.30 Uhr
Fr 8.30 – 14.30 Uhr
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Beratung am Telefon

**Beratung durch
Rechtsanwalt**

Mi.: 14.00-15.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 0

**Mitgliederberatung
durch den Vorstand**

Mo: 12.30-14.00 Uhr;
17.30-18.00 Uhr
Di: 12.30-14.00 Uhr;
18.30-20.00 Uhr
Fr: 11.00-12.00 Uhr;
12.30-14.00 Uhr

Telefon 0211 / 52 28 47 27

Sprechstunde der Präsidentin

Mo: 12.00-13.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 0

**Beratung von Angestellten
für Angestellte:**

Mi: 13.00-14.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 0

Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir möchten mit Ihnen feiern. Dazu laden wir Sie herzlich zu unserem

Herbstfest am 07.10.2005

ein. Das Fest findet im Foyer vor unserer Geschäftsstelle statt. Wir möchten Ihnen die Gelegenheit bieten, einmal „hinter die Kulissen“ unserer täglichen Arbeit zu schauen und auch mit den Menschen, die in der bzw. für die Kammer tätig sind, einmal ins Gespräch zu kommen. Natürlich besteht auch die Möglichkeit, einen Blick in unsere Geschäftsräume zu werfen. Wir freuen uns, wenn Sie dieses Angebot zahlreich nutzen; denn auch wir sind sehr daran interessiert, unsere Mitglieder, die wir zum Teil nur durch telefonischen Kontakt kennen, einmal persönlich kennen zu lernen.

Das Angenehme wollen wir aber auch mit dem Nützlichen verbinden. Wie schon in der vorab an Sie verschickten Einladung angekündigt, bieten wir vor dem Fest eine Fortbildungsveranstaltung zum Thema Notfallpsychotherapie an. Dazu kann sich jede/r Interessierte/r noch kurzfristig in der Geschäftsstelle anmelden. Im Hinblick auf die Fußballweltmeisterschaft 2006 in unserer Region ist die Notfallpsychotherapie für uns ein ganz zentrales Thema. Einen ersten Überblick darüber gibt der Beitrag von Matthias Heidt, der seit Mai diesen Jahres unser Beauftragter für Notfallpsychotherapie ist.

Notfallpsychologie und Notfallpsychotherapie – ein neues interessantes Tätigkeitsfeld

Ausgangslage

Unfälle größeren Ausmaßes oder (Natur-)katastrophen wurden bislang als traditionelles Aufgabenfeld der Medizin, der Hilfsorganisationen oder der Katastrophenschutzeinheiten gesehen. Die Versorgung von Verletzungen oder somatischen Erkrankungen bzw. die Verhinderung einer Verschlimmerung des Zustandes des Betroffenen stand dabei im Zentrum der Hilfeleistung. Hinzu kamen Koordinationsaufgaben der Einsatzleitungen, um eine behelfsmäßige Versorgung am Schadensort und im weiteren Verlauf einen Transport des Verunglückten in ein geeignetes Krankenhaus zu gewährleisten.

In den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts öffnete sich der organmedizinisch geprägte Behandlungs- und Betreuungsansatz auch für psychologische Aspekte. So entstanden an die Hilfsorganisationen gekoppelte Kriseninterventions- und Notfallnachsorgedienste, die sich aus ausgebildeten Laienhelfern zusammensetzen, und die Notfallseelsorge der Kirchen.

Nach dem Flughafenbrand in Düsseldorf und einem Hubschrauberabsturz in Dortmund erfolgte im Herbst 1996 von der Sektion Klinische Psychologie im BDP der Aufruf „crash-teams“ zu bilden. Aus dem Kreis der Interessierten von damals hat sich die Fachgruppe „Notfallpsychologie“ im BDP gebildet. Der Begriff „Notfallpsychologie“ hat mittlerweile eine weite Verbreitung gefunden. Er hat zudem Einzug in die Literatur und in Planungs- und Betreuungskonzepte gehalten.

Großschadensereignisse wie das Zugunglück von Eschede 1998, das Seilbahnunglück von Kaprun 2000, der Anschlag vom 11. September 2001, die Flutkatastrophe in den neuen Bundesländern 2002 oder das Seebeben in Südostasien 2004 haben deutlich gemacht, dass in solch einer Katastrophe neben all den Toten und Verletzten eine weitaus größere Anzahl nicht körperlich verletzter Betroffener zu betreuen und versorgen ist. Hierzu müssen adäquate Strukturen aufgebaut werden, die psychologische Aspekte berücksichtigen

und eine psychische Betreuung, ggf. psychotherapeutische Behandlung der Personen gewährleisten, die dem traumatischen Ereignis ausgesetzt waren oder den Folgen ausgesetzt sind.

Der Gesetzgeber in Rheinland-Pfalz hat diesem Umstand Rechnung getragen, indem er in § 23 Abs. 1 des Brand- und Katastrophenschutzgesetzes (LBKG) ab dem 1. Juli 2005 die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als Gesundheitsberufe zur Hilfeleistung im Katastrophenfall verpflichtet und in Abs. 2 die LPK angehalten hat, ihre Mitglieder diesbezüglich fortzubilden und den Behörden für den Einsatzfall über ihre Mitglieder Auskunft zu erteilen.

Was können die Psychotherapeuten tun?

Sie wurden Anfang des Jahres alle gefragt, inwieweit Sie schnell Hilfe für die Flutopfer der Katastrophe in Südostasien anbieten können und welche zusätzlichen Fort-

bildungen Sie bereits durchlaufen haben. Diese Informationen wurden als Liste an die Koordinierungsstelle des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) weitergeleitet. Diese ist für Nachsorge, Opfer- und Angehörigenhilfe zuständig und kürzt sich NOAH ab. Die in dieser Liste aufgenommenen Therapeuten fallen in den Bereich der Sekundärprävention, d. h. sie bieten Beratung und therapeutische Behandlung zur Linderung psychischer Beeinträchtigungen oder Erkrankungen und helfen dadurch auch, einer Verschlimmerung vorzubeugen. Therapeuten der Sekundärprävention arbeiten klassischerweise in einer „Kommstruktur“. Sie sitzen in den Beratungsstellen oder Praxen und warten auf ihr Klientel oder die Patienten, die entweder an sie verwiesen werden oder aus eigenen Stücken zu ihnen kommen.

Aus der Psychotherapieforschung wissen wir, dass viele Patienten eine jahrelange Odyssee hinter sich haben, bis sie eine für ihr Störungsbild adäquate, psychotherapeutische Behandlung erfahren. Hierunter befinden sich auch Patienten mit einer (relativ kurzfristigen) Typ-I-Traumatisierung, wie sie durch Unfälle, Großschadensereignisse (GSE) oder Katastrophen hervorgerufen werden.

Aus einer akuten Belastungsstörung hat sich über die Zeit evtl. eine posttraumatische Belastungsstörung, Anpassungsstörung oder anders klassifizierbare Störung mit Krankheitswert entwickelt. Eine rechtzeitige Intervention, Behandlung oder einfache Psychoedukation, um über mögliche Belastungssymptome aufzuklären, hat in der Regel nicht stattgefunden. Die Betroffenen wurden als nicht somatisch Verletzte einer weiteren Betreuung oder Beobachtung nach dem traumatischen Ereignis nicht zugeführt. Pathologische Verarbeitungsmuster können in solchen Fällen nicht rechtzeitig erkannt werden. Die Patienten kommen dann, wenn die Symptomatik der Störung meist voll ausgeprägt ist. Eine Zuordnung zum verursachenden Ereignis ist nach der langen Zeit der Vollausbildung der Störungssymptomatik und der Odyssee bis zum Finden eines geeigneten Therapeuten oftmals nur noch schwer möglich. Einen Zusammenhang zwischen traumatischem Ereignis und Stö-

rung aufzeigen zu können, hat jedoch auch versicherungsrechtliche Aspekte! Des Weiteren ist davon auszugehen, dass innerhalb der Bevölkerung ein bestimmter Prozentsatz von Menschen hinsichtlich eines psychischen Störungsbildes eine Vorerkrankung aufweist oder dass eine erhöhte Vulnerabilität diesbezüglich vorliegt, so dass das traumatische Ereignis den Ausbruch einer Störung triggert.

Das Bild der akuten Belastungsreaktion ist zudem nicht einheitlich. Im Extremfall treten Handlungs- oder emotionale Blockaden auf (Stupor, dissoziative Zustände, De-realisationsphänomene) oder physiologische Überreaktionen (Angst- und Panikreaktionen). Somit ist die Notwendigkeit gegeben, dass Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auch primär, d. h. während des akuten Notfallereignisses, tätig werden („Gehstruktur“). Ihr Aufgabenbereich wird eine erste Sichtung und Erfassung der dem traumatischen Ereignis ausgesetzten Betroffenen beinhalten. Hinzu kommen in offensichtlich schwereren Fällen die psychotherapeutische Krisenintervention, die Dokumentation und Zuweisung zu nachfolgenden Beratern und Therapeuten aus dem Bereich der Sekundärprävention. Auch eine Intervention bei belasteten oder auffälligen Angehörigen und Einsatzkräften mag ggf. notwendig sein. Vor Ort wird eine Kooperation mit der Einsatzleitung, den Helfern aus dem Bereich der psychosozialen Unterstützung (PSU) und den Notärzten erforderlich sein. Sich in diese Strukturen einbinden zu können, erfordert zusätzliche Kenntnisse und eine zusätzliche Qualifikation.

Wie sehen die Strukturen aus, in die der Notfallpsychologe/ Notfallpsychotherapeut eingebunden wird?

Der Katastrophenschutz ist in erster Linie Aufgabe der Kreise und kreisfreien Städte. Im Katastrophenfall können jedoch Einheiten auch kreisübergreifend (regional) oder gar länderübergreifend (überregional) tätig werden. Das LBKG bietet den notwendigen, rechtlich vorgegebenen Rahmen, den Kreisen obliegt die Ausgestaltung des Katastrophenschutzes, d. h. der Aufbau von Strukturen, die ein effektives Arbeiten im Kata-

strophenfall ermöglichen. Hier gilt es, sich als Notfallpsychologe/ Notfallpsychotherapeut zu integrieren. Das Notfallpsychotherapeutische Konzept in die bestehenden Strukturen einzugliedern, wird Aufgabe der Unteren Gesundheitsbehörden sein.

Der Aufbau von Katastrophenschutzstrukturen, die die Vernetzung und Einbindung der psychosozialen Notfallversorgung (PSNV) vorsehen, findet derzeit meist in Anlehnung an das sogenannte „Beerlage-Konzept“ statt. Frau Prof. Dr. Irmtraud Beerlage hat im Rahmen eines Forschungsprojekts an der Hochschule Magdeburg-Stendal im Auftrag des Bundesinnenministeriums modellhaft Strukturen für die psychosoziale Notfallversorgung erstellt.

Grob vereinfacht können Notfallpsychologen/Notfallpsychotherapeuten auf verschiedenen Ebenen der Akutversorgung mit Führungsfunktionen oder Aufgaben betraut sein:

- als Fachberater PSNV (Beratung der Einsatzleitung auf Stabsebene)
- als Leiter der psychosozialen Unterstützung (LPSU) – Einsatzleitung mit Gesamtverantwortung ähnlich einem leitenden Notarzt
- als Führungsassistent PSU (FüAss PSU) – Koordinationsaufgaben ähnlich einem organisatorischen Leiter Rettungsdienst
- als Notfallpsychologe/ Notfallpsychotherapeut in der Akutintervention ähnlich dem Notarzt.

Die Fähigkeit zur Zusammenarbeit mit anderen eingebundenen Hilfskräften der psychosozialen Notfallhilfe (Krisen- und Notfallnachsorgehelfern, Notfallseelsorgern) wird hierbei eine notwendige Voraussetzung sein. Ohne diese Helfer anderer Professionen werden Notfallpsychologen/ Notfallpsychotherapeuten genauso wenig auskommen wie der Notarzt ohne die Sanitätseinheiten oder Schnelleinsatzgruppen (SEG).

Exemplarische Aufgaben der Notfallpsychologen/ Notfallpsychotherapeuten in der Akutversorgung

Dem aufmerksamen Leser wird aufgefallen sein, dass bislang meist beide Begriffe

„Notfallpsychologe“ und „Notfallpsychotherapeut“ genannt wurden. Viele Aufgaben in der Akutversorgung setzen psychologische Kenntnisse und Fähigkeiten voraus (Kenntnisse aus der Sozialpsychologie, Fähigkeiten zum vernetzten Denken, strukturelle Kenntnisse, u. a.). Zur Bewältigung dieser Aufgaben ist keine Approbation oder eine Richtlinien-Therapieausbildung notwendig – wenngleich dies hilfreich ist. Für die Aufgaben, die wir als Mitglied eines Heilberufs wahrnehmen (Sichtung, Diagnostik, psychotherapeutische Krisenintervention) wird die Notwendigkeit einer Approbation als Psychologischer Psychotherapeut und/oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut gesehen (siehe LBKG § 23 Abs. 1 seit 1. Juli 2005). Dies bedeutet nicht, dass wir als Therapeuten alle vom traumatischen Ereignis Betroffenen zu „Traumapatienten“ machen, sondern dass wir Mittel und Methoden verwenden, die wir aus unserem Berufsalltag als Psychotherapeuten kennen. Als ausgebildete approbierte Fachkräfte setzen wir unser Fachwissen aus der Krankheitslehre, Ätiologie, Symptomkunde, unsere Kenntnisse bzgl. Störungsverlauf und Interventionstechniken ein. Im Rahmen der psychosozialen Notfallversorgung wird dies nicht in allen, jedoch in einigen Fällen notwendig sein. Diese Kenntnisse werden auch wichtig sein, wenn es um die Weitervermittlung oder Zuweisung von Betroffenen in den Bereich der Sekundärprävention geht.

Denkbare Aufgaben könnten sein:

Als Führungsaufgabe:

- Lagebeurteilung und Entscheidung bzw. Beratung hinsichtlich des weiteren Versorgungsbedarfs durch PSU-Kräfte
- Ansprechpartner für fachliche Anfragen der Einsatzleitung, des Notarztes oder der PSU-Helfer
- Kontakt und Vermittlungsaufgaben zu niedergelassenen Kollegen und zu Einrichtungen der Sekundärprävention (Beratungsstellen ggf. Kliniken, Traumaambulanzen)
- Beratung der Einsatzleitung bzgl. sozialpsychologischer oder massenpsychologischer Aspekte im Einsatzgeschehen
- Kooperation mit Betreuungskräften und Versorgungseinheiten
- evtl. Initiierung des Aufbaus einer Hotline

Als Interventionsaufgabe:

- Erstsichtung von betroffenen Personen und Beurteilung des individuellen psychosozialen, ggf. psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs bei der Feststellung psychopathologischer Auffälligkeiten, ggf. Anforderung von Transportkräften
- Dokumentation des psychischen Befundes anhand einer Kurzdokumentation in Ergänzung zum allgemeinen Erfassungsbogen
- Gesprächsangebote bei notwendiger psychotherapeutischer Krisenintervention (ansonsten Betreuung durch die anderen PSU-Kräfte)
- evtl. fachliche Beobachtung oder Betreuung, bis eine Verlegung oder der Abtransport vom Behandlungsplatz/ Betreuungsplatz erfolgt
- Betreuung und Informationsweitergabe an Angehörige
- Gesprächsangebote an Einsatzkräfte

Die Tätigkeitsfelder sind sicher weitreichender als hier dargestellt und die Auflistung ist nicht komplett. Die Notwendigkeit der Einbindung unserer Berufsgruppe in die psychosoziale Notfallversorgung wird hierbei aber bereits deutlich.

Ausbildungsnotwendigkeit für die Einsatztätigkeit

Neben den Kenntnissen, die Notfallpsychologen / Notfallpsychotherapeuten aus dem Studium und der Therapieausbildung mitbringen, wie auch den Kenntnissen aus der praktischen Tätigkeit als Berater/in in einer psychosozialen Einrichtung bzw. als Psycho- oder Traumatherapeut/in sind Kenntnisse erforderlich, die die strukturelle organisatorische Arbeit im Katastrophenschutz betreffen. Hierzu gehören u. a. folgende Kenntnisse über:

- Führungssysteme in Rettungsdienst und Katastrophenschutz und deren gesetzliche Grundlagen
- den Aufbau und die Arbeitsweise von Katastrophenschutzstäben im Einsatzfall
- Angebote, Aufgaben und Kompetenzen der PSU (z. B. Kriseninterventions- und Notfallnachsorgedienste, Notfallseelsorge)

- die Erfüllung praktischer Führungsaufgaben beim Einbezug von Notfallpsychologen / Notfallpsychotherapeuten im Einsatzfall (Lagebewertung mit Risikoanalyse, Analyse des Bedarfs von Einsatzkräften, Raum- und Transportbedarf für die Betroffenen, Einbindung externer Hilfesysteme, Nutzung von Kommunikationsmitteln (Funk)).

