

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wenn Sie die neue Ausgabe des Psychotherapeutenjournal, in den Händen halten, wird sich endgültig entschieden haben, ob noch Aussichten auf eine friedliche Lösung des Irak-Konflikts bestehen. Vielleicht aber haben uns auch schon die ersten Terrorbilder eines Krieges erreicht, der auf die Unheil stiftende Kollusion zwischen den Machterhaltungsinteressen eines verbrecherischen Regimes im Irak und den hegemonialen Machtinteressen der Führung der USA unter Missachtung des Völkerrechts zurückgeht. Weder in unserer alltäglichen Arbeit, die sich in vielfältiger Weise mit den Ängsten und Hoffnungen sich ohnmächtig erlebender Menschen auseinandersetzt, aber auch mit deren destruktivem Selbsthass und ihren auf Unterwerfung oder Vernichtung angelegten aggressiven Impulsen, noch in unserer Bürgerverantwortung für eine solidarische Zivilgesellschaft werden wir von dem Irak-Konflikt unberührt bleiben können. Den VertreterInnen der Landeskammern war es deshalb ein selbstverständliches Anliegen, sich im Namen der Arbeitsgemeinschaft der Psychotherapeutenkammern öffentlich gegen einen Krieg im Irak auszusprechen. Die Stellungnahme finden Sie im Dokumentationssteil dieser Ausgabe.

Das Jahr 2003 hat nicht nur auf der internationalen Ebene mit einer ernsten Krise begonnen. Die weiter stagnierende wirtschaftliche Entwicklung unseres Landes und die damit einhergehende Massenarbeitslosigkeit lässt den öffentlichen Haushalten kaum mehr Spielräume für Zukunftsinvestitionen, zumal die selbst verordnete Sparverpflichtung der EURO-Staaten der EU anders als in den USA antizyklisches Defizitpending verbietet. Gleichzeitig erzeugt der neoliberale Zeitgeist, der sich vom Abbau des Sozialstaats und von der Privatisierung sozial bedingter Armut- und Krankheitsrisiken die allumfassende Lösung verspricht und aufgrund seiner Komplexitätsreduktion die Köpfe der Meinungsmacher in den Massenmedien erobert hat, ein gesellschaftliches Klima, das bei vielen Menschen keineswegs unbegründet Zukunftsängste nährt. Ebenfalls nimmt der Handlungsdruck auf die politischen Akteure vor diesem Hintergrund enorm zu. Eine „große“ Reform der Kranken- und Sozialversicherungssysteme, von der die Politik eine Senkung der Lohnnebenkosten im Interesse des Industriestandorts Deutschland erwartet, steht deshalb ganz oben auf der Agenda dieses Jahres.

Was bedeutet eine Reform des Gesundheitssystems für die Interessenlage der Profession der Psychotherapeuten? Sie bedeutet zunächst eine historische Chance, die Position der Psychotherapeuten im Gesundheitssystem zu verbessern: Ca. 80% der Ausgaben für die ambulante Versorgung entfallen auf chronische Erkrankungen wie Diabetes, Herz-Kreislauferkrankungen, obstruktive Atemwegserkrankungen (Asthma), depressive Störungen oder Schlaganfallleiden. Wie internationale Forschungsergebnisse belegen, spielen psychosoziale Bedingungsfaktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung solcher Erkrankungen eine wichtige Rolle. Ohne Einbeziehung von psychotherapeutischen Fachkompetenzen ist eine wesentliche Reduktion der gesellschaftlichen Krankheitskostenlast nicht zu erwarten. Wie dies auszusehen hätte, wurde exemplarisch von der Psychotherapeutenkammer NRW in Bezug auf ein Disease-Management-Programm „Mammakarzinom“ ausgearbeitet, wie Sie auf den Dokumentationsseiten dieser Ausgabe nachlesen können. Wenn die Fachkompetenzen der Psychotherapeuten zu einer Qualitätsverbesserung der Gesundheitsversorgung und zu einer gesundheitsökonomischen Entlastung genutzt werden sollen, dann müssen aber gleichzeitig auch die Einflussmöglichkeiten der Psychotherapeuten im Gesundheitssystem verbessert werden. Nötig ist eine Stärkung der Partizipationsrechte im Gesundheitssystem, um die Wirkpotentiale der Psychotherapie nicht nur auf der individuellen, sondern auch systembezogen auf der Ebene der stationären und ambulanten Versorgung zur Geltung bringen zu können.

Nutzen können wir die historische Chance einer „großen Gesundheitsreform“ allerdings nur dann, wenn die Sachkompetenzen der verschiedenen Quartiere der Psychotherapeuten in der Praxis und in der Forschung, an den Universitäten und an den Ausbildungseinrichtungen vernetzt, gebündelt und politisch wirkungsvoll zum Einsatz gebracht werden und nicht – wie noch in der jüngsten Vergangenheit – im Schulenstreit und im Interesse der Privilegiensicherung auf der Strecke bleiben.

Für diese beklagenswerte Tendenz zur Selbstbehinderung finden Sie in dieser Ausgabe anschauliche Belege: Die in den Dokumentationsseiten abgedruckte Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Psychotherapeutenkammern zur Lage der Neuro-

psychologischen Therapie ist auch deshalb notwendig geworden, weil der Arbeitsausschuss Psychotherapie-Richtlinien des Bundesausschusses Ärzte – Krankenkassen im Jahr 2000 die indikationsbezogene Aufnahme dieses Verfahrens in die Richtlinien aus fachlich nicht nachvollziehbaren Gründen verweigert hat. Dies, obwohl der Wissenschaftliche Beirat sowohl den Bedarf als auch die Wirksamkeit dieses Verfahrens für den Indikationsbereich organisch bedingter Hirnleistungsstörungen ausdrücklich bestätigt hat. Auch aus der lesenswerten Studie zur Einschätzung des beruflichen Status nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes gehen zahlreiche Hinweise hervor, welcher Verlust an Qualität bei der beruflichen Tätigkeit erlebt wird, wenn aus der Sicht der Betroffenen ohne fachlich überzeugende Begründungen frühere Verfahrensidentifikationen im Berufsalltag nicht mehr eingebracht werden dürfen.

Umso erfreulicher, wenn durch die Konstituierung der Psychotherapeutenkammern sich eine Zeitenwende abzeichnen scheint und die Zusammenarbeit in den Kammern dazu beiträgt, die der Profession inhärente Methodenvielfalt als Innovationspotential schätzen zu lernen. Dies belegen die zahlreichen fachlich fundierten Stellungnahmen der einzelnen Länderkammern wie auch der Arbeitsgemeinschaft der Psychotherapeutenkammern. Dass es darüber hinaus auch gelingen kann, die wirtschaftliche Lage der Berufsangehörigen im Alter aus autonomer Gestaltungskraft zu verbessern, dokumentiert in dieser Ausgabe der einschlägige

Beitrag über die Errichtung eines Versorgungswerkes der Psychotherapeuten durch die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen.

Wie Sie der neuen Ausgabe des Psychotherapeutenjournal entnehmen können, ist die konzeptionelle Gestaltung der Kammerzeitschrift noch nicht abgeschlossen. Die neu hinzugekommene Rubrik „Aktuelles aus der Forschung“ soll den Informationsgehalt für die Leser weiter vertiefen. Die Rubrik „Leserbriefe“ soll dazu beitragen, zur Diskussion einzelner Beiträge oder einer ganzen Ausgabe anzuregen. Noch in der Planung befindet sich eine Rubrik „Rezensionen“. Anders als in Fach- und Verbandszeitschriften üblich, sollen unter dieser Rubrik in Zukunft nicht Neuerscheinungen aus der Fachliteratur der Psychotherapie besprochen werden, sondern bei angestellten und niedergelassenen PsychotherapeutInnen oft zu wenig beachtete Publikationen aus dem Bereich der Gesundheitsökonomie, der Versorgungsforschung und der psychotherapierlevanten Rechtsliteratur. Aus der Leserschaft stammende Autoren sind herzlich willkommen!

Wir hoffen, dass die neue Ausgabe des Psychotherapeutenjournal auf Ihr Interesse stößt und würden uns über entsprechende Rückmeldungen freuen.

Ihr

Redaktionsbeirat

Inhalt

Editorial	
<i>Heisig, U. & Littek, W.</i> Der schwierige Weg zur Profession. Zur Lage der niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten im Jahr 2 der neuen Zeit	7
<i>Köthke, W.</i> Psychotherapeutenversorgungswerk (PVW) gegründet Gute Gründe, sich mit der eigenen Altersversorgung zu beschäftigen	20
<i>Gerlach, H.</i> Recht: Aktuell	28
<i>Ripper, B.</i> Aktuelles aus der Forschung	31
Dokumentationen	
<i>Arbeitsgemeinschaft der Psychotherapeutenkammern der Länder</i> Stellungnahme zum drohenden Irak-Krieg	35
<i>Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen</i> Psychosoziale Betreuung und psychotherapeutische Interventionen bei Mammakarzinom	35
<i>Arbeitsgemeinschaft der Psychotherapeutenkammern der Länder</i> Neuropsychologie vor dem Aus	41
Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern	
Baden-Württemberg	43
Bayern	48
Bremen	52
Hamburg	56
Hessen	60
Niedersachsen	64
Nordrhein-Westfalen	71
Rheinland-Pfalz	75
Leserbriefe	81
Impressum	82

Der schwierige Weg zur Profession

Zur Lage der niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten im Jahr 2 der neuen Zeit

Ulrich Heisig¹ und Wolfgang Littek²

1 Universität Bremen, Institut Arbeit und Wirtschaft

2 Universität Bremen, Institut Arbeit-Beruf-Bildung

Zusammenfassung: Das Psychotherapeutengesetz von 1999 brachte den Psychologischen Psychotherapeuten zum ersten Mal die volle berufliche Anerkennung. Sie wurden zu einer vollwertigen, selbständigen „Profession“. Erstmalig auch wurden sie knapp 1 ½ Jahre danach in einer größeren sozialwissenschaftlichen Untersuchung durchleuchtet, in der es um „Die Zukunft professioneller Arbeit“ geht – im Vergleich mit etablierten (wie Apothekern und Rechtsanwälten) wie nicht etablierten Professionen (wie Unternehmensberatern). Die Ergebnisse unserer schriftlichen bundesweiten Befragung zeigen die Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten in neuem Selbstbewusstsein, aber auch im Zwiespalt zwischen positiven Entwicklungen und herben Negativerfahrungen.

Der Schritt zur Profession

Die Psychologischen Psychotherapeuten reihen sich durch ihre gesetzliche „Anerkennung“ (1999) nunmehr in die besondere Gruppe von Berufen ein, die in international gebräuchlicher Diktion als „Professionen“ (*professions*) bezeichnet werden. In Deutschland gebräuchlich ist die Umschreibung als „freie Berufe“. Damit werden professionelle Berufe jedoch nur unzureichend erfasst; eine eindeutige und treffende Bezeichnung existiert im deutschen Sprachgebrauch nicht so wie im angelsächsischen.

Die Bezeichnung „Profession“ wird im Allgemeinen auf solche Berufe angewandt, deren Tätigkeit in spezifischer Weise auf (wissenschaftlichem) Wissen basiert, die selbst die Kontrolle von *Qualitätsstandards* ausüben (dies also nicht „Laien“ überlassen), die einen engen persönlichen Bezug zu *Klienten*

aufweisen und sich von einem hohen *Berufsethos* leiten lassen. Der *Zugang* zum Beruf wird durch formalisierte Kriterien geregelt und streng kontrolliert. Professionen zeichnen sich also gegenüber allen anderen Berufen dadurch aus, dass ihre Mitglieder über die Belange ihrer Tätigkeit *selbst entscheiden* und durch ein anerkanntes „Monopol“ vor dem Wettbewerb durch ähnliche Dienstleistungsangebote von „Nicht-Berechtigten“ geschützt sind. Es ist nicht in das Belieben von Berufsgruppen gestellt, sich selbst den Status einer „Profession“ zu verleihen, selbst dann nicht, wenn ihre Mitglieder beruflich durchaus in hohem Maße „professionell“ arbeiten mögen.

Die Psychologischen Psychotherapeuten befinden sich in einer besonderen Situation. Sie stellen eine der ganz wenigen Berufsgruppen dar, denen in Deutschland in jüngster Zeit diese offizielle Anerkennung (gesetzlich) gewährt wurde – die zugleich auch eine entsprechende gesellschaftliche Anerkennung bedeutet. Den *Psychologen* allgemein beispielsweise fehlt eine solche förmliche Anerkennung als „Profession“. Das gilt auch für eine Reihe weiterer, durchaus auf komplexem Wissen basierender Berufsgruppen wie z.B. Unternehmensberater, IT-Experten, Medienspezialisten u.ä. Diese letztgenannten Berufe sind *nicht „geregelt“*. Die in Deutschland so genannten „freien Berufe“ sind dagegen eigentlich hochgradig *geregelt* (wie beispielsweise die Mediziner, die Rechtsanwälte, Apotheker, Steuerberater, u.ä.).

Das Erreichen des *Status einer „Profession“* ist jedoch durchaus zweischneidig. Der gesellschaftlichen Etablierung und der möglichen Verbesserung beruflicher Beschäftigungssicherheit als *Positivum* können durchaus Einschränkungen der fachlichen wie beruflichen Handlungsfreiheiten, eine Zunah-

me an bürokratischem Verfahrensaufwand oder Verfestigung von Konfliktlinien u.ä. als *Negativum* gegenüber stehen.

Von dieser zweiseitigen Wirkung sind die Psychologischen Psychotherapeuten durch ihre Etablierung als Profession voll getroffen. Die Wirkung der gesetzlichen Anerkennung spiegelt sich deutlich auch in den Rückmeldungen der Befragten in unserer Untersuchung zur „Zukunft der Psychologischen Psychotherapeuten“.

Die empirische Basis

Die hier vorgestellten Befunde basieren vor allem auf einer schriftlichen Befragung von niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die im Zufallsverfahren bundesweit unter Berücksichtigung einer angemessenen regionalen Verteilung ausgewählt wurden. 1000 umfangreiche Fragebögen mit geschlossenen und offenen Fragen wurden versandt. Diese Befragung war Teil einer groß angelegten wissenschaftlichen Studie über „Die Zukunft professioneller Arbeit in Deutschland und Großbritannien“, bei der im internationalen wie im interprofessionellen Vergleich je Land vier professionelle Berufsgruppen untersucht wurden. Neben den Psychologischen Psychotherapeuten waren das in Deutschland Apotheker, Rechtsanwälte und Unternehmensberater. Den Mitgliederbefragungen gingen jeweils Expertengespräche mit den Berufsverbänden, Vereinigungen oder Kammern voraus.

Unter den deutschen Berufsgruppen haben die Psychologischen Psychotherapeuten mit 302 von 1.000 zurückgesendeten Fragebögen die höchste Rücklaufquote. Sie werden gefolgt von den Apothekern, von denen 194 von 1.000 den Fragebogen zurück schickten. Bei den Rechtsanwälten lag die Quote bei knapp 15%,

bei den Unternehmensberatern bei 13%. In England wurden von den entsprechenden Berufsgruppen jeweils mehr Fragebogen zurückgesandt. An der Spitze liegen dort die Counselling Psychologists mit 314. An zweiter Stelle liegen Personal und Development Managers mit 299, vor den Pharmacists mit 286. Die niedrigste Quote erzielten hier die Solicitors (Rechtsanwälte) mit knapp 19%. Die höheren englischen Rücklaufquoten erklären sich in erster Linie daraus, dass die Befragung in England in allen Fällen von den Berufsverbänden formell unterstützt wurde, die auch die Adressen zur Verfügung stellten.

In Deutschland musste bei allen Berufsgruppen, außer bei den Apothekern, bei denen die Befragung durch Kammern und Verbände unterstützt wurde, ausschließlich auf die gelben Seiten zurückgegriffen werden. Daher ist der hohe Rücklauf bei den Psychotherapeuten als besonders positiv einzuschätzen. Dies lässt auf ein hohes Interesse an der Befragung schließen. Vieles deutet darauf hin, dass bei den Psychotherapeuten vor allem diejenigen reagiert haben, für die sich besonders viel geändert hat und die dies auch mitteilen wollten.

Die Befragung war von vornherein auf einen Vergleich zwischen jeweils vier Professionen in zwei Ländern angelegt. Dabei wurde für alle Berufsgruppen ein weitgehend identischer Fragebogen verwendet, weshalb auf Spezifika der einzelnen Berufsgruppen wenig Rücksicht genommen werden konnte.

Die Befragung wurde im Zeitraum von April bis Juni 2001, also knapp 1 1/2 Jahre nach Inkraftsetzung des neuen Psychotherapeutengesetzes durchgeführt. Wichtige Merkmale des Samples von 302 ausgefüllten Fragebögen sind der mit 68,4 Prozent hohe Anteil von

Frauen sowie das mit 46,5 Jahren (im Vergleich zu den übrigen Professionen) recht hohe durchschnittliche Lebensalter. Eine direkte Frage nach der Tätigkeit vor Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (Tätigkeit im Delegationsverfahren oder im Kostenersatzungsverfahren) wurde nicht gestellt. Die Angaben zu den erforderlichen Zusatzqualifikationen (siehe unten 3.2) für die Approbation bzw. die sozialrechtliche Zulassung lassen jedoch die Schlussfolgerung zu, dass ca. 88% der antwortenden Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten früher im Kostenersatzungsverfahren tätig waren.

Professionalisierung durch Gesetz als deutscher Weg

Die Psychologischen Psychotherapeuten sind die einzige der von uns (in Deutschland und England) untersuchten Berufsgruppen, die erst seit kurzem *durch Gesetz* voll als „Profession“ anerkannt worden ist. Zum Zeitpunkt der Befragungen waren sie gerade dabei, sich wie andere klassischen Professionen in Deutschland (wie z.B. Mediziner, Rechtsanwälte, Apotheker) auch auf gesetzlicher Grundlage selbst zu organisieren. Dazu gehörte vor allem der Aufbau von Selbstverwaltungsorganen durch die Bildung regionaler Psychotherapeutenkammern und die Integration in das kassenärztliche System durch eine gleichberechtigte Mitgliedschaft in den kassenärztlichen Vereinigungen.

Das Erreichen einer gesetzlichen Anerkennung wird von fast allen Befragten als *Erfolg* gesehen. Dies begründet sich daraus, dass die strikte Regulierung des Zugangs zum Markt für psychotherapeutische Leistungen für diejenigen, die das Verfahren erfolgreich bestanden haben, *Schutz gegenüber der Konkurrenz* von nicht zu

gelassenen Psychologen und anderen Anbietern psychologischer Therapien und Beratungsleistungen bietet (sofern es sich um Behandlungsleistungen handelt, die von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden). Durch die Beschränkung des Zugangs zum Markt für psychotherapeutische Behandlung ist für die Berufsgruppe insgesamt eine *soziale Schließung* vorgenommen worden. In unmittelbarer Konkurrenz stehen die Psychologischen Psychotherapeuten fortan als anerkannter „Heilberuf“ vor allem zu Psychiatern, medizinischen Psychotherapeuten, Hausärzten sowie anderen Ärzten verschiedener Fachrichtungen und den ebenfalls zugelassenen Kolleginnen und Kollegen der eigenen Profession. Die Konkurrenzsituation hat sich gegenüber früher verändert, weil man sich nicht mehr auf einem offenen Markt bewegt, auf dem man beliebig agieren und akquirieren kann. Vielmehr bewegt man sich in einem klar definierten Raum, in dem die zur Kassenärztlichen Vereinigung Zugehörigen begrenzte Ressourcen nach miteinander vereinbarten Regeln untereinander verteilen.

Mit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes war ein Zulassungsverfahren verbunden, durch das die Zahl der an einem Ort zugelassenen und praktizierenden Psychologischen Psychotherapeuten langfristig festgeschrieben worden ist. Nach Beendigung des Zulassungsverfahrens ist der Marktzugang nahezu geschlossen. Neuzugänge zum Arbeitsfeld der niedergelassenen Psychotherapeuten sind kaum noch möglich, außer durch den Eintritt in eine bereits bestehende Praxis oder deren Übernahme (etwa im Falle des Ausscheidens eines Praxisinhabers bzw. einer Praxisinhaberin, was aufgrund der Altersstruktur in absehbarer Zeit durchaus eintreten kann). Für diejenigen

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die eine Zulassung erhalten haben, ist also *objektiv* eine Verbesserung ihrer Situation eingetreten. Dies wird von allen so gesehen. Sie haben einen zu den Medizinerinnen *formell gleichberechtigten Zugang* zu den finanziellen Ressourcen des staatlichen Gesundheitssystems erlangt. Darüber hinaus hat die eigene Praxis einen Marktwert erhalten, weil sie aufgrund der Begrenzung des Zugangs zum Markt für psychotherapeutische Leistungen ein „knappes Gut“ darstellt und veräußert werden kann. Allerdings wird von einigen Interviewpartnern gerade deshalb die Sorge geäußert, dass sich wegen des für lange Zeit schwierigen Zugangs zum Markt zukünftig immer weniger junge Psychologinnen und Psychologen für eine langwierige und aufwändige Therapieausbildung entscheiden könnten. Dementsprechend wird ein „Nachwuchsmangel“ und ein nachlassendes Interesse an der Übernahme von Praxen befürchtet. Von fast allen Befragten wird begrüßt, dass mit der Anerkennung als Profession die fachliche Kompetenz und der berufliche Status der Psychologischen Psychotherapeuten anerkannt und langfristig gesichert worden sind.

Allerdings haben sich dadurch für die Berufsgruppe insgesamt eine Reihe von *neuen Problemen* ergeben, die von den Befragten in unterschiedlichen Kontexten immer wieder angesprochen werden. Als wichtigste Problemlagen werden genannt:

1. Die *Abhängigkeit von den* enger werdenden finanziellen Spielräumen der gesetzlichen *Krankenkassen*. Dies wird als ein neues, schwer zu kalkulierendes und zu beeinflussendes Risiko angesehen.
2. Die Angst vor einer *Benachteiligung gegenüber den Ärzten*, weil diese und ihre Standesvertreter in den

Kassenärztlichen Vereinigungen weiterhin „das Sagen haben“.

3. In engem Zusammenhang damit die Befürchtung, dass die finanziellen Interessen der Psychologischen Psychotherapeuten bei der *Festlegung der Verteilungsmechanismen* und *Punktwerte* innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen nicht genügend berücksichtigt werden, weil sie noch nicht voll etabliert sind und eine Minderheit darstellen.
4. Die Angst davor, dass sich die Psychologischen Psychotherapeuten gegenüber den Ärzten nicht durchsetzen können, weil es ihnen nicht gelingen wird, sich als eine einheitliche Profession zu etablieren. Es bestehe die Gefahr, dass sich die innerhalb der Berufsgruppe weiterhin existierenden „Schulen“ wechselseitig nicht akzeptieren und auch in Zukunft bekämpfen werden.

Die einzelnen Mitglieder der neuen Profession sehen sich von Beginn an mit einem heftigen *Konkurrenzkampf* um die knapper werdenden Mittel der gesetzlichen Krankenkassen konfrontiert. Fast alle Befragten erwarten eine weitere Verschlechterung der von ihnen bereits aktuell als angespannt empfundenen finanziellen Situation. Die Freude über den mit der gesetzlichen Anerkennung verbundenen Erfolg wird dadurch getrübt, dass der gleichberechtigte Zugriff auf die Ressourcen des Gesundheitswesens zu einem Zeitpunkt erfolgte, an dem dieses sich bereits in einer Krise befand. Von einigen wird deshalb befürchtet, dass die von der gesetzlichen Anerkennung erwartete Verbesserung der materiellen Lage nur von kurzer Dauer sein könnte. Einige Befragte sind sich nicht sicher, ob die Psychotherapie unter diesen Voraussetzungen auch in Zukunft eine Regelleistung der Kassen bleiben wird.

Was hat sich geändert?

Vereinheitlichung von Qualifikationen und Methoden durch gesetzliche Vorgaben

Auch wenn sie von der Berufsgruppe selbst gewünscht und vorangetrieben wurde, wird die Professionalisierung von den befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als ein der Berufsgruppe von außen aufgezwungener Prozess begriffen. Er ist mit tief greifenden *Eingriffen* und *Beschränkungen* der zuvor „freieren“ beruflichen Tätigkeit verbunden. Die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die hinsichtlich der verwendeten Methoden und Verfahren bis dahin über erhebliche Ermessensspielräume verfügten, sind durch das Zulassungsverfahren *gezwungen* worden, klar definierte Voraussetzungen zu erfüllen, wenn sie die heilberufliche Approbation und die Zulassung zur Kassenärztlichen Vereinigung erhalten wollten. Hierzu gehörte vor allem die „Nachschulung“ in einem der drei im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung anerkannten Therapieverfahren (Psychoanalyse, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie). Dies hat zu einer deutlichen *Vereinheitlichung der qualifikatorischen Grundlagen* von niedergelassenen Psychotherapeuten geführt.

Eine homogene, von gemeinsamen Grundsätzen ausgehende Profession ist dadurch allerdings noch nicht entstanden. Vielmehr sind innerhalb der Profession weiterhin verschiedene Richtungen („Schulen“) vertreten, die theoretisch unterschiedlich begründete Therapieansätze verfolgen, deren Anhänger gegeneinander konkurrieren, um Vorherrschaft kämpfen und sich teilweise sogar untereinander erbittert bekämpfen. Von daher erweist sich das auf den ersten Blick durchaus

harmonische Bild einer sich neu gefundenen einheitlichen Profession als trügerisch. Die angespannte und konfliktreiche Situation innerhalb der Profession wird von den Befragten selbst thematisiert und als ein vor allem gegenüber den weitaus einheitlicher auftretenden Medizinern bestehendes Handicap beschrieben.

Berufliche Fort- und Weiterbildung wie keine andere Profession

Bei den von uns untersuchten Psychotherapeutinnen und -therapeuten fällt auf, dass das Gesetz ganz offenbar einen großen Schub an Fort- und Weiterbildungsaktivitäten ausgelöst hat (eine Qualifizierungsoffensive gleichen Ausmaßes lässt sich bei keiner der anderen untersuchten Professionen erkennen). Lediglich 35 der 302 Befragten geben an, dass sie keine zusätzlichen Qualifikationen erwerben mussten, um die Approbation und die Zulassung zur KV zu erlangen.

137 Befragte geben ganz allgemein an, eine psychotherapeutische (Zusatz-) Ausbildung absolviert, eine Nachqualifikation in einem anerkannten Therapieverfahren abgeschlossen oder einen Fachkundenachweis zur sozialrechtlichen Zulassung erworben zu haben. (Bei diesen etwa 45% derjenigen Befragten, die eine Zusatzausbildung absolviert haben, lässt sich also nicht exakt feststellen, welche inhaltliche Ausrichtung sie bei der „Nachqualifizierung“ gewählt haben). 65 Befragte (21,5%) erklären, dass sie sich in *Verhaltenstherapie* haben ausbilden lassen, 29 (10%) geben an, eine Qualifizierung in *tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie* gewählt zu haben. 15 Befragte (5%) erklären, eine *Ausbildung in Psychoanalyse* abgeschlossen zu haben.

Bei den anderen beiden etablierten deutschen Professionen in unserem

Sample, den Apothekern und Rechtsanwälten, war keine Nachqualifizierung vorgeschrieben. Deshalb fällt die berufliche Fortbildung deutlich niedriger aus. Auch dort haben sich allerdings immerhin ca. 45% der Apotheker zu *Fachapothekern* weiter qualifiziert; von den Rechtsanwälten haben immerhin ca. 25% die recht zeit- und kostenaufwändige Ausbildung zum *Fachanwalt* abgeschlossen (dabei handelt es sich um einen formell anerkannten Abschluss, der Voraussetzung für die offizielle Verwendung des Titels „Fachanwalt“ ist).

Auch nach erfolgter Approbation und Kassenzulassung liegen die Fort- und Weiterbildungsaktivitäten der Psychotherapeuten über dem Durchschnitt der anderen von uns untersuchten Professionen. Der Abstand ist aber nicht mehr so groß. Im letzten Jahr vor der Befragung (2000) haben knapp 85% der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen besucht. 26,5% haben Vorträge, Kurse, Kongresse und Seminare besucht, knapp 20% haben sich einer Supervision unterzogen. Im Vergleich hierzu haben 74% der Rechtsanwälte und 66% der Apotheker im gleichen Zeitraum an Fortbildungsveranstaltungen teilgenommen.

Als eine wichtige Ursache für die breite und intensive Beteiligung an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen kann die in der Berufsgruppe weit verbreitete *Erfahrung* herangezogen werden, dass diese für den Erhalt der Qualifikation und der Qualität der Arbeit notwendig sind. *Von der Notwendigkeit zu Fort- und Weiterbildung sind 70,5% der Befragten überzeugt*. Dass das zur Berufsausübung notwendige Wissen in der Vergangenheit leicht zugenommen hat, stellen 42% der Befragten fest; 29% geben an, dass es stark zugenommen hat.

Allerdings ist der zeitliche Aufwand im Einzelfall nicht immer sehr hoch. Bei ca. 65% beträgt der Fort- und Weiterbildungsaufwand weniger als 100 Stunden im Jahr. Bei 42% ist er geringer als 50 Stunden, bei 23% liegt er zwischen 51 und 100 Stunden. Immerhin gut 20% der Befragten investieren zwischen 100 und 200 Stunden in ihre Fort- und Weiterbildung. Bei etwa 8% liegt die Stundenzahl zwischen 200 und 400 Stunden. Unter diesen insgesamt 20 Befragten, die im letzten Jahr vor der Befragung mehr als 200 Stunden für Fort- und Weiterbildung verausgabt haben, befinden sich fünf, die sich einer mehrjährigen Psychoanalyseausbildung unterziehen.

Das hohe Maß an beruflicher Fort- und Weiterbildung wird von der Berufsgruppe selbst als eines ihrer zentralen Merkmale begriffen und trägt erkennbar auch zur positiven Selbstwahrnehmung bei. Recht häufig wird es gegenüber anderen akademischen Berufsgruppen, vor allem aber gegenüber der „Leitprofession“ der Ärzte in Stellung gebracht, denen man geringere Fortbildungsanstrengungen unterstellt. Auch abgesehen vom Weiterbildungsaufwand sind die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten stolz drauf, einen formal hohen Ausbildungsstand zu besitzen. Im Grundsatz habe man ja bereits zwei Ausbildungen abgeschlossen. „Fünf Jahre Studium und vier Jahre Therapieausbildung sind genug“, lautet eine Bemerkung, die auf die Frage nach der Fortbildungsbereitschaft geäußert wird.

Einige Befragte weisen kritisch darauf hin, dass das hohe Niveau der Fort- und Weiterbildung der Berufsgruppe nicht entsprechend honoriert werde. Ihres Erachtens stimme „das Kosten-Nutzen-Verhältnis“ nicht: „Die Bezahlung der Krankenkassen (stimmt) nicht mit dem Aufwand der Qualifikation überein“.

Die Mehrzahl der Befragten ist überzeugt, dass die meisten ihrer Kolleginnen und Kollegen hoch motiviert sind und sich demgemäß auch darum bemühen, sich ausreichend fort- und weiterzubilden. Unter die nahezu durchgängige positive Wahrnehmung des hohen Ausbildungsstands und des beruflichen Engagements der Berufsgruppe mischt sich allerdings hin und wieder auch eine meist leicht unterschwellige Kritik an Kolleginnen und Kollegen, die ihre Verantwortung gegenüber der Berufsgruppe nicht ernst genug nähmen und nicht genügend Zeit für Fort- und Weiterbildung aufwendeten. Ein solch nachlässiges Verhalten beeinträchtigt die *Qualität der Arbeit* und schade dem *Ansehen der gesamten Profession*.

Trotz vielerlei Kritik an Details der Ausbildung sprechen sich 68% der Befragten dafür aus, Psychologiestudium und Therapieausbildung als Zugangsvoraussetzungen zum Beruf in der jetzigen Form weitgehend beizubehalten. 18% sind dafür, die Ausbildungsanforderungen zu reduzieren, 10% möchten hingegen die Eingangsvoraussetzungen zum Beruf sogar noch weiter anheben. Von einer ganzen Reihe von Befragten wird angemerkt, dass die Ausbildung insgesamt zu lang sei und eine Straffung und Entrümpelung des Studiums zugunsten von größeren Praxisanteilen und mehr Selbst erfahrung wünschenswert sei. Insgesamt werden die Kosten der Therapieausbildung als zu hoch empfunden und eine Bezahlung der praktischen Tätigkeit in der Klinik während der Ausbildung als notwendig angesehen.

Das Angebot an Fort- und Weiterbildung wird überwiegend als ausreichend und vielfältig bezeichnet. Kritisiert wird allerdings mehrfach, dass das Angebot zu „unübersichtlich“ sei und die Qualität der erbrachten Leistungen den Erwartungen vielfach nicht entspreche. Auch wird bemerkt, dass glei-

che Inhalte oft mehrfach vermittelt würden und die Seminare oftmals zu teuer seien.

Widersprüchlichkeiten der Professionalisierung

Motivation und Arbeitszufriedenheit

Die Berufsgruppe zeichnet sich aus durch eine sehr hohe Identifikation mit der Tätigkeit, deren Kern in der Interaktion mit den Klienten gesehen wird. Daran hat sich durch die Professionalisierung nichts geändert. Dies zeigt sich daran, dass *die Motivation zur Ausübung des Berufs* bei den Psychologischen Psychotherapeuten auffallend hoch ist. 73% der Befragten geben an, dass sie *mit ihrer Tätigkeit zufrieden* oder *sehr zufrieden* sind; weitere 21,5% sind mit ihrer Arbeit immerhin *einigermaßen zufrieden*. (Damit liegen die Psychologischen Psychotherapeuten mit an der Spitze der befragten Berufsgruppen).