Wie bereits beschrieben, wird die LPK im LBKG verpflichtet, den Mitgliedern Fortbildungsangebote für die Tätigkeit im Katastrophenschutz zu machen. Inwieweit dies innerhalb der Kammer angeboten wird oder ob in Kooperation mit der Akademie für Krisenmanagement, Notfallplanung und Zivilschutz (AKNZ) in Ahrweiler solche Schulungen stattfinden, ist noch offen. Die AKNZ ist Ausbildungsstätte des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe. Hier finden derzeit von der FIFA finanzierte Führungskräfteausbildungen für den Bereich der psychosozialen Notfallhilfe als Vorbereitung auf die Fußballweltmeisterschaft 2006 in Deutschland statt.

Zusammenfassung

Seit dem 1. Juli 2005 sind die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Rahmen einer Änderung und Erweiterung des LBKG in die Versorgung von Opfern, Angehörigen und Einsatzkräften als Gesundheitsberuf per Gesetz eingebunden worden. Der LPK obliegt in diesem Zusammenhang die Fortbildung ihrer Mitglieder.

Die Tätigkeit als Notfallpsychologe/Notfallpsychotherapeut findet im Einsatzfall in Zusammenarbeit mit anderen Kräften der psychosozialen Notfallversorgung statt. Der Notfallpsychologe/Notfallpsychotherapeut ist dabei in das hierarchische System des Katastrophenschutzes integriert. Kenntnisse über die Führungs- und Stabsarbeit sind hierbei genauso notwendig wie Kenntnisse über die psychosozialen Strukturen und (trauma)therapeutischen Angebote und Einrichtungen, an die im Bedarfsfall weiter vermittelt wird.

Die notfallpsychologische / notfallpsychotherapeutische Arbeit stellt ein neues, abwechslungsreiches und zu gleich verant-

wortungsvolles Aufgabenfeld dar. Katastrophen ereignen sich zum Glück nicht jeden Tag. Im Falle eines Falles wäre es jedoch schön, wenn sich unsere Berufsgruppe dieser Aufgabe und Verantwortung stellt. Ich kann deshalb an dieser Stelle meine Kolleginnen und Kollegen nur ermuntern, sich für diese Aufgabe fortzubilden und beim Aufbau der notfallpsychologischen/notfallpsychotherapeutischen Versorgungsstrukturen mitzumachen.

Psychoonkologie

Am 5. Juli 2005 fand im Sozialministerium in Mainz ein Gespräch zur psychoonkologischen Versorgung in den rheinland-pfälzischen Brustkrebszentren statt, an dem von Kammerseite Dr. Annelie Scharfenstein und Birgit Heinrich teilnahmen. Der Leiter des Tumorzentrum, Dr. Andreas Werner, stellte den anwesenden Krankenkassenvertretern, den Psychoonkologen mehrerer Brustzentren und dem Vertreter des MASFG ein von ihm entwickeltes Konzept zur interdisziplinären psychoonkologischen Versorgung in Brustzentren vor. Er schlug einen dreijährigen Modellversuch unter Leitung des Tumorzentrum vor. Dazu hatte er einen aktuellen Status der rheinland-pfälzischen Brustzentren erstellt – 3 von 5 sind bereits von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert. Dr. Werner konnte deutlich machen, dass keines der Zentren eine Rezertifizierung erlangen würde, weil die Bedingungen des Landeskrankenhauses zur psychoonkologischen Versorgung nicht eingehalten werden. Eine hinreichende Personaldecke wird offenbar immer nur im Zuge des Zertifizierungsprozesses vorgehalten, indem für die Psychoonkologie psychologische Leistungen aus einem anderen Bereich für kurze Zeit „umgelagert“ werden.

Am Zertifizierungsantrag des Brustzentrum Koblenz wird der Mangel an qualifi-

Literatur:

■ Beerlage, Irmtraud (2004): Entwicklung von Standards und Empfehlungen für ein Netzwerk zur bundesweiten Strukturierung und Organisation psychosozialer Notfallversorgung – Kurztitel „Netzwerk psychosoziale Notfallversorgung“, Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministerium des Inneren, Bundesverwaltungsamt – Zentralstelle für Zivilschutz – Projekt-Nr.: B

1.11-101/02, Laufzeit 12/02 – 7/04, Endbericht Juli 2004, www.psychosoziale-notfallversorgung.de

Landesgesetz über den Brandschutz, die Allgemeine Hilfe und den Katastrophenschutz (Brand- und Katastrophenschutzgesetz – LBKG-) vom 2. November 1981 (GVBl. S. 247), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 5. April 2005 (GVBl. S. 104), BS 213-50

ziertem psychoonkologischem Personal besonders deutlich. Das Zentrum besteht nämlich aus einem Krankenhausverbund, der räumlich nicht eng zusammenhängt, sondern die Häuser in Mayen, Andernach, Dernbach, Neuwied und das katholische Klinikum Koblenz einschließt. Teilweise werden an den Häusern Kooperationen mit niedergelassenen Psychoonkologen angegeben, doch die tatsächlich aufgewandten Zeiteinheiten für die konsiliarische Tätigkeit werden nicht belegt.

Die Krankenkassen vertraten in der Sitzung die Ansicht, dass die Häuser, die Brustzentren werden wollen, ein Interesse haben müssen, die Psychoonkologie auch nachzuweisen. Daher müsste diese aus den vorhandenen Mitteln, auch wenn sie nicht in der DRG-Pauschale einberechnet ist, bezahlt werden!

Einem Projekt nach §§ 140 a ff. SGB V (Integrierte Versorgung mit „Anschubfinanzierung“) konnten die Krankenkassenvertreter nichts abgewinnen. Sie betonten, dass die §§ 140 a ff. SGB V den Wettbewerb unter den einzelnen Krankenkassen befördern sollen und sich deshalb nicht als Grundlage für ein möglichst flächendeckendes Versorgungskonzept „Psychoonkologie“ eignen. Lediglich der Vertreter des VdAK ging näher auf die vorgetragenen

Argumente von Dr. Werner für eine qualitätsgesicherte psychoonkologische Versorgung ein.

Die Vertreterinnen der LPK betonten, dass der Vorstand das Konzept von Dr. Werner befürwortet, wonach die psychoonkologische Betreuung in den einzelnen Brustzentren mit Kooperationsverträgen und Angabe des zeitlichen Umfangs nachzuweisen ist. Dies hat der Präsident der Ministerin bereits direkt in einem Schreiben mitgeteilt. Die ambulante psychoonkologische Betreuung sollte ohne Bindung an die Richtlinienverfahren gewährleistet und z. B. durch die Dokumentation der Konsiliar- und Liäsondienste in der Öffentlichkeit bekannt gemacht werden.

An diesen Seiten arbeiteten mit:

Matthias Heidt, Birgit Heinrich, Barbara Kaleta, Dr. Annelie Scharfenstein

Geschäftsstelle

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30
55130 Mainz
Tel. 06131 / 5703813
Fax 06131 / 5700663
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de
Mo-Fr 10.00 – 12.30 Uhr
Di und Do 14.00 – 16.00 Uhr

Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer des Saarlandes

Die Psychotherapeutenkammer des Saarlandes stellt sich vor:

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

Seit dem 1. Oktober 2004 ist die Psychotherapeutenkammer des Saarlandes Mitglied in der Bundespsychotherapeutenkammer. Seit April 2005 ist das Saarland Mitglied im Redaktionsbeirat des Psychotherapeutenjournals. Da der Vorstand gleich nach der konstituierenden Sitzung der neu gewählten Kammer (am 02.02.2004) den Beschluss gefasst hat, ein eigenes offizielles Mitteilungsorgan herauszugeben, werden die Länderseiten des PTJ von uns nicht zur Information der Mitglieder und zur Veröffentlichung der beschlossenen Satzungen benötigt. Um uns bei den Mitgliedern aller Kammern

bekannt zu machen und auch, um unseren Mitgliedern auf diesem Weg eine Zusammenschau zu geben, nutzen wir in dieser Ausgabe die Gelegenheit, über unsere Arbeit und unser Organ, das Forum der Psychotherapeutenkammer, zu informieren. Wir haben Artikel nach unterschiedlichen Gesichtspunkten ausgewählt. Diese sind: 1. Das Forum selbst, 2. Wahlergebnisse und Kammergründung, 3. Tätigkeitsbericht des Vorstands, 4. Niedergelassene, 5. Angestellte, 6. Kammerbeitrag, 7. Beitritt zur BPK 8. Gesundheitspolitik, und 9. Hinweis auf den in jedem Heft erscheinenden Veranstaltungskalender sowie der Hin-

weis auf eine Fachtagung für Angestellte.

Wir hoffen, dass Sie die verschiedenen Artikel mit Interesse lesen, freuen uns auf Ihre Rückmeldung und laden Sie ein, regelmäßig in unserem Forum – auf unserer Homepage www.ptk-saar.de – zu blättern. Sie finden dort alle Hefte unter der Rubrik „Kammer“ und dann „Forum“.

Mit kollegialen Grüßen
Ilse Rohr
Präsidentin

Editorial des FORUM 1 (März 2004)

Forum 1: Liebe Kolleginnen & Kollegen,

die neueste Nachricht für PP und KJP halten Sie jetzt eben in Ihren Händen: das FORUM DER PSYCHOTHERAPEUTENKAMMER DES SAARLANDES! Es ist das neue offizielle Mitteilungsorgan unserer Kammer und wird ab sofort allen Mitgliedern jeden 2. Monat kostenlos zugestellt. Auf diese Weise werden Sie mit allen wichtigen Informationen Ihrer Kammer versorgt und können darüber hinaus die saarländische Psychotherapeutenlandschaft in ihrer Vielfalt kennen lernen. (Darum haben wir den Titel „Forum“ gewählt: es soll unser Treffpunkt sein und unserem Meinungsaustausch dienen.)

Das FORUM bietet Vorteile und Möglichkeiten für uns alle:

1. Wenn die Vertreterversammlung Beschlüsse mit Rechtsfolgen fasst, wie z. B. Satzung, Berufsordnung, Beitragsordnung usw. (also Beschlüsse, die uns in ihrer Anwendung alle mehr oder weniger tangie-

ren) werden Ihnen diese im FORUM zur Kenntnis gebracht. Ebenso natürlich Termine: die Sitzungen der Vertreterversammlung (alle öffentlich!), Veranstaltungshinweise usw.

2. Die saarländische Psychotherapie-Landschaft kann sich nach und nach in ihrer Vielfalt, d. h. in ihren Charakteristika wie in ihren Besonderheiten in unserem FORUM abbilden. Wenn wir mehr voneinander hören werden wir auch selbstverständlicher miteinander sprechen und, wo nötig, gemeinsam handeln.

3. Sie können Anzeigen veröffentlichen. Z. B. Suche/Abgabe von Praxisräumen, vielleicht Job-Sharing, Praxisgemeinschaften, Fahrergemeinschaften zu Kongressen oder auch „Wellensittich urlaubshalber nur in beste Psychotherapeutenhände abzugeben“.

Mit Ihrer Anzeige erreichen Sie auf einen Schlag alle approbierten PP und KJP im Saarland. Das kostet Sie nur 30 EUR, pro Meldung, pro Ausgabe, inklusive der Veröffentlichung auf unserer Homepage. (Kleinanzeigen, nur Text)

4. Institute, Kliniken, Fachgesellschaften können ihre Veranstaltungsprogramme als Beilage mit unserem FORUM versenden. So erfahren alle KollegInnen im Saarland, wo was geboten wird. Für die Versender kostet dieser Service ab 100 EUR aufwärts.

5. Wir hoffen, dass das FORUM dazu beiträgt, dass wir unsere Kammer schätzen. Denn das FORUM kostet nicht, es spart Geld! Beschlüsse mit Rechtsfolgen für die Mitglieder müssen veröffentlicht sein, bevor sie in Kraft treten können. Der Errichtungsausschuss musste dafür 7.000 EUR ausgeben, nur um dieser Vorschrift Genüge zu tun. (Geschäftsordnung, Beitragsordnung und Wahlordnung wurden im Saarländischen Amtsblatt veröffentlicht.) Das Geld können wir uns jetzt sparen und dafür unsere eigene Zeitung schreiben und verschicken.

Gefällt Ihnen das FORUM? Haben Sie Kritik? Vorschläge? Beiträge? Wollen Sie mitarbeiten? Wir freuen uns auf Ihren Anruf, Ihren Brief, auf Ihr e-mail oder Fax!

Ihre Ilse Rohr

Wahlergebnisse auf einen Blick

Liste 1 Vereinigung	A	Liste 2 BDP/VPP	A	Liste 3 MQI	A	Liste 4 Angestellte	A	Liste 5 Wahlbündnis	A	Liste 6 VT	A
Gesamt	360	Gesamt	293	Gesamt	569	Gesamt	734	Gesamt	1466	Gesamt	383
Kathrin Schlipphak	95	Inge Neiser	101	Jochen Jentner	197	Bernhard Morsch	121	Ilse Rohr	269	Raimund Metzger	73
Günther Bellhäuser	100	Erwin Heltmann	62	Ludger Neumann-Zielke	64	Irmgard Jochum	88	Gerd Hartmüller	110	Gerd Schorr	51
Fritjof Schneider	87	Jörg Zeiger	44	Michael Schwindling	78	Rainer Scheuer	73	Liz Lorenz-Wallacher	225	Bernd Kessler	193
Bernhard Petersen	78	Christiane Feldmann-Krebs	25	Helmut Struchholz	61	Alexander Dröschel	101	Thomas Anstadt	126	Burkhard Hoellen	66
		Markus Zimmermann	24	Sabine Leonhardt	89	Bärbel Richter	61	Rita Marzell	90		
		Dieter Kronenwerth	37	Ulrike Linke-Stillger	44	Joachim Reelitz	66	Hartmuth Hemmerling	62		
				Sylvia Hübschen	36	Roland Waltner	82	Dietmar Seel	86		
						Ralf Schmitt	44	Petra Klein	70		
						Elke Schratz	52	Olaf Fehlhaber	59		
						Bernd Westram	46	Irina Bayer	78		
								Rainer Krause	98		
								Walter Godel	78		
								Hanni Scheid-Gerlach	56		
								Burkhard Ullrich	59		

A = Anzahl der Stimmen

Die KJP-VertreterInnen wurden mit folgender Stimmenanzahl gewählt: Andrea Maas-Tannchen 72, Wolfgang Schreiber 36, Rudolf Meiser 27. Die Wahlbeteiligung betrug bei den PP 89,27% (davon 7 Stimmzettel ungültig) bei den KJP 92,16%.

Wir sind dafür angetreten, sowohl extrem sparsam zu haushalten als auch gleichzeitig viel zu bewegen. Wir hoffen, dass diese Pilot-Ausgabe unseres FORUM zu beidem überzeugend beiträgt. Mit der Verabschiedung unseres Haushalts ist es uns gelungen, die Beiträge in diesem Jahr stabil zu halten, obwohl eine Menge Arbeit und Aufwand finanziert werden soll. So werden wir voraussichtlich noch in diesem Jahr der Bundespsychotherapeutenkammer beitreten und dorthin Mitgliedsbeiträge abführen müssen. Wir werden am 26.04.2004 einen Gründungsempfang für die breite Fachöffentlichkeit mitsamt Presse geben. Auch das kostet. Wir haben ferner einen Haushaltsposten eingeplant, der es uns ermöglichen wird, als Kammer Fachreferenten einzuladen. In Bezug auf die Mitgliedsbeiträge wird für 2005 auf alle Fälle eine neue Systematik erarbeitet werden, die es dann auch erlauben soll, halbtags arbeitende Kolleg/Inn/en in eine niedrigere Beitragsklasse ein zustufen. Dies ist nach der derzeit gültigen Beitrags-

ordnung nur in besonders begründeten Fällen möglich.

(Forum 1, März 2004)

Gründungsempfang der Psychotherapeutenkammer

Für den 26.04.2004 hatten wir zu einem Empfang anlässlich der Gründung unserer Kammer eingeladen. Es nahmen gut 80



Ilse Rohr bei ihrer Begrüßungsrede



Gäste teil. Unter ihnen waren etwa die Hälfte Vertreter der saarländischen „Gesundheits-Szene“, also aus dem Ministerium, der KV, den anderen Heilberufekammern, von Krankenkassen und Kliniken. Die andere Hälfte bestand aus KollegInnen, die für die Wahlen kandidiert hatten bzw. die in verschiedenen Institutionen leitende Funktionen innehaben.