Die hohe Arbeitszufriedenheit, die sich an der therapeutischen Interaktion festmacht, wird durch die Entwicklung der letzten Jahre, die durch die gesetzliche Anerkennung der psychotherapeutischen Tätigkeit als „Heilberuf“ gekennzeichnet ist, offenbar noch unterstützt. Durch die gesetzliche Anerkennung fühlen sie sich hinsichtlich des gesellschaftlichen Werts ihrer Tätigkeit bestätigt. Knapp zwei Drittel (66,3%) der Befragten stellt fest, dass das *Prestige* ihrer Profession in den letzten Jahren *zugenommen* hat; für gut 20% ist es gleich geblieben, während 11,7% eine Abnahme des Prestiges beklagen.

Beschäftigungssicherheit und berufliche Position

Als zweites positives Moment der Professionalisierung ist eine *Verbesserung der Beschäftigungssicherheit* zu nen-

	persönlich	Berufsgruppe insgesamt
verschlechtert	31,0	48,9
gleich geblieben	12,8	8,8
verbessert	56,0	42,3
netto*	+25,0	-6,6

* Dieser Wert ergibt sich aus der Differenz zwischen verschlechtert und verbessert.

Tabelle 1: Entwicklung der beruflichen Situation in den letzten 10 Jahren

	Persönlich	Berufsgruppe insgesamt
verschlechtert	36,7	58,2
gleich geblieben	27,7	24,4
verbessert	45,5	17,3
netto*	+8,8	-40,9

* Dieser Wert ergibt sich aus der Differenz zwischen verschlechtert und verbessert.

Tabelle 2: Entwicklung der Arbeitszufriedenheit in den letzten 10 Jahren

nen. Damit sind die Psychologischen Psychotherapeuten die einzige Berufsgruppe in Deutschland bei der die Mehrzahl der Befragten eine solche angibt. Eine Zunahme verzeichnen 55,1% der Befragten; 27,4% stellen demgegenüber fest, dass die Beschäftigungssicherheit abgenommen hat. Demnach liegt der Nettowert/Saldo, d.h. die Zahl derjenigen, deren Beschäftigungssicherheit zugenommen hat, um 27,7% über der Zahl derjenigen, die eine Verschlechterung bemerkt haben. (Im Vergleich fällt sowohl bei den Rechtsanwälten als auch bei den Apothekern die Bewertung der Entwicklung der Beschäftigungssicherheit negativ aus. Für die Rechtsanwälte ergibt sich ein Saldo von -20%, für die Apotheker sogar eines von -27%).

Auch hinsichtlich der Sicherheit ihres Arbeitsplatzes bzw. der Sicherheit ihrer Praxis fällt die Bewertung der Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten *recht positiv* aus. Mehr als die Hälfte (51,2%) der Befragten hält ihre aktuelle Position für ziemlich sicher oder sogar sehr sicher; 35,8% fühlen sich hinsichtlich der Stabilität ihrer beruflichen Position immerhin noch einigermaßen sicher. Nur 12% geben an, dass sie ihre be-

rufliche Position als bedroht oder sehr bedroht ansehen.

Nicht recht in dieses ziemlich positive Bild einer relativ sicheren Beschäftigung und einer stabilen beruflichen Position passt, dass 47,2% der Befragten angeben, dass sich die *wirtschaftliche Lage ihrer Praxis* in den letzten 10 Jahren verschlechtert bzw. deutlich verschlechtert habe. Allerdings hat sich im gleichen Zeitraum für immerhin 38,8% ihre finanzielle Situation verbessert bzw. deutlich verbessert. Für 14% der Befragten haben sich hinsichtlich ihrer wirtschaftlichen Situation keine Veränderungen ergeben.

Entwicklung der beruflichen Situation

Besonders auffallende Unterschiede zeigen sich, wenn man die Wahrnehmung der Veränderungen der beruflichen Situation für *die Einzelnen* und *die Berufsgruppe insgesamt* vergleicht.

Wie Tabelle 1 zeigt, geben 56% der Befragten an, dass sich ihre *persönliche Situation* in den letzten 10 Jahren verbessert habe, für 12,8% ist sie gleich geblieben. Für immerhin 31%

hat sich jedoch eine Verschlechterung ergeben. Trotz einer nicht unbedeutenden Zahl von Mitgliedern der Profession, die eine persönliche Verschlechterung erfahren haben, nehmen die Psychologischen Psychotherapeuten mit einem positiven Saldo von 25% einen Spitzenwert ein im Vergleich mit den beiden anderen (bereits) etablierten Professionen. Die Mehrheit der Rechtsanwälte und Apotheker schätzt die Entwicklung ihrer *persönlichen Situation* deutlich skeptischer ein als die Psychologischen Psychotherapeuten.

Deutlich negativer als die Bewertung der Veränderung der eigenen Situation fällt die Einschätzung der Veränderungen für die Berufsgruppe insgesamt aus – dies gilt durchgängig für alle Professionen. Dass sich die Situation der Psychologischen Psychotherapeuten als Berufsgruppe in den letzten 10 Jahren insgesamt verschlechtert hat, geben 48,9% der Befragten an; für eine nicht ganz so große Gruppe von allerdings immerhin noch 42,3% ist demgegenüber auch für die Berufsgruppe insgesamt eine Verbesserung der Situation eingetreten. Für 8,8% der Befragten ist die Situation der Psychologischen Psychotherapeuten hingegen gleich geblieben. Für die Berufsgruppe insgesamt ergibt sich somit ein negativer Saldo von -6,6%.

Entwicklung der Arbeitszufriedenheit

Noch stärker fallen die Unterschiede bei der Frage nach der Entwicklung der persönlichen Arbeitszufriedenheit aus, wie Tabelle 2 zeigt. Für 45,5% hat diese (trotz insgesamt schon vormals hoher Werte) in den letzten 10 Jahren noch weiter zugenommen; für 27,7% ist sie lediglich gleich geblieben. Für 36,7% der Befragten hat die Arbeitszufriedenheit hingegen in den letzten 10 Jahren abgenommen. Insgesamt verbleibt die Veränderung der persönlichen Arbeitszufriedenheit jedoch mit

einem Plus von 8,8% noch im positiven Bereich.

Bei der Entwicklung der persönlichen Arbeitszufriedenheit werden die Psychotherapeuten bei den deutschen Berufsgruppen nur übertroffen von den Unternehmensberatern. Bei diesen liegt die Zahl derjenigen, die eine Zunahme ihrer Arbeitszufriedenheit verzeichnen, um etwa 40% über der Zahl derjenigen, die eine Abnahme verzeichnen. Während sich bei den Rechtsanwälten positive und negative Bewertungen nahezu ausgleichen, liegt bei den Apothekern die Zahl derjenigen, deren persönliche Arbeitszufriedenheit abgenommen hat, leicht über der Zahl derjenigen, die eine Verbesserung der Arbeitszufriedenheit bekunden.

Ganz anders sieht es bei der Bewertung der Entwicklung der Arbeitszufriedenheit für die Berufsgruppe als ganze aus. In diesem Zusammenhang geben 58,2% der Befragten an, dass die Arbeitszufriedenheit abgenommen hat. Während für 24,4% die Arbeitszufriedenheit der Psychotherapeuten in den letzten 10 Jahren gleich geblieben ist, geben lediglich 17,3% der Befragten an, dass sich die Arbeitszufriedenheit der Berufsgruppe in den letzten 10 Jahren verbessert hat.

Unterschiedliche Ausgangssituationen

Die auffälligen Differenzen in der Bewertung der Entwicklung von persönlicher beruflicher Situation und Arbeitszufriedenheit deuten darauf hin, dass nicht alle Mitglieder der Berufsgruppe der Psychologischen Psychotherapeuten in gleicher Weise von den durch die Professionalisierung bewirkten Veränderungen betroffen wurden. Vielmehr scheinen die beruflichen Effekte in hohem Maß von den Ausgangsbedingungen abzuhängen, die der oder die Einzelne als Maßstab für die Bewertung heran zieht. Demnach hat

es eine größere Gruppe von 56% gegeben, deren persönliche berufliche Situation sich in Folge der Anerkennung als Profession verbessert hat, und eine kleinere von 31%, deren berufliche Situation sich verschlechtert hat. Zur letzteren Gruppe zählen vermutlich diejenigen, die sich in den alten, vorprofessionalisierten Zeiten hinsichtlich Einkommen und Status in einer vergleichsweise privilegierten Situation befunden haben, während diejenigen, die sich vormals zu den Benachteiligten rechneten, offenbar einen Zugewinn in den entsprechenden Dimensionen verzeichnen können.

Eine Gruppe, die sich von der gesetzlichen Anerkennung ursprünglich mehr versprochen hat als dann für sie eingetreten ist, lässt sich immerhin anhand von Anmerkungen im Fragebogen identifizieren. Dabei handelt es sich um diejenigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die früher im „Kostenerstattungsverfahren“ tätig waren. Eine Psychotherapeutin, die sich selbst dieser Gruppe zurechnet, fasst ihre Erfahrungen und die „aller bekannten Kollegen“ folgendermaßen zusammen: „Vor allem die lange Zeit vor der KV-Zulassung hat mich und alle bekannten Kollegen verunsichert. Das ‚Glück‘ der Zulassung wich der Desillusionierung, dass die ‚Zwei-Klassen-Behandler-Politik‘ bleibt. Demütigungen und skandalöse Ungleichheiten sind an der Tagesordnung; das Einkommen bei zumutbarer Arbeit

sinkt“. Eine weitere Befragte aus dieser Gruppe merkt an, dass sie Probleme mit der eigenen „Identitätsfindung“ hat. Trotz erfolgter Approbation und Zulassung schätzt sie die Zukunft der ehemaligen „Erstattungspsychotherapeuten“ innerhalb der Profession als ausgesprochen schwierig ein, weil sie Probleme haben „als gleichberechtigte Psychotherapeuten“ anerkannt zu werden.

Die auffälligen Differenzen zwischen der eher positiven Bewertung der individuellen Veränderungen und der deutlich negativeren Bewertung der Entwicklung für die Berufsgruppe insgesamt lassen sich u.E. dadurch erklären, dass von den Befragten unterschiedliche Bezugsrahmen gewählt werden. Während bei der Bewertung der individuellen Effekte die für die Einzelnen besonders relevanten Aspekte Prestige und Beschäftigungssicherheit im Mittelpunkt stehen, fallen bei der Beurteilung der Konsequenzen der Professionalisierung für die Berufsgruppe insgesamt die *Veränderung der konkreten Arbeitssituation* der Professionsmitglieder deutlich stärker ins Gewicht. Im Vordergrund steht hier die Erfahrung, dass die Professionalisierung für die Berufsgruppe insgesamt zu erheblichen Einschränkungen und zusätzlichen Belastungen geführt hat. Dies wird vor allem mit der mit der Professionalisierung verbundenen *Regulierung und Bürokratisierung* in Verbindung gebracht.

Professionalisierung als Beschränkung der Handlungs- und Entscheidungsfreiheit in der Arbeitssituation

Die überwiegende Mehrzahl der befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (86,2%) vermelden einen mehr oder weniger deutlichen Wandel ihrer Arbeitssituation. (32,4% nahmen einen deutlichen Wandel wahr, 43,1% einen erhebli-

chen und 10,7% sogar einen dramatischen). Für lediglich 11,7% war der Wandel, der in den letzten 10 Jahren stattgefunden hat, gering.

Eine genauere Analyse der Ursachen des Wandels zeigt, dass dieser nicht

so sehr aus Veränderungen der fachlichen Anforderungen oder höheren Erwartungen von Patienten und Klienten resultiert. Vielmehr sind die wachsenden Anforderungen das Ergebnis einer gleichzeitigen Zunahme von Bürokratie (82,8%), eines höheren Gewichts von Kostenüberlegungen (80%) und einer Verschärfung der gesetzlichen Regulierung (75,5%).

Gewichtet man die Faktoren nach der Größe des Einflusses auf die Arbeitssituation, dann liegt die *Veränderung der Regulierung* mit 65,6% vorn. Deutlich abgeschlagen folgt mit 19,2% die *Regierungspolitik* an zweiter Stelle.

Von 52,5% der deutschen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wird der erreichte *Grad an Regulierung* durch gesetzliche Vorgaben als *zu hoch* empfunden; für 38% ist er gerade richtig. Die deutschen Psychotherapeuten fühlen sich durch die Beschränkungen, die ihnen durch das Psychotherapeutengesetz auferlegt wurden, wie eine Befragte formuliert, „ein Stück weit entmündigt“.

Ein hoher Grad an Regulierung wird auch von den beiden anderen gesetzlich anerkannten Professionen, den deutschen Rechtsanwälten und Apothekern, kritisiert. Vollkommen anders verhält es sich hingegen in England, wo die Gesetzgebung für alle Professionen eine deutlich geringere Rolle spielt. Dort sehen z.B. 64,6% der befragten Counselling Psychologists die Regulierung durch Gesetze als „gerade richtig“ an. 23,6% klagen dort sogar darüber, dass die Regulierung durch Gesetze zu schwach ausfällt.

Generell lässt sich sagen, dass die Mehrzahl der Befragten mit der erst kürzlich vollzogenen Professionalisierung offensichtlich insgesamt eher *widersprüchliche Erfahrungen* gemacht haben. Die mit der Professio-

nalisierung verbundene „*Verwissenschaftlichung*“ und das damit verbundene höhere *Prestige* sind mit einer Einschränkung auf drei im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung und als wissenschaftlich anerkannt gelten Verfahren (die sog. „Richtlinienverfahren“) erkaufte worden. Andere Therapieverfahren wie Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Hypnose-therapie (um nur einige der Verfahren zu nennen, die in der Fortbildung eine Rolle spielen und praktiziert worden sind), sind nach der bestehenden Gesetzeslage in der niedergelassenen Praxis nicht mehr bei den Krankenkassen abrechnungsfähig. Hinzu kommt, dass damit ein wichtiger Teil der bereits erworbenen Qualifikationen nahezu überflüssig und wertlos geworden ist. Dies bedeutet auch, dass damit Klienten verloren gehen, deren Wünsche nach bestimmten Therapieformen (im Rahmen der kassenpsychotherapeutischen Versorgung) nicht mehr befriedigt werden können.

Aus diesem Grund ist es durchaus schlüssig, dass eine große Zahl der Befragten für eine baldige Zulassung weiterer Verfahren plädiert. Einige Psychotherapeuten weisen in diesem Zusammenhang auch darauf hin, dass die Anerkennung weiterer Verfahren aus Gründen der Fortbildung notwendig sei, weil die Motivation zur Fortbildung auch damit zusammen hängt, dass erworbene neue Kenntnisse anerkannt und entsprechend honoriert werden.

Zunehmende Arbeitsbelastung durch Konkurrenz, Konflikte und spannungsreiche Beziehungen

Das Interesse an der Arbeit und die Arbeitsmotivation sind in der Berufsgruppe weiterhin hoch. Allerdings ist bei vielen Befragten inzwischen eine gewisse Ernüchterung eingetreten, die daraus resultiert, dass die Berufsausübung in Folge der Professionalisierung erheblich schwieriger geworden ist.

Aus der Perspektive von Methodenvielfalt sowie von Handlungs- und Entscheidungsspielräumen wird die *Professionalisierung* von den meisten ihrer Mitglieder *als* eine deutliche *Einschränkung ihrer Wahlfreiheit* und *Autonomie* wahrgenommen. Damit teilen die Psychologischen Psychotherapeuten jetzt ihr Schicksal mit den Mitgliedern von anderen, bereits seit langem etablierten Professionen (wie Ärzte, Rechtsanwälte und Apotheker), für die ihre gesetzliche Anerkennung als professionelle Berufsgruppen schon seit langem mit einem vergleichsweise hohen Grad an staatlicher Regulierung und Reglementierung verbunden ist. Von den etablierten Professionen wird allerdings die mit dem professionellen Status verbundene starke Beschränkung ihrer beruflichen Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten in stärkerem Maß als von den Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als notwendige Voraussetzung für die ihnen gewährte staatliche Anerkennung und die damit verbundenen „Privilegien“ akzeptiert. (Während alle Professionen darüber klagen, gibt es lediglich bei den Rechtsanwälten aus der eigenen Berufsgruppe heraus starke Tendenzen, die Reglementierungen zurück zu nehmen, damit die Profession sich neue Betätigungsfelder erschließen kann. Dies hat seine Ursache vor allem in der deutlichen Zunahme an Berufsanfängern in diesem Tätigkeitsfeld.)

Für die meisten Befragten hat die *Arbeitsbelastung* in den letzten Jahren *zugenommen*. Die aktuelle Situation ist dadurch gekennzeichnet, dass zu der rein psychotherapeutischen Tätigkeit mit Klienten und Patienten zunehmend Aufgaben hinzugekommen sind, die von vielen als „sachfremd“ empfunden werden. Sie werden durch

die Gesetzgebung, bürokratische Vorschriften und von der Politik auferlegte Sparzwänge verursacht. Die befragten Psychotherapeuten haben überwiegend den Eindruck, dass ihnen immer weniger Zeit für ihre eigentliche Arbeit mit Patienten bleibt. Das wirkt sich auch negativ auf das Einkommen aus. Um ein gleichbleibendes Einkommen zu erzielen, muss man entweder länger oder intensiver arbeiten, wobei letzteres angesichts des personenbezogenen Charakters der Tätigkeit äußerst schwer fällt.

Die eigentliche therapeutische Arbeit wird von den Befragten *nicht* als Belastung empfunden. Belastungen gehen vielmehr von *Konkurrenzen, Konflikten* und *spannungsreichen Beziehungen* zwischen Psychotherapeuten und Ärzten und von Psychotherapeuten untereinander aus. Die tägliche Arbeit ist demnach geprägt durch Meinungsverschiedenheiten über die Qualität der Arbeit (geben 79,9% an), eine Konkurrenz um Einkommen (73,2%), Meinungsverschiedenheit über die Ausbildung (61,4%) und über den Preis der Arbeit (61,4%) sowie eine Konkurrenz um Marktanteile (52,5%) sowohl mit Ärzten als auch mit Kolleginnen und Kollegen aus der eigenen Disziplin.

Besonders deutlich werden die vielfältigen Konfliktlinien im Zusammenhang mit der Thematisierung von *spannungsreichen Beziehungen* (die im offenen Teil des Fragebogens formuliert werden konnten). Demnach werden Konflikte überwiegend mit Ärzten ausgetragen, wie immerhin 261 Nennungen zeigen; aber auch innerhalb der eigenen Profession kommt es zu erheblichen Auseinandersetzungen, wie 129 Nennungen belegen. Zwar spielen auch andere Berufsgruppen (wie Sachbearbeiter von Krankenkassen, Sozialpädagogen, Heilpraktiker und Anbieter esoterischer Methoden) mit 99 Nennungen eine

	DM	%
Bis	30.000	6,3
Bis	60.000	22,2
Bis	90.000	28,1
Bis	120.000	25,8
Bis	180.000	12,3
Über	180.000	2,3

Tabelle 3: (Brutto-)Einkommen der Psychotherapeuten im Jahr 2000

quantitativ nicht unbedeutende Rolle, die in diesem Zusammenhang gemachten schriftlichen Äußerungen lassen jedoch erkennen, dass es sich hierbei um Probleme handelt, die eine insgesamt deutlich geringere Brisanz als die Konflikte mit Ärzten und Kollegen aufweisen.

Einkommensentwicklung und Arbeitszeit

Neben der Wahrnehmung einer durch starke Reglementierungen und Konkurrenzen geprägten beruflichen Situation, spielt die Vorstellung einer *Unterbewertung* der Tätigkeit (gegenüber Ärzten und anderen akademischen Berufsgruppen) eine große Rolle bei der Selbstwahrnehmung. Die Klage über die schlechte finanzielle Situation ist bei den im Sample vertretenen Psychologischen Psychotherapeuten weit verbreitet. Das erzielte Einkommen müsste aus der Sicht der Befragten höher liegen, wenn das ungewöhnlich hohe Qualifikationsniveau und die erheblichen Fort- und Weiterbildungsanstrengungen angemessen berücksichtigt würde. Diese *subjektive Wahrnehmung* einer vergleichsweise schlechten Bezahlung und eines im Verhältnis zum Qualifikationsaufwand und zur Qualität der Arbeit zu niedrigen Einkommens, lässt sich jedoch objektiv nicht belegen (die Frageformulierung lautete: „Bitte kreisen Sie die ungefähre

Höhe des Einkommens an, das Sie im letzten Jahr erzielt haben (Brutto incl. Sonderzahlungen); die vorgegebenen Einkommensklassen sind in der Tabelle wiedergegeben).

Das Einkommensniveau und die Einkommensverteilung der befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten lässt sich der folgenden Tabelle 3 entnehmen:

Vielmehr zeigt sich, dass das Einkommen der befragten Psychotherapeutinnen und -therapeuten auf einem mit den anderen untersuchten Professionen vergleichbaren Niveau liegt, sofern die unterschiedlichen Arbeitszeiten berücksichtigt werden, die die Mitglieder der verschiedenen Professionen erbringen. Zwar liegt das von den (meist männlichen) Rechtsanwälten und (ausschließlich männlichen selbstständigen) Unternehmensberatern erzielte Einkommen teilweise deutlich höher als das der (überwiegend weiblichen) Psychotherapeuten, allerdings arbeiten diese in der Regel auch ihrer Einkommenshöhe entsprechend kürzer.

Die in Tabelle 3 dargestellten Bruttoeinkommen werden mit den in Tabelle 4 dargestellten Arbeitszeiten erzielt.

Hinsichtlich der zukünftigen Entwicklung der finanziellen Situation finden sich bei den Psychologischen Psychotherapeuten eher negative Erwartungen. Diese werden dadurch hervorge-

	Stunden	%
Unter	5	0,7
	6-15	3,0
	16-30	22,5
	31-45	44,0
	46-60	27,5
mehr als	60	1,3

Tabelle 4: Arbeitszeit der Psychotherapeuten im Jahr 2000

rufen, dass sich das Einkommen vieler Befragter in den letzten Jahren trotz vollzogener Professionalisierung verschlechtert hat. Viele Befragte beklagen sich darüber, dass der Ertrag nicht mehr in einem angemessenen Verhältnis zum durch die Professionalisierung gestiegenen Aufwand steht. Für 68,9% der Befragten ist der Preis für ihre Leistungen leicht oder deutlich gesunken, während die Kosten bei 67,8% der Befragten im gleichen Zeitraum gestiegen sind.

Diese Entwicklung wird vor allem damit begründet, dass durch die Umsetzung des Psychotherapeutengesetzes vor allem der „bürokratische“ Arbeitsaufwand erheblich zugenommen hat. Die Erstellung von Gutachten nähme bei der Arbeit einen immer breiteren Raum ein. In diesem Zusammenhang werden auch die zunehmenden Anforderungen an die Dokumentation von Therapieverläufen und die immer komplizierter werdende Abrechnung von Leistungen erwähnt.

Als eine lästige, allerdings wichtigere Pflicht wird von einigen Befragten das für die Bewilligung von Therapien zunehmend wichtiger werdende „Gutachterverfahren“ genannt. An diesem Verfahren wird häufig kritisiert, dass als Gutachter überwiegend Mediziner, ärztliche Psychotherapeuten und Psychoanalytiker fungieren, die oft nicht den eigenen Therapieansatz teilen. Deshalb würden bei der Beurteilung von Anträgen häufig nicht adäquate

Kriterien angelegt. Auch wird bemängelt, dass Gutachter die Bearbeitung von Anträgen ungebührlich lange hinauszögern, weshalb notwendige Therapien verschoben oder unterbrochen werden müssen. Aus Sicht der recht häufig anzutreffenden Kritiker des „Gutachterverfahrens“ wäre es sinnvoll und wünschenswert, andere Formen der Qualitätssicherung zu entwickeln und einzuführen.

Erwartungen an Berufsverbände und Kammern

Berufsverbände, Vereine und Vereinigungen

Auffällig ist das im Vergleich zu allen anderen Professionen ausgesprochen hohe Maß der Organisation der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in unterschiedlichen Berufsverbänden, Vereinen und Vereinigungen. Dies liegt zum einen sicherlich daran, dass die Berufs- und Fachverbände bis zur Umsetzung des Gesetzes die einzigen Organisationsformen waren, die der Berufsgruppe zur Interessenartikulation und Interessendurchsetzung zur Verfügung standen. Zum anderen beruht die vielgestaltige Organisation in Berufsverbänden, Vereinen und Vereinigungen darauf, dass die Psychotherapie (anders als Recht und Pharmazie) trotz gemeinsamer psychologischer Wurzeln auf theoretisch unterschiedlich begründeten Annahmen, Konzepten und

Verfahrensweisen beruht. Den unterschiedlichen wissenschaftlichen Grundlagen gemäß organisiert sich die Berufsgruppe in fachlich begründeten Verbänden, die für spezifische Therapiekonzepte stehen.

96% der befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind Mitglied in einem oder mehreren Berufsverbänden. Dabei sind 36,2% Mitglied in *nur einer* Organisation; die Übrigen sind Mitglieder in mehreren, meist zwei bis drei Vereinen, Vereinigungen oder Verbänden. Rechnet man alle Mitgliedschaften zusammen, dann bestehen bei unseren Befragten die meisten Mitgliedschaften im DPTV mit 36,8%. Im BDP sind 32% organisiert, die „Vereinigung“ folgt mit 20,6%.

Die Berufsverbände, Vereine und Vereinigungen weisen offenbar eine hohe Bindekraft auf. Denn anders als in der Psychotherapeutenkammer, in der man „Zwangsmitglied“ ist, befindet man sich im Fachverband, dem man aus Überzeugung und eigenen Stücken angehört, ausschließlich unter Gleichgesinnten. Von daher spielen hier die informellen Kontakte zu Kollegen sowie der Informations- und Meinungsaustausch mit ihnen eine ganz herausragende Rolle. Diese persönliche Ebene wird von 166 Befragten als größter Vorteil der Mitgliedschaft im Verband oder Verein genannt. An zweiter Stelle folgt die berufspolitische Interessenvertretung, die von 80 Befragten erwähnt wird. Auf dem dritten Platz folgen mit 37 Nennungen die Solidarität unter Kollegen und die Fähigkeit gemeinsam etwas zu erreichen. Als vierter Vorteil werden von 25 Befragten die Serviceleistungen angesehen, die vom Verband oder Verein angeboten werden.

Psychotherapeutenkammern

Die große Bedeutung von Berufsverbänden und Fachverbänden, die

jeweils Unterschiede im fachlichen Verständnis und der Grundlagen der Tätigkeit repräsentieren, könnte mit der Etablierung von Kammern zurückgehen, die die Interessen und Belange der *gesamten Berufsgruppe* wahrnehmen. Davon ist zum Zeitpunkt der Befragung – knapp eineinhalb Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes – in unserem Sample allerdings (noch) nichts zu spüren. Lediglich zwei Befragte deuten an, dass sie sich überlegen, ob sie aus „Kostengründen“ aus einem Berufsverband austreten.

In welche Richtung sich die Mitgliedschaft in Verbänden, Vereinen und Vereinigungen in Zukunft entwickeln wird, lässt sich zum Zeitpunkt der Befragung (April bis Juni 2000) noch nicht entscheiden. Damals war in den meisten Bundesländern noch keine Kammer gegründet worden und selbst dort, wo ihre Gründung (wie in Bremen und Niedersachsen) bereits vollzogen war, gab es noch keine konkreten Erfahrungen mit der Arbeit dieser Institutionen. Dennoch – oder vielleicht gerade deshalb – waren die *Erwartungen*, die von den Befragten an die Kammern gestellt wurden, recht hoch.

Vor dem Hintergrund der sich darstellenden und abzeichnenden Probleme kommt den Kammern eine große Bedeutung bei der *Vereinheitlichung* der Berufsgruppe und in ihrer Außendarstellung bei ihrem öffentlichen Auftreten zu. Nach Aussage der Befragten sollen die *Kammern* in erster Linie als gemeinsame Interessenvertretungen agieren (15 Nennungen). In diesem Zusammenhang sollen sie die volle politische Anerkennung des Berufsstandes erwirken und das Berufsprofil schärfen (86 Nennungen). Dass sie eine angemessene Vertretung der Berufsgruppe organisieren und eine Verbesserung ihres Ansehens erreichen sollen, wird von 19 Befragten ausdrücklich erwähnt.

An zweiter Stelle werden finanzielle Aspekte genannt. So wird von den Kammern erwartet, dass sie sich für die Sicherung und Verbesserung der finanziellen Lage der Berufsgruppe (29 Nennungen) einsetzen. In 20 Fällen wird ausdrücklich gefordert, dass die Kammern sich um die Angleichung von Honoraren (an die von Ärzten), die Verbesserung der Honorarsituation allgemein und die Sicherstellung von Honorargerechtigkeit kümmern sollen.

An dritter Stelle wird von 32 Befragten die Erarbeitung von Qualitätsstandards und die Sicherung der Qualität der Arbeit genannt.

Eine weitere wichtige Aufgabe der Kammern wird darin gesehen, „sich gegen die Ärzte zu behaupten und sich von den Medizinern abzugrenzen“ (23 Nennungen). Bei weiteren sechs Befragten ist im Zusammenhang mit der Gestaltung des Verhältnisses zu den Medizinern aber ausdrücklich auch von Kooperation mit der Ärzteschaft und der Integration in das Kassensystem die Rede.

Eine wichtige Rolle sollen die Kammern darüber hinaus bei der „Überwindung der Spaltungen – Schulen – in der Profession“ spielen (15 Nennungen). Des Weiteren wird erwartet, dass die Kammern ein modernes Berufsrecht und eine Berufsordnung erarbeiten und die Berufsausübung ihrer Mitglieder kontrollieren (16 Nennungen), die Berufgerichtsbarkeit ausüben (4 Nennungen) und sich um die Formulierung einer Berufsethik kümmern (10 Nennungen), Ausbildungsinhalte und -kriterien festlegen und entwickeln (14), eine Verbesserung des Ausbildungsstandes erreichen (3) und den Nachwuchs sichern (2). Auch sollten sie sich für die Öffnung für andere Therapieformen und für Methodenvielfalt einsetzen und die Anerkennung anderer Therapieverfahren betreiben (13).

Zukunftsperspektiven

Knapp 70% antworten mehr oder weniger ausführlich auf die offenen Fragen nach den für die Zukunft der Berufsgruppe wichtigsten Faktoren. Ein Viertel äußert ganz allgemein Befürchtungen hinsichtlich politischer Entscheidungen, die die Finanzierung des Gesundheitssystems betreffen. Wie entwickeln sich die Einnahmen und Kosten?, kommt es zu einer weiteren Budgetierung?, bleibt Psychotherapie eine Regelleistung der GKV? – das sind Fragen, über die unsere Befragten nachdenken.

Ein weiterer wichtiger Komplex, der angesprochen wird, sind die Beziehungen zu den Ärzten. Hier geht es in erster Linie um Abgrenzung, Verteilungskonflikte und die wechselseitige Akzeptanz der Berufsgruppen untereinander. Fast gleich häufig wird das Abrechnungssystem genannt. Ob es gelingt, den Beruf finanziell besser zu stellen, eine Entlohnung zu erreichen, „die der langen, selbst finanzierten Ausbildung und der entsprechend hohen Qualität der Arbeit entspricht“. Anerkennung der Berufsgruppe in der Kassenärztlichen Vereinigung, Interessenvertretung in Kammern und Verbänden, Kritik an der Einschränkung auf Richtlinienverfahren und Überwindung der internen Konkurrenz werden gleich häufig von ca. 10% der auf diesen Fragenkomplex antwortenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten genannt.

Während sich persönliche Erwartungen wie höheres Ansehen und größere Einkommenssicherheit zumindest für einen signifikanten Teil der Befragten erfüllt haben, sind offensichtlich nicht alle mit der rechtlichen Anerkennung als Profession verbundenen Erwartungen der Psychologischen Psychotherapeuten erfüllt worden. Es überwiegen eher die verunsichernden Momente. Viele machen sich Sorgen

über die Zukunft der Psychotherapie im Kassensystem, einige fragen sich, ob man sich in den Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Ärzten wird behaupten können und ob man mittelfristig in der Lage sein wird, ein angemessenes Einkommen zu erzielen.

Viele Aussagen deuten darauf hin, dass die Professionalisierung von einem ganz überwiegenden Teil der Befragten als ein schwieriger Prozess wahrgenommen wird, durch den die Verrichtung der Arbeit erschwert und kompliziert wird. Die mit der Umsetzung des Psychotherapeutengesetzes einher gehende Zunahme formeller Regelungen und die verstärkte Kontrolle von Therapieansätzen und Behandlungserfolgen durch Dritte haben zu höheren formellen Anforderungen geführt und eine Erweiterung des Aufgabenspektrums über das angestammte Feld von im engeren Sinn diagnostischen und psychotherapeutischen Tätigkeiten bewirkt. Mit dieser *Bürokratisierung* und „*Verobjektivierung*“ des psychotherapeutischen Handelns haben ganz offensichtlich recht viele Befragte erhebliche Probleme, was sich u.a. auch daran zeigt, dass sie vehement für die Rücknahme von Regelungen und die Erweiterung von Handlungsspielräumen etwa durch die Anerkennung weiterer Verfahren plädieren.

Die neue Profession der Psychologischen Psychotherapeuten befindet sich knapp eineinhalb Jahre nach ihrer durch das Gesetz bedingten Entstehung noch *auf der Suche nach einer gemeinsamen Identität*. Eine solche zu finden fällt vielen Befragten schwer, weil es keine gemeinsame, von allen gleichermaßen anerkannte wissenschaftliche Basis für die Tätigkeit gibt. Vielmehr bleiben die Grundlagen von Therapie umstritten. Die Antworten auf die Frage nach dem *Charakter der sozialen Beziehungen*

lassen erkennen, dass die Mehrheit der Befragten glaubt, dass sie sich selbst wie auch die Profession als Ganzes in einer schwierigen Situation befinden, weil man an zwei Fronten zugleich kämpfen muss. Zum einen gilt es sich gegen die „Übermacht der Mediziner“ zu behaupten, während man sich zum anderen gleichzeitig mit Vertretern anderer Fachrichtungen innerhalb der eigenen Profession auseinander setzen muss.

Die zwischen den verschiedenen „Schulen“ ausgetragenen Konflikte um das richtige Verfahren sind durch die Etablierung der Profession zwar entschärft worden, sie sind jedoch bei Weitem nicht endgültig beigelegt. Bei der Auseinandersetzung um die „Vorherrschaft“ innerhalb der Profession bekämpfen sich die Vertreterinnen und Vertreter verschiedener „Schulen“ auch weiterhin. Viele Befragte sehen gerade die Überwindung der inneren Spaltung der Profession als die entscheidende Voraussetzung dafür an, dass es den Psychologischen Psychotherapeuten gelingt, sich als eigenständige und gleichberechtigte Profession neben den Mediziner*innen zu etablieren.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Ihre hohe Verbundenheit zum Beruf zeigen die Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten durch eine außergewöhnlich hohe Arbeitsmotivation. Eine deutliche Mehrheit gibt an, mit ihrer Tätigkeit *zufrieden* oder *sehr zufrieden* zu sein. Sie stellen die einzige professionelle Berufsgruppe in Deutschland dar, bei der die Mehrzahl der Befragten eine *Verbesserung* der *Beschäftigungssicherheit* im letzten Jahrzehnt angibt. Auch die Sicherheit des Arbeitsplatzes bzw. der eigenen Praxis wird von einer Mehrheit als aktuell *ziemlich sicher* oder sogar *sehr sicher* angesehen.

Bei der Höhe der Einkommen fällt die Berufsgruppe *nicht* gegenüber anderen akademischen Berufsgruppen ab, obwohl hier viele Befragte sich subjektiv für finanziell benachteiligt ansehen bzw. niedrigere Einkommenschancen beklagen. Besonders groß ist die Wissenslücke: Die Profession zeichnet sich gegenüber vergleichbaren Berufsgruppen durch eine herausragende Position bei der Fort- und Weiterbildung aus. Außergewöhnlich hoch ist auch die Mitgliedschaft in Berufsverbänden, Vereinen und Vereinigungen.

Wo so viel Licht ist – wo liegen die Schattenseiten? Die Psychologischen Psychotherapeuten begreifen die von ihrer Zunft selbst initiierte und vorangetriebene Professionalisierung als einen durchaus *widersprüchlichen Prozess*. Durch die nach langen Anstrengungen endlich errungene gesetzliche Anerkennung als eigenständige Berufsgruppe sind zwar durchaus das Prestige und die gesellschaftliche Anerkennung gestiegen. Die genannten Verbesserungen sind andererseits mit *Reglementierungen* erkauft worden, die zum Teil als drastisch empfunden werden. Zum einen wird die mit dem Gesetz verbundene *Beschränkung* auf nur drei anerkannte psychotherapeutische Verfahren als schwerwiegend empfunden. Die vormalig weitgehende Therapiefreiheit ist dadurch nachhaltig eingeschränkt worden. Gleichzeitig wird zudem eine deutliche *Bürokratisierung* aufgrund der neuen formalen Anforderungen vermerkt. Immer wieder geäußert wird das Gefühl, trotz gesetzlicher Anerkennung als gleichberechtigte Profession innerhalb des Gesundheitssystems gegenüber der weiterhin dominierenden Ärzteschaft benachteiligt zu sein. Auch intern wird die Situation der Psychologischen Psychotherapeuten als schwierig empfunden, weil sich Vertreterinnen und Vertreter verschiedener, teilweise widerstreitender Therapie-

richtungen unter dem Dach *einer* Profession zusammenfinden, die sich bekämpfen und wechselseitig blockieren. Dies schwächt die Profession bei der Durchsetzung *gemeinsamer Interessen*. Nur unter der Voraussetzung, sich auf eine gemeinsame Position zu verständigen und nach außen zu vertreten, habe die Profession Chancen, sich gegen die Bürokratisierung wie die zunehmende Beschränkung der Ausgaben im Gesundheitswesen zur Wehr zu setzen und eine Verbesserung der Situation zu erreichen. Zum Zeitpunkt der Befragung im Frühsommer 2001 herrschte bei den Mitgliedern allerdings eher eine gewisse Skepsis über die Zukunft der Profession als gleichberechtigtem Heilberuf im Gesundheitswesen vor.

In der Professionen-Theorie ist herausgearbeitet worden, dass die Verständigung auf eine von allen geteilte wissenschaftliche Grundlage sowohl Vor-

aussetzung für die gesellschaftliche Anerkennung als Profession als auch für ihre Legitimation ist (Abbott 1988, Freidson 1994 und 2001). Dieses Erfordernis ist offensichtlich den Mitgliedern der Profession durchaus bewusst. Sie befinden sich alltäglich in der Auseinandersetzung mit anderen Professionen um ihre Existenzberechtigung als *eigenständige* Profession.

Literatur

- Abbott, A.: The System of Professions. Chicago und London 1988
Freidson, E.: Professionalism Reborn. Chicago und London 1994
Freidson, E.: Professionalism. The Third Logic. Chicago und London 2001
Kräuer, M., Kaimer, S.: Zur Lage der freiberuflichen Psychologen in Deutschland. Nürnberg, Institut für Freie Berufe 1999
Lane, C., Littek, W., Potton, M.: The professions between state and market.

In: European Societies, Jahrg. 4, Heft 2, 2002, S. 235-260
Lane, C., Wilkinson, F., Littek, W., Heisig, U., Brown, J. u.a.: The Future of Professionalised Work in Britain and Germany. Anglo-German Foundation, London 2002

Dr. Ulrich Heisig

Universität Bremen
Institut Arbeit und Wirtschaft
Parkallee 39
28209 Bremen
Tel.: 0421/218-2197
Uheisig@iaw.uni-bremen.de

Prof. Dr. Wolfgang Littek

Universität Bremen
Institut Arbeit-Beruf-Bildung, FB 11
Grazer Str. 2
28334 Bremen
littek@uni-bremen.de

Psychotherapeutenversorgungswerk (PVW) gegründet

Gute Gründe, sich mit der eigenen Altersversorgung zu beschäftigen

Werner Köthke

Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Gegen den Trend

Gegen den Trend der mangelnden Beschäftigung mit der eigenen Altersversorgung haben Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Niedersachsen nach der Gründung ihrer Psychotherapeutenkammer damit begonnen, ein eigenes Versorgungswerk aufzubauen.

Noch im Jahr 2002 wurde das erste Psychotherapeutenversorgungswerk (PVW) Deutschlands gegründet. Am 03.12.2002 genehmigte das Niedersächsische Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales gemäß § 26 Abs. 1 Nr. 1 des Niedersächsischen Heilkammergesetzes (HKG) ¹⁸ die von der Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen (PKN) am 30.11.2002 beschlossene Satzung des Versorgungswerks der PKN. Am 12.12.2002 sprach auch das Niedersächsische Ministerium für Wirtschaft, Technologie und Verkehr eine entsprechende Genehmigung aus. Damit konnte die Satzung des PVW ²³ am 17.12.2002 in Kraft treten und viele Mitglieder des Versorgungswerks hatten noch die Möglichkeit, Beiträge für das Jahr 2002 zu entrichten, um sich damit eine bessere Rendite ihrer Anlage zu sichern. Beide Ministerien führen auch weiterhin die Aufsicht über das PVW.

Gründe, sich mit der eigenen Altersversorgung *nicht* zu beschäftigen

Gründe gibt es viele, sich mit der eigenen Altersversorgung *nicht* zu beschäftigen. Früher war das auch nicht nötig: nach der Konfirmation legte man

ein Sparbuch an, mit Beginn der Ausbildung wurde der erste Bausparvertrag abgeschlossen, die Lebensversicherung folgte mit Beginn der Berufstätigkeit, die mit der Ausbildung vorgegeben war. Dies änderte sich bei den *angestellten* Kolleginnen und Kollegen, die nach dem 1. Januar 1961 geboren sind, im Jahre 2001. Seitdem zahlt die gesetzliche Rentenversicherung keine Berufsunfähigkeitsrenten mehr. Außerdem tränen manchem, der sich als Angestellter für das Alter mit seiner Rentenversicherung gut abgesichert wähnte, heute die Augen, wenn er sich seinen Rentenbescheid ansieht. Dies änderte sich auch bei den *freiberuflichen* Kolleginnen und Kollegen, als das Delegationsverfahren eingeführt wurde und viele „Klinische Psychologen“ in eine nicht erwartete Armut gerieten. Man war froh, das tägliche Leben mit einem halbwegs angemessenen Lebensstandard bewältigen zu können, für eine Altersvorsorge blieb oft nichts mehr übrig. Oder man dachte schlicht und einfach gar nicht daran, einmal auf Ersparnis angewiesen zu sein. Außerdem ist das Thema Altersversorgung einfach unsexy, denn nichts ist so unsexy wie Geld, das man nicht hat. Aber ist es deswegen auch okay, sich mit seiner zukünftigen Rente – auch für den Fall der Berufsunfähigkeit und der Absicherung der Hinterbliebenen für den Fall des eigenen Todes – nicht zu beschäftigen? ¹

Aufgaben und Ziele des PVW

Das PVW ist eine von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten für ihren Berufsstand selbst gestaltete und selbst verwaltete Einrichtung zur Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenversorgung. Es dient damit den individuellen Interessen seiner

Mitglieder im Sinne von sozialer Absicherung und erfüllt gleichzeitig die berufspolitische Aufgabe, den eigenen Berufsstand zu stärken und ihn für seinen Nachwuchs attraktiv zu gestalten. Das PVW hat die Aufgabe, seine Mitglieder und deren Hinterbliebene nach den Bestimmungen seiner *Satzung*²³ zu versorgen.

Für ein Versorgungssystem, das lebenslängliche Renten zahlt, ist die zunehmende Lebenserwartung der Menschen zweifellos eine Herausforderung. Das wachsende Alter der Mitglieder ist für alle Altersversorgungssysteme ein Problem. Aber die Versorgungswerke sind aufgrund ihrer auf Kapitalbildung beruhenden Finanzierungssysteme flexibler und können finanziell effizienter reagieren als die umlagefinanzierten Systeme der gesetzlichen Rentenversicherung oder die Beamtenversorgung. Sie können und müssen frühzeitig den zusätzlichen Kapitalbedarf aufbauen und haben damit die Möglichkeit, sich sukzessive auf die Veränderungen einzustellen. Denn jeder bezahlt hier für seine späteren Renten letztlich selbst. Demographischer Wandel macht sich dabei nur langsam bemerkbar, insofern längeres Leben tendenziell immer auch geringere monatliche Rentenleistung oder höhere Einzahlungen bedeuten muss.²

Historische Entwicklung

Die ersten Versorgungswerke in Deutschland sind durch die Inflationserfahrung nach dem ersten Weltkrieg entstanden. Wer seine Rücklagen und sein Vermögen nicht inflationsun-schädlich angelegt hatte, stand nach 1923 plötzlich vor dem Nichts. Ärzte in Bayern entwickelten aus der Not heraus ohne staatliche Hilfe die Idee einer solidarischen Selbsthilfeeinrichtung als Hilfe sowohl für den Einzelnen als auch für die Gemeinschaft

der eigenen Berufsgruppe zur Sicherung ihrer Kammermitglieder im Alter und bei Erwerbsunfähigkeit sowie zur Sicherung ihrer Hinterbliebenen.³

Ihre Bewährungsprobe bestand die 1923 gegründete Bayerische Ärztesversorgung, als es nach dem 2. Weltkrieg zu einer erneuten Währungsreform kam. Zentraler Anstoß für die Gründung weiterer Versorgungswerke in Deutschland war die „Adenauer'sche Rentenreform“ von 1957. Mit diesem Gesetz wurde das Recht der Selbstversicherung für Selbständige und Freiberufler ersatzlos gestrichen und in eine Versicherungspflicht umgewandelt, wobei die Versicherungsart noch frei gewählt werden konnte. Die freien Berufe waren jetzt auf „Hilfe zur Selbsthilfe“ angewiesen. Der Gesetzgeber unterstrich diese Verweisung auf die Hilfe zur Selbsthilfe auch dadurch, dass er den angestellt tätigen Pflichtmitgliedern eines berufsständischen Versorgungswerks ein Befreiungsrecht von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung einräumte.³ Dies änderte sich auch nicht, als der Gesetzgeber 1972 ein *Rentenreformgesetz* verabschiedete, das die Rentenversicherung für alle Bevölkerungskreise öffnete.

Anfang der achtziger Jahre entschlossen sich auch die *Anwälte* zur Gründung von Versorgungswerken. 1982 führte der Gesetzgeber des Landes Niedersachsen als erstes Bundesland ein berufsständisches Versorgungswerk für Rechtsanwälte in der Bundesrepublik Deutschland ein.⁴

Nach der Wiedervereinigung Deutschlands kam es zu weiteren Versorgungswerkgründungen in den neuen Bundesländern. Schon 1992 waren Versorgungswerke der Heilberufe-Kammern der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker in allen neuen Ländern errichtet. Inzwischen verfügen auch

die anderen verkammerten freien Berufe wie Architekten und Steuerberater über berufsständische Versorgungswerke.³

Als 1995 auch noch die *Ingenieure Versorgungswerke* gründeten, zog der Staat die „Notbremse“ und strich die Befreiungsmöglichkeit von der Versicherungspflicht für die Angestellten, die nach 1995 Mitglieder eines Versorgungswerks werden wollten, mit dem *SGB VI-Änderungsgesetz* (§ 6 Abs. 1, 1.) vom 15.12.1995. Es drohte die Auswanderung von angestellten und in der Regel gut verdienenden Ingenieuren in sechsstelliger Größenordnung aus der Rentenversicherung. Wegen dieses Gesetzes sind die ärztlichen Versorgungswerke auch für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, auch wenn sie Mitglieder einer Kassenärztlichen Vereinigung sind, verschlossen. Durch dieses Gesetz wurde auch die Gestaltungsmöglichkeit eines Versorgungswerks der Psychotherapeuten eingeeengt. Das zwingt andererseits die Psychotherapeutenkammern zu verstärkter Kooperation in der Versorgungswerksfrage.

Wirtschaftliche Bedeutung der Versorgungswerke

Den Versorgungswerken gehören heute rund 600 000 Mitglieder an, dagegen sind in der gesetzlichen Rentenversicherung mehr als 30 Millionen Personen versichert.⁵

Die Vermögensanlagen der Versorgungswerke (festverzinsliche Wertpapiere, Aktien und Fondsanteile, Immobilien, Hypotheken und Grundschuldforderungen, Schuldscheindarlehen und Namensschuldverschreibungen, Fest- und Termingelder, etc.) beliefen sich im Jahre 1999 auf rund 119,37

Mrd. DM. Aus ihnen resultierten Erträge von 8,57 Mrd. DM. Der monatliche Durchschnittsbeitrag pro Mitglied lag in allen Versorgungswerken (alte und neue Bundesländer) bei 1.256,20 DM. Insgesamt 90.468 Versorgungsempfänger bezogen Renten.⁶

Erstmalig im Jahr 2001, 38 Jahre nach der Gründung der *Ärzteversorgung Niedersachsen*, übertraf die Summe der seit Gründung insgesamt erzielten Kapitalerträge die in diesem Zeitraum vereinnahmten Mitgliedsbeiträge: 3,34 Mrd. € Beiträgen stehen heute 3,39 Mrd. € Kapitalerträge gegenüber. An Versorgungsleistungen wurden im gleichen Zeitraum 50% aller Mitgliedsbeiträge, insgesamt 1,66 Mrd. €, wieder ausgezahlt.⁷

Das Renditeziel des noch jungen *PVW* von 3,5% ist zwar (noch) nicht üppig, aber ein guter und realistischer Anfang in Zeiten sinkender Zinsen und anhaltender Wirtschaftskrise. Demgegenüber wird eine erzielte Nettorendite der Kapitalanlagen im Berichtsjahr 2001 von 6,48% von der *Ärzteversorgung Niedersachsen* vor dem Hintergrund seit Jahren rückläufiger Zinsentwicklung und erheblicher Kursrückgänge an den Aktienmärkten lediglich als „zufriedenstellend“ beurteilt.⁷

Dies erscheint untertrieben, wenn man sich daneben die Zahlen der *Lebensversicherer* im letzten Jahr anschaut: Allianz Leben (Branchenprimus unter den Lebensversicherern) musste eine Senkung der Gewinnausschüttung auf 5,5% bekannt geben, nachdem diese bereits im Jahr zuvor von 7,5 auf 6,8% reduziert worden war. Zuvor hatten bereits mit der Gothaer (von 6,9 auf 5,6%) und der Victoria (von 6,8 auf 5,0%) führende Anbieter ihre Renditeversprechen an ihre Kunden heruntergefahren. Andere Unternehmen wie Volksfürsorge, Hamburg-Manheimer, Huk Coburg und Axa blieben von diesem Abwärts-

trend ebenfalls nicht verschont. Einzelne Versicherungsunternehmen wie die Mannheimer Leben konnten ihren Kunden im letzten Jahr sogar nur noch den gesetzlichen Mindestzins von 3,25% ausschütten.⁸

Die Situation an den Kapitalmärkten ist nach wie vor dramatisch. Wenn die Aktienkurse nicht hochgehen, wird ein rundes Dutzend der Lebensversicherer Schwierigkeiten haben, die gesetzlich garantierte Mindestverzinsung des Sparanteils der Einlagen zu zahlen – also gerade mal 3,25%. Noch als die Aktienkurse immer weiter nach unten absackten, konnten Zehntausende Versicherungsvertreter mächtig mit ihren Renditeversprechen auftrumpfen, die bei vielen jenseits der 7%-Marke pro Jahr lagen – häufig mit dem Hinweis, dass die Anlage absolut sicher sei, denn der Staat wache über die Einhaltung der gesetzlichen Garantien. Doch nur der, der einen Vertrag mit einem Versicherer hat, der über Jahrzehnte ausreichend Reserven aufgebaut hat, kann weiter mit Renditen von 5 – 7% rechnen. Wenn jedoch die stillen Reserven der Versicherer verbraucht sind – und dies war überwiegend schon 2002 der Fall –, werden auch derartige Renditen unrealistisch. Dabei darf nicht vergessen werden, dass ein großer Stock an stillen Reserven bedeutet, dass hier über Jahre ein erheblicher Teil der Erträge renditemindernd nicht an die Versicherten ausgeschüttet worden war.⁹

Der Gesamtaufwand für Versorgungsleistungen in der *Tierärzteversorgung Niedersachsen* betrug im Jahr 1999 7.534.000,00 DM. Davon wurden für Altersrenten 47,3%, für Hinterbliebenenrenten 35,0%, für BU-Renten 17,6% und für Rehabilitation 0,1% des Budgets ausgegeben.¹⁰

Bremer Ärzte, die im Jahr 2001 in Ruhestand gegangen sind, bekom-

men durchschnittlich 2.494,- € monatliche Rente vom *Versorgungswerk der Ärztekammer Bremen*. Im Jahr 2002 wurde die Höhe der Renten und Anwartschaften nicht verändert.¹²

Die *Nordrheinische Ärzteversorgung* zahlte im Jahr 1998 im Schnitt eine Altersrente von 5.140,- DM. Bei einem entsprechenden Versicherungsverlauf gibt es in Einzelfällen auch Zusagen, die über 10.000,- DM liegen. Dieses Versorgungswerk hatte 1998 etwa 46.000 Mitglieder und Rentenbezieher. Es verfügte über Kapitalanlagen in Höhe von 10,3 Milliarden DM. Die durchschnittliche Verzinsung lag bei 7,9%, bei einem Verwaltungskostensatz von 0,75% der Beitragseinnahmen und 102 Mitarbeitern.¹¹ Der Verwaltungskostensatz der *Ärzteversorgung Niedersachsen* wird mit 1,2% der Jahreseinnahmen angegeben.⁷

Einen vergleichbar niedrigen Verwaltungskostensatz wird das *PVW* zu Beginn seiner Arbeit ganz sicher nicht erreichen können, da erhebliche Erst-einrichtungskosten als Vorleistung entstehen, während die Zahl der Einzahlenden noch wächst. Bei steigender Mitgliederzahl und sinkendem relativem Verwaltungsanteil pro Mitglied (bei einer relativ kurzen Einarbeitungszeit aufgrund einer eingearbeiteten Geschäftsführerin und voll funktionsfähiger Geschäftsstelle mit vorhandenen kompetenten Mitarbeitern) wird ein entsprechend niedriger Verwaltungskostensatz jedoch schon bald auch vom *PVW* zu erzielen sein. Die staatliche Begleitung durch das Wirtschaftsministerium schafft hier im Wechselspiel mit Verwaltungsrat und Geschäftsführung einen permanenten (Rendite-)Verbesserungsanreiz. Im Verwaltungsrat ist externe ökonomische, juristische und administrative Kompetenz eingebunden, die Sicherheit und Rendite im Visier hat.

Finanzierung

Die Versorgungswerke finanzieren ihre Leistungen ohne Zuschüsse des Staates nach kapitalbildenden Finanzierungsverfahren. Die meisten anderen Versorgungswerke arbeiten mit dem „offenen Deckungsplanverfahren“. Dies ist zur dauerhaften Sicherung der Versorgung auf ausreichenden Nachwuchs („ewigen Zugang“) eigener Berufsangehöriger angewiesen.

Da niemand mit Sicherheit vorhersagen kann, wie sich die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der Zukunft entwickeln werden, wurde das Versorgungswerk der Psychotherapeuten, das PVW, bewusst nicht im Hinblick auf das offene Deckungsplanverfahren entwickelt. Der Finanzierung der Versorgungsleistungen des PVW liegt vielmehr das „kapitalbildende Anwartschaftsdeckungsverfahren“²² zugrunde. Danach finanziert jedes Mitglied seine eigenen Versorgungsleistungen aus seinen Beiträgen und darauf erwirtschafteten Zinsen selbst auf der Basis einer versicherungsmathematischen Kalkulation. Dabei führt jeder Beitrag gemäß einer in der Satzung des PVW enthaltenen Umrechnungstabelle zu einer monatlichen Rentenanwartschaft. Die Höhe des Beitrags bestimmt individuell und direkt die Höhe der Rente des einzelnen Mitglieds, d.h., es erfolgt keine Umverteilung und es gibt keinen „Generationenvertrag“.

Beiträge, Erträge aus Kapitalbildung und günstige Verwaltungskostenstruktur (keine Abschlussprovisionen, keine Außendienstmitarbeiter, keine Aktionäre wie bei den Lebensversicherern) sichern hohe Versorgungsleistungen.

Versorgungsleistungen

Bei der Konstruktion der Versorgungsleistungen des PVW wurde darauf ge-

achtet, möglichst geringe Transferleistungen einzubauen. Es wurde allerdings bewusst eine relative Senkung der Rentenleistung für Männer zugunsten der (länger lebenden) Frauen in Kauf genommen („unisex-Tarif“), die eingetragene Partnerschaft der Ehe bei der Hinterbliebenenversorgung gleichgestellt und eine auskömmliche Waisenversorgung unabhängig von der Kinderzahl in der Familie realisiert. Ein weiteres Anliegen war der sehr flexibel gestaltbare Übergang in den Ruhestand.

Versorgungsleistungen²² sind Altersrente, Berufsunfähigkeitsrente und Hinterbliebenenrente. Ein Anspruch auf *Altersrente* besteht ab Vollendung des 60. Lebensjahres. Der Rentenbeginn kann bis zum 68. Lebensjahr hinausgeschoben werden, wobei nicht bezogene Rente den aufgeschobenen Anspruch erhöht. Vom 60. bis zum 68. Lebensjahr steigt die Rentenleistung um 48%, auch wenn keine Beiträge mehr gezahlt werden. Eine weitere Beitragszahlung zwischen dem 60. und 68. Lebensjahr führt darüber hinaus zu einer deutlichen Steigerung der Rentenanwartschaft. Berufstätigkeit und Rentenbezug zur gleichen Zeit schließen sich bis zum 68. Lebensjahr nicht aus.

Ein Anspruch auf *Berufsunfähigkeitsrente (BU)* besteht, wenn das Mitglied vor Vollendung des 60. Lebensjahres aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr in der Lage ist, einen Beruf auszuüben, der es zur Mitgliedschaft in der Psychotherapeutenkammer berechtigt, wenn es diese Tätigkeit daher aufgegeben hat und mindestens ein Jahr Mitglied des PVW ist. Die einjährige Wartezeit wurde anstelle einer (teuren) Gesundheitsprüfung eingeführt. Die Zahlung einer BU ist ausgeschlossen, wenn das Mitglied bei Eintritt in das PVW bereits berufsunfähig war. Maßstab für das Vorliegen der Berufsunfähigkeit ist nach allen Satz-

gen der Versorgungswerke, so auch hier, die Unfähigkeit des Versicherten, innerhalb seines Berufes eine Erwerbstätigkeit auszuüben. Maßgebend für die Frage der Berufsunfähigkeit ist damit das Berufsbild des Psychotherapeuten. Berufsschutz kann so systembedingt nur einheitlich innerhalb der gesamten Berufsgruppe der Psychotherapeuten gewährt werden.¹³

Gerade die Absicherung der Berufsunfähigkeit kann für die *angestellten Mitglieder des PVW* von besonderem Interesse sein. Durch die Reform der gesetzlichen Rentenversicherung kam es ab 2001 zu deutlichen Kürzungen bei den Berufs- und Berufsunfähigkeitsrenten. Die durchschnittliche Rente bei Berufsunfähigkeit beträgt seitdem nur noch 38% des Bruttoeinkommens. Bei einer verbleibenden täglichen Arbeitszeit von 3 – 6 Stunden erhält der Angestellte nur noch 19% seines Bruttoeinkommens. Damit kann er seinen bisherigen Lebensstandard nicht mehr halten. Die Stiftung Warentest schreibt daher in Ihrer Ausgabe vom Februar 2001: „Eine Berufsunfähigkeitsversicherung gehört zu den wichtigsten Policen für Privatleute!“.

Voraussetzung für eine *Hinterbliebenenrente* ist, dass die Ehe oder eingetragene Partnerschaft bereits vor Beginn der Berufsunfähigkeit und vor Vollendung des 60. Lebensjahres des Mitglieds geschlossen wurde. Waisenrente erhalten die hinterbliebenen leiblichen Kinder und Adoptivkinder des Mitglieds bis zum 18. Lebensjahr, darüber hinaus bis zum 27. Lebensjahr, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden. Waisen, die in Folge körperlicher oder geistiger Beeinträchtigung außer Stande sind, sich selbst zu unterhalten, erhalten die Waisenrente auch über das 27. Lebensjahr hinaus, so lange die Beeinträchtigung andauert und keine anderen Leistungsträger eintreten.

Bei drohender oder vorhandener Berufsunfähigkeit können Zuschüsse zu *Rehabilitationsmaßnahmen* gewährt werden. Aufgabe der Rehabilitation ist, den Auswirkungen einer Krankheit oder Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit des Versicherten entgegenzuwirken und dadurch das vorzeitige Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern. Durch die Rehabilitation soll der Versicherte möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wieder eingegliedert werden.¹⁴

Wesentliche Vorteile des PVW gegenüber anderen Versorgungssystemen sind:

- Garantierte, an den Bedürfnissen des Berufsstands ausgerichtete Leistungen
- Attraktive Bedingungen wie: keine Abschlussgebühren, keine Gesundheitsprüfung, kein erhöhter Beitrag bei erhöhtem Risiko, Bevorzugung der weiblichen Mitglieder durch unisex-Tarif
- Auf die Bedürfnisse der Psychotherapeuten zugeschnittene eigene Satzung
- Unabhängige Gestaltung des Versorgungswerks und erhebliche Einsparung von Kosten durch Selbstverwaltung
- Kontrolle des Verwaltungsrats sowohl extern durch Wirtschaftsprüfer und Landesregierung als auch intern durch die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer
- Eigenfinanzierung, also Unabhängigkeit von öffentlichen Zuschüssen
- Vorbeugung einer evtl. zukünftigen Pflichtversicherung bei Ausweitung des pflichtversicherten Personenkreises in der gesetzlichen Rentenversicherung

Auch eine zunächst möglicherweise niedrigere Verzinsung als bei einer Lebensversicherung oder bei einer Anlage in Fonds etc. ist noch immer

höher als die der BfA, wobei nicht vergessen werden sollte, dass das PVW weit mehr Risiken als eine Lebensversicherung (wie z. B. das Risiko der Berufsunfähigkeit oder das der Versorgung der Hinterbliebenen) abdeckt.

Und immer entscheidet der Berufsstand selber über die Bedingungen der Verwendung des Geldes, des Umgangs mit seinen Mitgliedern, etc.

Steuerrechtliche Grundlagen

Die Versorgungswerke sind in steuerrechtlicher Hinsicht gemäß § 1 Abs. 1 Nr. 6 KStG Betriebe gewerblicher Art von juristischen Personen des öffentlichen Rechts. Als öffentlich-rechtliche Versiche-

Möglichkeiten der Psychotherapeutenkammern, ein Versorgungswerk zu errichten

Psychotherapeutenkammern dürfen ein Versorgungswerk gründen, soweit der Landesgesetzgeber dies nicht – wie z.B. in Berlin und Baden-Württemberg – neuen Kammern allgemein verboten hat oder sich eine Option offengehalten hat, indem er im Heilkammergesetz des betreffenden Landes eine solche Möglichkeit nicht oder zunächst nicht vorgesehen hat. Die Psychotherapeutenkammer Baden-Württemberg braucht z.B. ein eigenes Gesetz für ein Versorgungswerk der Psychotherapeuten, um ein eigenes Versorgungswerk aufzubauen oder sich einem bestehenden Versorgungswerk anschließen zu können.¹⁶

Im *Niedersächsischen Heilkammergesetz* (§ 12, Abs.1 – 3 HKG)¹⁸ ist diese Frage positiv wie folgt geregelt:

(1) Die Kammern können durch Satzung Versorgungseinrichtungen zur Sicherung der Kammermitglieder im Alter und bei Berufsunfähigkeit

und Versorgungseinrichtungen einer Berufsgruppe, deren Angehörige aufgrund einer auf Gesetz beruhenden Verpflichtung Mitglieder dieser Einrichtung sind, sind die Versorgungswerke nach § 5 Abs.1 Nr. 8 KStG von der Körperschaftsteuer befreit.

Die Beiträge, die das Mitglied an sein berufsständisches Versorgungswerk zahlt, sind als Sonderausgaben bei entsprechender Anwendung von § 10 Abs.1 Nr. 2 b EStG absetzbar.

Die von den berufsständischen Versorgungswerken gewährten Renten sind in einkommensteuerlicher Hinsicht sonstige Einkünfte im Sinne des § 22 EStG. Kinderzuschüsse zu Alters- oder Berufsunfähigkeitsrenten sind nach § 3 Nr. 1 b EStG ebenfalls steuerfrei.¹⁵

higkeit sowie zur Sicherung der Hinterbliebenen schaffen. Sie können die Kammermitglieder verpflichten, Mitglied der Versorgungseinrichtung zu werden. Das Vermögen der Versorgungseinrichtung ist vom übrigen Vermögen der Kammer getrennt zu verwalten.

(2) In der Satzung sind insbesondere zu regeln:

1. die versicherungspflichtigen Mitglieder
2. die Höhe der Beiträge
3. die Art und der Umfang der Versorgungsleistung
4. der Beginn und das Ende der Mitgliedschaft
5. Befreiungen
6. die freiwillige Mitgliedschaft, insbesondere nach Beendigung der Mitgliedschaft in der Kammer.

(3) Die Satzung kann eine Mitgliedsnummer vorsehen, die das Geburtsdatum enthält.

Psychotherapeutenkammern dürfen aber auch – soweit ihnen ihr Heilammergesetz dies erlaubt – *sich einem bestehenden Versorgungswerk anschließen* und mit ihm kooperieren. Diese Möglichkeit ist in der Satzung des PVW²³ ausdrücklich vorgesehen. Dies kann juristisch durch Staatsvertrag oder durch Geschäftsbesorgungsvertrag geschehen. Natürlich können sich die Psychotherapeutenkammern Deutschlands auch den Luxus mehrerer Versorgungswerke leisten, was freilich nur unnötig Zeit und Geld kosten und die Rendite der einzelnen Versorgungswerke deutlich schmälern würde.