Nach der Begrüßungsrede von Ilse Rohr hielten die Ministerin Frau Dr. Görner, der Präsident der Ärztekammer Herr Dr. Gadomski sowie der Präsident der

Psychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, Alfred Kappauf, kurze Reden, um unserer Kammer viel Erfolg zu wünschen. In

ausgesprochen guter Atmosphäre wurden anschließend bei Wein und leckeren Häppchen berufsbezogene und persönliche

Gespräche geführt. Das war ein „Einstand“, der uns viele gute Wünsche für unsere Kammerarbeit einbrachte.

(Forum 2, Mai 2004)

Tätigkeitsbericht des Vorstands für die Zeit von Februar 2004 bis Februar 2005

Der Vorstand hat in der Vertreterversammlung am 28.02.2005 nach einjähriger Amtszeit seinen Tätigkeitsbericht vorgelegt. Wir möchten Ihnen diesen Bericht zugänglich machen und Sie zusammenfassend über unsere Arbeit informieren. Den detaillierten Bericht können Sie auf unserer Homepage nachlesen www.ptk-saar.de.

Sie dürfen versichert sein, dass sich der Vorstand in der Vertretung der Interessen der Psychotherapeutenkammer in seinem ersten Amtsjahr mit all seiner Kraft eingesetzt hat. Die Vorstandsmitglieder bekleiden dabei ein Ehrenamt. Nach dem SHKG werden Ihnen notwendige Auslagen und Verdienstausfälle ersetzt. Der Vorstand hat sich sowohl bei der Bemessung dieser Entschädigungen als auch bei der gesamten Haushaltsführung um ein Höchstmaß an Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit bemüht. Es konnten Rücklagen gebildet werden, die u. a. erlauben, die Beiträge für alle Kammermitglieder für das Jahr 2005 abzusenken.

Folgende Satzungen und Ordnungen wurden erarbeitet, verabschiedet und veröffentlicht:

- Satzung der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes
- Geschäftsordnung

Niedergelassene

Sind die Kürzungen rechtmäßig?

In den Abrechnungen des 3. und 4. Quartals 2003 – Auszahlungstermin Ende Januar bzw. Ende April 2004 hat die KV bei 57 KollegInnen Kürzungen vorgenommen. Die Kürzungen lagen zwischen 0,1% und 22,7%, im Mittelwert bei 9%. Allerdings haben wir sowohl in einem Gespräch mit dem KV-Vorstand wie in einer eigens einberufenen Sitzung des Beratenden Ausschusses Psychotherapie begründete

- Fortbildungsordnung
- Beitragsordnung
- Meldeordnung
- Haushalts- und Kassenordnung

Öffentlichkeitsarbeit:

- FORUM
- Gründungsempfang 26.04.04
- GATS-Veranstaltung 10.11.04
- Homepage www.ptk-saar.de

Stellungnahmen zum:

- Gesetzentwurf zur Prüfung der Gleichwertigkeit von Abschlüssen
- Leitfaden zum Schutz der Bevölkerung bei Großschadensereignissen und Katastrophen
- Entwurf zur Neufassung des saarländischen Krankenhausgesetzes (SKHG)
- Laufende Arbeit: Beratung von Mitgliedern in Fragen Honorar, Niederlassung, Fortbildung usw.

Wir hoffen, liebe Kolleginnen und Kollegen, dass wir Ihnen durch die vorstehende Übersicht der Tätigkeitsschwerpunkte und der Wahrnehmung der Aufgaben durch Vorstand und Vertreterversammlung einen Einblick in die unseres Erachtens recht erfolgreiche Arbeit der Kammer in ihrem ersten Amtsjahr geben konnten. Wir haben na-

türlich sowohl positive als auch kritische Rückmeldungen von Mitgliedern erhalten. Wir bitten Sie auch weiter um Kritik und Kommentar. Nur so und mit Ihnen gemeinsam können wir eine gut funktionierende Psychotherapeutenkammer entwickeln.

(Forum 7, März 2005)

1 Jahr Psychotherapeutenkammer in Zahlen und Fakten

Mitglieder insgesamt	409
Angestellte PP:	195
Niedergelassene PP	161
Freiwil.Mitgl.	3
KJP:	50
Davon angestellte KJP	39
Davon niedergelassene: KJP	11
Vorstandssitzungen	25
Satzungen u. Ordnungen	6
Redaktionssitz. PTJ	1
Vertreterversammlungen	7
Ausgaben FORUM	6
Sitzungen BPTK Finanzausschuss	3
Ständige Ausschüsse	5
Sitzungen Länderrat	4
Sitzungen BPTK Musterberufsordnung	4
Ausschusssitzungen	17
Deutscher PT-Tag	2
Teilnahme an Öffentl. Veranstaltungen	8

alle abgerechneten Leistungen aller AbrechnerInnen vergütet worden wären, wären wir unter dem Vorjahresvolumen geblieben!

Da wir alle erst seit frühestens 1/1999 Mitglied der KV sind, gelten wir alle noch als Praxis im Aufbau. Eine Praxis im Aufbau darf aber nicht am Wachstum gehindert werden! Normalerweise – d. h. bei den verschiedenen Arztgruppen – werden die Pra-

xen im Aufbau in ihrem Wachstum allenfalls auf den Durchschnitt der Fachgruppe begrenzt. Was aber ist, wenn die ganze Fachgruppe – so wie die PP – noch im Wachstum ist??? Man kann doch nicht eine ganze Gruppe am Erwachsenwerden hindern!

Als Mitglied des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie (BFP) habe ich einen Antrag an die KV formuliert, in dem folgende Forderungen enthalten waren und vom BFP am 15.06. verabschiedet

wurden: 1. Solange das Leistungsvolumen des Vorjahresquartals der Fachgruppe nicht überschritten ist, sollen keine Kürzungen vorgenommen werden. 2. Sollte es aufgrund bewilligter Therapieleistungen überschritten sein, so wären die bewilligenden Krankenkassen in die Pflicht zu nehmen. 3. Kleinpraxen sollten die Möglichkeit haben, sich zu vergrößern. 4. Der Fachgruppen-Mittelwert ist für eine Fachgruppe im Aufbau nicht anzuwenden. 5. Bei Entscheidungen über Kürzungen

bzw. Ausnahmeregelungen müsste immer ein Vertreter der Fachgruppe hinzugezogen werden.

Da die Abrechnung des Quartals 1/2004 für Ende diesen Monats unmittelbar ansteht, werden wir sehen, wie die KV auf diesen Antrag reagiert.

Wir fordern alle „Gekürzten“ auf, sich unmittelbar in der Kammer zu melden!
(Forum 3, Juli 2004)

Psychotherapie-Honorar deutlich angehoben

Das Nachfragen, Recherchieren und Nachrechnen hat sich gelohnt: Die Verhandlungen mit dem neuen Vorstand der KV Saarland bzgl. der nach dem BSG-Urteil vorgeschriebenen Neuberechnung der Vergütung für bewilligte Therapiestunden konnten

in guter Atmosphäre zum Abschluss gebracht werden. Die ursprüngliche (fehlerhafte) Berechnung der KV ist nun korrigiert und die verbesserten, ab 2000 gültigen Punktwerte sind anhand uns vorgelegter Zahlen nachprüfbar im Konsens ver-

abschiedet worden. Mühevolle, zeitaufwendige und oft aufreibende Arbeit der letzten 5 Monate sind damit zu einem erfolgreichen Abschluss gekommen. **Hier die Ergebnisse**

	2000	2001	Q 1 /02 – Q 2/02	Q 3/02– Q 2/03	Q 3/03– Q 2 / 04	Ab Q 3 / 2004
Im fraglichen Zeitraum vergüteter Punktwert	4,6611 C	4,6611 C	4,6611 C	4,6000 C	4,6000 C	4,7789
Im Nov. 04 von KV errechneter Punktwert	4,9595 C	4,9767 C	4,7339 C	4,7339 C	4,8108 C	4,8153
Am 19.04.2005 im Konsens korrigierter PW	5,0131 C	5,0382 C	4,7866 C	4,7866 C	4,8804 C	4,9022
Im fraglichen Zeitraum vergütetes Honorar pro Therapiestunde.	67,59 €	67,59 €	67,59 €	66,70 €	66,70 €	
Im Nov 04 von KV errechnetes Honorar / Therapiestd	71,91 €	72,15 €	68,64 €	68,64 €	69,76 €	69,29 €
Am 19.04.05 konsentiertes korrigiertes Honorar pro Therapiestunde	72,69 €	73,05 €	69,41 €	69,41 €	70,77 €	71,08 €
N 1: Nachzahlungsbetrag pro abgerechnete Therapiestunde (laut Veröffentlichung KV Nov. 04)	4,32 €	4,56 €	1,05 €	1,94 €	3,06 €	
N 2: Nachzahlungsbetrag pro abgerechneter Therapiestunde (konsentiert am 19.04.05)	5,10 €	5,46 €	1,82 €	2,71 €	4,07 €	
Differenz N1 zu N2 = Mehr-Nachzahlung pro Therapiestunde	0,78 €	0,90 €	0,77 €	0,77 €	1,01 €	1,79 €
Differenzbetrag in %	+ 18%	+ 20%	+ 73%	+ 40%	+ 33%	

Diese Differenz bzw. diese Aufstockung, um die sich Ihre Nachzahlung für 1/2000 bis 2/2004 erhöht, wäre ohne den oben geschilderten persönlichen Einsatz nicht zustande gekommen. Die ursprünglich von der KV errechnete Anhebung des Mindestpunktwerts für den Zeitraum 1/2000 – 6/2004 ergab für die KV einen Gesamt-Nachzahlungsbetrag für die Psychotherapeuten in Höhe von 1,7 Millionen EUR. Nach der Korrektur erhöht sich der Gesamtbetrag auf 2,2 Millionen EUR. Das bedeutet: 0,5 Millionen EUR mehr Nachzahlung (an rund 220 Leistungserbringer)! Das sind fast 30 %, die wir insgesamt mehr erhalten!

Statt 4,32 € werden jetzt 5,10 EUR pro im Jahr 2000 abgerechn. Th.std. nachbezahlt
 Statt 4,56 € werden jetzt 5,46 EUR pro im Jahr 2001 abgerechn. Th.std. nachbezahlt
 Statt 1,05 € werden jetzt 1,82 EUR pro im Quartal 1/02-2/02 abgerechn. Th.std. nachbezahlt
 Statt 1,94 € werden jetzt 2,71 EUR pro im Quartal 3/02-2/03 abgerechn. Th.std. nachbezahlt
 Statt 3,06 € werden jetzt 4,07 EUR pro im Quartal 3/03-2/04 abgerechn. Th.std. nachbezahlt
 Statt 69,29 € werden in den Quartalen 3/04-1/05 pro Therapiestunde vergütet 71,08 €
 Aufgrund der Punktzahlenhebung im neuen EBM werden ab 2/05 vergütet 73,29 €

(Damit können Sie Ihren Kammerbeitrag innerhalb von 1 – 2 Quartalen locker mit dem erzielten „Zuschlag“ bezahlen).

Das zuletzt von der KV abgerechnete Quartal 4/2004 rechnete noch mit dem Punktwert von 4,8153 Cent = 69,82 • pro bewilligter Therapiestunde. Wie der Vorsitzende der KV, Herr Dr. Hauptmann, schriftlich zu-

gesagt hat, wird die KV von sich aus, ohne dass man Widerspruch einlegen muß, die Nachberechnung erstatten. Damit sind wir zum ersten Mal seit 10 Jahren in der Situation, dass wir keinen Widerspruch einlegen

müssen! Davon ausgenommen sind nur diejenigen, die weiterhin in ihren bewilligten Therapieleistungen widerrechtlich gekürzt werden.

(Forum 8, Mai 2005)

Angestellte PP und KJP

Psychotherapie in den Institutionen des Saarlandes – Befragungsergebnisse -

Vor 4 Monaten starteten wir mit der Versendung des „Erhebungsbogens für angestellte/beamtete Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.“ Für den ersten Teil des Erhebungsbogens liegen mittlerweile Ergebnisse vor. Insgesamt haben sich 94 angestellte bzw. beamtete KollegInnen an der Befragung beteiligt. Das entspricht einer Rücklaufquote von 43,5%. Damit haben wir unser Ziel, eine Rücklaufquote von wenigstens 50% zu erreichen zwar nicht erreicht. Gleichwohl kann sich unsere Datenbasis, verglichen mit den Angestelltenbefragungen in Niedersachsen mit 40% und Rheinland-Pfalz mit 42,9% Rücklaufquote durchaus sehen lassen.

Hier die Ergebnisse im Einzelnen: 42 Frauen und 51 Männer sind unserer Aufforderung gefolgt, ein Fragebogen kam ohne Angabe in diesem Punkt zurück. Das Durchschnittsalter der Frauen liegt bei 45,4 Jahren, das der Männer bei 49,3 Jahren. Die durchschnittliche Berufserfahrung beträgt 19,7 Jahre, bei den Frauen sind es im Schnitt 16,9 und bei den Männern 21,5 Jahre. 80,8% der TeilnehmerInnen haben eine Approbation als PP, 14,9% als KJP und 4,3% haben beide Approbationen. In Vollzeitbeschäftigungsverhältnissen sind 61,7% der Angestellten, 36,2% haben eine Teilzeitstelle. Die Teilzeitbeschäftigungsverhältnisse schwanken zwischen 25% und 90% einer vollen Stelle, und betragen im Mittel 64%. Unter den Teilzeitbeschäftigten sind 73,5% Frauen und 26,5% Männer, bei den Vollzeitbeschäftigten ist es entsprechend umgekehrt: hier gibt es 72,3% Männer und 27,5% Frauen. In leitenden Positionen sind 43% der Angestellten tätig, darunter 68,75% Männer und 31,25% Frauen. Die Vergütung erfolgt bei 71,3%

nach BAT (44,7%) bzw. in Anlehnung an den BAT (25,6%). Vergütungen nach dem AVR gibt es bei 11,7% der Befragten und Sonstige sind mit 14,9% vertreten. (N = 92). Das durchschnittliche Jahreseinkommen der Vollzeitbeschäftigten liegt bei 53.472 € (N = 59), das der Teilzeitbeschäftigten bei 31.089 € (N = 34). Auch hier gibt es nennenswerte Unterschiede zwischen den Einkommen der Männer und der Frauen: Männer verdienen bei einer Vollzeitbeschäftigung im Durchschnitt 55.099 €, die Einkommen der Frauen liegen mit durchschnittlich 49.484 € um ca. 8% darunter. Bei den Teilzeitbeschäftigten zeigt sich ein ähnliches Bild: Männer verdienen im Schnitt 33.000 € und Frauen mit 29.078 € knapp 12% weniger. Konkrete Angaben zum durchschnittlichen Jahreseinkommen wurden übrigens von 54% der TeilnehmerInnen gemacht, zu Vergütung und Vergütungsgruppe von je über 95%. Als Bemessungsgrundlage für die Vergütung dient bei 64,9% der Befragten der Grundberuf, nach der ausgeübten Tätigkeit werden 35,1% vergütet bzw. eingestuft. Über ein Drittel der angestellten PsychotherapeutInnen ist bei privaten Trägern beschäftigt, nämlich 35,1%. Die öffentlichen und kirchlichen Träger beschäftigen mit 29,8% bzw. 28,7% fast gleichviele PPs bzw. KJPs. Auf die Sonstigen entfällt ein Anteil von 5,3%.

Um welche Arbeitsfelder oder Einrichtungen handelt es sich dabei im Einzelnen? Unser Fragebogen differenzierte nach insgesamt 12 verschiedenen Möglichkeiten. Überhaupt nicht vertreten sind nach unseren Ergebnissen die PsychotherapeutInnen im Saarland in den vier Arbeitsfeldern Alten- und Pflegeheim, Berufsförderung, Gesundheitsamt u. Praxis (als Angestellte). Mit 34% sind die unterschiedlichen Beratungsstellen der größte Arbeitgeber für PPs und KJPs, die Reha-Kliniken sind mit 28,7% der zweitgrößte. 9,6% der Befragten sind

in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe tätig, 8,5% im Straf- und Maßregelvollzug. Jeweils 6,4% der Befragten arbeiten in Allgemein-krankenhäusern bzw. in psychiatrischen Kliniken und 5,3% in Einrichtungen für Behinderte. Der Anteil der in Universität und Ausbildungsstätten Tätigen beläuft sich auf 2,1%.

Welchen Anteil hat nun in diesen unterschiedlichen Arbeitsfeldern welcher Tätigkeitsbereich? Die folgende Tabelle gibt in der linken Spalte einen Überblick über die Anteile der unterschiedlichen Tätigkeitsbereiche bei den angestellten und beamteten PPs und KJPs. Die Angaben in der linken Spalte addieren sich auf über 100% und geben damit Ungenauigkeiten in den Rohdaten wider, die sicherlich auch auf eine nicht sehr gelungene, sprich präzise und eindeutige Fragestellung hinweisen. Ein grober Überblick über Gewichtungungen ist den Daten trotz dieser Einschränkung dennoch zu entnehmen. Die rechte Spalte der Tabelle zeigt, bei wie viel Prozent der Befragten die jeweilige Tätigkeit überhaupt eine Rolle spielt.

Tätigkeit	Umfang	N
Diagnostik	14%	87%
Psychotherapie *)	37%	84%
Krisenintervention	8%	82%
Beratung	24%	71%
Supervision/ Team	10%	88%
Fortbildung	9%	62%
Konzeptionelles u. Administratives	10%	71%
Org.Entwicklung/Q-Management	9%	43%
Forschung	7%	24%
Sonstiges	12%	24%

Abschließend noch die Ergebnisse zur Frage nach der Mitgliedschaft in Berufsverbänden: Bei 4% der eingegangenen Fragebogen war die Antwortmöglichkeit „möchte ich nicht angeben“ angekreuzt. 48,9% beantworteten die Frage mit nein, 46,1%

mit ja. Insgesamt gibt es 60 Mitgliedschaften (12 KollegInnen sind in zwei oder mehr Berufsverbänden). Mit 38,3% ist die BDP-Mitgliedschaft bei den Angestellten am häufigsten vertreten, am zweithäufigsten die GwG mit 21,7%. Der Anteil der DGVT-Mitgliedschaften liegt bei 8,3%, der Anteil der GNP- und DVP-Mitgliedschaften bei je 5%. Alle anderen waren Einzelnennungen.

(Forum 4, Sept. 2004)

Kammerbeitrag

Auf der Suche nach Beitragsgerechtigkeit

Die Höhe der Beiträge wird nicht nur in unserer Kammer heiß und kontrovers diskutiert. Beitragsordnung wie Beitragshöhe ist in den einzelnen Länderkammern recht unterschiedlich. In Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg gibt es z. B. für Niedergelassene und Angestellte einen einheitlichen Beitrag (Rhld-Pf. 475 Euro, Schl-Host. 430 Euro, NRW und Ba-Wü. 250 Euro). In Bayern gibt es, ähnlich wie bei uns, ein Modell mit mehreren Beitragsgruppen. Die Beitragshöhe liegt in Bayern zwischen 300 Euro und 60 Euro, und damit, wie in allen Kammern mit vielen Mitgliedern, deutlich unter der unseren. In Bremen wird ein einkommensbezogenes Modell angewandt. Hier differenziert man nicht zwischen selbständig und angestellt Tätigen, wohl aber sehr genau und individuell berechnet durch einen jährlich festzulegenden prozentualen Hebesatz zwischen den einzelnen Einkommen der Mitglieder.

Der Haushalts- und Finanzausschuss unserer Kammer, der im Juli seine Arbeit aufgenommen hat, hat es sich zur Aufgabe gemacht, unsere Beitragsordnung bezüglich der Frage der Beitragsgerechtigkeit zu prüfen und gegebenenfalls anzupassen oder eine Alternative dazu zu erarbeiten. Dabei bestand unter den Ausschussmitgliedern sehr schnell Einvernehmen darüber, dass das Bremer Modell die größtmögliche Annäherung an eine gerechte Beitragsgestaltung ermöglicht. Denn wer viel verdient, zahlt anteilmäßig viel, wer wenig verdient zahlt, entsprechend weniger.

Die unterschiedliche Einkommenssituation bei niedergelassenen wie auch bei angestellten und beamteten PPs und KJPs lässt sich nach diesem Modell sehr genau abbilden und in Beitragssätze umrechnen. In Bremen beläuft sich der Jahresbeitrag derzeit auf 0,79% des steuerpflichtigen Jahreseinkommens, wobei der Einkommensteuerbescheid des Vorjahres jeweils zugrunde gelegt wird. Vom „Einkommen vor Steuern“ bei den Selbständigen werden Sozialausgaben analog dem Arbeitgeberanteil vorweg abgezogen. Ebenso gibt es eine Regelung für starke Schwankungen bzw. Abweichungen im Einkommen im Bemessungszeitraum sowie eine besondere Berücksichtigung von Kindergeldberechtigten u. v. m.

Eine Beitragsstaffelung – z. B. durch unterschiedlichen Hebesatz – zwischen Selbständigen und Angestellten gibt es in Bremen bisher nicht (nach einem Gerichtsurteil muss Bremen das jetzt ändern). Wir prüfen zzt., ob wir das einkommensbezogene Modell für das Saarland übernehmen wollen. Folgende Fragen müssen wir uns natürlich stellen: Ist der Verwaltungsaufwand nicht zu hoch? Was ist mit dem Datenschutz? Wird diese Art der Beitragsbemessung von den Mitgliedern als gerecht empfunden und akzeptiert?

(Forum 4, Sept. 2004)

Beschluss der Vertreterversammlung: die Beiträge 2005 sollen sinken

Eine gute Nachricht für alle BeitragszahlerInnen: Der Vollbeitrag soll für 2005 von 480 € auf 440 € gesenkt werden. Mit knapper Mehrheit folgte die Vertreterversammlung dem Vorschlag des Vorstandes, die Überschüsse aus den Haushaltsjahren 2003 und 2004 dafür zu nutzen, eine Absenkung der Beitragseinnahmen in 2005 ins Auge zu fassen.

Die Mitgliedsbeiträge für die Bundespsychotherapeutenkammer, die ab 2005 39 € pro Kammermitglied betragen, werden aus dem laufenden Haushalt finanziert. Sie werden also nicht gesondert erhoben. Die nachfolgende Tabelle zeigt die von der VV beschlossenen Beitragsklassen und

Beitragsklasse	EURO
I (100%)	440
II (75 %)	330
III (50 %)	220
IV (37,5%)	165
V (Festbeitrag)	80

-höhen. Wichtig: Ab 2005 soll jede/r, der/die nachweislich halbtags oder weniger arbeitet, bzw. höchstens ein halbes „KV-Einkommen“ hat, bei entsprechendem Nachweis in BK III oder IV kommen.

(Forum 5, Nov. 2004)

Beitritt zur Bundespsychotherapeutenkammer

Die Vertreterversammlung hat am 13.09.2004 den Beitritt zur Bundespsychotherapeutenkammer (ab 01.10.2004) beschlossen. Die Diskussion über Sinn und Zweck der BPTK sowie Kosten und Nutzen des Beitritts wurde in der VV mehrfach und durchaus kritisch geführt. Schließlich geht es um die Wahrung der Anliegen und Interessen aller Mitglieder unserer Kammer. Hier spielt auch der finanzielle Beitrag, den wir an die BPTK leisten, eine gewichtige Rolle. Um die Bedeutung, den Umfang und die Vielfältigkeit der anstehenden Aufgaben zu verdeutlichen, war der Präsident der BPTK, Detlev Kommer, zur VV eingeladen und stellte die verschiedenen Arbeitsbereiche vor. Die anschließende Diskussion beschäftigte sich kritisch mit den Fragen, ob die BPTK wirklich so viel erreichen kann, wie sie sich vornimmt, und ob die Ziele, die sie vertritt, in allen Fällen den Zielen der Mehrheit entsprechen. Im Anschluss an die einstündige Befragung von Herrn Kommer diskutierte die VV noch einmal fast eine Stunde unter sich, um dann einstimmig den Beitritt zu beschließen. Als Delegierte der Bundesversammlung wurden Ilse Rohr und Jochen Jentner sowie als deren Stellvertreter Bernhard Morsch und Rudolf Meiser gewählt. Das Psychotherapeutenjournal, Mitteilungsorgan der Bundespsychotherapeutenkammer, wird ab jetzt auch allen Saarländischen KollegInnen 4 mal im Jahr von Berlin aus zugeschickt werden.

(Forum 4, Sept. 2004)

Aktivitäten

Anhörung zur Neufassung des Saarländischen Krankenhausgesetzes (SKHG)

Am 31. Mai fand im saarländischen Landtag eine Anhörung zum Änderungsentwurf des SKHG statt. Unserer Kammer wurde im Verlauf der Anhörung ausreichend Gelegenheit gegeben, die Stellungnahme zum Entwurf, die wir im März an den Gesundheitsausschuss des saarländischen Landtags abgegeben hatten, zu erläutern. Die Psychotherapeutenkammer begrüßt ausdrücklich eine Neufassung des SKHG, da aus ihrer Sicht die Versorgung im Krankenhaus dem gewandelten gesellschaftlichen Bedarf und der veränderten Patientenstruktur dringend angepasst werden muss. Dies betrifft insbesondere den viel zu geringen Anteil der Psychologischen Psychotherapeuten in der stationären Krankenversorgung: Während knapp die Hälfte der rund 400 Mitglieder der Kammer (ca. 45%) an der **ambulant**en vertragsärztlichen Versorgung im Bereich Psychotherapie teilnehmen, ist nur ein kleiner Anteil unserer Kolleginnen (ca. 6%) in Krankenhäusern beschäftigt, der größte Teil davon (5%) in psychiatrischen Kliniken, wenige in den psychosomatischen Fachabteilungen an nur zwei Krankenhäusern des Saarlandes. Die Kompetenz der Psychologischen Psychotherapeuten im Bereich der Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen ist damit im **stationären** Bereich eklatant unterrepräsentiert. Die meisten Krankenhäuser verfügen auch **nicht** über psychologische Dienste. Die Häuser mit psychiatrischen Fachabteilungen halten nur psychiatrische Konsiliardienste vor, im Rahmen derer eher selten psychologisch-psychotherapeutische Konsile in den somatischen Fachabteilungen erfolgen. Dies ist umso bedeutender, als der Anteil der psychischen Erkrankungen in den letzten Jahren nachweislich der Statistiken der Krankenkassen einen immensen Zuwachs erfahren hat. Die Folge ist, dass bei vielen Patienten die psychische Erkrankung zu spät erkannt wird und Patienten dann stattdessen – teilweise auch in Fehlbelegung – in somatischen Abteilungen versorgt werden. Dies führt einerseits häufig zu überflüssigen Untersuchungen und Behandlungen und andererseits verlängert oder verschlimmert

es das Leiden der Patienten und fördert die Chronifizierung der psychischen Krankheiten. Die Psychotherapeutenkammer hat daher in ihrer Stellungnahme zum Gesetzentwurf zwei Anregungen gegeben:

1. Im Gesetz aufzunehmen, dass Psychologische Dienste in jedem Krankenhaus vorzuhalten sind. Zur Sicherstellung der Behandlungsqualität ist es dabei erforderlich, dass diese Psychologischen Dienste überwiegend mit **Psychologischen Psychotherapeuten** besetzt werden, da nur sie, wie Fachärzte, über die entsprechende Qualifikation im Bereich der Diagnostik und psychotherapeutischen Behandlung von Patienten verfügen. Der Aufgabenbereich eines psychologischen Dienstes (PD) ist Teil der Krankenbehandlung und unterscheidet sich damit grundsätzlich vom **Beratungsangebot** des Krankenhaus-Sozialdienstes und der seelsorgerischen **Betreuung**.

2. Die Psychotherapeutenkammer in den Landesausschuss für Krankenhaus- und Investitionsplanung aufzunehmen: Analog der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung, die erstmals in der Neufassung des SKHG im Ausschuss genannt sind, sollte die Psychotherapeutenkammer ein Mitspracherecht erhalten.

Ob unsere Anregungen schließlich Zugang zum Gesetzestext finden bleibt abzuwarten. Das Interesse der Ausschussmitglieder und Teilnehmer war jedenfalls deutlich spürbar.

(Forum 9, Juli. 2005)

Vertrag zur Integrierten Versorgung im Bereich psychischer Erkrankungen

Zum 1. Mai 2005 startete im saarländischen Landkreis Merzig – Wadern, einer ländlich geprägten Region von ca. 100.000 Einwohnern, ein Projekt zur Verbesserung der Behandlung von Patienten mit psychischen Erkrankungen. Vertragspartner der IV sind die Ersatzkassen (BEK, DAK, TK, KKH, GEK, HEK, HMK und HZK), das Klinikum Merzig, sowie niedergelassene Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten der Region. Weitere Kooperationspartner sind das saarländische Ministerium für Justiz Gesundheit und Soziales als Leistungsträger von Ein-

gliederungshilfen (Nebenabrede des Vertrages) sowie psychosoziale Einrichtungen.

Zielgruppe des Vertrages sind alkoholranke bzw. von Alkoholkrankheit akut bedrohte Menschen (ICD10: F10) sowie Patienten mit depressiven Krankheitsbildern (ICD10: F32, 33) einschließlich bipolarer Verläufe (F31).

Ausgangssituation des Vertrages ist, dass die Zahl der Menschen, die wegen psychischer Erkrankungen behandelt werden, in stetigem Anstieg begriffen ist. Der Anteil der psychischen Erkrankungen liegt nach dem DAK-Gesundheitsreport 2005¹ bei ihren Versicherten bundesweit auf Rang vier der häufigsten Erkrankungen. Die Techniker Krankenkasse berichtet in ihrem Gesundheitsreport 2005², dass psychische Erkrankungen im Hinblick auf die AU-Tage ihrer Versicherten in 2004 bereits zur zweitrelevantesten Erkrankungsgruppe avanciert sind. Dabei sind die Behandlungen oft langwierig und verursachen hohe Kosten. Insbesondere Krankheitsbilder wie Alkoholkrankheit oder Depression werden häufig erst spät diagnostiziert, die Behandlungen sind vielfach schlecht koordiniert, wiederholte Krankenhausaufenthalte und damit verlängertes Leid der Patienten können die Folge sein. Zudem wird mit Einführung der DRG's die Behandlung von psychischen Erkrankungen in den somatischen (Auslösung einer DRG) und psychiatrischen Abteilungen (Finanzierung über Basis- und Abteilungspflegesatz multipliziert mit den Behandlungstagen) völlig unterschiedlich finanziert.

Fallzahlen: Im Saarland (ca. 1 Mio. Einwohner) leben schätzungsweise 10.000 bis 20.000 alkoholranke Menschen. Noch mehr dürften von einer Alkoholkrankheit akut bedroht sein. Bei der Zahl derer, die an einer Depression leiden, muss nach den neuesten Statistiken der Krankenkassen in Bezug auf die Rangfolge der häufigsten Erkrankungen von 40.000 bis 60.000 betroffenen Saarländern ausgegangen werden. Der Anteil derer, welche keine fachliche Hilfe aufsuchen und wegen somatischer Erkrankungen in der Arztpraxis oder im Krankenhaus behandelt werden, ist dabei außerordentlich hoch anzusetzen. So berichten Lembacher und Zielke³, dass sich ein psychisch oder psychosomatisch Kran-

ker in einer Odyssee von durchschnittlich sieben Jahren durch das medizinische Versorgungssystem bewegt, bis sein Leiden in einer geeigneten psychotherapeutischen Einrichtung richtig behandelt wird.

Ziel der Integrierten Versorgung ist es, mit einer Verzahnung der ambulanten und stationären Hilfsangebote die Behandlung zu verbessern, Schnittstellenprobleme mit Leistungserbringern und Kostenträgern zu minimieren sowie Folgekosten durch Komorbidität und/oder unvollständige/unnotige Behandlungen zu reduzieren.

Ablauf: Die in das Programm der Integrierten Versorgung eingeschriebenen Versicherten erhalten einen individuell auf ihre Erkrankung abgestimmten Behandlungsplan (Assessment). Dabei werden alle erforderlichen ambulanten und stationären Behandlungsmöglichkeiten sowie ggf. weitere psychosoziale Hilfen koordiniert. Durch die Arbeit des Fallmanagement-Teams, welchem neben der Fachärztin eine Sozialpädagogin angehört, können die Voraussetzungen für die Verbesserung der Behandlung insgesamt (*Schleunig u. Welschbold; ⁵Löcherbach) und insbesondere der Behandlungskontinuität (⁶Morsch) in der Versorgung der Versicherten geschaffen werden

An der Integrierten Versorgung kann grundsätzlich **jeder** im Bereich der KV Saarland zugelassene Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeut teilnehmen. Die Vertragspartner erhalten für ihre erbrachten Leistungen über unterschiedliche Leistungskomplexe hinweg pauschale Vergütungen. Diese erfolgen **außerhalb des Budgets** und können als additive Vergütungen neben der Behandlung direkt mit den Ersatzkassen abgerechnet werden. Damit eröffnen sich für ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, deren Leistungsspektrum und Vergütung innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung begrenzt ist, zusätzliche Möglichkeiten. Mit der Teilnahme am IV-Projekt bleibt für die kooperierenden Vertragsärzte/Vertragspsychotherapeuten ihr **freiberuflicher Charakter völlig unberührt**. Auch bleibt die Behandlung weiterhin in der Hand des zur IV zuweisenden Kollegen. Das Fallmanagement-Team stellt ausschließlich seine Koordinations- und Beratungskompetenz allen an der Behandlung beteiligten Fach-

kräften und dem Patienten zur Verfügung. Es nutzt dabei die Möglichkeit, den Patienten auch aufsuchend und über einen längeren Zeitraum (zunächst 2 Jahre) zu begleiten. Auch die teilnehmenden Patienten schränken ihr **Recht auf freie Arztwahl nicht ein**. Weitere Informationen zur IV beim Autor b.morsch@mzg.shg-kliniken.de oder bei der Projektleiterin VdAK Janine.Poth-Schwindling@vdak-aeu.de.