Mitgliedschaft im PVW

Nach der Satzung des PVW²³ sind zunächst alle Kammermitglieder auch *Pflichtmitglieder* des Versorgungswerks. Mitglieder des „Anfangsbestandes“, also Mitglieder zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Satzung des PVW bzw. Mitglieder zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Kooperationsvertrages einer anderen Kammer mit dem PVW, haben ein halbes Jahr Zeit, sich zu entscheiden, ob sie Mitglieder des PVW bleiben oder aus dem PVW ausscheiden wollen. Psychotherapeuten, die nicht zum Anfangsbestand des PVW gehören, sind und bleiben Pflichtmitglieder des PVW, wenn sie *freiberuflich* tätig sind. Sie zahlen den Regelpflichtbeitrag.

Angestellte Mitglieder der Kammer – ob zum Anfangsbestand gehörend oder nicht – haben eine Befreiungsmöglichkeit vom PVW, da sie sich von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung nicht befreien lassen können. Wenn sie Mitglied im PVW bleiben, können sie sich mit einem Teil des Regelpflichtbeitrags beteiligen. Auch die folgenden Mitglieder können sich auf Antrag von der Mitgliedschaft befreien lassen: Ange-

hörige eines anderen Versorgungswerks, Beamte und Nicht-Deutsche im Sinne des Art. 116 des Grundgesetzes, die einem Alterssicherungssystem in ihrem Heimatland angehören.

Durch schriftliche Erklärung kann auf die Befreiung auch wieder verzichtet werden, wenn auf Kosten des Mitglieds eine Gesundheitsprüfung durchgeführt worden ist, und der Antragsteller das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Die Mitgliedschaft endet durch Beendigung der Mitgliedschaft in der Psychotherapeutenkammer, durch Befreiung auf Antrag oder durch Tod.

Die Mitgliedschaft kann auf Antrag freiwillig auch nach dem Ausscheiden aus der PKN fortgeführt werden, die ihrerseits wieder befreiende Wirkung für andere Versorgungswerke hat.²²

Besteht eine Pflichtmitgliedschaft nach den oben genannten Kriterien, ist eine Befreiungsmöglichkeit ausgeschlossen. Deshalb hat das Bundesverfassungsgericht eine entsprechende Klage einer Beschwerdeführerin, Pflichtmitglied der Landeszahnärztekammer Brandenburg, zur Entscheidung erst gar nicht angenommen.¹⁷

Bestandsschutz innerhalb des PVW

Die berufsständischen Versorgungseinrichtungen der „klassischen“ verkammerten freien Berufe, insbesondere die der akademischen Heilberufe, zu denen die Psychotherapeuten seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes im Jahr 1999 ebenfalls gehören, stehen unverändert unter dem „Eigentumsschutz“ des Grundgesetzes (GG). Eine Einbeziehung der Mitglieder der Versorgungswerke in den Versichertenkreis der gesetzlichen Rentenversicherung verstöße gegen die „*Erforderlichkeitsklausel*“ des Arti-

kels 72 Abs. 1 GG, wie sie durch die jüngste Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts bestätigt worden sei. Dies stellte der Verfassungsrechtler D. Merten vor der jüngsten Mitgliederversammlung der Arbeitsgemeinschaft berufsständische Versorgungseinrichtungen e.V. (ABV) fest. Eine zwangsweise Einbeziehung der Personen, die eine Altersversorgung in einer öffentlich-rechtlichen Einrichtung haben, verstöße gegen das „*Übermaßverbot*“ und stelle damit einen „*unverhältnismäßigen Freiheitseingriff*“ dar.⁵

Nach der Aussage der Enquête-Kommission des Deutschen Bundestags „Demographischer Wandel“ wird zu den berufsständischen Versorgungswerken festgestellt, dass die berufsständischen Versorgungswerke eine höhere Effizienz als die gesetzliche Rentenversicherung aufwiesen und das sogar ohne Inanspruchnahme von Staatszuschüssen. Ein Aufgeben dieses gut funktionierenden Systems sei ökonomisch nicht begründbar. Zudem genössen die Ansprüche und Anwartschaften der in den Versorgungswerken Versicherten den Schutz der Artikel 12 und 14 des Grundgesetzes.⁷

Auch H. Roth sieht den Schutz der berufsständischen Versorgungswerke durch das Grundgesetz gewährleistet: „Das Grundrecht der Berufsfreiheit im Sinne des Art. 12 GG garantiert das gesamte, historisch gewachsene Wesen der freien Berufe. Damit umfasst der durch Art. 12 GG geschützte Bereich nicht nur einzelne Tätigkeits- und Funktionsmerkmale, sondern auch den spezifischen Berufsethos sowie die berufsständische Altersversorgung. Diese weitreichenden Schutzwirkungen basieren auf der Besonderheit des Freien Berufes und verbieten damit jeden Eingriff, der die berufsspezifisch gewachsene Homogenität des Berufsbildes der Freien Berufe ohne sachliche Rechtfertigung verändert oder gar zerbricht“.¹⁹

„Der Bestand der berufsständischen Versorgungswerke in der jeweils historisch gewachsenen Struktur wird auch durch Art. 14 GG gewährleistet. Der durch Art. 14 GG garantierte vermögensrechtliche Schutz umfasst dabei sowohl den Schutz der individualrechtlichen Position der versicherten Mitglieder als auch im Zusammenspiel mit Art. 19 Abs. 3 GG den organisationsrechtlichen Schutz der berufsständischen Versorgungswerke selbst“.²⁰

Kein Bestandsschutz außerhalb des PVW

Psychotherapeuten, die derart durch das Grundgesetz *nicht* geschützt sind, weil sie nicht oder noch nicht Mitglied eines Versorgungswerkes sind, unterliegen diesem Schutz natürlich nicht. Wie sich die angestellten Kolleginnen und Kollegen seit 1996 nicht mehr von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreien lassen können, so könnte es den Kammermitgliedern ergehen, die nicht oder noch nicht Mitglied eines Versorgungswerkes sind. Der Gesetzgeber könnte per Gesetz auch diese Personen zwingen, Mitglieder der gesetzlichen Rentenversicherung zu werden. Angesichts der desolaten deutschen Rentenversicherung, die für ihre Mitglieder – wenn überhaupt – nur eine sehr geringe Rendite erwirtschaftet, ist der Staat gezwungen, über zusätzliche Einnahmequellen nachzudenken. So werden z.B. vom Bundesfinanzminister „Schweizer Verhältnisse“, d.h. die Einführung einer staatlichen Grundrente für alle Bürger, also die Umwandlung der Arbeitnehmersversicherung in eine Volksversicherung, gefordert.²¹

Solche Überlegungen werden auch in der von der Bundesregierung eingesetzten Kommission „Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme“ unter der Leitung des

Vorsitzenden des Sozialbeirats und Wirtschaftsweisen, Prof. Rürup, angestellt, die Vorschläge zur Stabilität der Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung entwickeln soll.⁷

Die Gefahr, dass per Bundesgesetz noch in dieser Legislaturperiode andere, bisher nicht pflichtversicherte Berufsgruppen, seien es Beamte, Freiberufler oder Selbständige, sofern sie nicht als Mitglieder eines Versorgungswerks geschützt sind, in die gesetzliche Rentenversicherung einbezogen werden, könnte in der Tat für viele Kammermitglieder das entscheidende Argument für die Mitgliedschaft in einem Versorgungswerk sein.

Der staatliche Eingriff dürfte bei Selbständigen am leichtesten zu verwirklichen sein, denn schon bisher sind bestimmte Selbständigengruppen in der gesetzlichen Rentenversicherung (z.B. Handwerker). Auch um einer solchen gesetzgeberischen Entwicklung zuvorzukommen, hat die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen beim Aufbau eines Versorgungswerkes dermaßen auf das Tempo gedrückt, dass der Aufbau (manche nennen ihn eine „Turbo-Geburt“) in nur etwa einem Jahr gelungen ist. Wir wollen nicht hoffen, dass die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Niedersachsen die ersten, gleichzeitig aber auch die letzten sein werden, die in den Genuss eines Versorgungswerkes kommen.

Die Türen des PVW sind für andere Kammern weit geöffnet. Ein erster Landeskammervorstand hat seine Kooperationsabsicht mit dem PVW bereits bekräftigt und hat einen Sitz im Verwaltungsrat als Gast. Nachfolger sind ausdrücklich erwünscht. **Ein Psychotherapeutenversorgungswerk in Deutschland kann mit wesentlich niedrigeren Verwaltungskosten und we-**

sentlich höherer Rendite wirtschaften, als dies mehrere Versorgungswerke tun können – zum Wohle aller Psychotherapeuten und unseres psychotherapeutischen Nachwuchses!

Literatur

- 1 Kohse, P.: Die langen Jahre an der Peripherie. Mutmaßungen über die mangelnde Beschäftigung mit der eigenen Altersversorgung, Frankfurter Rundschau, 26.04.2001
- 2 Heubeck, K.: Die berufsständische Versorgung – finanziell gesichert und gut gerüstet – , ABV-report Nr. 1/2001 vom 13. Juli 2001
- 3 Jung, M.: Berufsständische Versorgung in Versorgungswerken, Quelle: Rosa Beilage zur VPP 1/2001, Rubrik: Alterssicherung für PsychotherapeutenInnen, Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V., 23.02.2001
- 4 Rechtsanwaltsversorgung Niedersachsen (RVN), Informationsbroschüre, Auflage 9.02, S.4
- 5 Altersversorgung, Bestandsschutz, Deutsches Ärzteblatt / PP / Heft 1 / Januar 2003, S. 5
- 6 Ehlers, D.: Grundfragen berufsständischer Versorgungswerke in ABV-materialien
- 7 Kirchhoff, U., Müller-Uthoff, K.: Versorgungswerk, ÄVN mit befriedigendem Geschäftsergebnis in wirtschaftlich schwierigem Umfeld, in: niedersächsisches ärzteblatt, 1/2003, S. 13 ff
- 8 Sievers, M.: Lebensversicherer machen nur halbherzig reinen Tisch. Selbst die gesenkten Renditeversprechen spiegeln nicht das ganze Finanzmarkt-Desaster wider. Und: Lebensversicherungen, Überschussbeteiligungen werden deutlich gesenkt, Frankfurter Rundschau, 26.11.2002
- 9 Pauly, C.: Stille Lasten statt Reserven, Der Spiegel, 30/2002, S. 72 ff

- 10 Tierärzteversorgung aktuell, Ausgabe Januar 2001
- 11 Ärzte-Zeitung, 11.11.1999
- 12 Ärzte-Zeitung, 02.12.2002
- 13 Roth, H.: Bestands- und Rentenverwaltung in der berufsständischen Versorgung, ABV-Materialien, cura Verlag Rainer Vollmer, Berlin, S. 187
- 14 Roth, H.: Bestands- und Rentenverwaltung in der berufsständischen Versorgung, ABV-Materialien, S. 211
- 15 Roth, H.: Bestands- und Rentenverwaltung in der berufsständischen Versorgung, ABV-Materialien, S. 237 f
- 16 Kommer, D.: Versorgungswerke für PP, e-mail, 07.01.2003
- 17 Bundesverfassungsgericht, AZ 1 BvR 1974/96, 08.03.2002
- 18 Kammergesetz für die Heilberufe (HKG) vom 19. Juni 1996 (Nds. GVBl. S. 259), zuletzt geändert durch Gesetz vom 16.12.1999 (Nds. GVBl. S. 423)
- 19 Roth, H.: Bestands- und Rentenverwaltung in der berufsständischen Versorgung, ABV-Materialien, S. 28
- 20 Roth, H.: Bestands- und Rentenverwaltung in der berufsständischen Versorgung, ABV-Materialien, S. 28 f
- 21 Jeder zahlt in die Rente. Das von Finanzminister Eichel hoch gelobte Schweizer Modell ruht auf drei Säulen, Braunschweiger Zeitung, 26.11.2002
- 22 Informationen zum Psychotherapeutenversorgungswerk (PWV), Geschäftsstelle: Neue Wiesen 5A, 30855 Langenhagen
- 23 Satzung des Psychotherapeutenversorgungswerks (PWV), Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, Marienstr. 16, 30171 Hannover, Stand 30.11.2002

Werner Köthke

Mitglied des Vorstands der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen,
 Vorsitzender des Verwaltungsrats des PWV,
 Mitglied des Vorstands der Landesgruppe Niedersachsen des DPTV
 Jasperallee 1 B
 38102 Braunschweig
 WKoethke@t-online.de

Recht: Aktuell

Praxistipps – Hinweise – Informationen

Hartmut Gerlach

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Recht sensationell

Bundesfinanzhof ändert seine Rechtsprechung zur Fort- und Ausbildung

Bislang galt in der Rechtsprechung des Bundesfinanzhofs (BFH) der eherne Grundsatz, dass *Fortbildungskosten*, also Kosten, die der Steuerpflichtige tätigt, um in dem ausgeübten Beruf auf dem Laufenden zu bleiben und den jeweiligen Anforderungen gerecht zu werden oder sich in dem ausgeübten Beruf fortzubilden, steuerlich – als Werbungskosten – voll anzuerkennen seien. Im Gegensatz dazu konnten *Berufsausbildungskosten*, also Kosten, die dem Ziel dienen, Kenntnisse zu erwerben, die als Grundlage für einen künftigen oder neuen Beruf notwendig sein würden, nur begrenzt als Sonderausgaben abgesetzt werden. Denn Letztere gehörten zu den Kosten der Lebensführung und seien deshalb, so der BFH, nicht als Werbungskosten absetzbar. Hier galten also nur die Höchstbeträge für Sonderausgaben. Der Unterschied war für den Steuerpflichtigen gravierend: **Werbungskosten** sind voll abzugsfähig, Ausbildungskosten (**Sonderausgaben**) hingegen nur bis zu einem bestimmten (geringen) Höchstbetrag. Mit dieser jahrzehntelangen Rechtsprechung – Unterscheidung zwischen Fortbildungskosten und Ausbildungskosten – hat der BFH nun mit seinem Urteil vom 17.12.2002 (Az: VI R 137/01) in sensationeller Weise gebrochen. Denn der Kernsatz seines Urteils lautet: „Der ... Senat hält an seiner bisherigen Rechtsprechung nicht mehr fest. Auch Aufwendungen für ein berufsbegleitendes erstmaliges Hochschulstudium können Werbungskosten sein. Ob das Studium eine Basis für andere Berufsfelder schafft oder einen Berufswechsel vorbereitet, ist unerheblich.“ **Entscheidend**, so der BFH, soll **nur noch die berufliche Veranlassung** sein, um die dann entstehenden Kosten als **Werbungskosten** voll absetzen zu können. Und weiter der BFH: „Der

erforderliche Veranlassungszusammenhang kann bei jedweder (!) berufsbezogenen Bildungsmaßnahme erfüllt sein ...“.

Der BFH begründet seinen Richtungswechsel mit den „tiefgreifenden Änderungen und Entwicklungen im Berufsleben“, denn ein „Lebensberuf“ in weiten Bereichen der Arbeitswelt existiere längst nicht mehr. Diesen Umständen müsse auch die Steuerrechtsprechung Rechnung tragen.

Wagte man angesichts dieses Urteils eine vorsichtige Prognose, so müssten eigentlich vor allem die **Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (KJP)**, so sie *kein* Psychologiestudium aufzuweisen hätten, von dieser Rechtsprechung **profitieren**. Soweit nämlich in der Vergangenheit auf ein Psychologiestudium eine psychotherapeutische *Fortbildung* gesetzt wurde, gingen die Finanzämter regelmäßig von Fortbildungskosten aus und nicht von Ausbildungskosten, beim Grundstudium Pädagogik oder Sozialpädagogik dagegen mit wenigen Ausnahmen von *Ausbildungskosten*. Im letzten Heft (*Psychotherapeutenjournal* 0/2002, S. 37) war schon auf ein anhängiges Verfahren eines KJP beim BFH hingewiesen worden. Wie nun eine aktuelle Nachfrage beim BFH ergab, wird voraussichtlich in dieser Sache etwa Mitte des Jahres ein Urteil ergehen. Wenn also der BFH seine geänderte Rechtsprechung konsequent umsetzt, dann kann das Ergebnis eigentlich nur sein, in vollem Umfang die (Fort-) Ausbildungskosten zum Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten steuerlich als Werbungskosten anzuerkennen.

Deshalb unser Rechtstipp: Ausbildungskandidaten/innen, denen das Finanzamt ihre Ausbildung nicht als Werbungskosten, sondern nur als Sonderausgaben anerkennt, sollten vorsorglich zur Wahrung ihrer Rechtsposition **Einspruch** einlegen. Konsultieren Sie deshalb Ihren Steuerberater!

Recht kindgerecht

Sozialgericht Stuttgart: Psychotherapeuten können die Behandlung von Säuglingen und Kleinkindern abrechnen

In einem Urteil hat das Sozialgericht (SG) Stuttgart (Az.: S 5 KA 343/01) zugunsten einer analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin entschieden, dass die beklagte KV zu Unrecht eine Vergütung psychotherapeutischer Behandlungen von Säuglingen und Kindern bis zur Vollendung des 4. Lebensjahres abgelehnt habe. Denn eine ausdrückliche Bestimmung einer Altersgrenze enthielten weder die Gebührennummern 860, 870 und 871 EBM, noch sei ein ausdrücklicher Ausschluss der Berechnungsfähigkeit den Psychotherapie-Richtlinien und den -Vereinbarungen zu entnehmen. Für Psychotherapeuten eher selbstverständlich, nicht aber für die beklagte

KV: ihr schreibt das Gericht ins Stammbuch: „... nach Kenntnis der ... Kammer können bereits Säuglinge u. a. an psychisch bedingten Entwicklungsstörungen, auf Konflikten beruhenden Verhaltens- und emotionalen Störungen sowie einem gestörten Sozialverhalten als Folge internalisierter Affekte mit psychisch bedingten Symptomen wie z. B. Schlafstörungen, Essstörungen, exzessives Schreien oder Neurodermitis leiden ...“. Diese Störungen können „bereits im Säuglings- und Kleinkindalter auftreten und jedenfalls unter Einschaltung der jeweiligen Bezugspersonen auch einer psychiatrischen Behandlung zugänglich sein ...“.

Das Gericht führt weiter aus: „Soweit eine unmittelbare, verbale Kommunikation *zwischen* Patient und Psychotherapeut entwicklungsbedingt noch nicht möglich ist, kann der **Psychotherapeut über die Bezugspersonen mit dem kleinen Patienten kommunizieren**; er kann sich darüber hinaus aber auch unmittelbar verbal an diesen wenden und so *mit* ihm kommunizieren, wie dies die Klägerin in der mündlichen Verhandlung anschaulich dargestellt hat“.

Die beklagte KV hat zwar gegen dieses Urteil Berufung eingelegt, diese aber inzwischen wieder zurückgenommen.

Recht: Wichtig!

Impressumpflicht für Web-Anbieter nach Teledienstegesetz Bei Verletzung droht Bußgeld

„Diensteanbieter“, und zu denen zählen auch Psychotherapeuten, die ihre Dienste über Internet anbieten, haben nach § 6 des Teledienstegesetzes (TDG) die Pflicht, die Homepage mit bestimmten Informationen auszustatten. Jene müssen leicht erkennbar, unmittelbar erreichbar und ständig verfügbar sein, nämlich: Name und Anschrift, unter der der Anbieter niedergelassen ist, Angaben, die eine schnelle elektronische Kontaktaufnahme und unmittelbare Kommunikation mit ihm ermöglichen, einschließlich der Adresse der elektronischen Post, Angaben zur zuständigen Aufsichtsbehörde (Psychotherapeuten-

kammer), ggf. die Registernummer im Partnerschaftsregister, die Nennung der Landespsychotherapeutenkammer, welcher der Diensteanbieter angehört, seine gesetzliche Berufsbezeichnung und den Staat, der ihm die Berufsbezeichnung verliehen hat. Ferner muss ein Hinweis auf die Berufsordnung, soweit sie von der Landespsychotherapeutenkammer erlassen wurde, erfolgen, wenigstens aber der Hinweis auf das jeweilige Landes-Gesundheitsdienstgesetz/Heilberufes(kammer)gesetz und ggf. eine Umsatzsteueridentifikationsnummer (vgl. *Psychotherapeutenjournal* 0/2002 S. 36). Ein geschäftsmäßiges

Angebot liegt z. B. schon dann vor, wenn eine psychotherapeutische Web-Visitenkarte in das Internet gestellt wird.

Den vollständigen Text des § 6 („Allgemeine Informationspflichten“) Teledienstegesetz (BGBl. I S. 3721, 3722) finden Sie unter der Homepage der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg: www.lpk-bw.de. Im Falle der Verletzung der Impressumspflicht droht eine Geldbuße (theoretisch) bis zu 50.000 Euro. Ein **Impressum** für eine/n Psychotherapeuten/in könnte bspw. **folgendermaßen gestaltet** werden:

Pflichtangaben gem. § 6 Teledienstegesetz (TDG)

Name und Sitz der psychotherapeutischen Praxis:

Jana Müller, Schlossstr. 4, 55555 Musterort, Telefon, Telefax, e-mail

Gesetzliche Berufsbezeichnung:

Psychologische Psychotherapeutin, verliehen in der Bundesrepublik Deutschland

Maßgebliche berufsrechtliche Regelungen:

Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz – PsychThG) v. 16.06.1998 (BGBl. I S. 1311), zuletzt geändert am 20.06.2002 (BGBl. I S. 1946, 1996)

Landesgesundheitsdienstegesetz/Landesheilberufe-Kammergesetz :

Texte der genannten Bestimmungen sind im Buchhandel erhältlich oder im Internet von der Aufsichtsbehörde (s. u.) abrufbar (z. B. www.lpk-bw.de).

Zugehörige Aufsichtsbehörde gem. § 6 Nr. 3 TDG:

Landespsychotherapeutenkammer Straße ... Ort ... Tel. ... Fax ... e-mail ... Internet: (z.B.: www.lpk-bw.de)

Umsatzsteueridentifikationsnummer: (*Entfällt*, denn psychotherapeutische Leistungen sind steuerbefreit, weil heilberuflich gem. § 4 Nr. 14 UStG – vgl. *Psychotherapeutenjournal* 0/2002, S. 36).

Recht erleichtert

Vernichtung von Patienten- und Buchungsunterlagen nach zehn Jahren zulässig

Am besten Fachfirma beauftragen

Bekanntlich sind psychotherapeutische Aufzeichnungen von Psychotherapeuten mindestens zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren (§ 57 Abs. 2 Bundesmantelvertrag Ärzte – BMV-Ä; jeweiliges Landes-Heilberufekammergesetz). Ähnliches gilt für Buchführungsunterlagen (§ 147 Abs. 3 Abgabenordnung – AO 1977): Die Aufbewahrungsfrist beginnt mit dem Schluss des Kalenderjahres, in dem die letzte Buchungseintragung vorgenommen wurde oder der Buchungsbeleg

entstanden ist. Nach Ablauf dieser Zehnjahresfrist dürfen die Unterlagen datenschutzgerecht vernichtet werden.

Datenschutzgerecht vernichten

heißt: Sie beauftragen am besten ein Entsorgungsunternehmen (*Gelbe Seiten!*), das zu Ihnen in die Praxis kommt und – quasi unter Ihren Augen – eine datenschutzgerechte Vernichtung vornimmt. Anschließend erhalten Sie eine Bescheinigung, die Ihnen diese Tatsache bestätigt.

Ganz Recht:

Wissen Sie eigentlich, dass

- Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in der Anlage 1a „VI. Angestellte im Sozial- und im Erziehungsdienst“, Vergütungsgruppe BAT III, Nr. 8, eingruppiert sind?
- Sie Ihre Schweigepflicht bei schweren Misshandlungen von Kindern und bei sexuellen Übergriffen brechen dürfen, aber nicht müssen? (*Bender MedR* 2002, S. 626)
- Sie verpflichtet sind, „peinlich genau“ abzurechnen? (BSG v. 18.8.1972, 6 RKA 28/71; BSGE 43, 250)
- eine (Privat-)Rechnung nach GOP/GOÄ nur dann fällig ist, wenn sie Folgendes enthält: das Datum der Erbringung der Leistung, die Gebührennummer und die Bezeichnung der einzelnen Leistungen einschließlich der Mindestdauer der Therapie-sitzung und den Steigerungssatz? Fehlt nur eines dieser Kriterien, ist die Rechnung nicht fällig, der Patient muss sie bis zur Korrektur nicht bezahlen, und er kommt dadurch auch nicht in Verzug.
- Kinder, die das 15. Lebensjahr vollendet haben (§ 36 SGB I) und gesetzlich versichert sind (§ 10 SGB V), eigene Leistungsansprüche gegen die Krankenversicherung haben und ohne Einwilligung der Sorgeberechtigten, also selbständig, eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen können?

RA Hartmut Gerlach

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

Aktuelles aus der Forschung

Barbara Ripper

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Wir stellen Ihnen hier aktuelle Forschungsergebnisse aus verschiedenen psychotherapie-relevanten Themenbereichen vor, die für Ihren Arbeitsalltag interessant sein können. Damit möchten wir Sie als Leser auch zu einer Diskussion der hier berichteten Forschungsthemen anregen. Natürlich können wir immer nur eine

Auswahl aus dem breiten Spektrum an Forschungsarbeiten anbieten und achten dabei besonders auf die Relevanz für den beruflichen Alltag. Bitte nutzen Sie für Ihre Literaturrecherche auch die homepage „www.lpk-bw.de“, die Links zu Journalen mit kostenlosem Zugang zu Abstracts anbietet.

Intensive Langzeitbetreuung verbessert den Behandlungseffekt bei Depression

Rost, K. et al. (2002). *Managing depression as a chronic disease: A randomised trial of ongoing treatment in primary care. BMJ, 325:934-7.*

US-Amerikanische Forscher evaluierten in 12 Praxen der Grundversorgung („primary care“) den Effekt von Langzeitbehandlungen für chronische Erkrankungen bei 211 Erwachsenen (mittleres Alter: 43; 83% davon waren Frauen), die die Kriterien für eine Depression (bzw. „major depression“ nach DSM-IV) erfüllten.

Die Behandlung wurde entweder mit normaler Betreuung (96 Patienten) oder in Form von intensiver Betreuung (115 Patienten) durchgeführt. Patienten mit intensiver Betreuung wurden über zwei Jahre hinweg begleitet. In den ersten 6 Monaten wurden die betreuenden Ärzte benachrichtigt, wenn die Patienten in Screenings als depressiv eingestuft wurden und sie bestärkten sie dann (in der Sprechstunde, mit Informationsmaterialien und über Telefonanrufe) darin, einen Psychotherapeuten oder einen Psychiater aufzusuchen. Während der darauf folgenden 18 Monate wurden die Patienten regelmäßig telefonisch vom Pflegepersonal kontaktiert. Bei Patienten mit normaler Betreuung wurden die betreuenden Ärzte nicht kontaktiert, wenn die Patienten die Kriterien einer Depression erfüllten und die Patienten erhielten auch keine regelmäßigen Telefonanrufe vom Pflegepersonal.

Patienten mit intensiver Betreuung nutzen signifikant häufiger die Hilfe von Psychotherapeuten oder Psychiatern und nahmen über eine signifikant längere Zeitdauer Antidepressiva ein (6.5 vs. 4.3 Monate) als Patienten in der Gruppe mit normaler Betreuung. Ein signifikant größerer Anteil der Patienten mit intensiver Betreuung zeigte 24 Monate nach Behandlungsbeginn keine Depression (74% vs. 41%) und auch das emotionale und physische Befinden war bei diesen Patienten signifikant besser als bei Patienten mit normaler Betreuung.

Kommentar: Diese Studie weist auf die Vorteile einer anhaltenden Betreuung bei depressiven Patienten hin und steht damit in Übereinstimmung mit anderen Forschungsergebnissen, die in der ambulanten Versorgung bei stark ausgeprägten depressiven Störungen kurzfristig eine Kombination von Psychopharmaka und Psychotherapie nahe legen. Bedauerlicherweise erlaubt das Design der Studie aber keine Hinweise auf differentielle Effekte der verschiedenen Komponenten einer „intensiven Betreuung“. Bevor jedoch ein so intensives Konzept als Routinebehandlung durchgesetzt werden kann, sind – auch angesichts der angespannten Situation im Gesundheitssystem – weitere differentielle Wirksamkeitsanalysen und Kosten-Nutzen Analysen zu diesem Vorgehen notwendig.

Östrogen und Schizophrenie: Worin liegt die Verbindung?

Bergemann, N. et al. (2002) *Acute psychiatric admission and menstrual cycle phase in women with schizophrenia. Arch Women Ment Health, 5:119-26.*

Kulkarni, J. et al. (2002). *A clinical trial of adjunctive oestrogen treatment in women with schizophrenia. Arch Women Ment Health, 5:99-104.*

Die Tatsache, dass bei Frauen der Beginn einer Schizophrenie meist später eintritt als bei Männern, hat zu der Spekulation geführt, dass dem Hormon Östrogen eine entscheidende Rolle als Schutzfaktor bei psychotischen Erkrankungen zukommt. Zwei Studien zeigten jetzt Ergebnisse, die diese Vermutung bestärken.

In einer Multicenter-Studie überprüften deutsche Forscher, ob bei zwei Gruppen prämenopausaler Frauen mit Schizophrenie (115 und 170 Patient-

innen) die Phasen des menstruellen Zyklus mit dem Zeitpunkt einer Einweisung in Zusammenhang stehen. In beiden Gruppen kam es zu einer signifikant erhöhten Anzahl von Einweisungen (37% der ersten Gruppe und 31% der zweiten Gruppe) in der Zeitphase von 3 Tage vor bis 3 Tage nach dem ersten Tag der Periode als in anderen Zeitphasen.

In einer kleinen Doppelblind-Studie untersuchten australische Forscher eine Gruppe von 36 Frauen mit Schizophrenie (mittleres Alter: 33-35, mittleres Alter bei erster Menses: 13-14, mittlere Krankheitsdauer: 6-10 Jahre), die stabil mit antipsychotischen Medikamenten versorgt waren und sich in einer aktiven Phase der Erkrankung befanden. An 28 Behandlungstagen wurde bei 12 Frauen ein Pflaster mit 50 Mikrogramm Östrogen pro Tag und bei weiteren 12 Frauen ein Pflaster mit

100 Mikrogramm Östrogen pro Tag appliziert. Die anderen 12 Frauen bekamen während der gleichen Zeit ein Placebo-Pflaster. Patientinnen mit einer Östrogen-Dosis von 100 Mikrogramm pro Tag zeigten am 28. Tag signifikant weniger psychotische Symptome als Frauen in den beiden anderen Gruppen.

Kommentar: Die Ergebnisse der ersten Studie weisen darauf hin, dass die niedrigen Östrogen-Werte in der perimenstruellen Phase bei Frauen mit einer Schizophrenie zu einem Anstieg der psychotischen Symptome führen können. Ergebnisse der zweiten Studie eröffnen einen möglichen Ansatz, der für die Behandlung dieser Patientinnen sinnvoll sein könnte. Ob dieser Effekt des Östrogens mit seiner bekannten antidopaminergen Wirkung begründet ist, oder ob er (auch) andere Neurotransmitter-Systeme beeinflusst, konnte bisher nicht geklärt werden.

Emotionsmuster von Patienten in hilfreichen Sitzungen kognitiv-behavioraler und psychodynamisch-interpersonaler Psychotherapie

Mackay, H. et al. (2002) *Patterns of client emotion in helpful sessions of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal therapy. Journal of Counseling Psychology, 49 (3):376-380.*

Obwohl kognitiv-behaviorale (KB) und psychodynamisch-interpersonale (PI) Psychotherapien vollkommen unterschiedliche Konzepte hinsichtlich der Emotionen von Patienten verfolgen, weisen beide vergleichbare Behandlungserfolge auf. Während KB die Kontrolle oder Beseitigung von Ängsten oder anderen unerwünschten Emotionen zum Ziel hat, führt PI die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen auf das Vermeiden schmerzhafter Emotionen zurück und

nutzt intensive unangenehme Gefühle als ein wichtiges Instrument der Therapie.

Um die unterschiedlichen Emotionsmuster von Patienten in den beiden Therapieformen zu untersuchen, wurden 18 depressive Patienten (5 Männer, 13 Frauen), die sich über 16 Sitzungen hinweg einer KB oder einer PI unterzogen, verglichen. Dafür wurden Bandaufnahmen von jeweils einer Sitzung, die von den Therapeuten als besonders hilfreich eingeschätzt worden war, hinsichtlich der Kriterien „angenehm“ vs. „unangenehm“ und „hohe Erregung“ vs. „niedrige Erregung“ eingestuft. Vier Psychotherapeuten führten jeweils beide Therapieformen durch. Für die Analyse wurden die Sit-

zungen 4 bis 13 herangezogen, da zu erwarten war, dass sich die ersten Sitzungen vor allem auf den Aufbau der therapeutischen Allianz und die letzten Sitzungen auf den Abschluss der Therapie beziehen würden. Jede Sitzung wurde von drei verschiedenen Beurteilern eingeschätzt.

Obwohl in beiden Therapieformen die Emotionen im als unangenehm bewerteten Bereich lagen, zeigten Patienten in hilfreichen PI Sitzungen wie erwartet signifikant mehr negative Emotionen als in hilfreichen KB Sitzungen. In PI Sitzungen folgten die Emotionen einer U-Kurve: eine Zunahme negativer Emotionen in der Mitte der Stunde wurde gefolgt von einer Rückkehr zu angenehmeren Gefühlen am

Ende der Stunde, was mit dem durch den Therapeuten geförderten Erleben schmerzhafter oder beängstigender Gefühle vereinbar ist. In KB Sitzungen war keine Kurvenform erkennbar.

Der Verlauf der Erregung in KB Sitzungen nahm über eine Stunde hinweg in der Mitte leicht ab und dann wieder zu, in PI Therapiestunden war diese Kurvenform umgekehrt und so war während der Mitte der PI Sitzungen die Erregung wie erwartet signifikant höher als in KB Therapiesitzungen. Die Unterschiede im Umgang mit starken

Emotionen in den beiden Therapieformen kommen anscheinend vor allem während der Sitzungen zum Tragen, während Patienten beider Behandlungsansätze mit vergleichbaren Gefühlen in eine Sitzung einsteigen.

Kommentar: Die Konvergenz der direkten Einschätzungen emotionaler Muster in dieser Studie mit den bekannten methodischen Unterschieden zwischen den beiden Therapieformen weist darauf hin, dass sie jeweils auf unterschiedlichen emotionalen Mechanismen beruhen, die jedoch beide

eine Möglichkeit zur wirksamen Behandlung psychischer Störungen darstellen. Die Studie stellt insofern einen Beitrag zur differentiellen Wirksamkeitsforschung in der Psychotherapie dar. Durch die relativ kleine Stichprobe (nur eine hilfreiche Sitzung bei 18 Patienten wurde bewertet) wird die statistische Aussagekraft der Studie jedoch empfindlich reduziert. Dadurch konnte auch auf den Verlauf der Emotionen über die Sitzungen nicht eingegangen werden. Weitere Studien zu dieser Fragestellung wären daher wünschenswert.

Zwei-Phasen Behandlung bei PTSD nach Missbrauch in der Kindheit: Training des Affekts und der interpersonalen Regulation mit anschließender Exposition

Cloitre, M. et al. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: a phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70(5): 1067-1074.

Von physischem und sexuellem Missbrauch sind Mädchen in der Kindheit etwa doppelt so häufig betroffen wie erwachsene Frauen. Trotzdem liegt die Entwicklung von Behandlungsansätzen für erwachsene Überlebende von Missbrauch in der Kindheit weit hinter der für erwachsene Missbrauchsopfer. Ein Grund dafür dürften die weit über die Symptome einer PTSD hinaus reichenden Konsequenzen dieser Erlebnisse sein, die zu auffälligem Verhalten bei der Emotionsregulation und bei interpersonalen Interaktionen führen und die ein komplexes Behandlungsprogramm erfordern. Bei diesen Patientinnen zeigen sich Dysregulationen des Affekts in schon niedrigschwellig auslösbaren emotionalen Reaktionen mit hoher Intensität, die nur langsam wieder auf ein Normalniveau absinken, ein Verhalten, das

vermutlich auch die interpersonalen Probleme mit verursacht. Häufige Schwächen sind eine erhöhte Empfindlichkeit gegenüber Kritik, Konfliktschwäche, ein Unvermögen, die Standpunkte anderer nachzuvollziehen und Probleme dabei, sich gegenüber anderen zu behaupten und anderen zu vertrauen. Diese Schwierigkeiten haben nicht nur Auswirkungen auf viele verschiedene Lebensbereiche, sondern stellen auch eine Behandlung anhand einer auf Expositionen basierenden Psychotherapie in Frage. Obwohl ein emotionales Verarbeiten von traumatischen Erlebnissen im Rahmen einer Exposition als entscheidendes Element bei der Auflösung der Symptome einer PTSD gesehen wird (und bei erfolgreicher Therapie auch klare Langzeiterfolge nachweisbar sind), ist das Risiko von Symptomverstärkungen, niedriger Compliance und hohen drop-out-Raten bei Expositionstherapien bei PTSD-Patientinnen mit Missbrauchserlebnissen in der Kindheit hoch.

Um den negativen Einfluss der auf das Trauma bezogenen Persönlichkeitsei-

genschaften der Patientinnen auf den Behandlungserfolg einer Expositionstherapie abzumildern, führten die Autoren vor einer Expositionstherapie ein Training zur Affektregulierung und zur Verbesserung der sozialen Fähigkeiten durch. So sollten einerseits die Alltagskompetenzen der Patientinnen gestärkt werden und gleichzeitig ein Aufbau einer stabilen therapeutischen Allianz ermöglicht werden, um anschließend die emotionale Verarbeitung des Traumas durch länger andauernde Expositionssitzungen zu ermöglichen.

Von 58 Patientinnen mit PTSD aufgrund von Misshandlungen in der Kindheit (mit einem mittleren Alter von 34 Jahren) wurden 27 Patientinnen als Kontrollgruppe in eine Warteliste aufgenommen und ihnen wurde ein Beginn einer Behandlung in 12 Wochen in Aussicht gestellt. Während dieser Zeit wurde wöchentlich eine 15-minütige telefonische Sitzung durchgeführt. 31 weitere Patientinnen wurden über 16 Sitzungen innerhalb von 12 Wochen von drei verschiedenen Psychotherapeutinnen mit dem Zwei-

Phasen Modell behandelt. In der ersten Phase wurden in 8 wöchentlichen einstündigen Sitzungen die Affektregulierungs- und die interpersonalen Fähigkeiten kognitiv-behavioral trainiert. In der zweiten Phase wurde in zwei 1,5-stündigen Sitzungen pro Woche die Expositionstherapie durchgeführt, in dem die Patientinnen angehalten wurden, wiederholt ihre traumatischen Erlebnisse in detaillierter und emotional engagierter Form zu beschreiben. Dabei wurden sie jedoch nicht in vivo mit Hinweisreizen auf das Trauma konfrontiert. Nach jeder Exposition wurden sie auf die gelernten Möglichkeiten zur Affektkontrolle hingewiesen, ihre Wahrnehmung wurde auf die Gegenwart zurück gelenkt und sie wurden gebeten, negative interpersonale Schemata in ihrer Schilderung zu identifizieren. Zwischen den Sitzungen soll-

ten sie sich zu Hause ihre auf Band aufgenommenen Beschreibungen anhören.

Die Ergebnisse zeigten, dass der Aufbau einer positiven therapeutischen Allianz und eine Verbesserung der Regulation negativer Gefühle in Phase 1 signifikante Prädiktoren für eine Reduzierung der PTSD Symptome in Phase 2 darstellen. Die Therapie führte bei den Patientinnen auch 3 und 6 Monate danach in den drei Bereichen Affektregulation, interpersonale Fähigkeiten und PTSD Symptome zu signifikanten Verbesserungen gegenüber der Kontrollgruppe. Ein solcher in zwei Phasen aufgebauter Behandlungsansatz scheint daher den speziellen Bedürfnissen von PTSD-Patientinnen mit Missbrauchserfahrungen in der Kindheit gerecht zu werden und könnte

gezielt zu einer Verbesserung der Lebensqualität dieser Patientinnen beitragen.

Kommentar: Die Studie schlägt einen interessanten neuen Zwei-Phasen Ansatz für PTSD-Patientinnen mit Missbrauchserfahrungen in der Kindheit vor und kann seine Wirksamkeit im Vergleich zu Patientinnen ohne Behandlung nachweisen. Um den von den Autoren vorgebrachten Einwurf zu überprüfen, eine reine Expositionstherapie würde zu niedrigerer Compliance und zu höheren drop-out Raten bei diesen Patientinnen führen, wäre allerdings ein direkter Vergleich zwischen den beiden Therapieverfahren wünschenswert. Wirksamkeitsvergleiche mit psychodynamischen Therapieansätzen stehen ebenfalls noch aus.

Konsiliar- oder Liaisondienst – was motiviert Schmerzpatienten eher zu einer Psychotherapeutischen Behandlung?

Köllner, V. et al. (2002) Psychosomatischer Konsil- oder Liaisondienst in einer Schmerzambulanz. Was verändert sich? Der Anaesthetist, 51(11): 897-903.

Auch wenn die Effektivität einer Psychotherapie inzwischen in vielen gut kontrollierten und randomisierten Studien nachgewiesen wurde, ist es schwierig, Patienten mit chronischem Schmerz dazu zu motivieren, diese Behandlungsform zu nutzen. Das Modell eines Konsiliar- und das eines Liaisondienstes wurden in ihrer Effektivität, Schmerzpatienten eine interdisziplinäre medizinische und psychotherapeutische Behandlung zu ermöglichen, verglichen. Dazu analysierten die Untersucher retrospektiv die Daten von 165 Patienten 6 Monate vor und von 277 Patienten 6 Monate nach einer Umstellung von einem Konsiliar- zu einem Liaisondienst zwischen einer ambulanten

Schmerzambulanz und einer psychosomatischen Abteilung.

Im Liaison-Modell empfahlen die Mediziner der Anästhetischen Abteilung signifikant häufiger eine diagnostische Untersuchung durch einen Psychotherapeuten (25.6% vs. 13.9%), was auch signifikant häufiger von den Patienten angenommen wurde (63.3% vs. 30.4%). Nach der Umstellung auf den Liaisondienst zeigte sich auch ein signifikanter Rückgang der verschriebenen Opiate und Benzodiazepin-Medikamente, während der Einsatz invasiver Methoden unverändert blieb.

Die Motivation der Mediziner und der Patienten zu einem psychosomatischen Schmerzbehandlungsansatz war also nach der Umstellung zu einem Liaisondienst deutlich höher als bei dem Konsiliardienst. Eine Psychotherapie scheint von Schmerzpatienten dann besser akzeptiert zu wer-

den, wenn sie in einem multidisziplinären Kontext und innerhalb der vertrauten Umgebung einer Schmerzambulanz angeboten wird.

Kommentar: Diese viel versprechenden Ergebnisse zeigen den Einfluss der Struktur der Zusammenarbeit mit den medizinischen Kollegen auf das Gelingen eines psychosomatischen Ansatzes. Auch äußere Strukturen sind demnach für die Qualität und Effizienz der Kooperation entscheidend.

Dr. Barbara Ripper

Wissenschaftliche Mitarbeiterin der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg
Hauptstätter Straße 89
70178 Stuttgart
Tel. 0711/674470-40
ripper@psychotherapeutenkammer-b-w.de

Stellungnahme zum drohenden Irak-Krieg

Resolution anlässlich der Sitzung der Arbeitsgemeinschaft der Psychotherapeutenkammern der Länder am 25./26.1.2003 in Wiesbaden

Als Vertretung der Berufsgruppe, die sich mit den Konflikten, den Ängsten und dem seelischem Leiden der Menschen beschäftigt, sehen wir uns zu folgender Erklärung gezwungen:

„In der aktuellen politischen Situation, die durch einen drohenden, scheinbar unausweichlichen Krieg gekennzeichnet ist, fordern wir, **die Suche nach politisch-diplomatischen Lösungen unbefristet**

fortzusetzen. Kriege mit unabsehbaren Folgen für die Menschen sind keine naturgesetzlichen Ereignisse und ergeben sich auch nicht zwangsläufig aus Regel- und Vertragswerken oder deren Verletzungen. **Kriege sind immer Entscheidungen von Menschen gegen Menschen und sie sind immer ein massiver Angriff gegen die nachfolgenden Generationen.** Wir fordern, dass alle politischen Kräfte sich anstrengen, einen Krieg zu verhindern.“

Psychosoziale Betreuung und psychotherapeutische Interventionen bei Mammakarzinom

Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

Einführung

Auf Initiative und unter Federführung des Landesgesundheitsministeriums arbeiten in Nordrhein-Westfalen in der „Konzertierten Aktion gegen Brustkrebs des Landes NRW“ Vertreterinnen und Vertreter der in der Versorgung von Brustkrebspatientinnen involvierten Berufe, Institutionen und Selbsthilfeorganisationen mit dem Ziel zusammen, die Versorgung der betroffenen Patientinnen zu verbessern und stärker an die Bedürfnisse der Patientinnen anzupassen.

Als **vordringliche Handlungsfelder** wurden dabei formuliert:

- Verbesserung der Früherkennung,
- die Entwicklung einer sektorübergreifenden Dokumentation zur Verbesserung der Informationsweitergabe unter den Behandlern (sog. Elektronische Patientinnenakte),
- die Einrichtung von Brustzentren, verbunden mit der Definition von Qualitätsstandards in der Ra-

diologie, operativen Therapie und Chemotherapie sowie die Verbesserung der psychosozialen Betreuung der Patientinnen.

Studien haben ergeben, dass sich betroffene Frauen vor allem im Hinblick auf ihre psychosoziale Situation im augenblicklichen Behandlungsverlauf kaum oder nicht ausreichend unterstützt fühlen. So wurden von einer Arbeitsgruppe „Information, Begleitung und psychosoziale Beratung von Patientinnen mit Brustkrebs“ unter Beteiligung u.a. der Ärztekammern, der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Wohlfahrtsverbände, kommunalen Spitzenverbände und der Selbsthilfe Vorschläge zur Verbesserung der Information, psychosozialen Begleitung und ggf. psychotherapeutischen Betreuung der Patientinnen erarbeitet.

Hinweise auf die berichteten wissenschaftlichen Ergebnisse werden hier nicht durch Literaturangaben belegt, können aber auf Anfrage bei der Psychotherapeutenkammer NRW angefordert werden.

Als **wesentliche Ziele** wurden festgelegt:

- das Informations- und Beratungsangebot zu verbessern, um die Mitwirkungs-, Entscheidungs- und Bewältigungsmöglichkeiten der Patientinnen zu stärken
- die psychosozialen Handlungsstrategien und Gesprächsführungskompetenzen der Behandler im vorstationären, stationären und Nachsorgebereich zu qualifizieren
- in allen Stationen der Versorgungskette individuell angepasste, qualitätsgesicherte, für die Patientinnen transparente und zugängliche Angebote psychosozialer bzw. psychotherapeutischer Betreuung zu entwickeln.

Nach ihrer endgültigen Konstituierung wurde zu Beginn des letzten Jahres die Psychotherapeutenkammer NRW um Stellungnahme zu den bisher erarbeiteten Empfehlungen gebeten. Die Kammer erarbeitete eine ausführliche Stellungnahme mit einem differenzierten Konzept auf der Grundlage des aktuellen Forschungsstands der Psychoonkologie.

Dieses Konzept geht davon aus, dass bei Berücksichtigung der nachgewiesenen Wirksamkeit psychologischer Interventionen und psychotherapeutischer Verfahren bei der Behandlung von Brustkrebs deutliche Verbesserungen im Behandlungsverlauf und im Behandlungsergebnis erreicht werden können. Voraussetzung dafür ist, wie dargestellt, jedoch eine fachlich begründete, professionelle Erfassung psychosozialer Belastungsfaktoren, maladaptiver Krankheitsbewältigungsmuster sowie prä- und komorbider psychischer Erkrankung und die Entwicklung und Verfügbarkeit entsprechender Behandlungs- und Betreuungsangebote bzw. der jeweiligen individuellen Situation angepasster Behandlungspfade.

Ein solches Behandlungskonzept setzt eine **sektorübergreifende Zusammenarbeit** zwischen vorstationärem, stationärem und rehabilitativen Bereich voraus und ermöglicht eine sinnvolle **Kooperation der verschiedenen Behandlergruppen und der Selbsthilfe** sowie eine bessere **Berücksichtigung und Unterstützung der individuellen Ressourcen der Patientin**.

Als Kammer NRW möchten wir an diesem aktuellen Thema zeigen, was und wie viel die Psychotherapeuten zu einer größeren Patientenorientierung, zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung und Lebensqualität von PatientInnen beitragen können und wie eine sinnvolle Nutzung der Fähigkeiten von PsychotherapeutInnen in einem integrierten und kooperativen Versorgungssystem konkret aussehen kann. In einem solchen System würden angestellte und niedergelassene PsychotherapeutInnen in verschiedenen Versorgungsformen miteinander, mit Angehörigen anderer Berufe, Beratungsinstitutionen und Selbsthilfeeinrichtungen kooperieren bzw. diese spezifisch unterstützen. Richtlinienpsychotherapie wäre hierbei ein Baustein im

Falle einer dafür vorliegenden spezifischen Indikation im Rahmen eines übergreifenden Behandlungskonzepts.

Im Rahmen der Diskussion zur psychosozialen Betreuung und psychotherapeutischen Versorgung im Disease-Management-Programm (DMP) Brustkrebs hat der Vorstand das Konzept konkretisiert und in die Diskussion um die praktische Umsetzung der Disease-Management-Programme eingebracht.

Gleichzeitig arbeitet die Kammer daran, den Erfahrungsaustausch zwischen den Kolleginnen und Kollegen, die bereits in verschiedenen Versorgungsformen psychoonkologisch arbeiten, zu verbessern und entsprechend qualifizierte Fortbildungsangebote für PsychotherapeutInnen anzubieten. Eine erste Fortbildungseinheit wurde in diesem Frühjahr durchgeführt. Weiterhin wird zusammen mit anderen Beteiligten in der "Konzertierten Aktion gegen Brustkrebs" an der Entwicklung eines psychoonkologischen Screenings, das in Brustzentren bzw. im Rahmen der DMP ökonomisch einsetzbar ist, gearbeitet.

Monika Konitzer

Vorschlag zu Maßnahmen im Rahmen eines Disease-Management-Programms Brustkrebs

Zielsetzung

Mit der Integration psychologisch-psychosomatischen Fachwissens und psychotherapeutischer Kompetenzen in ein Disease-Management Programm für Brustkrebs können folgende Ziele erreicht werden:

1. Förderung von Selbsthilfepotentialen der Patientinnen und von emotional stützenden Ressourcen ihres sozialen Umfeldes.
2. Frühzeitige Identifikation und tertiär-präventive Behandlung psychi-

scher Auffälligkeiten und maladaptiver Krankheitsbewältigungsmuster.

3. Effektive Behandlung von komorbiden psychischen Störungen.
4. Verbesserung der Lebensqualität von Brustkrebspatientinnen im Verlauf ihrer Brustkrebserkrankung.
5. Verringerung von Komplikationen im Krankheitsverlauf.
6. Reduktion der Rückfallquote bei Brustkrebserkrankungen.
7. Verlängerung der Lebensdauer bei malignen Brustkrebserkrankungen.

Zur Erreichung dieser Zielsetzung sind folgende Maßnahmen erforderlich:

1. Beteiligung von psychologisch-psychosomatischen Experten bei der Programmentwicklung

Wie die vorliegenden Programm-entwürfe für Disease-Management bei Brustkrebs zeigen, ist der international erreichte interdisziplinäre Wissensstand über eine adäquate Behandlung von Brustkrebserkrankungen nur unzureichend berücksichtigt worden. Insbesondere die psychosozialen Dimensionen der Krankheitsverarbeitung und des Krankheitsverlaufs wurden weitgehend ausgespart, obwohl empirisch gesichert ist, dass sie bedeutsam auf den Verlauf einer Brustkrebserkrankung Einfluss nehmen und empirisch bewährte psychologische Interventionen und psychotherapeutische Verfahren zur Verfügung stehen, die den Krankheitsverlauf somatisch und psychisch positiv beeinflussen können.

Um hier Fehlentwicklungen und Fehl-investitionen zu vermeiden sowie dem Stand der internationalen evidenzbasierten Leitlinienentwicklung zu entsprechen, ist die Einbeziehung von psychologisch-psychosomatischen Experten bei der Programmentwicklung dringend angezeigt.

2. Förderung von interdisziplinär zusammengesetzten Brustkrebszentren

Interdisziplinär zusammengesetzte Behandlungsteams haben sich im Sinne einer „comprehensive care“ bei Brustkrebserkrankungen international und auch in Deutschland bewährt und sollten deshalb im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms für Brustkrebs besonders gefördert werden. Die Einbeziehung der psychosozialen Dimensionen in die medizinische Behandlung von Brustkrebspatientinnen lässt sich innerhalb eines

interdisziplinären Behandlungsteams unter Beteiligung von Psychotherapeuten arbeitsteilig besonders kosteneffizient realisieren. Ein interdisziplinär arbeitendes Brustkrebszentrum hat viele Vorteile: Durch die arbeitsteilige Einbeziehung von Psychotherapeuten ist die Beachtung der psychosozialen Dimensionen einer Brustkrebserkrankung vom Beginn der Behandlung an gewährleistet; durch die selbstverständliche Einbeziehung der psychischen Verarbeitung der Brustkrebserkrankung sowie der Reaktionen des sozialen Umfelds fühlen sich die Patientinnen emotional entlastet und nicht stigmatisiert; durch den ständigen Austausch im Behandlungsteam kann psychologisch-psychosomatisches Wissen zur Optimierung der medizinischen Behandlung zeitnah genutzt werden; das höhere Patientenaufkommen erleichtert die kosteneffiziente Durchführung von tertiär-präventiven Gruppenangeboten.

Zu fordern ist demnach die Einrichtung mindestens einer Psychotherapeutenstelle in jedem Brustkrebszentrum, um den Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach evidenzbasierten Leitlinien zu genügen und die im Folgenden ausgeführten Aufgaben zu erfüllen.

3. Einbeziehung von psychologischen Screening-Verfahren in die Basis- und Verlaufsdokumentation

Für die frühzeitige Identifikation von psychischen Auffälligkeiten und maladaptiven Bewältigungsmustern der Patientinnen sowie von negativen Reaktionen des sozialen Umfelds auf die Erkrankung sind psychologische Screening-Methoden erforderlich: Zur Erfassung des emotionalen Rückhalts in der Familie bzw. im sozialen Umfeld ist der F-SozU (**Fragebogen zur sozialen Unterstützung**, Kurzfassung, Fydrich et al. 2002¹⁾) geeignet; zur Erfassung der **Lebensqualität** der QLQ-BR23 der

EORTC (Quality of Life Questionnaire, Sprangers et al. 1993²⁾; zur Erfassung von **Depressivität und Angst** der HADS-D (Hospital Anxiety and Depression Scale, Deutsche Version); zur Erfassung **psychischer Auffälligkeiten** der BC-PASS (Isermann et al. 2001³⁾ und das Distress-Thermometer (Holand 1999⁴⁾).

Diese Instrumente sollten Bestandteil der Eingangs- und Verlaufsdokumentation im Disease-Management Programm Brustkrebs sein. Der geringe Zeitaufwand bei der Bearbeitung und Auswertung, der durch eine entsprechende Computerisierung noch verringert werden kann, ermöglicht ein kontinuierliches Monitoring psychosozialer Risikovariablen und erleichtert die Indikationsstellung für adjuvante psychosoziale bzw. psychotherapeutische Interventionen. Darüber hinaus sind diese Verfahren auch eine notwendige Ergänzung der medizinischen Variablen bei einer fachlich fundierten Evaluation eines Disease-Management Programms.

4. Einbeziehung des psychologischen Fachwissens bei der Erstellung von Schulungsmaterialien und Schulungskonzeptionen

Wenn die zur Schulung der Brustkrebspatientinnen vorgesehenen Materialien und Instruktionen ihr Ziel erreichen sollen, die Selbstverantwortung und Mitbeteiligung der Patientinnen bei der erforderlichen medizinischen Behandlung zu fördern, dann sind die vorgesehenen Unterlagen und Schulungskonzeptionen auf ihre psychologische Eignung zu überprüfen. Dazu ist psychologisches Expertenwissen erforderlich.

5. Optimierung der Arzt-Patienten-Kommunikation

Die Arzt-Patienten-Kommunikation bei Brustkrebspatientinnen hat sich in vielen Untersuchungen als wenig förderlich für die Verbesserung der Patienten-

ten-Compliance herausgestellt. Ärzte ohne psychosomatische Basisqualifikation, die sich an einem Disease-Management Programm für Brustkrebs beteiligen wollen, sollten deshalb als Qualifikationsnachweis die Teilnahme an einem spezifisch auf die Anforderungen bei der Behandlung von Brustkrebspatientinnen abgestimmtes Kommunikationstraining nachweisen. Für die Entwicklung derartiger Trainingsprogramme ist psychologisches Expertenwissen erforderlich.

6. Qualitätszirkelarbeit und Balintgruppen

Zur Gewährleistung einer angemessenen Berücksichtigung der psychosozialen Dimensionen bei Brustkrebs Erkrankungen ist die interdisziplinäre Beteiligung von Psychotherapeuten und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie an der Qualitätszirkelarbeit erforderlich. Da die Qualitätszirkelarbeit in der Regel strukturiert und fachorientiert erfolgt und die persönliche Beteiligung der in die Behandlung einer Brustkrebspatientin einbezogenen Ärzte und Pflegekräfte nur von untergeordneter Bedeutung ist, sollten zusätzlich zu den Qualitätszirkeln Burnout-Symptomen entgegenwirkende Balintgruppen unter Beteiligung von Psychotherapeuten angeboten werden.

7. Supervision von Ärzten und Pflegekräften bei der Durchführung psychologischer Interventionen

Psychologische Interventionen wie supportive Gespräche, die Durchführung von Entspannungsverfahren und psycho-educativen Gruppen können auch von entsprechend geschulten Ärzten und Pflegekräften durchgeführt werden. Zur Gewährleistung einer angemessenen Qualität bei der Durchführung ist allerdings eine kontinuierliche Supervision erforderlich, die aufgrund ihrer einschlägigen Qualifikation von Psychotherapeuten durchgeführt werden sollte.

8. Strukturierte Gruppenangebote zur Stress- und Krankheitsbewältigung

Strukturierte Gruppenangebote zur Stress- und Krankheitsbewältigung haben sich als tertiär-präventive Maßnahme bei Brustkrebspatientinnen klinisch vielfach bewährt und sind in ihrer Effektivität empirisch gesichert. Sie sollten deshalb integraler Bestandteil eines Disease-Management Programms für Brustkrebs sein. Die Teilnahme an solchen Gruppen ist insbesondere bei Patientinnen mit einem psychosozialen Risikoprofil (jüngere alleinstehende Frauen, habituell ängstliche Patientinnen, Frauen in einer schwierigen sozialen Lebenslage bzw. mit komorbiden somatischen und/oder psychischen Störungen) indiziert. Da der Erfolg psychologischer Interventionen wesentlich von der Eigenmotivation der Patientinnen abhängt, sollte die Teilnahme Risikopatientinnen zwar dringend empfohlen, aber nicht obligatorisch verordnet werden. Die Weigerung, an einer derartigen Maßnahme teilzunehmen, sollte deshalb auch nicht zum Ausschluss aus einem Disease-Management Programm führen.

9. Paar- und familientherapeutische Interventionen

Die Einbeziehung von Angehörigen in die ärztliche Behandlung einer Brustkrebspatientin ist grundsätzlich zur Förderung der emotionalen Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung der Patientin und als primär-präventive Maßnahme zur Verhinderung von Beziehungskrisen und Überforderungssyndromen auf Seiten der Angehörigen wünschenswert. Wie empirische Studien zeigen, ist dies auch förderlich für den Krankheitsverlauf.

Bei bereits zu Beginn oder im Verlauf der Behandlung auftretenden gravierenden Partnerschafts- oder familiären Konflikten sind allerdings spezifische paar- oder familientherapeutische Interventionen erforderlich, die nur von dafür qualifizierten Psychotherapeuten durchgeführt werden können. Indikationsabhängig sollte deshalb einer Brustkrebspatientin die Hinzuziehung einer geeigneten Psychotherapeutin empfohlen werden.

10. Einzel- bzw. Gruppenpsychotherapie

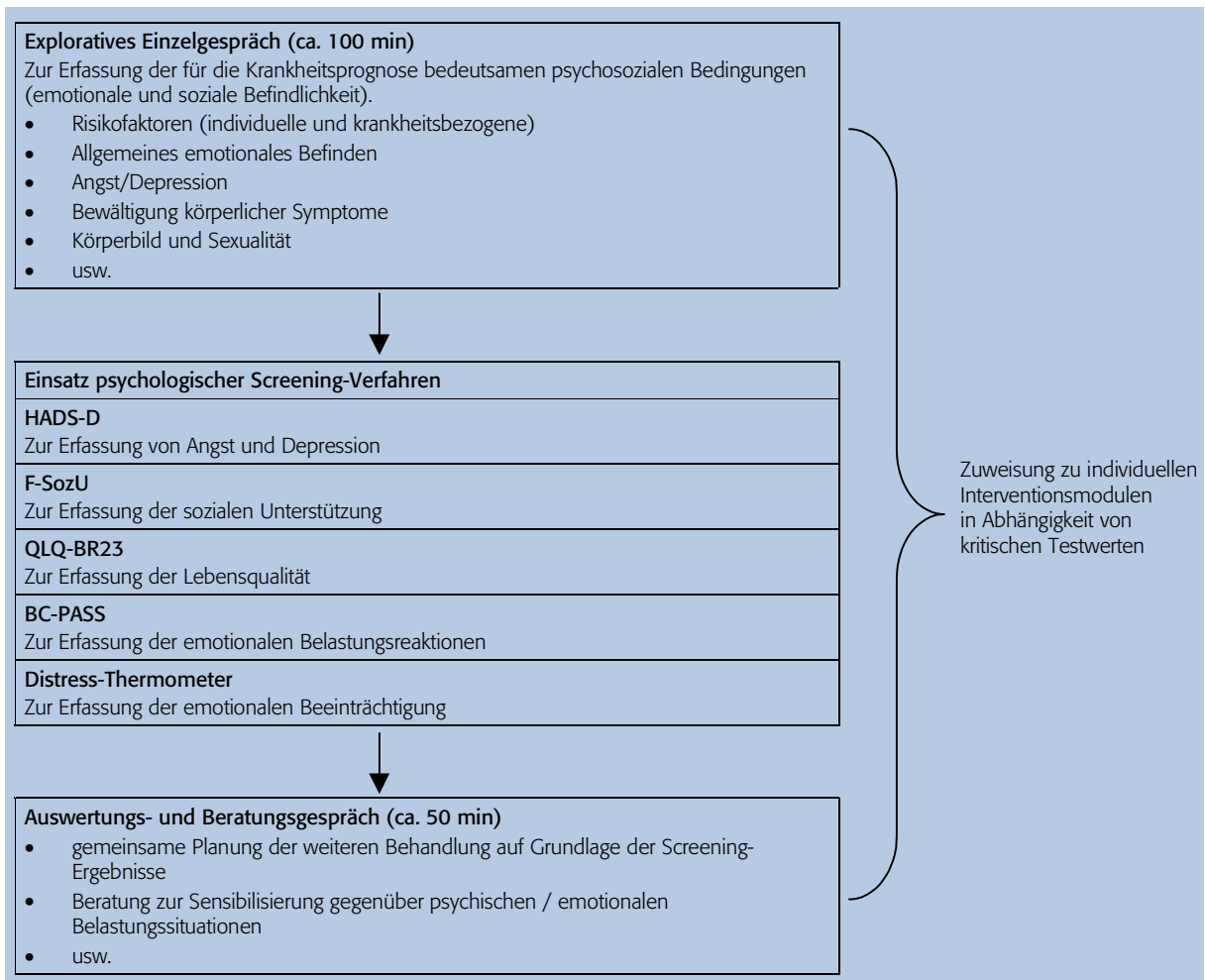
Psychotherapeutische Verfahren auf kognitiv-verhaltenstherapeutischer oder auf integrativ-psychodynamischer Grundlage haben sich bei der Behandlung von komorbiden psychischen Störungen und zur Verbesserung der Lebensqualität von Brustkrebspatientinnen in einem mittleren oder späten Krankheitsstadium klinisch bewährt und sind in ihrer Effektivität empirisch gesichert. Die Inanspruchnahme adjuvanter psychotherapeutischer Hilfestellungen sollte daher indikationsabhängig jeder Brustkrebspatientin dringend empfohlen werden. Widerstände gegen eine solche Behandlung sollten im ärztlichen Gespräch eingehend bearbeitet werden. Aus motivationspsychologischen und berufsethischen Gründen ist allerdings das Recht einer Patientin, die Durchführung einer Psychotherapie abzulehnen, zu respektieren. Die Nichtdurchführung einer indizierten Psychotherapie sollte deshalb nicht zum Ausschluss einer Patientin aus einem Disease-Management Programm führen.

Zur Umsetzung dieser Maßnahmen sind folgende Schritte im Behandlungsverlauf erforderlich:

1. Psychologisches Standardprogramm

Alle Patientinnen sollten in drei Schritten ein Standardprogramm durchlau-

fen, das im Wesentlichen Screening-Funktionen erfüllt. Die frühzeitige Erfassung des Ausmaßes der mit der Krebserkrankung einhergehenden



emotionalen Beeinträchtigung sowie von psychosozialen Risikofaktoren hat den entscheidenden Vorteil, dass damit der Entwicklung einer krankheitsaggravierenden psychischen Störung durch die frühzeitige Einbeziehung psychologischer Bewältigungshilfen vorgebeugt werden kann. Sie erleichtert eine Fokussierung des ärztlichen Gesprächs auf psychosoziale Dimensionen des Krankheitsverlaufs und kann dadurch zur emotionalen Entlastung der betroffenen Patientinnen beitragen. Die routinemäßige Erfassung krankheitsrelevanter psychosozialer Variablen im Rahmen eines Disease-Management Programms ermöglicht zudem die Definition von Entscheidungsalgorithmen für die frühzeitige Einbeziehung psy-

chologischer Interventionen und psychotherapeutischer Maßnahmen und trägt damit zur Entstigmatisierung der betroffenen Patientinnen und zu einer Verbesserung ihrer selbstverantwortlichen Beteiligung an der Krebsbehandlung und ihrer Lebensqualität bei.