Literatur

- 1 DAK Gesundheitsreport, April 2005, Hamburg
- 2 TK Gesundheitsreport 2005 – Veröffentlichungen zum betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK, Band 8, Hamburg
- 3 Zielke M., Lembacher K., Fehlversorgung bei psychischen Erkrankungen, 2004
- 4 Schleunig u. Welschbold: „Modellprojekt Psychiatrisches Casemanagement“, Schriftenreihe des Bundesministerium für Gesundheit, Bd. 133, Nomos Verlagsgesellschaft 2000
- 5 Löcherbach, P.: „Einsatz der Methode Case-Management in Deutschland, Übersicht zur Praxis im Sozial- und Gesundheitswesen“, Augsburgischer Nachsorgesymposium 24.05.2003
- 6 Morsch, B. (2003). Behandlungskontinuität. In: W. Werner (Hrsg.); Lehrbuch der Krankenhauspsychiatrie. Schattauer Verlag, Stuttgart.

(Forum 9, Juli 2005)

Tagungskalender

In jeder Ausgabe des Forum erhalten Sie Informationen über Fachtagungen und Veranstaltungen. Der aktuelle Tagungskalender ist einsehbar auf unserer Homepage unter www.ptk-saar.de.

Vorankündigung:

Fachtagung Angestellte

Titel: Fachtagung zur Berufsausübung der PP & KJP in Angestelltenverhältnissen.

Dargestellt werden sollen die Anforderungen an die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in ihren unterschiedlichen Arbeitsfeldern. Die Tagung umfasst dabei neben Fachvorträgen aus den Bereichen Rehabilitation, Beratung, Berufsrecht und Tarifrrecht auch Tätigkeitsberichte aus den Arbeitsfeldern Rehabilitation, Beratung sowie der Arbeit mit geistig Behinderten.

Die Psychotherapeutenkammer erhofft sich von den Referenten u. a. Antworten zu Fragen wie: Was hat sich durch die Approbation im jeweiligen Arbeitsfeld verändert? Wo ergeben sich Probleme aufgrund neuer bzw. mangelnder gesetzlicher Vorgaben? Was hat sich hinsichtlich des Selbstverständnisses der Kollegen verändert? Hat die Approbation Konsequenzen hinsichtlich der Strukturen (z. B. Bezahlung, Positionen, Ausbildung, Organisation, Leitung)?

Termin: 12. November 2005, 10.00 – 16.30 Uhr. Ort: Ärztehaus Saarbrücken, Faktoreistraße

Wir freuen uns als Referenten u. a. Prof. Dr. phil. Manfred Zielke (Rehabilitation), Dipl. Soz. Klaus Menne (Beratung), Dr. Martin H. Stellpflug (Berufsrecht) und Dipl. Psych. Hermann Schürmann (Tarifrrecht) gewonnen zu haben. Daneben werden saarländische KollegInnen aus ihrer beruflichen Tätigkeit als PP/KJP berichten. Über den genauen Ablauf sowie die Modalitäten der Anmeldung werden wir zeitnah über das FORUM und unsere Homepage informieren.

(Forum 9, Juli 2005)

Redaktion FORUM und saarländische Kammerseiten:

Vorstand PKS: Ilse Rohr, Bernhard Morsch, Irmgard Jochum, Liz Lorenz-Wallacher, Andrea Maas-Tannchen

Geschäftsstelle

Talstraße 32
66119 Saarbrücken
Tel 0681. 95455 56
Fax 0681. 95455 58
Mo, Di 8.30 – 12.30; 13.30 – 17.30 Uhr
Mi 13.30 – 17.00 Uhr
kontakt@ptk-saar.de
www.ptk-saar.de



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

In dieser Ausgabe des PTJ möchten wir Sie über die Arbeit der Kammer in den vergangenen Monaten informieren.

Neben den Berichten aus den Kammerversammlungen stellen wir Ihnen die neue Berufsordnung der PKSH vor und informieren über den Stand zum Versorgungswerk. Im Anschluss daran finden Sie einen Beitrag zur Nachapprobation, der die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten interessieren wird.

Hinweisen möchten wir auch besonders auf die Einladung zum Angestelltentag am 16. Dezember im Kieler Yacht Club zum Ende unserer Kammermitteilungen.

Mit herzlichen kollegialen Grüßen

Der Vorstand

Bericht aus der Kammerversammlung

Neben dem Jahresbericht des Vorstands, dem Haushaltsabschluss 2004, der Entlastung des Vorstands und der Wahl weiterer Gremien (u. a. Aufsichtsausschuss des Versorgungswerks und ehrenamtlicher Richterinnen und Richter für die Berufsgerichtsbarkeit) war die Beschlussfassung zur Berufsordnung der wichtigste Tagesordnungspunkt der letzten Kammerversammlung.

Dem Bericht des Vorstands (s. PTJ 2005 Heft 2) mit anschließender Aussprache schloss sich recht zügig der Haushaltsabschluss und der Bericht der Rechnungsprüfer an und führte schließlich bereits nach 90 Minuten zur einstimmigen Entlastung des Vorstands.

Danach stand die Beschlussfassung zu einer Berufsordnung auf der Tagesordnung. Die

Mitglieder der Kammerversammlung würdigten geschlossen die sehr intensive Vorarbeit des BO-Ausschusses und dankten diesem für die Erarbeitung eines Entwurfes für die Berufsordnung. Dennoch ließ es sich die Kammerversammlung nicht nehmen, den vorliegenden Entwurf Paragraph für Paragraph und Absatz für Absatz erneut durchzuarbeiten und dabei einzelne Formulierungen zu diskutieren und z. T. auch zu verändern.

Mit welcher Ernsthaftigkeit und Intensität die Kammerversammlung an diese Aufgabe herangegangen ist, lässt sich daran ermesen, dass nach fast 7 Stunden Dauer die Versammlung auf einen neuen Termin vertagt wurde und sich dann nochmals in der Fortsetzung dieser Kammerversammlung erneut 5 Stunden mit dieser Thematik beschäftigt hat.

Das Ergebnis dieser teilweise sehr kontroversen, aber auch fruchtbaren und stets mit dem Bemühen um einen Kompromiss geführten Diskussion ist die Ihnen nun vorliegende Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein. Sie wird nach Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde am 31.10.2005 im Schleswig-Holsteinischen Amtsblatt veröffentlicht werden und somit an diesem Tag in Kraft treten.

Auf dieser Marathon-Sitzung der Kammerversammlung wurde aber nicht nur die Berufsordnung verabschiedet, sondern es wurden darüber hinaus auch Vertreterinnen und Vertreter für weitere ehrenamtliche Gremien gewählt.

Als Mitglieder des Aufsichtsausschusses des Versorgungswerks wurden gewählt: Heiko Borchers, Michael Eichberger und Stefan Stolz.

Als ehrenamtliche Richterinnen und Richter für das Berufsgeschicht wurden gewählt: **Imke Deistler und Wolfgang Eicke;** deren Stellvertreter sind **Martina Gartner und Friedhelm Kirchhofer.**

Für den Berufsgerichtshof wurden als ehrenamtliche Richterinnen und Richter gewählt: **Dagmar Helbig** und **Stefan Stolz;** deren Stellvertreter sind **Adelheid Deingruber** und **Volker Trempler.**

Außerdem wurde **Frau Barbara Theisen-Schuessler** als Vertreterin für die Besuchskommission im Maßregelvollzug gewählt.

Als weitere Ersatzdelegierte für den Deutschen Psychotherapeutentag wurden **Lea Webert** und **Peter Koch** gewählt.

Wir danken ausdrücklich allen Kolleginnen und Kollegen, die sich für diese Ehrenämter zur Wahl gestellt haben und wünschen allen gewählten Vertreterinnen und Vertretern allzeit eine glückliche Hand bei der Erfüllung ihrer Aufgaben.

Versorgungswerk

Wie oben erwähnt, wurden auf der letzten Kammerversammlung die Mitglieder des Aufsichtsausschusses des Versorgungswerks der PKSH gewählt. Der Aufsichtsausschuss ist eines der drei Organe des Versorgungswerks (neben der Kammerversammlung und dem Verwaltungsrat). Die wichtigsten Aufgaben dieses Ausschusses sind die Beaufsichtigung des Verwaltungsrates und die Vorgabe von Richtlinien zur Kapitalanlage. Überwacht wird dieser Ausschuss wiederum von der Kammerversammlung, dem er regelmäßig einen Geschäftsbericht vorlegen muss.

In Zusammenarbeit mit dem Verwaltungsrat beschäftigt sich der Aufsichtsausschuss derzeit vordringlich mit der Frage, ob und mit welchem anderen Versorgungswerk das Versorgungswerk der PKSH zusammenarbeiten könnte, um dadurch die eigenen Verwaltungskosten möglichst gering zu halten. Diese Frage kann nur mit großer Sorge und Verantwortung gegenüber den Mitgliedern des Versorgungswerks und den

von ihnen anvertrauten Geldern geklärt werden und sollte keinesfalls übers Knie gebrochen werden. Aus diesem Grund wurde auch auf einer außerordentlichen Kammerversammlung im Juni eine Vorabfestlegung auf eine Zusammenarbeit oder gar einen Anschluss an ein anderes Versorgungswerk abgelehnt (s. u.).

Die Resonanz für das Versorgungswerk der PKS_H ist erfreulich gut. So haben sich ca. 25% aller Mitglieder der PKS_H für einen Verbleib im Versorgungswerk entschieden. Dies entspricht den Erfahrungen anderer Länder hinsichtlich des Anfangsbestandes in der Gründungsphase.

Diejenigen, die nach Ablauf der Entscheidungsfrist ihren Befreiungsantrag bereuen, haben jetzt nur noch die Möglichkeit, eine freiwillige Mitgliedschaft im Versorgungswerk zu beantragen. Für eine freiwillige Mitgliedschaft ist allerdings ein Gesundheitszeugnis erforderlich. Zudem besteht eine Wahlfreiheit für die Höhe des Beitrages, aus der sich später die zu erwartende Altersversorgung errechnet, nur zwischen 1/10 bis maximal 3/10 des Höchstbetrages zur gesetzlichen Rentenversicherung.

Wer bisher nicht explizit seinen Austritt erklärt hat, bleibt Pflichtmitglied im Versorgungswerk. Auch alle Neu-Approbierenden, die nicht mehr zum sogenannten Anfangsbestand gehören, werden automatisch Mitglied des Versorgungswerkes. Letztere können sich nur dann von der Mitgliedschaft befreien lassen, wenn sie in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversichert sind oder das 45. Lebensjahr bereits vollendet haben.

Außerordentliche Kammerversammlung

Mit Hinweis auf § 9 Abs. 3 der Hauptsatzung der PKS_H wurde unmittelbar vor den Sommerferien eine außerordentliche Kammerversammlung von sechs Mitgliedern der Kammerversammlung beantragt. Die Antragsteller wollten den Vorstand und die Kammerversammlung zu einem schnellen Abschluss eines Geschäftsbesorgungsvertrages und zu einem Beschluss über einen Anschluss des Versorgungswerkes

der PKS_H an ein anderes Versorgungswerk drängen.

Auf der Versammlung berichteten der Vorstand und der Aussichtsausschuss ausführlich über die bis dato stattgefundenen Gespräche und Aktivitäten. Gemeinsam machten beide deutlich, dass es für die Mitglieder des Versorgungswerkes nur von Vorteil sein kann, wenn in Ruhe und mit Sorgfalt und Bedacht Gespräche mit unterschiedlichen als Geschäftsbesorger in Frage kommenden Versorgungswerken geführt werden. Eine vorschnelle Festlegung würde nicht nur die Verhandlungsposition des Versorgungswerkes schmälern, sondern auch eine langjährige vertragliche Bindung zu möglicherweise nicht optimalen Konditionen mit sich bringen.

Das Versorgungswerk der PKS_H steht auch alleine auf äußerst soliden Beinen und basiert auf einer absolut seriösen versicherungsmathematischen Kalkulation.

Dieser festen Überzeugung des Vorstands und des Aufsichtsausschusses konnte sich im Verlauf der lebhaften Diskussion auch die Kammerversammlung anschließen. Die Antragsteller verzichteten schließlich auf eine Beschlussfassung zu ihren eingereichten Anträgen.

Nachapprobation

Nachdem von einigen Approbationsbehörden wie z. B. in Hamburg im Rahmen von außergerichtlichen Vergleichen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die vorwiegend mit Erwachsenen gearbeitet haben, eine Nachapprobation zum Psychologischen Psychotherapeuten ohne Nachweis eines Studiums der Psychologie ermöglicht worden ist, wurden auch entsprechende Anfragen an die Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein herangetragen.

Der Vorstand der PKS_H stellt fest, dass derartige Regelungen zur Approbation ohne Nachweis eines entsprechenden Psychologiestudiums eindeutig rechtswidrig sind. Gemäß eines Urteils des Bundesverwaltungsgerichts vom 09.12.2004 (BVerwG 3 C 11.4) kann die Approbation

als Psychologischer Psychotherapeut im Rahmen der Übergangsregelung des § 12 Abs. 3 des Psychotherapeutengesetzes nur erteilt werden, wenn ein abgeschlossenes Studium der Psychologie an einer Universität oder einer gleichstehenden Hochschule nachgewiesen wird.

Mit dieser höchstrichterlichen Entscheidung ist die Abschlussprüfung im Studiengang Psychologie somit eine zwingende Voraussetzung für die Erteilung der Approbation als Psychologischer Psychotherapeut. Der Vorstand der PKS_H sieht weder die Möglichkeit, noch die Notwendigkeit von diesem Grundsatz abzuweichen und wird sich demgemäß auch nicht an anderweitigen Regelungen beteiligen.

Berufsordnung in Kraft

Der Ausschuss Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein (PKS_H) hat, wie ebenfalls an dieser Stelle angekündigt, der Kammerversammlung im April diesen Jahres einen Entwurf einer Berufsordnung zum Beschluss vorgelegt. Die Kammerversammlung hat in ihrer Sitzung am 26. April 2005 die Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein beschlossen. Die Berufsordnung ist von der Aufsichtsbehörde genehmigt worden und ist mit der Veröffentlichung im Schleswig-Holsteinischen Amtsblatt am 13.06.2005 in Kraft getreten. Sie hat als eine Satzung der Psychotherapeutenkammer Wirksamkeit gegenüber allen Mitgliedern der Kammer.

Bereits bei der Erstellung eines Entwurfes einer Berufsordnung beachtete der Ausschuss die vielfach bereits in Kraft getretenen Ordnungen anderer Landespsychotherapeutenkammern. Aufgrund dessen wird man zwischen der Berufsordnung der PKS_H und den Berufsordnungen anderer Psychotherapeutenkammern auch einen hohen Grad an Ähnlichkeit feststellen können. So wird ein Mitglied, welches den Ort seiner Berufsausübung in ein anderes Bundesland verlegt, nicht mit einem vollkommen anderen Berufsrecht konfrontiert werden. Wenn überhaupt, so gibt es nur sehr geringe Unterschiede zwischen den Berufsordnungen für Psychotherapeuten. Dieses

liegt auch daran, dass die Basis aller Ordnungen, die sogenannte Generalpflichtsklausel, sich im Wortlaut weitgehend übereinstimmend in allen Kammer- und Heilberufegesetzen der Bundesländer wiederfindet.

Die Berufsordnung der PKS H beinhaltet neben Formulierungen über grundsätzliche Berufsaufgaben und Berufspflichten folgende Bereiche: Pflicht sich beruflich fortzubilden, Melde- und Auskunftspflicht gegenüber der Kammer, Behandlungsgrundsätze und Sorgfaltspflichten gegenüber dem Patienten, Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht, Schweigepflicht, Honorar- und Vergütungsabsprachen, Kennzeichnung der Praxis, Anforderungen an eine Praxis, Gestaltung von Informationen über eine Praxis sowie angemessene Regeln für die Ausübung des Berufes in einem Beschäftigungsverhältnis, in Lehre, in Aus- und Fortbildung, Supervision, Forschung und als Gutachter.