Im ersten Schritt sollte ein exploratives Einzelgespräch durchgeführt werden, um die für die Krankheitsprognose relevanten psychosozialen Bedingungen zu erfassen. Im zweiten Schritt sollten die o.a. psychologischen Screening-Verfahren eingesetzt werden, um die im Einzelgespräch erhobenen Daten als Entscheidungsgrundlagen für weitergehende Interventionen zu objektivieren. Im dritten Schritt sollte ein Auswertungs- und Beratungsgespräch

erfolgen, um die Ergebnisse der vorhergehenden Schritte transparent zu machen und weitere Maßnahmen gemeinsam mit der Patientin festzulegen.

2. Individuelle Interventionsmodule

Ein Teil der Patientinnen (ca. 20 – 30%) aus dem Psychologischen Standardprogramm wird sich als derart belastet erweisen, dass sie durch Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung nicht ausreichend versorgt werden können. Diese Patientinnen bedürfen zusätzlicher, auf den individuellen Bedarf abgestimmter Interventionsmodule, wie sie in den vorangegangenen Abschnitten dargestellt wurden, ggf. in Abhängigkeit von

weiteren gezielten psychodiagnostischen Untersuchungen.

Zu nennen sind hier insbesondere folgende Leistungsangebote, die in der Regel kostenökonomisch als Kurzzeitinterventionen im Gruppensetting durchgeführt werden können:

- **Stress- und Krankheitsbewältigungsgruppe** (z.B. Bochumer Gesundheitstraining⁵), einschließlich psycho-edukativer Maßnahmen, sofern ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung psychischer Störungen besteht.
- **Schmerzbewältigungstrainingsgruppe** bei Vorhandensein chronischer Schmerzen.
- **Entspannungstrainingsgruppe** (z.B. Progressive Muskelrelaxation PMR), sofern die Patientin sich gerade in Chemo- oder Strahlentherapie befindet.
- **Psychologische Operationsvorbereitung** (einzeln oder in Gruppen), sofern die Operation noch bevorsteht.
- **Stressbewältigungs- und Problemlösegruppe** bei mangelnder Unterstützung in Abhängigkeit des Lebensumfeldes der Patientin.
- **Paar- und Familientherapie** (einzeln oder in Gruppen), sofern Hinweise auf gravierende familiäre oder partnerschaftliche Konflikte vorliegen.
- **Richtlinien-Psychotherapie** bei Vorliegen einer Angst- oder depressiven Störung, einer akuten Be-

lastungsreaktion oder posttraumatischen Störung.

Die empirischen Ergebnisse zu diesen psychologischen Interventionen und psychotherapeutischen Verfahren zur Krankheitsbewältigung, zur Behandlung von sekundären psychischen Störungen und zur Verbesserung der Lebensqualität während einer Brustkrebserkrankung zeigen, dass auf diese Weise ein bedeutsamer und kosteneffizienter Beitrag zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von Brustkrebspatientinnen geleistet werden kann. Ein Disease-Management Programm für Brustkrebs, das international anerkannten Qualitätsstandards genügen will, kann auf solche Vorgehensweisen, welche die Wirksamkeit einer medizinischen Behandlung optimieren und die Lebensqualität im Verlauf einer Brustkrebserkrankung entscheidend verbessern können, nicht verzichten. Psychologisches und psychosomatisches Fachwissen sowie psychotherapeutische Kompetenzen sind nach dem heutigen Stand der Wissenschaft zu einem unverzichtbaren Bestandteil für eine qualitätsorientierte Entwicklung und Umsetzung von strukturierten Behandlungsprogrammen geworden, wie die internationale Entwicklung von evidenzbasierten Leitlinien zeigt.

Literatur

- 1 *Fydrich, T., Sommer, G. & Brähler, E.* (2002). Fragebogen zur Sozia-

len Unterstützung. Göttingen: Hogrefe.

- 2 *Sprangers, M.A.J., Groenvold, M., Arraras, J.I., Franklin, J., teVelde, A., Muller, M., Franzini, L., Williams, A., deHaes, H.C.J.M., Hopwood, P., Cull, A. & Aaronson, N.K.* (1996). The European Organisation for Research and Treatment of Cancer: Breast Cancer specific quality of life questionnaire modul: First results from a three-country field study. *Journal of Clinical Oncology*, 14, 2756-2768.
- 3 *Isermann, M., Diegelmann, C., Kaiser, W. & Priebe, S.* (2001). Psychische und soziale Aspekte und Lebensqualität von Brustkrebspatientinnen. Qualitätssicherung in der Tertiärprävention. Unveröffentlichter Projektbericht des Projekts No. SI2.127434 der Europäischen Kommission im Programm „Europa gegen den Krebs“. Kassel.
- 4 *Holland, J.C.* (1999). NCCN practice guidelines for the management of psychosocial distress. *Oncology (Huntington)*, 13, 113-147.
- 5 *Beitel, E.* (1996). Bochumer Gesundheitstraining. Dortmund: Modernes Lernen.

Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

Willstätterstr. 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211/522847-19
Fax 0211/522847-15
info@ptk-nrw.de

Neuropsychologie vor dem Aus

Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen verhindert die ambulante neuropsychologische Diagnostik und Therapie

Menschen nach Schlaganfällen oder schweren Unfällen mit Kopf- und Hirnverletzungen wird durch Neuropsychologen geholfen, den Weg zurück in einen normalen Alltag zu finden. Bei rechtzeitiger Behandlung bestehen gute Chancen, Fähigkeiten wieder herstellen und bleibende Behinderungen entweder ganz oder teilweise vermeiden zu können. Neuropsychologische Diagnostik und Therapie ist grundlegender und unverzichtbarer Bestandteil der Versorgung von Patienten mit hirnganisch bedingten psychischen Störungen. Dies gilt sowohl für die stationäre Akutbehandlung, die stationäre und teilstationäre Rehabilitationsbehandlung, wie auch für die ambulante Weiterbehandlung nach der Erstversorgung im Krankenhaus, wie die konzeptionellen Ausarbeitungen zur Krankenversorgung der entsprechenden Leistungsträger und -anbieter zeigen (vgl. bspw. Reha-Kommission, 1991¹).

Im Anschluss an die stationäre Akut- und Rehabilitationsbehandlung konnte neuropsychologische Diagnostik und Therapie bisher im Kostenerstattungsverfahren mit den Krankenkassen abgerechnet werden. Da die betroffenen Patienten mit erworbenen Hirnschädigungen, wie sie z.B. infolge eines Schlaganfalls, einer Verletzung oder Erkrankung des Gehirns auftreten, aufgrund schwerer kognitiver Einbußen in der Regel nicht in der Lage sind, die in der ersten Behandlungsphase im Krankenhaus gelernten Kompensationsstrategien selbstständig auf ihr alltägliches Lebensumfeld zu übertragen, muss der Behandlungsprozess wohnortnah ambulant fortgesetzt werden, um die hirnganisch bedingten Funktionsstörungen sowie die daraus resultierenden Behinderungen zu vermindern oder zu beseitigen. Untersuchungen² belegen, dass pro Jahr etwa 40 bis 60 Tausend Menschen einer ambulanten neuropsychologischen Diagnostik und Therapie bedürfen.

Diese Menschen erhalten neuerdings keine neuropsychologische Hilfe mehr. Seit Mitte 2002 sehen sich die Krankenkassen aufgrund der Rechtsprechung nicht mehr in der Lage, neuropsychologische Diagnostik und Therapie wie bisher im Kostenerstattungsverfahren abzurechnen. Um dieses unverzichtbare Behandlungsangebot auch weiterhin erbringen zu können, sind Änderungen der sogenannten Bewertungs- und Behandlungs-Richtlinien³ und der Psychotherapie-Richtlinien⁴ erforderlich. Der dafür zuständige Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat es trotz der wissenschaftlich belegten Effektivität der neuropsychologischen Diagnostik und Therapie jedoch bis heute versäumt, die Neuropsychologie als Kassenleistung anzuerkennen. Obwohl der Wissenschaftliche Beirat⁵ dieser Behandlungsmethode schon im Jahr 2000 bescheinigt hat, dass sie als theoretisch und empirisch fundiertes, wissenschaftlich anerkanntes Therapieverfahren anzusehen ist und bei Hirnschädigungen „eine wichtige und nicht durch andere Maßnahmen zu ersetzende Therapieoption“ darstellt, wurde die Aufnahme der Neuropsychologie in die vertragsärztliche Versorgung immer wieder verzögert.

Dieses Versäumnis wird jetzt zu einem unüberwindlichen Hindernis für die betroffenen Menschen. Krankenkassen müssen nun jeden Antrag eines Neuropsychologen ablehnen. Auch die für die Versorgung der gesetzlich Versicherten zugelassenen Psychotherapeuten dürfen keine neuropsychologischen Leistungen mehr erbringen. Und statt in dieser akuten Notsituation schnellstens für Abhilfe zu sorgen, lässt der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen bisher keinerlei Ansatz erkennen, neuropsychologische Diagnostik und Therapie in die vertragspsychotherapeutische Versorgung einzubeziehen.

Mit dieser Untätigkeit wird eine massive Verschlechterung der Versorgung hingenommen, die weitere Folgen nach sich zieht: für die betroffenen Patienten sind bleibende Störungen und Behinderungen bis hin zu dauerhafter Erwerbsunfähigkeit zu befürchten und für die in freier Praxis tätigen Neuropsychologen der Verlust ihrer Existenzgrundlage. Auf diese alarmierende Tatsache macht die Arbeitsgemeinschaft der Psychotherapeutenkammer aufmerksam.

Durch die offensichtlich gewordenen Lücken in den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen ist eine der wichtigsten Säulen der ambulanten Weiterbehandlung für Patienten mit hirnorganisch bedingten Störungen völlig weggebrochen. Dieser Tatbestand ist in jeder Hinsicht skandalös: aus Sicht der betroffenen Patienten, die mit vermeidbaren Störungen und Behinderungen weiterleben müssen; aus Sicht der neuropsychologischen Psychotherapeuten, denen die wirtschaftliche Existenzgrundlage für selbständige Tätigkeit in freier Praxis entzogen wird; unter dem ethischen Gesichtspunkt, dass eine wirksame Therapie vorenthalten wird;

unter dem ökonomischen Gesichtspunkt, dass ausgerechnet die kostengünstige ambulante Therapie eingespart wird, auf die Gefahr hin, dass viele Patienten, die sonst wieder in das Berufsleben zurückgeführt werden könnten, dauerhaft behindert bleiben.

Um solche inakzeptablen Konsequenzen und Nachteile für die Patienten zu vermeiden, fordert die Arbeitsgemeinschaft der Psychotherapeutenkammern den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen auf, endlich die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass die Neuropsychologie wieder als Krankenkassenleistung erbracht werden kann:

- Neuropsychologische Diagnostik und Therapie ist unverzüglich in die Liste der anerkannten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der Bewertungs- und Behandlungs-Richtlinien zu übernehmen.
- Darüber hinaus sind die Indikationen für Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinien um den Anwendungsbereich „Seelische Behinderung als Folge von Verletzungen und Erkrankungen des Gehirns“ zu erweitern.

Literatur

- 1 Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung (1991). Abschlussberichte – Band III. Arbeitsbereich „Rehabilitationskonzepte“ Teilband 3: Bericht der Arbeitsgruppe „Neurologie“. Frankfurt: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger.
- 2 vgl. Kasten, E., Eder, R., Robra, B.P., Sabel, B.A. (1997). Der Bedarf an ambulanter neuropsychologischer Behandlung. Zeitschrift für Neuropsychologie, 8, 72-85.
- 3 Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs. 1 SGB V (BUB-Richtlinien).
- 4 Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien).
- 5 Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2000). Gutachten zur Neuropsychologie als wissenschaftlichem Psychotherapieverfahren.

bvvp-Nachtrag zur Ausgabe 0/2002 des Psychotherapeutenjournal

Im Beitrag „Auf dem Weg zur Bundespsychotherapeutenkammer“ wurde der Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp) nur als Mitgliedsverband der Arbeitsgemeinschaft der Richtlinienverbände (AGR) aufgeführt. Damit wurde der 1994 gegründete berufsgruppen- und schulenübergreifende Berufsverband, dem ärztliche Psychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

angehören, nicht ausreichend gewürdigt. Der Verband leistete wichtige Beiträge sowohl bei der Integration der unterschiedlichen Interessen der psychotherapeutischen Leistungserbringungsuntergruppen, bei der Konzeption und Einführung des Psychotherapeutengesetzes, u.a. indem er verhinderte, dass in der KBV-VV ein Modell ohne Erstzugangsrecht zum Psychotherapeuten zu Abstimmung kam, als auch im besonderen durch

seine Schrittmacherfunktion bei der rechtlichen Durchsetzung einer angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen, dem so genannten „10-Pf-Urteil“. Sowohl die Regionalverbände des bvvp als auch der Bundesverband haben durch Honorarklagen wesentlich dazu beigetragen, dass das Bundessozialgericht die ungerechte Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigungen durch entsprechende Urteile aufgehoben hat.

Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Geschäftsstelle: Hauptstätter Str. 89, 70178 Stuttgart
 Tel. 0711-67 44 70-0, Fax 0711-67 44 70-15
 lpk-bw@t-online.de, www.lpk-bw.de
 Geschäftszeiten: Mo bis Do von 9.00 bis 15.00 Uhr

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Neuigkeiten aus der Arbeit Ihrer Landespsychotherapeutenkammer in Baden-Württemberg gruppieren sich einerseits um konzeptuelle Ziele der nächsten Monate und Jahre aber auch um einige aktuelle Details zur Berufsausübung der angestellten und der niedergelassenen Psychotherapeuten.

Im Dezember 2002 hat die Vertreterversammlung getagt und sich nach dem Bericht zur Lage durch den Präsidenten mit den Finanzen der Kammer befasst. Dem Haushaltsabschluss 2001 wurde nach Erläuterungen durch den Wirtschaftsprüfer Herrn Frank zugestimmt, so dass dem Vorstand des Errichtungsausschusses für das Jahr 2001 einstimmig Entlastung erteilt werden konnte. Auch der Haushaltsplan 2003 wurde verabschiedet. Trotz der notwendigen Bereitstellung von Mitteln für die Bundespsychotherapeutenkammer (s.u.) kann der Mitgliedsbeitrag für das laufende Jahr konstant bleiben. In der Sitzung wurden Änderungen der Gebührenordnung und der Umlageordnung beschlossen, die wie die Beitragstabelle 2003 nach Genehmigung durch das Sozialministerium mit der Veröffentlichung in Kraft treten.

Weitere Beschlüsse der Vertreterversammlung waren:

- Der Gründungsvereinbarung der Arbeitsgemeinschaft der Landespsychotherapeutenkammern zur Errichtung der **Bundespsychotherapeutenkammer** (BPK) wurde

zugestimmt. Zur konstituierenden Sitzung der BPK im Mai dieses Jahres wird Baden-Württemberg 11 Delegierte entsenden.

- Der Kammervorstand erhielt das Mandat, bei der Landesregierung darauf hin zu wirken, die gesetzliche Voraussetzung für ein **Versorgungswerk** für die Kammermitglieder zu schaffen.
- Der Vorstand erhielt den Auftrag, gegen die **strukturelle Benachteiligung** der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Vergleich zu entsprechenden Fachärzten der Medizin vorzugehen.
- Der Vorstand wurde weiterhin beauftragt, **gegen die Diskriminierung** von psychisch kranken bzw. geistig behinderten Personen, die Opfer von Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung werden, vorzugehen.

Beide zuletzt genannten Arbeitsaufträge machen beispielhaft deutlich, welche Aufgaben zukünftig wesentlich effektiver von einer Bundespsychotherapeutenkammer übernommen werden. Sie wird die Instanz sein, um berufspolitisch auf der Bundesebene, wie hier z.B. gegenüber der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder dem Bundesjustizministerium, die Belange der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bundesweit zu vertreten.

Folgende Themen werden im Jahr 2003 für den Vorstand – in Zusammen-

arbeit mit den jeweiligen Ausschüssen und Gremien auf Landes- und Bundesebene – besondere Schwerpunkte darstellen:

- Fertigstellung eines konkreten Entwurfs einer **Berufsordnung**
- Erste Regelungen hinsichtlich einer Ordnung der **Weiterbildung**
- Festlegung von Eckpunkten zur **Qualitätssicherung** – zunächst für den Bereich der ambulanten Psychotherapie
- Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens für ein **Versorgungswerk** der Psychotherapeuten

Das Team in der Geschäftsstelle ist seit Jahresbeginn um zwei Mitarbeiterinnen gewachsen: Frau Dr. Ripper ist als Wissenschaftliche Mitarbeiterin für die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, für Bedarfsanalysen und auch für die Redaktion des Psychotherapeutenjournals verantwortlich. Frau Asanova ist als Rechtsanwaltsfachangestellte „rechte Hand“ des Justizars der Kammer, Herrn RA Gerlach. Das „Justiziar-Team“ ist für die Administration und erste Bearbeitung von eingehenden Beschwerden gegen Kammermitglieder sowie für Anträge auf Ermäßigung oder Erlass des Kammerbeitrages zuständig.

Wir sind jederzeit offen für Ihre Anregungen als Mitglied der Kammer und verbleiben

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

WICHTIGE BEKANNTMACHUNGEN

Alle Kammersatzungen und Nebenordnungen finden Sie vollständig wiedergegeben auf der Homepage der Kammer; sie können dort heruntergeladen werden.

„Beitragstabelle 2003“ vom 11. Februar 2003

- A. Gemäß § 3 der Umlageordnung wird festgesetzt:
1. Zur Erfüllung der Aufgaben der Landespsychotherapeutenkammer im Jahr 2003 wird für alle Mitglieder eine Umlage von 250 Euro erhoben.
 2. Nicht beitragspflichtig sind Mitglieder der Kammer, die ihren Beruf nicht mehr ausüben und auf Wahlrecht, Wählbarkeit und Mitgliedschaft in der VV schriftlich verzichten.
 3. Mitglieder, die auch Pflichtmitglieder einer Ärztekammer sind, zahlen 50% des Kammerbeitrags.
 4. Freiwillige Mitglieder zahlen einen Beitrag von 125 Euro.
- B. Die Beitragstabelle gilt ab 1. Januar 2003 und tritt nach der Veröffentlichung im Psychotherapeutenjournal in Kraft.

Vorstehende Beitragstabelle der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg wird nach Genehmigung gem. § 24 Abs. 2 des Heilberufe-Kammergesetzes in der Fassung vom 16. März 1995 (GBl. S. 314), zuletzt geändert durch Artikel 26 des Euroumstellungsgesetzes Baden-Württemberg vom 20. November 2001 (GBl. S. 605), mit Schreiben des Sozialministeriums Baden-Württemberg vom 7. Februar 2003 (Az.: 55-5415.2-4.4), hiermit ausgefertigt und ist bekannt zu machen.

Stuttgart, den 11. Februar 2003

gez. Dipl.-Psych. D. Kommer
Präsident der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

„Satzung zur Änderung der Umlageordnung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg“ vom 11. Februar 2003

Auf Grund von § 9 Abs. 1, § 23 Abs. 1 und § 24 Abs. 1 Satz 2 des Heilberufe-Kammergesetzes in der Fassung vom 16. März 1995 (GBl. S. 314), zuletzt geändert durch Art. 26 des Euroumstellungsgesetzes Baden-Württemberg vom 20. November 2001 (GBl. S. 605), hat die Vertreterversammlung

der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg am 7. Dezember 2002 folgende Satzung beschlossen:

§ 1 Änderung der Umlageordnung

1. § 1 Abs. 3 erhält folgende Fassung:

„(3) Kammermitglieder, die ihren Beruf nicht mehr ausüben und auf Wahlrecht, Wählbarkeit und Mitgliedschaft in der Vertreterversammlung schriftlich verzichten, sind nicht beitragspflichtig. Kammermitglieder, die

1. auch Pflichtmitglieder einer Ärztekammer sind, haben 50 vom Hundert,
2. freiwillige Mitglieder sind, haben 50 vom Hundert des jeweiligen Jahresbeitrags zu entrichten.“

2. § 3 Abs. 1 Satz 3 wird gestrichen.

3. § 9 erhält folgende Fassung:

„Gegen die Beitragsfestsetzung und gegen andere Entscheidungen des Umlageausschusses nach der Umlageordnung kann innerhalb eines Monats nach Zugang des Bescheids Widerspruch eingelegt werden. Er ist schriftlich oder durch Niederschrift bei der Geschäftsstelle der Kammer zu erheben. Kann der Umlageausschuss dem Widerspruch nicht abhelfen, entscheidet der Vorstand der Kammer. Der Widerspruchsbescheid ist zu begründen, wenn dem Widerspruch nicht oder nicht in vollem Umfang stattgegeben wird. Er ist mit einer Rechtsbehelfsbelehrung und mit einer Kostenentscheidung, wer die Kosten zu tragen hat, zu versehen und dem Beitragspflichtigen zuzustellen.“

§ 2 In-Kraft-Treten

Die Satzung zur Änderung der Umlageordnung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg gilt ab dem 1. Januar 2003 und tritt nach Veröffentlichung im Psychotherapeutenjournal in Kraft.“

Vorstehende Satzung zur Änderung der Umlageordnung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg wird nach Genehmigung gem. § 9 Abs. 3 des Heilberufe-Kammergesetzes in der Fassung vom 16. März 1995 (GBl. S. 314), zuletzt geändert durch Artikel 26 des Euroumstellungsgesetzes Baden-Württemberg vom 20. November 2001 (GBl. S. 605), mit

Schreiben des Sozialministeriums Baden-Württemberg vom 7. Februar 2003 (Az.: 55-5415.2-4.5.9), hiermit ausgefertigt und ist bekannt zu machen.

Stuttgart, den 11. Februar 2003

gez. Dipl.-Psych. D. Kommer
Präsident der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

„Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg“ vom 11. Februar 2003

Aufgrund von §§ 9 und 10 Nr. 16 sowie § 23 Abs. 2 des Heilberufe-Kammergesetzes in der Fassung vom 16. März 1995 (GBl. S. 314), zuletzt geändert durch Art. 26 des Euroumstellungsgesetzes Baden-Württemberg vom 20. November 2001 (GBl. S. 605) und aufgrund von § 10 Abs. 1 Nr. 1 i. V. m. § 28 Abs. 2 der Satzung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg vom 19. Juli 2001 (Staatsanzeiger für Baden-Württemberg, Nr. 32 vom 20. August 2001) hat die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg am 7. Dezember 2002 folgende Satzung beschlossen:

§ 1 Änderung der Gebührenordnung

In § 1 Abs. 1 der Gebührenordnung wird die Angabe „§ 4 Abs. 6“ durch die Angabe „§ 4 Abs. 1“ ersetzt.“

§ 2 In-Kraft-Treten

Diese Satzung gilt ab dem 1. Januar 2003 und tritt nach Veröffentlichung im Psychotherapeutenjournal in Kraft.“

Vorstehende Änderung der Gebührenordnung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg wird nach Genehmigung gem. § 9 Abs. 3 des Heilberufe-Kammergesetzes in der Fassung vom 16. März 1995 (GBl. S. 314), zuletzt geändert durch Artikel 26 des Euroumstellungsgesetzes Baden-Württemberg vom 20. November 2001 (GBl. S. 605), mit Schreiben des Sozialministeriums Baden-Württemberg vom 7. Februar 2003 (Az.: 55-5415.2-4.5.9), hiermit ausgefertigt und ist bekannt zu machen.

Stuttgart, den 11. Februar 2003

gez. Dipl.-Psych. D. Kommer
Präsident der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Landespsychotherapeutentag Baden-Württemberg

Die Landespsychotherapeutenkammer möchte Sie herzlich zum ersten Landespsychotherapeutentag am Sonntag, den 21. September 2003 in Stuttgart einladen. Unter dem Thema „Psychotherapie bei körperlicher Erkrankung“ haben als Vortragende bereits zugesagt:

- Prof. Dr. Bernhard Strauß (Jena): „Körperliche Erkrankungen – auch ein Gegenstand der Psychotherapie?“
- Herr Prof. Dr. Dr. Hermann Fallner (Würzburg): „Kreislauferkrankungen: Psychodynamische Aspekte der Krankheitsbewältigung und der Behandlung“
- Frau Prof. Dr. Herta Flor (Mannheim) „Psychobiologische Er-

klärungsansätze bei Schmerz und Ergebnisse kognitiv-verhaltenstherapeutischer Interventionen“

Weiterhin werden praxisnahe Workshops und Vorträge angeboten und es findet eine Podiumsdiskussion zur Frage „Disease Management Programme ohne Beteiligung der Fachkompetenz der Psychotherapeuten: Ein Beitrag zur Qualitätsverbesserung?“ statt.

Gesundheitsforum 2003

Frau Dr. Ripper, die neue Wissenschaftliche Mitarbeiterin der Kammer, stellte im Rahmen des Gesundheitsforums 2003 am 1.2.03 auf der Messe „Medizin 2003“ die Qualifikationen der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der Öffentlichkeit vor. Deutlich wurde, dass im Vergleich zu

anderen Berufsgruppen die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten postgradual erfolgt und nicht – wie in anderen Heilberufen – staatlich finanziert ist. Zu den Problemen dieser Ausbildung gehört, dass die praktische Tätigkeit in den Kliniken (Psychologische Psycho-

therapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Ausbildung PPIA / KJPIA) meist nicht bezahlt wird, obwohl die Ausbildungskandidaten zu diesem Zeitpunkt bereits über fundiertes Wissen und Erfahrungen verfügen und somit nicht als „Praktikanten“ bewertet werden können.

Gemeinsamer Beirat hat seine Arbeit aufgenommen

Der nach § 4 Absatz 7 des Heilberufekammergesetzes Baden-Württemberg vorgesehene Gemeinsame Beirat der Landesärztekammer und der Landespsychotherapeutenkammer hat mit der konstituierenden Sitzung am 29. Januar 2003 seine Arbeit aufgenommen.

Mitglieder sind von Seiten der Landesärztekammer Dres. Braun, Clever,

Rothe-Kirchberger, Semm und von Pfister; von Seiten der Landespsychotherapeutenkammer Dr. Cavicchioli, Herr Klett, Herr Kommer, Frau Santos-Dodt und Herr Schmieder. Außerdem nehmen an den Sitzungen des Beirats Frau Hespeler als Vertreterin der Geschäftsstelle der Landesärztekammer und Herr Gerlach als Vertreter der Geschäftsstelle der

Landespsychotherapeutenkammer teil. Nach Verabschiedung der Geschäftsordnung wurden Frau Dr. Clever als Vorsitzende und Frau Santos-Dodt als stellvertretende Vorsitzende gewählt. Aufgabe des Beirats ist die Koordinierung berufsübergreifender Angelegenheiten, insbesondere in den Bereichen Berufsordnung, Weiterbildung und Qualitätssicherung.

Angestellte: Bedingungen psychotherapeutischer Tätigkeit im Strafvollzug

Bei einem Gespräch mit Vertretern des Justizministeriums wurden im November 2002 durch den Kammerpräsidenten zusammen mit dem Justiziar Probleme der Berufsausübung in Justizvollzugseinrichtungen erörtert. Wichtige Inhalte waren die Notwendigkeit der Schweigepflicht

im Strafvollzug sowie die Frage, ob psychotherapeutische Tätigkeit im Strafvollzug einer Approbation bedarf. Die Kammer vertritt die klare Auffassung, dass Psychotherapie im Strafvollzug in jedem Fall eine Tätigkeit im Sinne der Heilkunde ist und daher auch hier die Approbation ge-

fordert werden muss. Es bestand Einigkeit darüber, dass das Justizministerium die Expertise der Landespsychotherapeutenkammer einholen wird, sobald Entwürfe für die geplante Richtlinie zur Dokumentation von Psychotherapien im Strafvollzug vorliegen.

Niedergelassene: Umfang der vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit

Für Unruhe unter den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen sorgte im November ein Rundschreiben der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg. Unter Bezugnahme auf das Urteil des Bundessozialgerichts vom 30.01.2002 zum Umfang der zulässigen Nebentätigkeit und mit dem Hinweis, ihre im 4. Quartal 2001 abgerechneten GKV-Leistungen entsprächen nicht dem geforderten Mindestumfang von 15 Stunden pro Woche wurden sie zur Stellungnahme aufgefordert. Anfang Februar fand aus diesem Anlass ein Gespräch zwischen

Vertretern der Kammer (Präsident Kommer und Justiziar Gerlach) und Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung (Baumgärtner, Ramolla, Wachendorf) statt.

Es konnte Einigkeit darüber erzielt werden, dass die erwähnte Unterschreitung von 15 abgerechneten Therapie-sitzungen pro Woche analog zur Plausibilitätsprüfung als Aufgreifkriterium zu verstehen sei, um Vertragspsychotherapeuten zu einer Stellungnahme hinsichtlich der Wahrnehmung ihrer Präsenzpflicht aufzufor-

dem. Aus Gründen der Gleichbehandlung wurde jedoch gefordert, dass alle in diesem Zusammenhang getroffenen Regelungen auch für die hauptberuflich psychotherapeutisch tätigen Ärzte gelten müssen.

Es wurde vereinbart, sich zukünftig im Vorfeld von Entscheidungen, die zentrale Belange der Vertragspsychotherapeuten betreffen, gegenseitig zu konsultieren. Dabei kommt dem von Herrn Wachendorf ausgeübten Amt des Integrationsbeauftragten eine besondere Vermittlungsfunktion zu.

Modellprojekt der Techniker Krankenkasse: „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“

Zu umfangreichen Diskussionen v.a. im Kreis der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen führte in den letzten Wochen ein von der Techniker-Krankenkasse geplantes Modellprojekt, welches im KV Bereich Süd-Baden durchgeführt werden soll. Im Projekt soll erprobt werden, ob und wie die etablierten klinischen Beur-

teilungen des Verlaufs und des Erfolgs von Psychotherapien durch quantitative Informationen sinnvoll ergänzt werden können. Auf freiwilliger Basis sollen strukturierte und standardisierte diagnostische Verfahren zu Beginn sowie in verschiedenen Intervallen im Verlauf und am Ende der Therapie eingesetzt werden. Dabei werden so-

wohl die Symptom- als auch die Beziehungsebene berücksichtigt. Sowohl der Vorstand als auch der Ausschuss für Qualitätssicherung unterstützen grundsätzlich die Durchführung von Modellprojekten. Das konkrete Projekt der TK kann jedoch derzeit vom Ausschuss nicht beurteilt werden.

Ausbildungsinstitute für Psychologische Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

In Verhandlungen mit den Vertretern der Krankenkassen sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen konnte zunächst Einigung darüber erzielt werden, dass die psychotherapeutischen Leistungen in den Ausbildungsambulanzen und in den Hochschulambu-

lanzen nach wie vor über die Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet werden können. Wegen der gesetzlichen Veränderungen durch das Fallpauschalengesetz ist es jedoch notwendig, spätestens im Laufe dieses Jahres eine Einigung mit den Kranken-

kassen über die Honorierung dieser Leistungen zu erzielen. Internetverbindungen zu den 19 Ausbildungsinstituten in Baden-Württemberg finden Sie auf der Homepage der Kammer.

Beschwerden

Eine wichtige Aufgabe der Landespsychotherapeutenkammer ist es, die Erfüllung der Berufspflichten der Kammermitglieder zu überwachen. Sie muss Beschwerden von Patienten und Mitgliedern nachgehen. Beim Vorliegen einer Beschwerde werden die Beschwerdegegner zunächst aufgefor-

dert, zu den Vorwürfen Stellung zu nehmen. Nach Erörterung des Falles im Vorstand kann es sein, dass in schweren Fällen die Angelegenheit dem Kammeranwalt vorgelegt und eventuell vor einem der Berufsgerichte (Karlsruhe oder Stuttgart) geklärt werden muss. Derzeit liegen dem Vor-

stand 27 Beschwerden vor. Häufigste Inhalte sind Klagen von Patientinnen oder Patienten über unkorrektes oder unprofessionelles Verhalten eines Therapeuten, von überhöhten Abrechnungen, Wettbewerbsverstößen, Titelanmaßungen bis hin zu Verletzungen der Abstinenzpflicht.

Berufsordnung

Der Ausschuss Berufsordnung erarbeitet derzeit einen Entwurf für eine Berufsordnung, die nach Verabschiedung durch die Vertreterversammlung in Kraft treten wird. Sie bietet dann neben den allgemeinen Bestimmungen des Heilberufekammergesetzes die

rechtliche Grundlage zur Beurteilung der Beschwerden. In ihr werden die ethischen Standards sowie Rechte und Pflichten der Berufsausübung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten festgeschrieben. Die Berufs-

ordnung wird somit auch dem Schutz und der Aufklärung der Patienten dienen und hat darüber hinaus eine wichtige Funktion für das Berufsbild von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der Öffentlichkeit.

Versorgungswerk

Anders als in anderen Bundesländern ist in Baden-Württemberg ein eigenes Gesetz zur Errichtung eines Versorgungswerks für die Psychotherapeuten erforderlich, um hier weitere Schritte zur Absicherung der Altersversorgung der freiberuflich tätigen Kammermitglieder tätigen zu können. Dies gilt selbst für den Fall des Anschlusses von Baden-Württemberg an ein Versorgungswerk einer anderen Kammer.