Die Berufsordnung legt fest, was der Psychotherapeut im Einzelnen bei der Ausü-

bung seines Berufes zu beachten und unter Vermeidung berufsgerichtlicher Sanktionen zu unterlassen hat. Wobei der Ausschuss Berufsordnung es bewußt vermeiden hat, in Formulierungen ständig den drohenden Zeigefinger zu heben oder Regelungen derart rigide zu fassen, so dass sich eine Vielzahl von Kollegen und Kolleginnen schnell auf der „Anklagebank“ wieder finden würden. Die Berufsordnung soll auch ein Art Hilfestellung und Orientierung zum Beispiel bei der Errichtung einer Praxis (siehe §§ 19 u. 20) oder bei der Forderung von Honorar (siehe § 15) geben. Auch soll die Ordnung dem Kollegen oder der Kollegin Sicherheit bei der Ausübung des Berufes geben. So ist es zum Beispiel gemäß der Berufsordnung der PKS H dem Psychotherapeuten oder der Psychotherapeutin durchaus erlaubt, unter gewissen Umständen eine Behandlung abzulehnen oder zu beenden (siehe § 10 Abs. 3). Gerade dieser Bereich hatte in der Vergangenheit immer mal wieder Patienten bewogen, sich bei der Kammer erbst über Psychotherapeuten zu beschweren.

Bitte schenken Sie der beigelegten Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein ihre Aufmerksamkeit.

**Einladung zum Angestelltentag am
16.12.2005 in Kiel**

**Mit zahlreichen berufspolitischen
Informationen speziell für Angestellte**

Ort: Kieler Yachtclub Kiel

Zeit: 15 bis 20 Uhr

Das detaillierte Programm geht Ihnen per Post zu.

Geschäftsstelle

Walkerdamm 17
24103 Kiel
Tel. 0431/661199-0
Fax 0431/661199-5
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.

Zur Situation der PiA: ein erster Schritt ist gemacht ... weitere sollten folgen!

Die Zahl der Absolventen der Ausbildung zum Psychotherapeuten deckt bei weitem nicht den aktuellen Bedarf. Soll der Berufsstand nicht aussterben, müssen sich auch die Kammern mit den Problemen der Ausbildung beschäftigen. Es ist deshalb erfreulich, dass nun auch die Psychologischen Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Ausbildung, kurz PiA, in das Blickfeld der Bundeskammer rücken, wie aus dem einführenden Beitrag von Richter im PTJ 1/04 zu entnehmen ist.

Die „Aufgabe der Kammern, das Gesamtinteresse des Berufsstandes wahrzunehmen“ wird hier deklariert und darauf verwiesen, dass mehrere Kammern den PiA eine – wenn auch nur eingeschränkte – freiwillige Mitgliedschaft einräumen. Mittlerweile hat das Land Niedersachsen im Rahmen der Änderung des dortigen Heilberufegesetzes sogar die Pflichtmitgliedschaft von PiA in der Kammer (nach Beginn der klinischen Ausbildung – was immer das heißen mag) eingeführt. Alle Kammern sollten Ähnliches anstreben.

Es wäre zu wünschen, dass die von Richter vorgetragene Auffassung – die die PiA voll und ganz in das Gesamtinteresse des Berufsstandes mit einschließt – sich möglichst rasch und möglichst umfassend bei den Kammern verbreitet und durchsetzt. Ein Problem besteht sicher darin, dass die Kammern in einigen Bundesländern – z. B. in NRW durch das Heilberufegesetz – nicht für die Belange der Psychotherapeuten in Ausbildung zuständig sind. Die Kammern sollten darauf hin-

wirken, ihre Zuständigkeit an geeigneter Stelle einzufordern und entsprechende Gesetzesänderungen vorschlagen.

Heutzutage liegt bekanntlich die Zuständigkeit für die PiA und die Aufsicht über die Ausbildungsstätten bei den Prüfungsämtern der Landesbehörden. Ganz abgesehen allerdings von der Frage, ob und wie diese ihre Aufgabe (eine schriftliche Definition dieser Aufgabe konnte bisher leider noch niemand auffinden) erfüllen (können) – ein Artikel in einer psychologischen Fachzeitschrift beleuchtet dieses Problem aus juristischer Sicht (Nilges, 2004) – liegt es auf der Hand, dass eine dauerhafte Fortführung dieses Zustands letztendlich mit dem „Gesamtinteresse des Berufsstandes“ nicht vereinbar ist. Sehr hilfreich wäre eine deutliche Meinungsäußerung der Bundeskammer in diesem Sinne. Wie Rainer Richter schreibt, überlegt die Kammer, „Maßnahmen zur Anpassung und Veränderung auch der Ausbildung vorzuschlagen“. Eine solche Vorstellung wäre geradezu bahnbrechend, aber bitter notwendig.

Als erstes sollte überhaupt ein Rahmen geschaffen, ein Verhaltenskodex für die Ausbildung kreiert werden. Ziel sollte sein, die Situation der PiA zu verbessern, die beliebig vermehrbare Pflichten haben, aber keine Rechte bzw. Möglichkeiten, diese durchzusetzen. Eine denkbare Möglichkeit wäre, einen entsprechenden Kommentar zu den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (PsychTh-APrV/KJPsych-APrV) zu formulieren. Sehr zu begrüßen ist

die Initiative der BPTK in Bezug auf das Fallpauschalenänderungsgesetz.

Zur Lage der PiA gibt es mittlerweile eine Reihe von Artikeln und sogar einen Sammelband (Kuhr & Ruggaber, 2003). Viele Probleme der herrschenden Zustände sind dort aufgeführt und es wäre jedem zu empfehlen, einmal einen Blick in diese Beschreibungen des derzeitigen Ausbildungs-Gruselkabinetts zu werfen.

Viele PiA fühlen sich derzeit von Gott und der Welt verlassen, in einem quasi rechtsfreien Raum den Ausbildungsinstituten, den Kliniken, den Prüfungsämtern ausgeliefert und ohne eigene Interessenvertretung, ohne finanzielle Möglichkeiten. Zuständigkeit der Kammern im oben dargestellten Sinn würde auch bedeuten, dass die PiA endlich einen Ansprechpartner hätten, dass bei den Kammern entsprechende Strukturen entstünden, etwa eine Rechtsberatung. So könnten PiA informiert und auch ermutigt werden, Beschwerden vorbringen, die dann auch wirklich beachtet werden. Heutzutage sind die Meisten extrem eingeschüchtert und rühren sich nicht, deshalb gibt es auch nur sehr wenige Beschwerden.

Weiterhin wäre zu wünschen, dass als nächster Schritt ohne Scheu dann auch die wirklich notwendigen Konsequenzen bei der Formulierung der diesbezüglichen zukünftigen berufspolitischen Ziele gezogen und dann natürlich auch beharrlich verfolgt werden: die Annäherung an das Vorbild der ärztlichen Weiterbildung und der Rolle der Ärztekammern dabei. Dass also die Bundeskammer das „Gesamtinteresse des Berufsstandes“ tatsächlich voll und ganz vertritt, dass sie beschließt, statt vorzuschlagen. Das ist natürlich noch Zukunftsmusik; aber das Ziel der Gleichbehandlung mit den Ärzten, auch in der Frage der Aus- bzw. Weiterbildung sollte nie aus den Augen verloren werden. Für die derzeitige „Ausbildung“ mit den bekannten katastrophalen Bedingungen ergäbe sich somit in Analogie zu den Verhältnissen bei den Ärzten, dass eine Aus- und Weiterbildung etabliert wird.

Durch die Abschaffung des Diploms und die völlige Umstrukturierung auch des Psychologiestudiums ergeben sich höchstwahrscheinlich in nächster Zeit neue Möglichkeiten, diese Probleme in Angriff zu nehmen. So wäre denkbar, dass die Ausbildung zum Psychotherapeuten im Rahmen eines „Masterstudiums“ erfolgen und mit einer vorläufigen Approbation abschließen könnte. Damit könnte der Psychotherapeut die Berechtigung erhalten, ähnlich wie ein Assistenzarzt in der Weiterbildung zum Facharzt unter Supervision eigenverantwortlich psychotherapeutisch tätig zu sein und eine Weiterbildung zu absolvieren, die zur vollständigen Approbation führt.

Die Stellen, auf denen PiA derzeit als unentgeltliche Vollarbeitskräfte eingesetzt sind, würden in bezahlte Assistenzpsychotherapeutenstellen umgewandelt, die Theorie – soweit nicht ohnehin mit Inhalten des Studiums deckungsgleich – würde in

dieses verlagert bzw. wie bei Assistenzärzten in wöchentlichen Fallbesprechungen am Patientenbeispiel abgehandelt – 1000 Mal sinnvoller und lebensnaher als heutzutage.

Der § 74 GG, der dem Bund nur Kompetenz für die Einrichtung von Aus-, nicht Weiterbildungen einräumt, ist der Grund, mit dem ohne jegliche aus der Sache selbst zwingende Begründung heraus aus Hochschulabsolventen, die eine Berufsqualifikation in Form einer Weiterbildung anstreben, berufslose „Azubis“ gemacht werden ... denen durch § 7 des PsychThG, der die Geltung des Berufsbildungsgesetzes ausschließt, selbst noch die Rechte eines 14jährigen Lehrlings genommen werden.

Dafür, dass die zwangsweise oft unentgeltlich arbeitenden PiA aber in freigeräumten, ursprünglich normal bezahlten Psycholo-

genstellen eingesetzt werden und sich somit für die jeweiligen Kliniken, die die Leistungen ja wie gewohnt abrechnen, eine erhebliche Einsparung ergibt, sind sie gut genug. Das macht nicht nur verbittert, sondern schadet insgesamt dem Stand der Psychologen und der Psychotherapie in den Kliniken.

So bleibt zu wünschen, dass dem ersten Schritt der Kammern in Form der Aufnahme von PiA viele weitere folgen werden. Der Psychotherapeutenchaft, die sich doch stets für die Menschenwürde und -rechte auf allen denkbaren Gebieten einsetzt, steht es gut an, sich entsprechend auch für ihre Berufskollegen einzusetzen.

*Dr. phil. Dipl.-Psych.
Thomas H. W. Walther (PP)
Berger Str. 185
60385 Frankfurt am Main
520074153427-0001 @t-online.de*

Ein Beitrag zu Frauke Werther: „... Menschen mit geistiger Behinderung ...“ (Psychotherapeutenjournal 2/2005)

Vorbemerkung

Es ist sehr erfreulich und höchst überfällig, dass das Problem der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung so ausführlich und in breiter Öffentlichkeit diskutiert wird. Als Psychologin und psychologischer Psychotherapeut in einer Komplex-Einrichtung für Menschen mit geistiger Behinderung bin ich ständig damit konfrontiert, dass ich lediglich Heimbewohner/inn/en selbst therapieren kann (freilich ohne Kassenabrechnung, sondern im Rahmen der Pflegesatzfinanzierung), Anfragen anderer Therapiebedürftiger jedoch – an Betracht der Nicht-Finanzierbarkeit der Therapie – ablehnen oder an niedergelassene Therapeut/inn/en verweisen muss. Letzteres ist praktisch nie von Erfolg gekrönt, da es so gut wie keine entsprechend ausgebildeten Therapeut/inn/en gibt.

Das erhöhte psychische Erkrankungsrisiko

Es wird in der Fachliteratur als Fakt gehandelt, dass Menschen mit geistiger Behin-

derung ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen haben. Ich frage mich schon lange, ob es sich dabei nicht eher um ein Artefakt handelt. Kaum eine Bevölkerungsgruppe steht unter so dichter Beobachtung von Fachleuten wie Menschen mit geistiger Behinderung. Zwangsläufig fallen entsprechend viele Störungen auf. Flächendeckende Untersuchungen bei der „Durchschnittsbevölkerung“ (z. B. diverse Untersuchungen des Zentralinstitutes für seelische Gesundheit in Mannheim) entdecken regelmäßig eine Quote von etwa einem Drittel Personen mit psychotherapeutischem Bedarf. Ich denke, die Quote bei Menschen mit geistiger Behinderung liegt nicht unbedingt höher. Frau Werther beschreibt sehr eindrücklich, welchen Belastungsfaktoren im Lebenslauf Menschen mit Behinderungen ausgesetzt sind. In der Tat liegt an Betracht der schwierigen Lebensumstände und der „erlernten Hilflosigkeit“ insbesondere die Entwicklung depressiver Erkrankungen sehr nahe. In der Praxis beobachte ich jedoch auch eine hohe Widerstandskraft von Menschen mit geistiger Behinderung gegenüber widrigen Umwelt-

verhältnissen. Vielen gelingt es, sich kreativ auf der Grundlage ihrer bestehenden Kompetenzen mit ihrer Lebenssituation zu arrangieren und eben keine Störung zu entwickeln. Die geistige Behinderung wirkt nicht nur als Risiko, sondern auch als Schutz bzw. als Filter. Ich möchte hier nicht falsch verstanden werden: es geht mir nicht darum, den Therapiebedarf von Menschen mit geistiger Behinderung klein zu reden, ich möchte aber auch nicht einer weiteren Pathologisierung Vorschub leisten.

Dass alle Formen psychischer Erkrankungen bei Menschen mit geistiger Behinderung auftreten können, ist unbestritten. Freilich zeigen sich die Störungen häufig in untypischer Form und werden häufig nicht oder nicht richtig diagnostiziert, so dass in der Folge auch nicht die angemessene Behandlung einsetzen kann. Völlig unterschätzt wird z. B. die Häufigkeit posttraumatischer Belastungsstörungen. In meiner Praxis begegnet mir aber ein Phänomen letztlich am häufigsten: es handelt sich um eine Art unterschwellige Störung, die am besten als „Identitätsproblem“ cha-

rakterisiert werden kann. Der Therapiebedarf resultiert quasi aus der Behinderung selbst und dem Versuch ihrer Bewältigung durch die betroffene Person. Es gibt somit oft keinen überschaubaren Therapiezeitraum, in dem eine Heilung der Störung erreicht werden könnte, sondern es handelt sich meist um einen langjährigen, gewissermaßen lebensbegleitenden Prozess, der aber ohne psychotherapeutische Kompetenz nicht zu meistern ist.

Ausgrenzung von erfahrenen Psychotherapeut/inn/en

Ergänzend zu den Ausführungen von Frau Werther möchte ich hier eine Anregung machen: In vielen Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung arbeiten erfahrene Therapeut/inn/en. So lange es nicht gelingt, durch Berücksichtigung des besonderen Klientels der Menschen mit geistigen Behinderungen in der Ausbildung (Studium und Therapieausbildungen) ausreichend viele Praktiker/inn/en für eine ambulante Versorgung bereit zu stellen, wäre es eine gute Zwischenlösung, den angestellten Therapeut/inn/en in den Einrichtungen eine auf das spezielle Klientel begrenzte Ermächtigung zur Kassenabrechnung von Psychotherapie zu erteilen. Im Moment wird ein solches Ansinnen von den Kassenärztlichen Vereinigungen mit dem Hinweis auf die (scheinbare) Versorgungsdeckung und die Notwendigkeit von Weiterbildung auf Seiten der niedergelas-

senen Therapeut/inn/en abgeschmettert. Eine Lösung für die Betroffenen ist das jedenfalls nicht. Hier wäre auch das Engagement der Psychotherapeutenkammern gefragt.

Tiefsitzende kollektive Abwehrprozesse und weitere Gründe

Hier geht Frau Werther für meinen Geschmack doch etwas zu weit. Der Großteil der aktuell tätigen Therapeut/inn/en dürfte eher Einstellungen haben, die konträr zum geschichtlichen Erbe der Deutschen liegen. Meine Erfahrung ist, dass die Kolleg/inn/en die Annahme von Menschen mit geistigen Behinderungen ablehnen, weil sie sich den Anforderungen nicht gewachsen fühlen und es ethisch nicht verantworten wollen, ohne entsprechende Kompetenz „herumzupfuschen“. Hier schlägt sich das mangelnde oder fehlende Vorkommen der Menschen mit geistiger Behinderung in der universitären und therapeutischen Ausbildung nieder und nicht latente Euthanasiegedanken. Auch im folgenden Abschnitt zu Übertragungsproblemen geht die psychoanalytische Deutungs-lust mit der Autorin durch.

Wenn dies alles gelten sollte, dann träfe es auf jeden Menschen mit psychischen Problemen zu. Wir arbeiten als Therapeut/inn/en doch immer in der Konfrontation mit eigenen Abgründen. Der Vergleich mit Menschen mit geistiger Behinderung liegt

eher weniger nah als der mit anderen Klient/inn/en.

Völlig richtig sind die Hinweise auf das Motivationsproblem. Es ist dringend erforderlich, dass psychotherapeutische Hilfen bekannt gemacht werden. Meine Erfahrung ist, dass bei guter Transparenz bzgl. des eigenen Arbeitens recht bald erste direkte Anfragen von Menschen mit geistiger Behinderung kommen. Die Zielklärung muss wie bei jeder anderen Therapie selbstverständlich erfolgen. Aufträge durch Dritte sollten aber nicht kategorisch abgelehnt und ausgeschlossen werden. Es gibt auch andere Klient/inn/en, die von selbst und ohne Anstoß von außen nicht in die Therapie finden (z. B. Menschen mit Suchtproblematik).

Schlussbemerkung

Trotz aller kritischer Bemerkungen: es ist hoch erfreulich, dass Frau Werther in so differenzierter Weise zu dem Thema Psychotherapie bei geistiger Behinderung Stellung nimmt und eine hoffentlich fruchtbare Diskussion angestoßen hat. Ihren Thesen und den Forderungen im Ausblick kann ich mich nur anschließen.

*Dipl.-Psych. Michael Kief (PP)
Leiter des Psychologischen Fachdienstes
Diakonie Stetten e.V.
71386 Kernen i.R.
michael.kief@diakonie-stetten.de*

Ein weiterer Beitrag zu Frauke Werther: „... Menschen mit geistiger Behinderung ...“ PTJ 2/2005

Ich habe den Beitrag von Frauke Werther über Psychotherapiechancen geistig Behinderter zugleich mit Überraschung und Dankbarkeit gelesen darüber, dass eine solche Thematik überhaupt einmal angesprochen wird. Ihren fundierten Ausführungen möchte ich als einer der von ihr erwähnten 'exotischen Außenseiter' – nämlich als approbierter Psychoanalytiker, der Therapieangebote für geistig Behinderte macht – noch einiges hinzufügen, was die Autorin unter 'weitere Gründe' nur kurz anspricht, was aber allein für sich schon als Problemaspekt hinreicht.

Ich beziehe mich dabei lediglich beispielartig auf den institutionellen Bereich (Heime für geistig Behinderte) sowie in Zusammenhang damit den 'mentalen' Aspekt im Bereich des Leitungs- und Betreuungspersonals. Gibt es hier Widerstände, ist der Versuch, für eine/n Bewohner/in Psychotherapie zu erwirken, praktisch aussichtslos. Einrichtungen, auf die das Folgende nicht zutrifft, bitte ich sehr herzlich um Nachsicht dafür, dass ich aus Gründen der Deutlichkeit im folgenden ein wenig 'über-visiere'.

Zunächst sollten wir inhaltlich nachzuvollziehen versuchen, warum bis vor etwa zwei Jahrzehnten die Verhaltenstherapie (VT) das psychotherapeutische Terrain im Bereich sogenannter geistiger Behinderungen praktisch allein beherrscht hat. Der Grund liegt darin, dass Menschen mit geistiger Behinderung zu den fremdbestimmten Gesellschaftsgruppen schlechthin gehören und damit zugleich Hauptbetroffene gesellschaftlicher Ökonomisierungszwänge sind, und zugleich darin, dass das therapeutische Prinzip der VT sich im Sinne dieser Situation optimal instrumentalisieren lässt.

In vielen Einrichtungen für geistig Behinderte gibt es Bewohner/inn/en mit z. T. 'klassischen' psychoneurotischen (z. B. zwangsnervösen, angstneurotischen) Störungen. Zum anderen gibt es häufig Krankheitsbilder, die man als psychotisch bezeichnen wird. Die Interferenzen solcher komorbiden Zustände mit 'geistiger Behinderung' sind noch weitgehend unbekannt.

Nehmen wir das Beispiel eines geistig behinderten Mannes, der andauernd seine Kleidung und Schuhwerk zerstört. Die Einrichtung verfährt hiermit vorwiegend alltagspädagogisch (sanktionierende Maßnahmen usw.), zum anderen organisatorisch, indem man zum Beispiel so gut es geht Nachschub an Bekleidung besorgt. Da letzteres nicht vollständig gelingt, geht dieser Mann immer wieder gekleidet nur in ein Bettlaken wie ein lebendes Problembeispiel im Heim herum und irritiert alle. Als psychotherapeutisch ist die Problemlage dieses Menschen dabei – obwohl sie sehr augenfällig ist – anscheinend einfach kein Thema.

Die erforderliche psychologische und/oder psychiatrische Fachkompetenz gibt es intern in solchem Heimalltag eher selten. In einzelnen glücklichen Fällen bekommt ein Behinderter eine extern ausgelagerte Verhaltenstherapie. Besagter Bewohner jedoch wird als psychologischer etc. Problemfall sicherlich eher in der Supervision behandelt. Dort nun wird seine Situation vorzugsweise als regulatorische Angelegenheit oder/und aus verhaltensmodifikatorischer Sicht betrachtet – also prinzipiell unter der Frage: „Was kann man machen ...?“ Demgegenüber scheinen die inneren Zusammenhänge (wie sie psychoanalytisch interessieren würden) einer solchen Störung schwer oder gar nicht verstehbar, jedenfalls wäre ja deren mögliche Ergründung aufwändig, und so hält man sich an bequemere rezeptartige bzw. probatorische Lösungsformen nach Art eines: „Versuchen wir doch einmal ...“. Solches Veränderungsverständnis lässt sich mit der vermeintlich leichten Erlernbarkeit verhaltenstherapeutischen Praxishandelns begründen: Das heißt auch, jede/r Betreuer/in kann dergestalt legitim tätig werden. Was sollte da noch ein Psychoanalytiker? Des-

sen ganzheitlicher Arbeitsansatz geriete auch zu schnell einmal unökonomisch: Vielleicht würde er versuchen, die Mitarbeit/inn/en intensiv einzubeziehen oder/und zum Beispiel die Bezugsbetreuer/inn/en zu einer inhaltlichen Auslegung ihrer Rolle (als schutzbietende Instanz, als 'Übergangsobjekt' o. ä.) zu überreden.

Die gegenwärtige, historisch gewordene Situation der Psychotherapie geistig Behinderter besagt nach alledem vor allem zweierlei: Zum einen bedeutet der Versuch, für geistig Behinderte das Recht auf Psychotherapie zu etablieren, angesichts gegenwärtiger Ressourcenknappheit einen gesellschaftlichen Fortschritt, dessen hauptsächliches Dilemma darin liegt, dass er nicht zum Nulltarif zu haben ist. Damit wir unsererseits die entsprechenden Ökonomisierungszwänge nicht noch weiter mental verinnerlichen, bedarf es zum anderen einer allseitigen Bewusstseinsbildung.

*Prof. Dr. Wilhelm Reincke
Neukirchstraße 56
28215 Bremen
wilhelm.reincke@nord-com.net*

Zu Frauke Werther: „... Menschen mit geistiger Behinderung ...“

Sehr geehrte Damen und Herren,
sehr geehrte Frau Werther,

vielen Dank, dass Sie dieses Thema im Psychotherapeutenjournal behandeln –, es gibt ja leider nur wenige Veröffentlichungen dazu, obwohl der Bedarf an Psychotherapie für Menschen mit Behinderungen groß ist. Jedenfalls entspricht das unserer Erfahrung in der Psychiatrisch-Psychotherapeutischen Ambulanz in der Evangelischen Stiftung Alsterdorf in Hamburg. Es handelt sich hierbei um ein Kooperationsprojekt zwischen dem zur Stiftung gehörenden Krankenhaus und dem Beratungszentrum der Behindertenhilfe. Wir haben seit nunmehr fünf Jahren eine Ermächtigung zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit Behinderung vom zuständigen Zulassungsausschuss, die, soweit wir wissen, bisher einzigartig in der Bundesrepublik

ist. Seither behandeln wir im Schwerpunkt Menschen mit geistiger Behinderung aber auch Menschen mit anderen Behinderungen aus Hamburg und Umgebung psychiatrisch und psychotherapeutisch.

Den Ausführungen im o. g. Fachbeitrag möchte ich mich im Großen und Ganzen anschließen, einige wenige Anmerkungen seien dennoch erlaubt:

Für den Bereich der psychiatrischen Erkrankungen (bspw. Psychosen) ist es notwendig und hilfreich, dass auch Menschen mit geistiger Behinderung wirksame und möglichst nebenwirkungsarme Medikamente erhalten, um Leid zu lindern und einen psychotherapeutischen Zugang zu ermöglichen (wir machen in unserer Ambulanz gute Erfahrungen in der Zusammenarbeit zwischen ärztlicher und psychologischer Seite). Ich stimme Ihnen aber zu, dass

Menschen mit geistiger Behinderung in Institutionen oftmals Psychopharmaka erhalten, die lediglich der Sedierung oder Einbindung dienen, ohne dass dies eingebettet wäre in einen pädagogisch-therapeutischen Gesamtplan.

Ihre Kritik an der ICD-10, die man ja aus unterschiedlichen Gründen haben kann, konnte ich bzgl. der Intelligenzminderung nicht ganz nachvollziehen. Der Begriff der „psychischen Störung“ ist dort sehr weit definiert, eine Gleichsetzung von Intelligenzminderung und Verhaltensstörung (kann zusätzlich kodiert werden) bietet sich nicht automatisch an. Die Intelligenzminderung ist als Entwicklungsstörung aufgenommen worden, wie auch die autistische, tiefgreifende Entwicklungsstörung oder andere Phänomene, die in der ICD-10 beschrieben, aber nicht theoretisch erklärt werden.

Während Sie organische Verursachungen für die geistige Behinderung (Intelligenzminderung) hervorheben, deuten Sie an, dass auch psychogene Faktoren als Ätiologie in Frage kämen (z. B. psychische Traumata). Könnte man diesen Menschen psychotherapeutisch begegnen, seien auch kognitive Fortschritte möglich. Das mag in Einzelfällen durchaus auch so sein, entspricht aber nicht unserer Erfahrung in der Arbeit mit Erwachsenen mit geistiger Behinderung. Es gibt sicherlich auch Fehldiagnosen, z. B. bei dem von Ihnen erwähnten Personenkreis der Menschen mit schweren körperlichen Behinderungen, aber das scheint uns nicht die Regel zu sein.

Dass Menschen mit Behinderungen noch heute an den Folgen des „deutschen Traumas“ leiden, können wir nur bestätigen. Die „Ausgrenzung“ von behinderten Menschen durch niedergelassene Kolleginnen und Kollegen liegt m. E. aber an anderen Fak-

toren. So spielt sicherlich die besondere Anforderung an die Kommunikation in der Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung eine große Rolle, ebenso die Langsamkeit der Prozesse und die damit verbundene Therapielänge. Vorurteile oder Fremdheitsgefühle mögen hinzu kommen. Die Nichtsicherstellung der Versorgung durch die niedergelassenen Kollegen und Kolleginnen war im übrigen einer der Gründe für die uns erteilte Ermächtigung. Gleichwohl arbeiten wir mit einer Reihe von niedergelassenen Kollegen und Kolleginnen beider Berufsgruppen bestens zusammen.

Für die Hinweise auf Parallelen zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sind wir Ihnen dankbar. Es entspricht auch unserer Erfahrung, dass die Betroffenen oftmals fremdmotiviert sind und von den Betreuern in die Therapie geschickt werden. Dennoch gelingt es dann erstaunlich oft, eine eigene Motivation zu finden.

Und es ist unabdingbar, dass die Therapie durch Angehörige/Betreuer unterstützt wird.

Aufgrund Ihres Appells, vorhandene Ressourcen der angestellten und freiberuflichen Kammermitglieder zu vernetzen (indem ein Erfahrungsaustausch über Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung organisiert wird), sahen wir uns aufgefordert, diesen Leserbrief zu schreiben und wünschen uns Rückmeldungen über ähnliche Einrichtungen oder Erfahrungen von niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen.

Mit freundlichen und kollegialen Grüßen,

Dipl.- Psych. Jörn Steenfatt (PP)
Psychiatrisch-Psychotherapeutische
Ambulanz in der Ev. Stiftung
Alsterdorf,
j.steenfatt@alsterdorf.de
www.beratungszentrum-alsterdorf.de

Inserentenverzeichnis

Akademie bei König & Müller, Würzburg, 223

AVM, Bamberg, 251

Behandlungszentrum Folteropfer, Berlin, 249

Caritasverband, Saarbrücken, 251

CIP-Medien, München, 4. US

CPO Hanser, Berlin, 208

Deutsche Ärzte Finanz, Berlin, 231

DFT, Hamburg, 237

DGVT-Verlag, Tübingen

Kanzlei Düsing, Münster, 235

EMDR, Bergisch-Gladbach, 219

Epikursoftware, Berlin, 215

Ergosoft, Hassloch, 2. US

Eugen Träger Verlag, Lotte, 231

Fortbildungsstelle, Stuttgart, 223

Harcourt, Frankfurt, 213

Hehn Büroorganisation, Neustadt/Wied, 233

Münchner Familienkolleg, München, 229

Psycho-Vision, Kempten, 226

Psychoholic, Remscheid, 225

Seminar für Gruppenanalyse, CH-Zürich, 239

Kontaktdaten der Psychotherapeutenkammern

Bundespsychotherapeutenkammer

Klosterstr. 64
10179 Berlin
Tel. 030/27 87 85-0
Fax 030/278785-44
Mo – Do 9.00 – 15.00 Uhr
info@bptk.de
www.bptk.de

Baden-Württemberg

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

Bayern

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

Berlin

Kurfürstendamm 184
10707 Berlin
Tel. 030/887140-0, Fax -40
Mo, Mi – Fr 9.00 – 14.00 Uhr
Di 14.00 – 19.00 Uhr
info@psychotherapeutenkammer-berlin.de
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de

Bremen

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@lpk-hb.de
www.lpk-hb.de

Hamburg

Curschmannstraße 9
20251 Hamburg
Tel. 040/4210 1234
Fax 040/4128 5124
Mo, Di, Do, Fr 9.00 – 15.00 Uhr
Mi 9.00 – 17.00 Uhr
info@ptk-hh.de
www.ptk-hh.de

Hessen

Gutenbergplatz 3
65187 Wiesbaden
Tel. 0611/53168-0
Fax 0611/53168-29
Mo – Do 9.00 – 13.00 Uhr
post@psychotherapeutenkammer-hessen.de
www.psychotherapeutenkammer-hessen.de

Niedersachsen

Roscherstr. 12
30161 Hannover
Tel. 0511/850304-30
Fax 0511/850304-44
Mo, Mi, Do, Fr 9.00 – 12.00
Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr
Fr 9.00 – 12.00 Uhr
Beitragsangelegenheiten:
Mo, Mi – Fr 9.00 – 12.00
Mo – Do 13.00 – 13.30 Uhr
info@pk-nds.de
www.pk-nds.de

Nordrhein-Westfalen

Willstätterstr. 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211/522847-0
Fax 0211/522847-15
Mo – Do 8.30 – 16.30 Uhr
Fr 8.30 – 14.30 Uhr
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Rheinland-Pfalz

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30
55130 Mainz
Tel. 06131/5703813
Fax 06131/5700663
Mo – Fr 10.00 – 12.30 Uhr
Di und Do 14.00 – 16.00 Uhr
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de

Saarland

Talstraße 32
66119 Saarbrücken
Tel. 0681/9545556
Fax 0681/9545558
Mo, Di 8.30 – 12.30, 13.30 – 17.30 Uhr
Mi 13.30 – 17.30 Uhr
kontakt@ptk-saar.de
www.ptk-saar.de

Schleswig-Holstein

Walkerdamm 17
24103 Kiel
Tel. 0431/661199-0
Fax 0431/661199-5
Mo, Mi, Fr 9.00 – 13.00 Uhr
Di, Do 9.00 – 16.00 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

Kleinanzeigen

Aus- und Weiterbildung

Klinische Hypnose M.E.G.
Start: KII-Hyp-Curriculum 2006
B1-Kompakt: 15.-17.12.2005

Weitere Seminare für Infovorträge,
Seminare, Supervisionen:

Milton Erickson Institut – M.E.G.
Leitung: Dipl. Psych. Anne M. Lang
Venusbergweg 48 53115 Bonn

Info: Tel.: 02 28 / 9 49 31 20
www.institut-systeme.de

Aus- und Weiterbildung

Vom Sponti zum Profi in der
Psychotherapie mit KÖDOPS
Therapieplanung und Dokumentation,
Testmodul, Praxisverwaltung,
automatisierte Berichte, Weiterbildungs-
punkte im Internet

Anmeldung und Infos:
www.psychotraumatologie.de
Tel.: 0 22 45 / 91 94-0 FAX: -10
www.koedops.de
www.ipfmw.uni-koeln.de