Der Vorstand der Kammer hat in der Zwischenzeit durch Herrn RA Kilger, Stuttgart, im Auftrag der Vertreterversammlung einen Gesetzentwurf erstellen lassen und an das Sozialministerium weitergeleitet. Herr RA Kilger war langjährig für das Versorgungswerk der

Rechtsanwälte in Baden-Württemberg tätig und verfügt über einschlägige Erfahrungen und Sachkompetenz. Das Sozialministerium favorisiert im Moment allerdings noch den Anschluss der Psychotherapeuten an das Versorgungswerk der Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte in Baden-Württemberg, obwohl der Vorstand der Kammer in Vorgesprächen diese Möglichkeit bereits sondiert hatte und auf Ablehnung von Seiten der Leitung des Versorgungswerkes der Ärzte gestoßen war. Um hier keine weitere Zeit zu verlieren (für das Gesetzgebungsverfahren im Landtag Baden-Württemberg ist mindestens ein Jahr Vorlaufzeit zu veranschlagen), dringt der Vorstand der Kammer auf Abschluss der Sondie-

rungsgespräche von Seiten des Ministeriums noch im 1. Quartal dieses Jahres. Sollte die Initiative des Ministeriums, wie von Seiten des Vorstands erwartet, zu keinem positiven Ergebnis führen, werden sich die Vorstandsvertreter verstärkt darum bemühen, neben dem Ministerium auch die Landtagsabgeordneten für eine Befürwortung des Gesetzgebungsvorhabens zu gewinnen. Wie die gegenwärtige Diskussion über die Reform der Sozialversicherungssysteme auf der Bundesebene zeigt, werden dabei erhebliche Vorbehalte gegenüber der Etablierung eines neuen berufsständischen Versorgungswerkes zu überwinden sein.

Psychotherapeuten-Suchdienst

Wir danken für das große Interesse an der Einrichtung des Psychotherapeuten-Suchdienstes, den Sie über die Internetseite der Kammer erreichen können. Seit der Einrichtung dieses Services hat sich die Zahl der Zugriffe

auf unsere Homepage beinahe verdoppelt. Mittlerweile haben sich hier etwa 600 Kolleginnen und Kollegen – teilweise mit Spezifikationen ihrer Arbeitsschwerpunkte – eintragen lassen. Informationen zum Suchdienst

sowie das Anmeldeformular (als pdf-Datei) finden Sie auf der Internetseite der Kammer; das Formular kann auch bei der Geschäftsstelle angefordert werden.

Homepage der Kammer

Alle wichtigen Informationen sowie Aktuelles aus dem Bereich der Psychotherapie und der Arbeit der Landespsychotherapeutenkammer, Kammerzusatzungen und Nebenordnungen, Hin-

weise auf hilfreiche Internetverbindungen sowie Tagungen und Kongresse finden Sie auf unserer Homepage www.lpk-bw.de. Am „Schwarzen Brett“ gibt es dort auch die Möglichkeit, An-

zeigen aufzugeben. Mitglieder, die noch keinen Zugang zu den passwortgeschützten Bereichen der Homepage haben, mögen sich bitte an die Geschäftsstelle wenden.

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

Vorläufige Geschäftsstelle: Goethestr. 54, 80336 München

Briefanschrift: Postfach 151506, 80049 München

Tel. 089-515555-0 oder zum Ortstarif 0180-1447789, Fax: 089-515555-25
 info@psychotherapeutenkammer-bayern.de, www.psychotherapeutenkammer-bayern.de; Geschäftszeiten: Mo bis Fr von 11.00 bis 13.00 Uhr

Ein Jahr Kammer in Bayern – Resümee und Ausblick

Zum Zeitpunkt des Erscheinens dieses Heftes ist in Bayern die erste Kammerdelegiertenversammlung gewählt, die Konstituierung hat aber noch nicht stattgefunden und entsprechend steht auch die Vorstandswahl noch aus. Diese Interimszeit wollen wir nutzen, um unseren Mitgliedern ergänzend zu den bisherigen drei Mitgliederrundbriefen über das zurückliegende Jahr der Kammergründung zu berichten, Erfahrungen mitzuteilen und Perspektiven aufzuzeigen.

Zur Vorgeschichte: In Vorbereitung auf die Kammergründung hat sich bereits im März 1999 eine Arbeitsgemeinschaft („AG Kammer“), bestehend aus ca. 20 Vertretern der verschiedenen Berufs- und Fachverbände unserer beiden Berufsgruppen, gebildet. Hier wurde anfangs auch die Frage beraten, ob es überhaupt einer Kammer bedürfe. Denn nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes am 1.1.1999 war dies ja nicht unmittelbar notwendig. Erforderlich war nur, nach der bundeseinheitlichen Regelung der Berufsausbildung und -zulassung eine Regelung der Berufsausübung, die entsprechend der föderalen Struktur der Bundesrepublik auf Länderebene zu etablieren war. Nach Diskussion verschiedener Varianten blieben zuletzt nur zwei Möglichkeiten übrig: Erstens die Übernahme der Berufsaufsicht durch den Staat oder zwei-

tens die Errichtung einer psychotherapeutischen Selbstverwaltung in Form einer Heilberufekammer. Die Verbände der PsychotherapeutenInnen sprachen sich nach inten-

siver Diskussion dafür aus, dass die Selbstverwaltung unseres Berufsstandes die bessere Alternative ist. Und so bereitete das Ministerium die gesetzliche Grundlage vor.



Die Mitglieder des Gründungsausschusses und die Vertreter des Ministeriums vor der Wahl des Vorstandes am 20.2.2002: erste Reihe (von links): DP Ulrike Gießner [PP, Augsburg], Dr. phil. DP Heiner Vogel [PP, Würzburg], DP Rudolf Merod [PP, Bad Tölz], DP Ellen Bruckmayer [PP, Feldafing], Dipl.-Sozialpäd. Peter Lehndorfer [KJP, Planegg], DP Albrecht Stadler [PP, München]; zweite Reihe: Bertold Günther [KJP, Gröbenzell], Dr. rer. soc. DP Karin Tritt [PP, Reichertshausen], DP Gerda B. Gradl [PP, Erlangen], Dr. Friedrich Dünisch [Staatsministerium für Gesundheit, Ernährung und Verbraucherschutz], Dr. phil. DP Herbert Ühlein [PP, Regensburg], Dipl.-Sozialpäd. Brigitte Kissinger [KJP, München], DP Martin Schimkus [PP, Nürnberg]; dritte Reihe: DP Rudolf Bittner [PP, Landshut], Dr. phil. DP Andreas Rose [PP, Fürth], Dr. phil. DP Reiner Matheis, M.A. [PP, München], DP Elke Tittelbach [PP, Nürnberg], Dr. phil. DP Paul Kochenstein [PP, München]; vierte Reihe (zunächst stehend): DP Helge Halbensteiner [PP, München], Dr. phil. DP Ilse Burbiel [PP, München], Prof. Dr. phil. DP Klaus Heinerth [PP, Schrobenhausen], DP Gerhard Müller [PP, Würzburg], DP Rainer Knappe [PP, Bamberg], DP Thomas Rausch [PP, München], (davor sitzend): Prof. Dr. phil. DP Siegfried Höfling [PP, Karlsfeld], DP Angelika Wagner-Link [PP, München], Dipl.-Päd. Hildegard Steinhauser [KJP, Augsburg; am 22.4. zurückgetreten; als Nachrücker berufen: Michael Bastian, München], nicht auf dem Bild: Dr. rer. soc. DP Christoph Kröger [PP, München]; im Hintergrund stehend: Regina Brauer-Kaiser [Ministerium]

Bei den insgesamt 23 Treffen der AG Kammer wurden in mehr als zwei Jahren bereits wichtige Vorarbeiten zur späteren Ausgestaltung der Kammer geleistet. Und so nebenbei übten wir die effektive Zusammenarbeit über die jeweiligen Verbandsgrenzen hinweg ein. Es wurden erste Entwürfe für Satzung und Wahlordnung ausgearbeitet, und das Ministerium wurde bei der Ausgestaltung und Ausformulierung des Gesetzestextes für das geänderte Heilberufekammergesetz (HKaG) beraten. In der geänderten Fassung trat dieses am 1.1.2002 in Kraft. Damit war die Kammer de jure gegründet. Die letzte Aktion der AG Kammer war Ende 2001, dem Ministerium eine gemeinsame Liste von Vorschlägen für die Mitglieder des Gründungsausschusses (einschließlich Ersatzmitglieder) vorzulegen. Im Januar wurden diese Personen dann berufen und zur konstituierenden 1. Sitzung eingeladen.

Bei der konstituierenden bzw. **1. Sitzung des Gründungsausschusses am 20. Februar 2002** stand die Wahl des Vorstandes im Mittelpunkt: Gewählt wurden als Vorsitzender Paul Kochenstein, als Stellvertreter Helge Halbensteiner und Rainer Knappe sowie als weitere Vorstandsmitglieder Peter Lehndorfer, Karin Tritt, Heiner Vogel und Ellen Bruckmayer.

Unmittelbar nach der Sitzung begann der Vorstand seine Arbeit, die bis heute leider häufig mehr buchhalterische und Managementaufgaben umfasst als politische Beratungen und Perspektiventwicklung: Räume für eine provisorische Geschäftsstelle wurden angemietet, Verhandlungen mit Banken über eine möglichst günstige Finanzierung der Anlaufphase wurden geführt, und es wurden Kommunikationsstrukturen innerhalb des Vorstands und des Gründungsausschusses aufgebaut. Für das Gründungsjahr wurden Vorlagen für einen vorläufigen Haushaltsplan sowie eine vorläufige Meldeordnung und eine Beitragsordnung erstellt. Eine Geschäftsordnung für den Vorstand und den Gründungsausschuss wurde entworfen. In Anlehnung an die in anderen Bundesländern entwickel-

ten Modelle wurde eine Ordnung formuliert, die eine angemessene Aufwands- und Reisekostenentschädigung für den Gründungsausschuss und für die Vorstandsarbeit regeln soll. Schließlich waren auch Termine auf Bundesebene wahrzunehmen.

Bei der **2. Sitzung des Gründungsausschusses** am 22. April 2002 konnten die Meldeordnung und die Beitragsordnung verabschiedet werden. Der Haushaltsplan sowie eine Entschädigungs- und Reisekostenordnung wurden diskutiert.

Die Beitragsordnung sieht für das Jahr 2002 einen Regelbetrag von € 240 vor, für das Jahr 2003 276 €. Ähnlich wie in anderen Ländern bestehen Ermäßigungs- oder Stundungsmöglichkeiten (u.a. bei länger dauernder Arbeitslosigkeit, Erziehungsurlaub, Berufs-/Erwerbsunfähigkeit oder Ruhestand) bis auf einen Mindestbeitrag von € 60.

Zur **3. Sitzung des Gründungsausschusses** am 8. Juli lag ein abgesicherter Haushaltsplan für das laufende Jahr 2002 vor, der dann auch verabschiedet wurde. Schließlich wurden noch ein Satzungsausschuss und ein Finanzausschuss gewählt (siehe Kasten).

Um die ersten notwendigen organisatorischen Strukturen und damit auch eine rasche Handlungsfähigkeit der Kammer zu schaffen, aber zugleich auch, um der zukünftigen „ordentlich gewählten“ Delegiertenversammlung unserer Kammer nicht vorzugreifen, wurde nur eine **provisorische Geschäftsstelle** eingerichtet. Es handelt sich um zwei Räume, in denen sich bald ein reger Geschäftsbetrieb etablierte. Spätestens nach Einrichtung der Homepage der Kammer (wo Sie ständig aktualisierte Infos finden können, z.B. derzeit zum Kammerwahlergebnis) und der Versendung des 1. Mitgliederrundbriefes im Juli erreichten die Geschäftsstelle und den Vorstand auch immer mehr Anfragen von Mitgliedern oder Außenstehenden, und es waren erste Mitgliederberatungen durchzuführen. Hierbei standen Fragen zur Pflichtmitgliedschaft in der Kammer, zum Zeitpunkt der Beitragsfälligkeit, zu Versorgungswerken, zu Beitragsermäßigungen, zum Arztregister-

eintrag, zu Niederlassungsmöglichkeiten und zur Anerkennung von LehrtherapeutInnen und SupervisorInnen im Vordergrund.

Die Entstehung der **Wahlordnung** war schließlich ein schwieriges Kapitel: Bei der 3. Sitzung des Gründungsausschusses konnten die wesentlichen Punkte zwar im Rahmen eines Eckpunktepapiers verabschiedet werden, jedoch ergaben sich bei der Ausgestaltung noch erhebliche Diskussionen. Fragen, die sich stellten, bezogen sich auf die angemessene Verteilung der KJP- und PP-Plätze in der Kammerversammlung, auf das Berechnungsverfahren für die Sitzverteilung (D'Hondt, Sainte Laguë/Schepers oder Hare/Niemeyer) und auch auf die Frage, ob die Wähler eine oder – wie bei der Kommunalwahlen in den südlichen Bundesländern üblich – mehrere Stimmen haben sollten. Sehr viele Beratungen mit dem Ministerium und mit Wahlrechtsexperten waren nötig, bis dann zur **4. Gründungsausschusssitzung am 1. Oktober** ein abgestimmter Wahlordnungsentwurf vorgelegt werden konnte.

Die bei dieser Sitzung beschlossene Wahlordnung sieht eine Kombination aus Personen- und Listenwahl vor. Es gibt einen bayerischen Wahlbezirk; KJP und PP wählen in getrennten Wahlkörpern. Die Doppelapprobieren werden, sofern sie sich nach Aufforderung durch den Wahlleiter nicht innerhalb einer bestimmten Frist entscheiden, einer der beiden Wählergruppen zugewiesen. Das Verhältnis der KJP- zu den PP-Delegierten ergibt sich entsprechend der dann entstandenen Verteilung der PP und KJP unter den Mitgliedern (bei der ersten Wahl jetzt im Februar: 38 PP- und 7 KJP-Delegierte). Entsprechend dieser Verteilung ergibt sich auch die Zahl der Stimmen für die Wähler: PP haben 38 Stimmen zu vergeben, KJP 7 Stimmen. Die Stimmen können „kumuliert“ bzw. gehäufelt werden (bis zu 3 Stimmen auf eine/n KandidatIn) und auch auf mehrere Listen verteilt (panaschiert) werden, gleichzeitig können auch Listen angekreuzt werden. Auf diese entfallen dann die Stimmen, die nicht einzel-

nen KandidatInnen vergeben wurden. Um die Komplexität abzurunden, sei erwähnt, dass innerhalb der Listen vom Wähler schließlich auch KandidatInnen gestrichen werden können – diese profitieren dann nicht von dem „Listenkreuz“. Die Wahl im Februar wird zeigen, ob die Wahlordnung

in der jetzigen Form praktikabel ist bzw. welche Änderungen erforderlich sind.

Im Anschluss an die Verabschiedung der Wahlordnung trat dann der bisherige Vorsitzende, Paul Kochenstein, aus gesundheitlichen Gründen von seinem Amt zurück.

Interimsweise übernahm zunächst Helge Halbensteiner (als 1. Stellvertreter) den Vorsitz, bis eine ordnungsgemäße Nachwahl erfolgen konnte.

Bei der **5. Sitzung des Gründungsausschusses** am 11. November wurde zunächst Peter Lehndorfer, der bereits dem bisherigen Vorstand angehörte, als neuer Vorsitzender gewählt. Ein weiterer Beisitzer für den Vorstand wurde nicht gewählt. Ferner wurde ein Ausschuss für Fragen der Berufsordnung gewählt, der möglichst schon zur Zeit des Gründungsausschusses erste Arbeiten für eine Berufsordnung beginnen sollte. Die Gründungsausschussversammlung diente sodann – ebenso wie die vorhergehenden – auch zum Bericht über die bisherigen Entwicklungen und zur Beratung über die Position der bayerischen Kammer bei den Gesprächen auf Bundesebene.

Eine besondere Herausforderung stellten für die Kammer die bald freundlich mit „Lost Members“ umschriebenen Fehlstellen in der Mitgliederdatei dar. Die Ausgangsdatei bzw. Mitgliederliste der Psychologischen PsychotherapeutInnen und der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen war der Kammer im Sommer von der Approbationsbehörde übergeben worden. Es handelte sich um die Adressen der KollegInnen zur Zeit der Approbation – also i.d.R. vor mehr als drei Jahren. Gerade die erfolgte Approbation und evtl. auch Kassenzulassung dürfte aber für manche KollegInnen ein Grund für eine erneute berufliche Veränderung oder auch Niederlassung gewesen sein. Im Ergebnis mussten wir feststellen, dass mehr als 15% der Mitgliederadressen nicht korrekt waren (die Mitgliederbriefe kamen als unzustellbar zurück), und wir waren seit dem Sommer mit intensiven Ermittlungsarbeiten beschäftigt, die wir erst zum Jahresende 2002 weitgehend abschließen konnten.

Satzungsausschuss

Mitglieder: Heiner Vogel (federführend), Rudi Merod, Martin Schimkus, Elke Tittelbach, Herbert Ühlein, Benedikt Waldherr

Der Satzungsausschuss ist damit beauftragt, eine Satzung für die Kammer zu entwerfen, die dann die Strukturen und die Kammerabläufe regeln soll. Hier gibt es eine Vielzahl an denkbaren Ausgestaltungen, wie an den anderen bereits bestehenden Kammern zu ersehen ist. Die vorzunehmenden Regelungen betreffen u.a. die Festlegung von Ausschüssen und ihren Aufgaben, die Ausgestaltung der Kammerversammlung und ihre Mitwirkungs- und Mitsprachemöglichkeiten in Vorstand und Ausschüssen. Der Ausschuss verschaffte sich zunächst einen Überblick über die bereits beschlossenen Kammersatzungen anderer Länder, um vor diesem Hintergrund eigene für die Besonderheiten Bayerns angemessene Regelungen zu beraten.

Entsprechend der guten Erfahrungen mit dem Eckpunktepapier für die Wahlordnung wurde sodann ein Eckpunktepapier für die Satzung entworfen, welches den

Rahmen der Satzung und Gestaltungsprinzipien beinhaltet. Dieses wurde zur letzten Sitzung des Gründungsausschusses am 11. Februar 2003 vorgelegt und soll für den neu zu bestimmenden Satzungsausschuss nach der Konstituierung der Kammerversammlung eine Art Empfehlungspapier darstellen.

Unter anderem wird in dem Eckpunktepapier eine schlanke, transparente und stark auf Mitwirkung ausgerichtete Kammerstruktur gefordert. Es wird empfohlen, dass die Regionen Bayerns und die Tätigkeitsfelder der PsychotherapeutInnen sowie Männer und Frauen und das KJP-/PP-Verhältnis bei der Zusammensetzung von Vorstand und übrigen Gremien angemessen zu berücksichtigen sind. Schließlich wird angeregt, dass die Psychotherapeutischen AusbildungsteilnehmerInnen den Status von außerordentlichen Mitgliedern in der Kammer erhalten können und dass sie ebenso wie die Ausbildungsinstitute jeweils durch Delegierte beratend an der Kammerversammlung teilnehmen können.

Heiner Vogel

Ausschuss Berufsordnung

Mitglieder: Ellen Bruckmayer (federführend), Helge Halbensteiner, Klaus Heinerth, Peter Lehndorfer, Anke Pielsticker, Albrecht Stadler.

In mehreren Sitzungen hat der Ausschuss begonnen, auf der Grundlage der gerade verabschiedeten Berufsordnung der niedersächsischen Psychotherapeutenkammer den Entwurf für eine Berufsordnung unserer Kammer zu erarbeiten. Ethik-Richtlinien sollen in einem separaten Papier verankert werden.

Inzwischen sind von juristischer Seite allerdings Bedenken bzgl. der Kompati-

bilität der niedersächsischen Berufsordnung mit dem bayerischen Heilberufekammergesetz geäußert worden. Insofern wurde überlegt, bayerische Regelwerke zur Grundlage der weiteren Beratungen zu machen.

Nach Konstituierung der gewählten Vertreterversammlung im April wird der Ausschuss natürlich weiterarbeiten, allerdings vermutlich in etwas geänderter Zusammensetzung. Für die inhaltliche Fortführung der Arbeit wurden bei der letzten Sitzung des Berufsordnungsausschusses noch Empfehlungen verabschiedet.

Ellen Bruckmayer

Kurz notiert:

Der Bayerische Patientenkompass: Kurz vor der endgültigen Fertigstellung erhielten

Finanzausschuss

Mitglieder: Rudi Bittner (federführend), Bertold Günter, Barbara John, Brigitte Kissinger, Peter Lehndorfer

Der Finanzausschuss befasst sich mit der Umsetzung der vom Gründungsausschuss erlassenen und vom zuständigen Staatsministerium genehmigten vorläufigen Beitragsordnung. Dabei steht die Bearbeitung der Anträge auf Beitragsermäßigung an vorderer Stelle. Hierbei kam es dem Finanzausschuss darauf an, klare Kriterien für Beitragsermäßigungen auszuarbeiten, die sich dann auch in der Praxis als durchführbar erweisen mussten.

Seit dem Versand der Beitragsbescheide ist eine enorme Zahl von Anträgen auf

Beitragsermäßigung eingereicht worden. Die Anträge werden einzeln bearbeitet. In zumeist schwierigen Einzelfallprüfungen unter Berücksichtigung der individuellen Lebenslage des Antragstellers wird eine Entscheidung über den Antrag auf Beitragsermäßigung vorbereitet. Oftmals fehlen zur Entscheidung über den Antrag auch erforderliche Angaben und Unterlagen, was zu Nachforderungen und erneuten Verzögerungen bei der Bearbeitung führt. Bis etwa Ende März erwarten wir aber, sämtliche Anträge bearbeitet zu haben. Anschließend werden die Antragssteller entsprechend informiert.

Rudi Bittner

wir im vergangenen Sommer vom Gesundheitsministerium die Einladung, den Entwurf des „Bayerischen Patientenkompasses“ zu prüfen. Er soll in Form eines Flyers für Patienten einen kurzen Überblick zum Gesundheitswesen geben, Patientenrechte erläutern und Ansprechpartner für Fragen zu Behandlungsqualitäten und Behandlungsproblemen vermitteln. Wir konnten noch die Psychotherapeutenkammer als neues Strukturelement der Gesundheitsversorgung darstellen und für Fragen der Psychotherapie als kompetenten Ansprechpartner nennen (Der Patientenkompass ist zwischenzeitlich erschienen und kann bestellt werden: www.gesundheitsministerium.bayern.de Broschüren).

Im Herbst erhielten wir von den Landessozialgerichten in Nürnberg und in München die Aufforderung, entsprechend den Vorgaben des Heilberufekammergesetzes InteressentInnen für das Amt von **ehrenamtlichen RichterInnen** zu benennen. Diese werden in Berufsgerichtsverfahren, die von der Kammer wegen Verstößen gegen die Berufsordnung angestrengt werden, neben hauptamtlichen RichterInnen eingesetzt. Die Suche gestaltete sich etwas schwierig, im Februar konnten schließlich aber doch KandidatInnen in genügend großer Anzahl vorgeschlagen werden. Die Gerichte werden nun – entsprechend den gesetzlichen Vorgaben – aus diesen Personen die ehrenamtlichen RichterInnen auswählen.

Beim bayerischen Ärztetag im vergangenen Dezember wurden erste Kontakte mit dem Präsidenten Prof. Koch und weiteren Vorstandsmitgliedern der bayerischen Landesärztekammer geknüpft. Es wurde vereinbart, dass nach Abschluss der Wahlen in beiden Kammern, die für dieses Frühjahr anstanden, ein Gesprächstermin stattfinden solle.

Welche Aufgaben stehen für das laufende Jahr an?

Die bayerische Kammer wirkte bereits bisher engagiert in den Gremien auf

Bundesebene mit und wird dies in Zukunft, nach der Konstituierung der Bundespsychotherapeutenkammer, fortsetzen. Entsprechend den Vorgaben des Heilberufekammergesetzes sind in nächster Zukunft sowohl eine Satzung als auch eine Berufsordnung für Bayern zu verabschieden. Unbedingt müssen neue Räumlichkeiten für die Kammer gesucht werden, nicht zuletzt weil die provisorischen Räume aus allen Nähten platzen. Sodann wird sich die Kammer auf die Konsolidierung und Etablierung konzentrieren müssen. Dazu gehören Kontakte zu Ministerien und den wichtigen Institutionen des Gesundheitswesens, eine erfolgreiche Pressearbeit und das Einbringen eigener Kompetenzen in den öffentlichen und fachöffentlichen Diskurs. Dabei wird sich der neue Vorstand, sicher ebenso wie der Vorstand des Gründungsausschusses, bemühen, nicht nur die Erfahrung der Mitglieder der Kammerversammlung zu nutzen, sondern auch die Kompetenzen vieler weiterer Mitglieder der Kammer.

Der Vorstand des Gründungsausschusses und der vorläufige Kammervorstand:

Ellen Bruckmayer, Helge Halbensteiner, Rainer Knappe, Peter Lehndorfer, Karin Tritt, Heiner Vogel



Vorstand des Gründungsausschusses, 29.1.2003: vorn: Halbensteiner, Lehndorfer, Knappe, hintere Reihe: Bruckmayer, Vogel, Tritt

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Bremen

Geschäftsstelle: Lüder-von-Bentheim-Str. 47, 28209 Bremen

Tel. 0421-2772000, Fax 0421-2772002

Psychotherapeutenkammer.bremen@nord.com.net

www.psychotherapeutenkammer-hb.de

Geschäftszeiten: Mo, Di, Do, Fr von 10.00 bis 14.00 Uhr; Mi 13.00 bis 17.00

Gesundheitspolitik: Kammervorstand markierte eigene Position in der gesundheitspolitischen Debatte in Bremen

Im Januar riefen in Bremen zahlreiche ärztliche Organisationen gemeinsam mit anderen Berufsgruppen, die im Gesundheitswesen tätig sind, unter dem Namen „Bündnis Gesundheit 2000“ zu Protestaktionen auf. Auslöser für diese Proteste waren die sogenannte Nullrunde im Gesundheitswesen und die verschiedenen in der Diskussion sich befindenden Vorschläge zur Reform des Gesundheitswesens. Auch die Bremer Psychotherapeutenkammer war eingeladen, sich den geplanten Aktionen und Stellungnahmen anzuschließen. Auf zwei Vorstandssitzungen befasste sich der Kammervorstand mit dieser Situation und beschloss am 29. Januar, sich diesen Protesten nicht anzuschließen. In der vom Kammerpräsidenten Karl Heinz Schrömgens unterschriebenen Stellungnahme hieß es:

„Die Psychotherapeutenkammer Bremen, in der alle in Bremen niedergelassen oder in Institutionen tätigen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zusammengeschlossen sind, hat sich diesen gemeinsamen Protesten nicht angeschlossen.

Wir sehen durchaus, dass die beschlossene Nullrunde negative Folgen für unsere Berufsgruppen hat. Es findet keine Einkommensanpassung statt, von einem Inflationsausgleich, der mit 0,81% ursprünglich vorgesehener Steigerung auch nur annähernd hätte erreicht werden können, kann also keine

Rede sein. Bei steigenden Sach- und Personalkosten werden die Spielräume in den Krankenhäusern enger und damit erhöht sich der Druck auf die Arbeitsplätze unserer dort tätigen Kolleginnen und Kollegen. Die Niedergelassenen müssen damit rechnen, dass die Punktwerte für ihre Leistungen innerhalb der gesamtärztlichen Honorarverteilungen weiter sinken werden.

Die Psychotherapeuten sind schon seit langem die Benachteiligten bei den Leistungserbringern, die Jahr für Jahr nicht mit einer Nullrunde, sondern mit Minusrunden konfrontiert sind. Den angestellten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wird eine analoge Bezahlung wie bei den gleich qualifizierten Ärzten verweigert, unseren Ausbildungskandidaten wird zugemutet, ihre praktische Tätigkeit z.B. in der Psychiatrie ohne Bezahlung zu verrichten, den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen wird innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigung trotz höchstrichterlicher Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes ein angemessenes Honorar vorenthalten, ein Honorar, mit dem lediglich eine annähernde Honorargerechtigkeit hergestellt würde.

Wir halten unser Gesundheitssystem für dringend reformbedürftig. Dies kann nur in gemeinsamen streitbaren und lösungsorientierten Gesprächen zwischen allen Beteiligten im Gesundheitswesen geschehen. Katastrophenszenarios und polemische Zusätzun-

gen helfen in dieser Situation nicht weiter. Die Psychotherapeuten, die zum 1. Januar 1999 in die kassenärztliche Versorgung integriert wurden, sind bereit, ihren Beitrag zu einer Umgestaltung des Gesundheitswesens zu leisten, die den berechtigten Interessen der Patienten, der Beitragszahler und der Leistungserbringer gerecht wird. Strukturelle Veränderungen bedürfen allerdings einer konsequenten Orientierung an einem bio-psycho-sozialen Gesundheits- und Krankheitsverständnis. Eine Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung und eine Stärkung der Selbstverantwortung der Patienten erfordern eine verstärkte Einbeziehung der Human- und Sozialwissenschaften. Psychologisches und psychotherapeutisches Interventionswissen, das in der somatischen Medizin traditionell vernachlässigt wurde, ist dabei unverzichtbar bei präventiven, rehabilitativen und kurativen Maßnahmen für eine ganzheitliche Behandlung. Wie in wissenschaftlichen Studien nachgewiesen wurde, trägt Psychotherapie in seinen vielfältigen Ausformungen zu einer angemesseneren Behandlung der Patienten bei und hilft durch Vermeidung von Fehlbehandlungen Kosten sparen.

Die Psychotherapeutenkammer wird sich an dem jetzt eröffneten Diskurs über eine grundlegende Reform des Gesundheitswesens beteiligen und ihre spezifischen Kompetenzen einzubringen suchen.“

Versorgungswerk für Bremer Psychotherapeuten

Eine der wichtigsten Aufgaben der Psychotherapeutenkammer Bremen ist bald gelöst: die von vielen Kollegen häufig verdrängte und verschobene Vorsorge für Alter, Berufsunfähigkeit und Hinterbliebenenversorgung. Nicht nur für selbständig tätige Psychotherapeuten, sondern auch für angestellte Kollegen kann ein Versorgungswerk Vorsorgelücken schließen helfen. Nach langer, intensiver und professioneller Vorbereitung unter Einbeziehung von Finanzfachleuten, Fachjuristen und Vertretern des niedersächsischen Ministeriums konnte schon im Dezember 2002 in Niedersachsen das 1. Versorgungswerk für psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten rechtsverbindlich in Kraft treten. In sehr kollegialer Weise wurde die Psychotherapeutenkammer Bremen schon frühzeitig am Planungsprozess und von inhaltlichen Gestaltungsfragen des zu gründenden Versorgungswerks beteiligt. Entscheidungshintergrund dieser Bremer Beteiligung war, dass die Gründung eines eigenen Bremer Versorgungswerkes angesichts der vergleichsweise geringen Mitgliederzahl nicht in Frage kam und auch die Schaf-

fung eines überregionalen, länderübergreifenden Versorgungswerks wegen der Gesetzgebungskompetenz der Bundesländer nicht möglich war. Frank Bodenstern, der im Bremer Kammervorstand den Verantwortungsbereich „Versorgungswerk“ übernommen hat, berichtete daher schon auf der Kammerversammlung im Mai 2002 über den Planungsstand und warb für einen Anschluss an das niedersächsische Versorgungswerk.

Auf der Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Bremen am 4. März 2003 informierten der Präsident der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen Dr. Lothar Wittmann und die Geschäftsführerin des Psychotherapeutenversorgungswerk (PVW) Frau Barbara Sieker die Kammermitglieder ausführlich über Konzeption, Zielstellung und Arbeitsweise des Versorgungswerkes und beantworteten die zahlreichen Fragen in sachkundiger Weise. Die Kammerversammlung beschloss, dem PVW der niedersächsischen Kammer beizutreten. Zusammenfassend hier die wichtigsten Punkte:

■ Für die Mitglieder der Psychotherapeutenkammer Bremen tritt eine

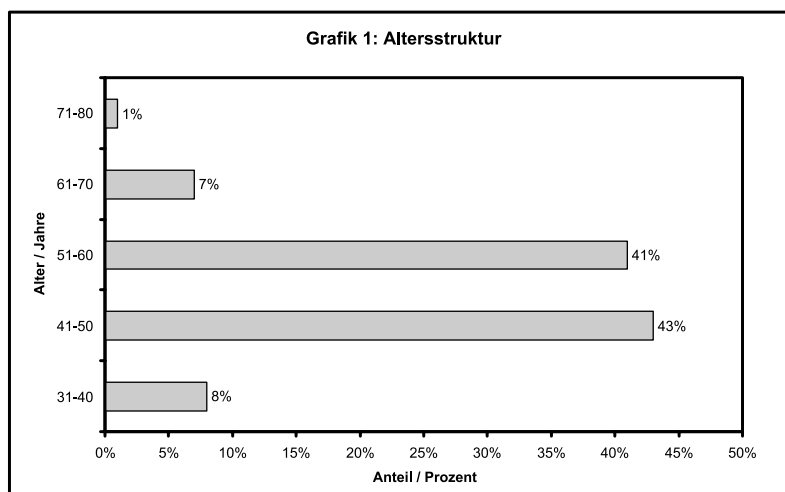
Mitgliedschaft im PVW erst rechtsverbindlich in Kraft, wenn entsprechende Verträge zwischen den Ländern Bremen und Niedersachsen in Kraft getreten sind. Dieser Prozess wird einige Monate dauern. Angestrebt wird ein rechtsverbindlicher Beitrittszeitpunkt der Bremer Kammermitglieder noch im Jahr 2003. Falls gewünscht können dann die Bremer PVW-Mitglieder Beiträge in ihr Versorgungswerk rückwirkend für das gesamte Jahr 2003 nachzahlen.