Dienstleistungen

www.kikt-thema.de

Therapeutische Materialien für
Kinder, Jugendliche und Erwachsene

Verhaltenstherapeutin und Supervisorin BDP bietet
methodenübergreifende Fallsupervision,
Supervision (Übertragungs-/Gegenübertragungs-
bearbeitung), Supervision von Antragsberichten,
Coaching, einzeln und in Gruppen.
Email: an.erstkontakt@freenet.de und
Tel.: 0621/412904



**Institut für psychotherapeutische Forschung,
Methodenentwicklung und Weiterbildung
(IPFMW) an der UNIVERSITÄT ZU KÖLN**
staatlich anerkanntes Ausbildungsinstitut
Höningerweg 115
50969 Köln
Email: chhopfner@netcologne.de
www.ipfmw.uni-koeln.de

Fünfjährige tiefenpsychologisch fundierte
Ausbildung zum PP mit den Schwerpunkten:
Psychodynamisch-dialektische Psychotherapie
Psychotraumatologie
Psychotherapieforschung
Promotion möglich
Nächster Ausbildungsbeginn Herbst 2005

**Aus- und Weiterbildung in Initiatischer Gestalt-
therapie** Neuer Kurs ab Feb. 2006, Einführungen
03.-06. Nov. 05 und 05.-08. Jan. 06 Schule für
Initiatische Gestalttherapie, Dipl.-Psych.
W. Wagner, Nußbergstr. 35, 97422 Schweinfurt
www.initiatische-gestalttherapie.de
Tel. 09721/34627

CHIRON Psychologische Dienstleistungen
Berichts-Check – wir prüfen Ihren Bericht noch
vor Antragstellung professionell und legal nach
den offiziellen GA-Kriterien.
Web-Service – wir realisieren und pflegen den
professionellen Internet-Auftritt Ihrer Psycholo-
gischen Praxis
Weitere Hilfen rund um dem Praxisalltag
Internet: www.chiron-pd.de
E-Mail: service@chiron-pd.de
Fon: 02 21 / 4 68 09 73
Fax: 02 21 / 2 79 04 56
Mo - Do: 9 - 15 Uhr, Fr: 9 - 10 Uhr

Dienstleistungen

Zuverlässige, kompetente und qualifizierte Supervision bei VT-Antragstellung von Dipl.-Psychologin

Tel.: 0 22 34 / 94 91 70
E-Mail: jubender@freenet.de

Intervision

Psychologische Psychotherapeutin, TP, 55 J., sucht analytisch arbeitende Intervisionsgruppe, **Raum Kaiserslautern.**
Tel./Fax: 0681/373508
E-Mail: renaetegeib@aol.com

Intervisionsgruppe in München wünscht sich „Verstärkung“! Wir (akkr., ca. 1*/Monat, 3-4 Std.) freuen uns über neuen Input von Fachkolleginnen und ermuntern besonders die Herren Kollegen sich einzubringen. Mehr Infos per Telefon: 089/48953109 oder 089/54073600

PP, w, 42, tätig in Klinik und eigener Praxis, (PA/TP) sucht Anschluss an kollegiale Intervisionsgruppe/Qualitätszirkel in Bonn.

Tel.: 0228/910680 oder 0228/7216640

Neugegründete Intervisionsgruppe sucht weitere Teilnehmer/innen im Raum München-West, München-Nord, Starnberg

Tel.: 0 81 42 / 5 33 94

Qualitätszirkel, methodenübergreifend, möchte Teilnehmer/innenkreis erweitern, Köln, B. Broermann

Tel.: 02 21 / 51 63 78

München:

Qualitätszirkel Verhaltenstherapie sucht neue Teilnehmer/innen

Tel.: 0 89 / 39 36 57
FAX: 0 89 / 39 35 68

Jobsharing

Kaiserslautern Erfahrene Psychologische Psychotherapeutin mit Arztregistereintrag (VT) sucht Job-Sharing (auch geringe Std.-Anzahl) o. KV-Sitz

Tel.: 06 31 / 6 00 82

Biete Vertretung (VT, Erwachsene) in Ahlen/Westf. Umfang 20 Sitzungen/Woche, ab sofort oder später, im Anschluß Jobsharing möglich.

Tel.: 0 25 01 / 92 09 09

Jobsharing

Suche Nachfolger/-in für Psychotherapeutische Praxis im Raum Münster (VT). Evtl. über Job-Sharing mit späterer Übernahme (incl. KV-Zulassung). Aussagekräftige Bewerbungsunterlagen bitte an Chiffre PTPJ 05 02 01

Praxisgemeinschaft

Psychotherapeutische Praxisgemeinschaft mit großzügiger Ausstattung in guter und zentraler Lage von **Münster** sucht passende/n Mitstreiter/in.

eMail: psychotherapie-muenster@web.de

Praxisgesuche

Psycholog. Psychotherapeutin (VT) sucht **KV-Sitz od. Jobsharing** in München Stadt/Land

Chiffre PTPJ 050303

Psycholog. Psychotherapeut (VT, Erw., Einzel & Gruppe) sucht Praxissitz/Jobsharing **in Berlin**

0 30 / 44 04 87 01 od. 01 72 / 3 07 60 60

Psychologischer Psychotherapeut (TP, Erw.) sucht KV-Sitz oder Jobsharing im Raum Niederbayern/Oberpfalz

Tel.: 0 94 21 / 56 96 70

Raum Nürnberg/Fürth Psychol. Psychotherapeutin (VT) sucht **KV-Sitz oder Jobsharing** ab Anfang 2006 oder später

Tel./Fax: 09 11 / 47 15 49

PP/VT sucht KV-Sitz in Frankfurt oder Umgebung,

Dr. Michaela Özelsel, Breitendyk 145a, 47803 Krefeld

Zwei engagierte Kolleginnen (TP) suchen KV-Sitz oder Jobsharing ab 7/06 im Raum **Erfkreis/Rhein-Sieg-Kreis/Köln/Bonn**

Tel.: 02 28 / 9 10 84 88 oder 02 21 / 4 20 03 58

Angehende PP-VT sucht Einstieg/Jobsharing in Praxis oder KV-Sitz (VT Erw.) im **Raum Franken** ab 2006,

Tel.: 01 73 / 7 70 24 22

Praxisgesuche

PP (VT/Erw.) sucht KV-Sitz: **im Rheinisch Bergischen Kreis, im Oberbergischen Kreis oder in Köln.**

Tel.: 02 21 / 71 50 02 15

Psychologische Psychotherapeutin (TP) **sucht KV-Sitz in Bayern**

bevorzugt Regensburg und Umgebung oder Raum München, Rosenheim, Bad Tölz, Chiemgau
Tel.: 0 80 92 / 3 28 57 oder 01 70 / 1 92 42 12

Raum Trier

Psychol. Psychotherapeutin (VT) mit langjähriger Berufserfahrung sucht **KV-Sitz/Jobsharing**

Tel.: 06 51 / 9 12 99 39

Psycholog. Psychotherapeutin (PA/TP)

sucht KV-Sitz/Jobsharing in Bonn oder Umgebung

Tel.: 02 28 / 7 21 66 40

Psychologische Psychotherapeutin (VT)

sucht KV-Sitz oder Job-Sharing in **Berlin**

Tel.: 0 30 / 48 49 24 11

Psychotherapeut (PP-VT) sucht

KV-Sitz/Jobsharing im Großraum **D, BO, W, E, DO**

Tel.: 02 02 / 8 70 63 75

Erf. Verhaltenstherapeutin/Supervisorin sucht VT-Sitz oder Job-Sharing in Mannheim/Ludwigshafen und Umkreis

Email: angelikaschlegel2002@web.de
Tel./Fax: 06 21 / 41 29 04

KJP (TP) sucht KV-Sitz, Jobsharing oder Anstellung im Raum Ruhrgebiet, Düsseldorf oder Umgebung

Tel.: 02 01 / 7 26 61 23

PP (TP; E. + KJP)

sucht KV-Sitz/Jobsharing ab Frühjahr 2006 im Raum **Tübingen, Bal., Sig., Bodensee**

Tel.: 0 77 77 / 93 94 30

Psychologische Psychotherapeutin (VT, Erw.) sucht zum 01.01.2007 oder früher **KV-Sitz in Köln**

Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 030512

Praxisgesuche

PP (VT) sucht KV-Sitz-Abgabe
Raum Pfalz-Nordbaden-Südhes-
sen-Rheinessen.

Mail: sfu@vype.de
Tel.: 06 21 / 8 28 39 45

Praxistausch

Tausche KV-Sitz in Karlsruhe (PP-TP)
mit KV-Sitz im Main-Taunus-Kreis
Zuschriften unter

Chiffre PTPJ 05 03 04

Tausche **KV-Sitz** (PP – VT)
in **Lübeck** gegen Kr. **Stormarn**

Chiffre PTPJ 05 03 05

Psychologische Psychotherapeutin (VT)

biete KV-Sitz in Stuttgart
suche KV-Sitz in Ludwigsburg

Chiffre PTPJ 05 03 08

Praxisverkauf

PP – KV – Sitz Eifel
(Rheinland-Pfalz) zu verkaufen.

Chiffre PTPJ 05 03 07

PP hat **KV-Sitz** (TP, Erw.) in der
Holsteinischen Schweiz
aus Altersgründen abzugeben.

Info: <http://www.schafftverlag.de/haus/>

PP-KV-Sitz (VT-Erw.)
ab sofort im Landkreis Traunstein
(Sperrgebiet) zu verkaufen

Zuschriften erbeten
unter Chiffre PTPJ 05 03 10

KV-Sitz PP Augsburg Stadt
(VT für Erwachsene) zum 2/06
zu verkaufen.

Zuschriften erbeten unter
Chiffre PTPJ 030511

Psych. Psychotherapeut/-in (VT) für
Einstieg/Job-Sharing in Psychotherapeu-
tische Praxis in Münster gesucht. Übernah-
me nach ca. 2-3 Jahren einschl. KV-
Zulassung. Bewerbungsunterlagen mit
Foto an Chiffre PTPJ 05 02 02

Praxisverkauf

Psycholog. Psychotherapeutin (VT)
(Fachkunde VT Erw. und KiJu) sucht
KV-Sitz in Hannover Stadt und Region
zur Übernahme/Kauf.

Tel.: 05 11 / 8 66 40 40; 01 77 / 4 90 20 36

Praxisvermietung

Köln, heller Praxisraum
mit Küche,
WC und Wartezimmer
zu vermieten,

Tel.: 02 21 / 51 63 78

Köln Raderberg, möblierte Praxis für PT
3 Tage wöchentlich zu vermieten. 50 m²,
Balkon, € 550 warm,

Tel.: 01 73 / 3 15 62 64

Berlin-Hellersdorf:
komplette kindertherap. Praxis
zu vermieten
1 Tag/Woche + ggf. Wochenende,

Tel.: 01 79 / 1 22 24 01

Düsseldorf-Stadtmitte

28 m², psychotherapeutische Praxis
zu vermieten

Tel.: 01 72 / 2 10 85 55

Hamburg-Uhlenhorst (Alsternähe) Heller,
großer Praxisraum (28 m²) in schöner
Jugendstilvilla für 2er Praxismgemeinschaft
zum 01.01.2006 zu vermieten. Gute
Parkmöglichkeiten Tel.: 0 40 / 2 20 75 67

Praxismgemeinschaft in HH-Winterhude
vermietet ruhigen Raum an PP oder KJP.
Miete: € 454,- inkl. **aller** Mietkosten. Sehr
gute Verkehrsanbindung.

Tel.: 0 40 / 51 31 05 21

Hamburg-Rahlstedt Helles, repräsentatives
Behandlungszimmer in Villa für Kolleg/In
in großzügiger Praxis und Ausbildungsambulanz
für Kinder, Jugendliche und Erwachsene.
Gemeinsame Nutzung von Wartezone, Pantry,
WC. Anfragen unter 0173/6557849

Praxisräume in Arzthaus (Allgemein-/
Kinderpraxis) Bremen-Grolland
an psychologischen Psychotherapeuten
ab sofort zu vermieten.

Chiffre PTPJ 05 03 09

Stellenangebote

Sicherstellungsassistent/in mit
abgeschlossener Psychotherapie-
Ausbildung (VT, Erwachsene) für
Praxis in Landshut gesucht.

Chiffre PTPJ 05 03 06

**Anzeigenschluss für die
nächste Ausgabe ist der
24.11.2005.
Ausgabe 4/05 erscheint am
20.12.05.**

Veranstaltungen/Workshop

Verwandlung – Kunst
und Psychoanalyse

Ref.: M. Hirsch, J. Böhme, Vernissage:
S. Pareike 10.09.05 – 13-17 Uhr/15 Euro
Elisenhöhe Wuppertal Kontakt: Torka –
02 02 / 44 40 85 Zertifizierung beantragt

Psychologischer Psychotherapeut (VT)
bietet **Supervision** (Einzel/Gruppe) in
Freiburg, zertifiziert durch
Psychoth.-Kammer BaWü,

Tel.: 07 61 / 7 84 81

Kinder u. Jugendlichen PT
(KV Berechtigung) 01.-08.10.05 (I)
04.-11.02.06 (II) 01.-08.04.06 (Teil III)

Gruppen - PT (KV) Theorie: 17.-22.10.05
Neuer Punktwert ab 01.04.05: 745 Punkte

Tel.: 08334/9863-73, FAX: -74

www.sueddeutsche-akademie.de

**Ihre Chiffre-Zuschriften
senden Sie bitte
in einem zweiten
geschlossenen Umschlag
an
den Verlag:**

Verlagsgruppe
Hüthig Jehle Rehm GmbH
Anzeigen PTJ
Chiffre Nr. _____
Im Weiher 10
69121 Heidelberg

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 Jugendlichenpsychotherapeuten und -therapeuten Hessen, Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, Psychotherapeutenkammer des Saarlands, Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein.

Redaktionsbeirat

Siegfried Schmieder (Baden-Württemberg), Dr. Nikolaus Melcop (Bayern), Dr. Heiner Vogel (Bayern), Dr. Manfred Thielen (Berlin), Anne Springer (Berlin), Karl Heinz Schrömgens (Bremen), Prof. Dr. Rainer Richter (Hamburg), Jürgen Hardt (Hessen), Uta Cramer-Düncher (Hessen), Dr. Lothar Wittmann (Niedersachsen), Prof. Dr. Hans-Jochen Schwartz (Niedersachsen), Karl Wilhelm Hofmann (NRW), Dr. Annelie Scharfenstein (Rheinland-Pfalz), Ilse Rohr (Saarland), Dr. Uwe Speckenbach (Schleswig-Holstein).

Anschrift Redaktion (Achtung: vorübergehend für PTJ 3- und 4-2005!)

Petra Kümmler
Bayerische Landeskommission der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
St.-Paul-Str. 9
80336 München
Tel.: 089/515555-15
Fax: 089/515555-25
kuemmler@ptk-bayern.de

Verlag

Psychotherapeutenverlag, Verlagsgruppe Hühlig Jehle Rehm GmbH, Im Weiher 10, 69121 Heidelberg Annette Kerstein, Tel.: 06221/489-318; Fax: 06221/489-529, annette.kerstein@hjr-verlag.de

Anzeigen

Claudia Kampmann-Schröder, Tel.: 06221/437-042, Fax: 06221/437-109, cks-marketing@t-online.de

Satz

Strassner ComputerSatz
69181 Leimen

Druck

Druckhaus Darmstadt GmbH
64295 Darmstadt

Bezug und -bedingungen

Inland € 72,- (inkl. Versandkosten)
Ausland € 75,- (inkl. Versandkosten)
Studenten und Ausbildungsteilnehmer € 34,- (inkl. Versandkosten)
Alle Preise verstehen sich inkl. Mehrwertsteuer. Der Abonnementpreis wird im Voraus in Rechnung gestellt und umfasst 4 Ausgaben jährlich. Das Abonnement verlängert sich zu den jeweils gültigen Bedingungen um ein Jahr, wenn es nicht mit einer Frist von 8 Wochen zum Ende des Bezugszeitraumes gekündigt wird.

Abonnementservice

Justus-von-Liebig-Straße 1, 86899 Landsberg, Tel. 08191/97000-640 (Melanie Fröhlich) oder -641 (Jutta Müller), 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, dem Saarland und Schleswig-Holstein ist der Bezugspreis durch den Kammerbeitrag abgegolten.

Urheber- und Verlagsrechte

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten.

Manuskripte

Redaktionsschluss der Ausgabe 4/2005 ist der 16. September 2005, für Ausgabe 1/2006 der 31. Dezember 2005. Manuskripte sind elektronisch (Diskette, E-mail) 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 Mikro- oder 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.