■ Jedes Kammermitglied ist zum offiziellen Beitrittszeitpunkt **Pflichtmitglied** des PVW.

■ Innerhalb eines Zeitraumes von einem halben Jahr können sich dann die Personen **von der Pflichtmitgliedschaft befreien** lassen, die zum Zeitpunkt des rechtsverbindlichen Beginns der Mitgliedschaft im PVW bereits Kammermitglieder in Bremen sind. Jedes neu hinzukommende Kammermitglied, das nicht Mitglied der gesetzlichen Sozialversicherung ist, wird dann automatisch auch Pflichtmitglied des PVW. (Weitere Informationen können dem Artikel von Herrn Werner Köthke im gleichen Heft entnommen werden)

Alters- und Einkommensstatistik Bremer Psychotherapeuten

Mit Gründung der Bremer Psychotherapeutenkammer werden von den Mitgliedern über den Meldebogen und über die einkommensabhängige Beitragsermittlung personenbezogene Daten erhoben. Diese unterliegen in der Kammergeschäftsstelle einem klar definierten Datenschutz. Gleichzeitig ermöglichen diese Informationen, statistische Daten zu einzelnen Merkmalen zu erheben. Wir möchten in dieser Ausgabe des Psychotherapeutenjournals Informationen über die Alterszusammensetzung unserer Mitglieder und über die Einkommenssituation geben.



Altersstruktur

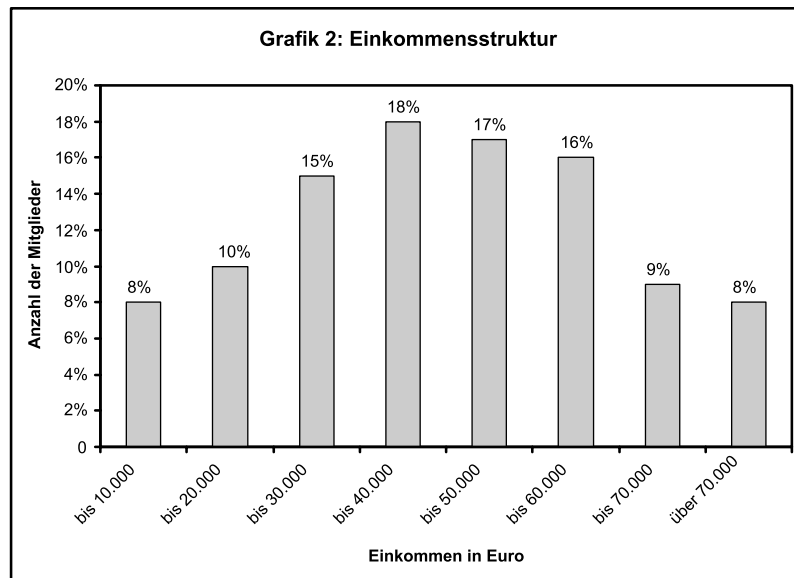
Nur 8% unserer Mitglieder haben ein Alter von unter 40 J, dagegen sind 43% zwischen 40 und 50 Jahren, und 41% zwischen 50 und 60 Jahren alt. 7% haben ein Alter zwischen 61 und 70 Jahren und nur 1% ist älter als 70 Jahre. (Grafik 1) Da im Land Bremen im Unterschied zur bundesweiten Verteilung mehr als zwei Drittel der Kammerangehörigen niedergelassen tätig sind, heißt das, in den nächsten 18 Jahren scheidet rund die Hälfte aller Niedergelassenen – und zwar mit einer zunehmenden Geschwindigkeit – aus ihrem Job aus. Vorausgesetzt, die gegenwärtigen Versorgungsstrukturen einschließlich der Bedarfsrichtlinien bestünden weiter, würde daraus folgen, dass in ca. 10 Jahren Bremen kein überversorgtes Gebiet mehr wäre, allerdings nur dann, wenn die Praxissitze nicht sukzessive neu besetzt würden. Die Neubesetzung könnte durchaus gefährdet sein, wenn der Nachwuchs aufgrund der unattraktiven Ausbildungsbedingungen, wie sie derzeit herrschen, in ausreichender Zahl ausbleiben würde. Für die gegenwärtigen Praxisinhaber könnte das die unangenehme Konsequenz haben, dass eine Praxisveräußerung, die Zubrot für die Altersversorgung darstellen kann, nicht mehr realisierbar wäre.

Einkommensstruktur

In der Bremer Psychotherapeutenkammer werden aus Gründen der Beitragsgerechtigkeit die Beiträge abhängig vom Einkommen erhoben. Die Einkünfte aus selbständiger bzw. nichtselbständiger Tätigkeit werden dazu über den Steuerbescheid nachgewiesen. Dabei wird der Bescheid des jeweils vorvergangenen Jahres zugrunde gelegt. Bei der hier dargestellten Einkommensstatistik handelt es sich also um die Einkünfte aus dem Jahr 2000. Bei den Einkommen werden alle Einkünfte mitgezählt, die aus der Anwendung bzw. Mitverwendung der psychotherapeutischen Qualifikationen herrühren, also auch aus Beratung

und Supervision, Aus- und Weiterbildung, Forschung und Lehre sowie dem Publikationswesen. Die nachfolgend dargestellten Beträge sind die Bruttoeinkommen nach Abzug der

Werbungskosten bzw. die freiberuflichen Einkommen nach Abzug der Praxiskosten vom Umsatz. (Grafik 2) Nicht erfasst und deshalb nicht gewichtet wurde die Arbeitszeit, die Psy-



chotherapeuten für die Erzielung ihrer Einkünfte einsetzen.

Die größte Gruppe, fast 20 Prozent, verdient zwischen 30 und 40.000 €, 15 Prozent zwischen 20 und 30.000 € sowie 17 Prozent zwischen 40 und 50.000 €. Weitere 15 Prozent verdienen zwischen 50 und 60.000 € und 9 Prozent zwischen 60 und 70.000 €. Lediglich 8 Prozent unserer Mitglieder bewegt sich in einem Einkommenssegment, das über 70.000 € liegt. Rund 50 Prozent unserer Berufsangehörigen beziehen ein Einkommen, das unterhalb dessen angesiedelt ist, was ein mit BAT IIa angestellter Psychotherapeut im öffentlichen Dienst verdient. Bei den ausschließlich angestellt/beamtet tätigen Kolleginnen und Kollegen liegt fast ein Drit-

tel bei einem Einkommen zwischen 50 und 60.000 €, nur ein einziger verdient über 60.000 €.

Wenn man bedenkt, dass in den Urteilen des Bundessozialgerichtes von einem fiktiven Jahresertrag einer Praxis (bei 36 GKV-Psychotherapiestunden über 43 Wochen im Jahr) in Höhe von 69.000 € ausgegangen worden war, so kann man konstatieren, dass in Bremen nur ein kleiner Teil der Behandler diese Einkommenshöhe erreicht. Offensichtlich ist eine Arbeitswoche mit 36 Patientenstunden in der Führung einer psychotherapeutischen Praxis nicht als realistisch anzusetzen. Daraus folgt um so mehr, wie notwendig die Umsetzung der Rechtsprechung des BSG auch für die Jahre nach 1999 ist.

Kammermitgliedschaft neu definiert – Veränderte Beitragsregelung beschlossen

Auf ihrer Versammlung am 27. Nov. 2002 beschloss die Bremer Kammer erstmals Änderungen ihrer Satzung.

Den Vorschlägen des Vorstandes folgten die anwesenden Mitglieder mit überwältigender Mehrheit.

Infolge einer Änderung des Bremer Heilberufsgesetzes, die zum 1.1.2003 in Kraft trat, sind jetzt auch diejenigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Kammermitglieder, die ihren Beruf nicht ausüben, aber ihren Wohnsitz in Bremen haben. Ausgenommen sind nur diejenigen, die dauerhaft aus Altersgründen oder wegen Berufsunfähigkeit aus dem Beruf ausgeschieden sind.

Auch die Berufsausübung wurde in der Satzung jetzt klarer definiert. Danach ist psychotherapeutische Arbeit jede berufliche Tätigkeit eines Kammerangehörigen, in der psychotherapeutische Kenntnisse und Erfahrungen zur Anwendung gelangen oder mitverwendet werden. Beispielhaft werden Tätigkeitsfelder wie Forschung, Lehre, Aus-, Fort und Weiterbildung, Supervision, Beratung, Publikationswesen aufgeführt. So zählen auch administrative Arbeiten zur Ausübung des Berufes, wenn die psychotherapeutische Qualifikation eine Vorausset-

zung für die Betreuung mit Leitungsaufgaben gewesen ist.

In der Beitragsregelung wurde ebenfalls eine wichtige Änderung eingeführt. Da die Grundkosten, die der Kammer für die Betreuung von Mitgliedern entstehen, recht hoch sind, war ein Mindestbeitrag von 30 € in keiner Weise mehr gerechtfertigt. Aus diesem Grunde beschloss die Kammerversammlung, diesen Mindestbeitrag auf 120 € zu erhöhen, auch um nicht erneut den Beitragshebesatz in Höhe von 0,79 Prozent anheben zu müssen. Mit einem zu erwartenden Durchschnittsbeitrag von 241 € liegt Bremen damit im Bundesvergleich immer noch am unteren Ende der Beitragsskala.

Die Satzungsänderungen wurden von Frau Senatorin Röpke als Vertreterin der Aufsichtsbehörde inzwischen genehmigt und im Amtsblatt des Landes Bremen veröffentlicht. Sie gelten ab dem 1. Jan. 2003.

same Arbeitsgruppe von Ärztekammer und Psychotherapeutenkammer zum Thema Weiterbildung zusammen. Von Seiten der Ärztekammer nahmen Herr Dr. Wurche, Herr Schimmler und Frau Dr. Fehse, als Vertreter der Psychotherapeutenkammer Frau Büthe-Tietel, Herr Platte und Herr Schrömgens teil.

Psychiatrieausschuss unter Beteiligung der Kammer

Im April tritt erstmals der neu gegründete Psychiatrieausschuss des Landes Bremen zusammen, an dem auf Initiative von Herrn Dr. Schöfer, dem Psychiatrie-Referenten des Landes, nun auch die Ärztekammer und die Psychotherapeutenkammer beteiligt werden. Diese Forderung der Kammern war zunächst zurückgewiesen worden. Als Vertreter der Psychotherapeuten wird Herr Axel Janzen an den Sitzungen des Ausschusses teilnehmen.

Bremer Kammervorstand im Gespräch

■ Im November kam es zu einem ersten Gespräch zwischen Vertretern der Bremer Psychotherapeutenkammer und der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales des Landes Bremen, Frau Karin Röpke, die im zurückliegenden Jahr ihr Amt neu angetreten hat. Von Seiten der Kammer nahmen der Präsident Karl Heinz Schrömgens, sein Stellvertreter Hans-Otto Platte und das Vorstandsmitglied Axel Janzen teil. Im Vordergrund standen zunächst aktuelle gesundheitspolitische Fragen und die besonderen Anliegen der psychotherapeutischen Berufsgruppen. Das anderthalbstündige Gespräch verlief in einer sehr angenehmen und angeregten Atmosphäre und berührte darüber hinaus Fragen der psychotherapeutischen Versorgung

insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, des Titel- und Qualitätsschutzes, der Weiterbildung und der Gründung eines Versorgungswerkes.

■ Auf den Neujahrsempfängen der Betriebskrankenkassen Bremen/Niedersachsen und der Kassenärztlichen Vereinigung/Ärzttekammer Bremen nutzten Karl Heinz Schrömgens und Hans-Otto Platte die Gelegenheit, um vielfältige Gespräche mit Entscheidungsträgern aus Politik und Gesundheitswesen zu führen.

■ Ebenfalls kam es zu einem Gespräch zwischen Kammer und Vertretern der Gesundheitsbehörde und des Finanzsenators, um die zukünftige Beteiligung der Kammer bei der Gestaltung der Bremer Beihilfavorschriften abzustimmen.

■ Erstmals traf im März die gemein-

Termine:

Kammerversammlung Psychotherapeutenkammer Bremen

Dienstag, 20. Mai – 20 Uhr

Bürgerhaus Weserterrassen, Osterdeich

„Bewegung wird Gestalt“ – Arbeiten am Tonfeld (nach H. Deuser)

mit Katharina Huss, München

Seminar am 23. – 24. Mai 2003, Freitag 18.00-21.00 Uhr, Samstag 10.00 – 13.00 Uhr Gertrudenhof, Gertrudenstr. 38/39, Bremen. Weitere Informationen und Anmeldung über: DGIP Landesverband Bremen, email: LV-Bremen@dgip.de

Redaktion Bremer Kammerseiten:

Frank Bodenstein, Karl Heinz Schrömgens

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hamburg

Geschäftsstelle: Falkenried 52 20251 Hamburg
Tel. 040-42101234, Fax 040-41285124
www.psychotherapeutenkammer.hamburg.de

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

als frisch benannte Redaktionsbeauftragte für das Psychotherapeutenjournal freuen wir uns, dass auch die Hamburger Psychotherapeutenkammer bereits an der ersten Ausgabe dieser neuen Zeitschrift für Sie beteiligt ist. Es handelt sich hier um das Mitteilungsblatt, das bisher sechs und nun mit Hamburg sieben Psychotherapeutenkammern für die Mitglieder dieser Kammern herausgeben. Wir hoffen, dass auch die anderen noch in Gründung befindlichen oder noch zu gründenden Psychotherapeutenkammern sich diesem Journal anschließen werden. Damit wird diese Zeitschrift vielleicht künftig alle approbierten Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und Jugendlichenpsychothe-

rapeutInnen in Deutschland erreichen können und zu deren Verständigung und Information beitragen.

Auf der zweiten Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Hamburg wurde einstimmig beschlossen, Ihnen als Mitglied der Kammer diese Zeitschrift, die viermal im Jahr erscheint, im Abonnement zukommen zu lassen. Wir hoffen und wollen dazu auch künftig beitragen, dass diese Lektüre für Sie von Interesse ist und zur Identitätsfindung und –festigung der Berufsangehörigen beitragen kann. Da das Psychotherapeutenjournal zugleich von der Psychotherapeutenkammer Hamburg zu ihrem offiziellen Mitteilungsblatt bestimmt wurde, werden Sie auch offizielle Verlautbarungen auf den jeweils vier Seiten finden, die für Hamburg (wie für andere Bundesländer) reserviert sind.

Den folgenden Artikeln werden Sie entnehmen, dass die Hamburger Kammer in der Aufbauphase ist. Wir hoffen, dass Sie etwas von der Spannung nachvollziehen können, die mit diesem Projekt verbunden ist, das zur Selbstorganisation unserer beiden Heilberufsstände beitragen soll und wird. Sie finden die Presseerklärung zur Gründung der Psychotherapeutenkammer, eine Vorstellung des frisch gewählten Präsidiums in Bild und Text sowie einen Bericht von den ersten beiden Sitzungen der Kammerversammlung, die Sie mit hoher Wahlbeteiligung gewählt und mit einem Mandat ausgestattet haben. Transparenz ist ein weiteres Ziel, das wir mit der Darstellung der Entwicklung der Kammer und ihrer Projekte zu verwirklichen helfen wollen.

Torsten Michels Harry Askitis

Presseerklärung anlässlich der konstituierenden Sitzung der Kammerversammlung am 29. Januar 2003

In Hamburg konstituierte sich am 29. Januar 2003 die Hamburgische Kammer der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten. Die 29 Mitglieder der Kammerversammlung wählten mit großer Mehrheit einen Vorstand, in dem die meisten der Gruppierungen vertreten sind: Prof. Dr. Rainer Richter (Allianz psychotherapeutischer Fach- und Berufsverbände) wurde zum Präsidenten, Frau Dipl.-Päd. Petra Rupp (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin; Psychodynamische Liste) zur Vizepräsidentin gewählt, Frau Dipl.-Psych. Gerda Krau-

se (Allianz), Dr. Peter Riedel (Berufsverband deutscher Psychologen) und Herr Dipl.-Psych. Ulrich Wirth (Psychodynamische Liste) zu Beisitzern.

Es ist eine der großen Errungenschaften der Gesundheitspolitik des vergangenen Jahrhunderts, dass Psychotherapie zu den Regelleistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung gehört und sich bei der Behandlung psychischer und zahlreicher körperlicher Erkrankungen, darunter die großen Volkskrankheiten, bewährt hat. Angesichts der steigenden Erkrankungszahlen bei psychischen und psychosomatischen Krankheiten nahm die Be-

deutung der Psychotherapie stetig zu, und folgerichtig wurde 1999 die gesetzliche Grundlage für zwei neue approbierte Heilberufe, den des Psychologischen Psychotherapeuten, der Erwachsene und Kinder behandelt, und den des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, der Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene als Patienten hat, geschaffen. Derzeit sind bundesweit ca. 30.000 Angehörige dieser beiden Heilberufe in der Krankenversorgung psychotherapeutisch tätig. Nachdem die Qualifikation dieser neuen Heilberufe damit bundeseinheitlich geregelt ist, erhielten in allen Bundesländern – wie bei den anderen Heil-



*Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Hamburg:
(v.l.n.r.): Petra Rupp (Vizepräsidentin), Rainer Richter (Präsident), Gerda Krause,
Ulrich Wirth, Peter Riedel (Beisitzer)*

berufen – Kammern den gesetzlichen Auftrag für die Aufsicht über die Berufsausübung und die berufsständische Vertretung der Psychotherapeuten.

Die Hauptaufgabe der Psychotherapeutenkammer Hamburg besteht in der Aufsicht über die Berufsausübung der ca. 1250 in Hamburg tätigen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, von denen etwa die Hälfte in Krankenhäusern, Beratungsstellen und anderen Einrichtungen als Angestellte oder Beamte, die andere Hälfte in freier Praxis arbeitet. Die Kammer berät ihre Mitglieder, Patienten und Institutionen in allen Belangen der Psychotherapie und richtet hierzu u.a. eine Ethikkommission und eine Schlichtungskommission ein. Die Kammer wird sich für angemessene Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Tätigkeit in Prävention, Krankenbehandlung und Rehabilitation insbesondere auch in Institutionen einsetzen und zugleich die Fort- und Weiterbildung ihrer Mitglieder gestalten und fördern.

Ferner wird es sich die Kammer zur Aufgabe machen, Vorschläge zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung – auch durch die Weiterentwicklung und Förderung neuer Behandlungsmethoden und -strukturen – zu erarbeiten. So haben sich etwa in der stationären und teilstationären Versorgung zahlreiche Verfahren kli-

nisch bewährt und sind z.T. auch wissenschaftlich anerkannt, deren Nutzen es auch im ambulanten Bereich zu prüfen gilt. Die Kammer wird Versorgungsmängel zum Wohl der betroffenen Kranken benennen und in enger Kooperation mit den Angehörigen anderer Gesundheitsberufe, den Kostenträgern, Gesundheitspolitikern und Behörden zu beheben versuchen. Dabei gilt es, die Besonderheiten psychotherapeutischer Behandlungen mit ihren psychologischen und sozialwissenschaftlichen Grundlagen zu verdeutlichen und gemeinsam mit den psychotherapeutisch tätigen Ärzten in einer zunehmend technisierten Medizin engagiert zu vertreten.

Gerda Krause, Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin; Jahrgang 1954, Sozialwirtin (Hochschule für Wirtschaft und Politik), Studium der Psychologie in Hamburg. Seit 14 Jahren angestellt tätig bei der Opferhilfe-Beratungsstelle (Beratung bei akuten und chronischen Psychotraumata), seit 12 Jahren niedergelassene Psychotherapeutin (TfP) in Hamburg-Altona.

Psychotherapeutische Ausbildungen in Systemischer Familientherapie und Kathymen Bilderleben, Ermächtigung (TfP), Fortbildung in EMDR. Berufspolitisch engagiert in der DPTV-Landesgruppe Hamburg, Präsidiumsmitglied in der Deutschen Fachgesellschaft für Tiefenpsychologisch

fundierte Psychotherapie (DFT), Mitglied in der AG Akuttraumatologie der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT).

Rainer Richter, Univ.-Prof., Dr. phil., Psychologischer Psychotherapeut; Jahrgang 1947. Studium der Psychologie in Göttingen und Basel, Habilitation Universität Hamburg. Hochschullehrer an der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf, Geschäftsführender Direktor des Instituts für Psychotherapie der Universität Hamburg, Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie, Honorarprofessor an der Universität Innsbruck. Wissenschaftliche Schwerpunkte: Psychosomatik des Asthma bronchiale und der Allergien, Psychotherapieforschung, Bindungstheorie. Psychoanalytische Weiterbildung in Hamburg, Eintrag ins Arztregister (analytische Psychotherapie und TfP). Dozent, Supervisor und Lehrtherapeut an div. Ausbildungsinstituten. Mitglied u.a. in folgenden Fachgesellschaften und Berufsverbänden: DFT (Präsident), DGfPs, DGPT, DKPM, DPTV, DPV.

Peter Riedel, Dipl.-Psych. Dr.-Ing., Psychologischer Psychotherapeut; Jahrgang 1930. Im ersten Beruf nach Fachhochschul- und Diplomstudium (Elektrische Nachrichtentechnik) Promotion zum Dr.-Ing. 15 Jahre leitende Tätigkeiten in Industrieunternehmen. Dann Studium der Psychologie, Diplom 1983 in Hamburg. Niederlassung als Personalberater Führungskräfteauswahl, Ausbildung in Integrativer Psychotherapie, Fortbildung in analytischer und tiefenpsychologischer Psychotherapie. Seit 1985 niedergelassener Psychotherapeut; Lehraufträge FHS Sozialpädagogik, Supervisor in sozialer Einrichtung, Ermächtigung (TfP). Im Rahmen langjähriger berufspolitischer Tätigkeiten im BDP Hamburg engagiert im Gesetzgebungsverfahren zum PsychThG und in der öffentlichen Patientenberatung.

Petra Rupp, Dipl.-Päd., Kinder und Jugendlichenpsychotherapeutin, Jahr-

gang 1953. Studium für das Lehramt für Grund- und Hauptschule in Saarbrücken, Studium der Pädagogik in Hamburg, seit 17 Jahren niedergelassene analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in Hamburg-Eimsbüttel (KV-Zulassung TfP und aP). Ausbildung am Michael-Balint-Institut in Hamburg. Fach- und Berufsverbände: VaKJP und VVpH.

Ulrich Wirth, Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut, Jahrgang 1952, Studium der Soziologie und Psychologie in Hannover und Hamburg. Über 15 Jahre Anstellungen in Psychotherapieforschung, psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken, niedergelassener Psychotherapeut seit 1996, KV-Zulassung TfP und analytische Psychotherapie. Dozent in der psychotherapeutischen Aus- und

Weiterbildung. Interessenschwerpunkte u.a. an Fragen der Psychotherapieforschung und der Fort- und Weiterbildung. Ausbildungen in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie am Michael-Balint-Institut Hamburg und in systemischer Paar- und Familientherapie am Institut für systemische Studien Hamburg. Fachgesellschaften: DPV, DGPT.

Psychotherapeutenkammer Hamburg konstituiert

Am 29. Januar 2003 fand die konstituierende Sitzung der Psychotherapeutenkammer Hamburg statt. Dies war ein historischer Moment: Nachdem die PsychotherapeutInnen seit 30 Jahren für die Etablierung ihres Berufsstandes durch ein Psychotherapeutengesetz gekämpft haben, nach all den Auseinandersetzungen und Mühen von Approbation und Zulassungsverfahren, nach der sozialrechtlichen Integration in eine Vereinigung der Kassenärzte, haben die PsychotherapeutInnen in Hamburg endlich ihre eigene Selbstverwaltung durch und für die eigenen Berufsangehörigen gewählt und erhalten.

Als erstes wählte die Kammerversammlung den Vorstand der Psychotherapeutenkammer (s. im Einzelnen in der Pressemitteilung). Damit zeigte sich, dass das in vielfältigen Vorgesprächen erreichte Konsensmodell für die Bildung des Vorstandes, das die Beteiligung der wesentlichen und die Billigung durch alle Gruppierungen der Kammer vorsieht, bestätigt wurde. Der neu gewählte Präsident Prof. Richter leitete die weitere Sitzung.

Um als Kammer handlungsfähig zu sein, musste eine Beitragsordnung mit Ermäßigungsmöglichkeiten beschlossen werden, die eine eindeutige Mehrheit fand. (Deren Text ist im Internet unter www.psychotherapeutenkammer.hamburg.de einzusehen.)

Um 20 Uhr schloss sich dieser Sitzung ein Empfang an: Nach einem historischen Rückblick auf die Entwicklung des Psychotherapeutengesetzes wünschte Senator Rehaag der Kammerversammlung viel Bestä-

tigung und Erfolg für die Belange des Faches und das Wohl der PatientInnen. Er appellierte an die Kammer, sich zusammen mit der Politik für eine Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung insbesondere von Kindern und Jugendlichen in der Stadt einzusetzen.

Sehr gut aufgenommen wurde der Vortrag von Prof. Dr. Gunter Schmidt über „die Psychotherapie in der modernen Gesellschaft“, in dem er die Bedeutung der Psychotherapie auf dem Hintergrund des gesellschaftlichen Wandels hervorhob. Er stellte die psychotherapeutische Tradition Hamburgs heraus mit Namen wie Curt Bondy, A.E. Meyer, Hans Giese, Thea Schönfelder, Reinhard Tausch und anderen. Abschließend empfahl er der Kammer, sich nicht als bürokratisches System mit einer closed-shop-Politik zu verstehen. Stattdessen könne sie der Hamburger Beitrag zur modernen Psychotherapie sein. Der Präsident sagte zu, dass die Förderung der Innovation ein zentrales Anliegen der Hamburger Kammer sein werde.

Ein gesellschaftlicher Empfang mit vielen Gästen aus Politik, Heilberufekammern, KVen, Kliniken, von ärztlichen und psychologischen PsychotherapeutInnen schloss sich an.

Da die Kammerversammlung ein hohes Arbeitspensum zu erledigen hat, um arbeitsfähig zu werden, wurde für den 12.2.2003 bereits die zweite Kammerversammlung einberufen. Auf dieser Sitzung wurden einige formale Änderungen der Beitragsordnung, die die Behörde für Umwelt und Gesund-

heit (BUG) gefordert hatte, beschlossen. Der Vorstand berichtete über seine ersten Arbeitsergebnisse sowie den Umriss der künftigen Arbeit der Kammerversammlung und des Vorstandes. Außerdem stellte er die neue homepage der Psychotherapeutenkammer www.psychotherapeutenkammer-hamburg.de vor.

Die Kammerversammlung beschloss einstimmig, das „Psychotherapeutenjournal“ als offizielles Mitteilungsblatt der Psychotherapeutenkammer Hamburg zu nutzen und es (zunächst für ein Jahr) für alle Kammermitglieder zu abonnieren. Als Redaktionsbeauftragte wurden Torsten Michels und Harry Askitis vom Vorstand benannt.

Sodann wurden der Haushaltsplan für 2003 verabschiedet und ein Haushaltsausschuss gewählt (Jörg Christlieb, Dr. Peter Riedel, Claus Gieseke).

Es folgte eine intensive Diskussion des vom Errichtungsausschuss erarbeiteten Satzungsentwurfs, die zu einer größeren Zahl von Änderungen führte. Abschließend konnte die gesamte Satzung einstimmig verabschiedet werden. Hierin wird erneut die sachlich-konstruktive Atmosphäre der Arbeit in der Kammerversammlung angesichts einer Fülle von Aufgaben deutlich. Den Text der Satzung werden wir nach Genehmigung durch die Behörde im nächsten Psychotherapeutenjournal und natürlich auf der homepage veröffentlichen.

Zum Ende der Sitzung wurde Dr. Manfred Bogun beauftragt, für die nächs-

te Sitzung ein Konzept für die Arbeit eines Schlichtungsausschusses zu erarbeiten und der Kammerversammlung vorzustellen. Da in der Beitragsordnung geregelt ist, dass Ermäßigungen des Beitrags jeweils auf Antrag

individuell beurteilt werden sollen, wurde ein „Beitragsermäßigungsausschuss“ gebildet. Ihm gehören Elke Visser, Manfred Burmeister und Gerda Krause an, die ohne Gegenstimmen gewählt wurden.

Die nächsten Kammerversammlungen finden am 9. April, 18. Juni, 24. September und 26. November statt. Wegen der Fülle der anstehenden Aufgaben werden sie künftig von 19.30 bis 22.30 Uhr dauern.

„Brennpunkte in der Psychiatrie“ – Interview mit Prof. Dr. Michael Sadre Chirazi-Stark

Zum 8. Mal bereits findet das „Forum psychosoziale Prävention-Therapie-Rehabilitation“ vom 8. bis 10. Mai 2003 im Congress-Centrum in Hamburg statt. Aus diesem Anlass sprach Harry Askitis mit dem Initiator der Veranstaltung, Herrn Prof. Dr. Stark.

Herr Prof. Stark, was war Ihre Idee, als Sie vor 10 Jahren diese Veranstaltungsreihe initiiert haben?

1994 fand in Hamburg zum 1. Mal ein Weltkongress für Sozialpsychiatrie statt, auf dem sich auch Angehörige und Psychiatriepatienten mit Beiträgen ihrer Erlebnisse beteiligten. Dies führte zu einer einmaligen spannenden Auseinandersetzung. Damals konnte ich einen kleinen Kreis von engagierten Mitstreitern dafür begeistern, diesen Impetus nicht versanden zu lassen, sondern daraus ein Kongresskonzept zu entwickeln, das wir als regelhaftes Angebot etablieren wollten. Wie Sie sehen: bis heute erfolgreich mit Teilnehmerzahlen von ca. 1000 aus der ganzen BRD und der Schweiz und Österreich.

Wieweit hat dieses Anliegen sich durch die gesundheitspolitische Entwicklung der letzten Jahre geändert?

Die Entwicklung der Gesundheitspolitik, allem voran die Sparmaßnahmen, die Aushöhlung der Psychiatrie-Personalverordnung - die gesetzlich festgelegten Bemessungszahlen für die personelle Ausstattung der Psychiatriischen Abteilungen und Krankenhäuser - hat unserem kritischem Hinterfragen immer genügend Zündstoff bereitgehalten. So tragen wir in diesem Jahr mit dem Themenkreis „Ambulantisierung der Psychiatrie und ihre Folgen für die Betroffenen und das Versorgungssystem“ dem Rechnung.

Was sind die Schwerpunkte des Kongresses in diesem Jahr?

Neben einem dezidiert gesundheitspolitischen Thema wie eben genannt, haben wir immer zwei inhaltliche Themen. In diesem Jahr wollen wir mit Plenarvorträgen, Seminaren und Fortbildungen uns das Thema „Die Bindungstheorie – wiederentdeckt: Umdenken in der Psychiatrie?“ und „Die Wiederentdeckung der Bedeutung des Traumas in der Psychiatrie und Psychotherapie“ widmen. Neben dem gesundheitspolitischen Thema ist dieses Jahr unser Psychiatriethema „Arbeit und menschliche Würde“. Hier werden wir ethische, soziale und psychologische Aspekte dieses Themas beleuchten.

Die Angehörigen beschäftigen sich mit neuen Initiativen der Zusammenarbeit und Selbsthilfe z.B. „Angehörige beraten Betriebe“. Die Psychiatrie-Erfahrenen beleuchten Traumaerfahrungen und die Utopie Arbeit und stellen die generelle Zusammenarbeit mit den Profis zur kritischen Diskussion.

Meinen Sie, dass die PP und KJP sich auf den Bereich des Gesundheitswesens beschränken sollten? Welche Aufgaben warten im Bereich von Prävention und Rehabilitation?

Uns ist ganz klar, dass Prävention und Rehabilitation gemeinsam und integrativ zusammenwirkend mit Therapie gesehen werden muss. Dies findet sich schon im Titel unseres Kongresses „Forum für psychosoziale Prävention, Therapie und Rehabilitation“ wieder. Aus den wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Genese und zum Verlauf psychischer Erkrankungen auf allen Dimensionen, nicht nur auf der individuell psychologischen Ebene, müssen Strategien für präventives Handeln

abgeleitet werden. Dies überschreitet aber die Grenzen der üblichen Zuständigkeiten. Hier muss eine breit gestreute Vermittlung stattfinden, so dass diese Erkenntnisse auch Entscheidungsprozesse beispielsweise in der Jugendhilfe und der Familienhilfe in Gang setzen. Es gibt viel zu wenig psychotherapeutische Angebote für Kinder und Jugendliche. Hier vernachlässigen wir eine heranwachsende Generation und verschieben die dann sehr viel schwerer zu bewältigende Problemlösung auf das Erwachsenenalter.

Die Psychotherapeutenkammer Hamburg wird zum neuen Mitspieler im Gesundheitswesen der Hansestadt. Welche Erwartungen haben Sie als sozial- und gemeindepsychiatrisch engagierter Psychologischer Psychotherapeut und Psychiater an die Arbeit der Psychotherapeutenkammer?

Meine Erwartungen an die Kammer sind, dass die niedergelassenen KollegInnen darin unterstützt werden, auch Therapieangebote für psychisch schwerer erkrankte Patienten anzubieten z.B. für Psychosen, manisch-depressive Erkrankungen und schwere Depressionen. Für diese Gruppen gibt es mittlerweile Erfolg versprechende Interventionen, aber zu wenig Therapeuten trauen sich das zu. Hier wird sicher in den neuen Therapeutengenerationen das Pflichtjahr in der Psychiatrie helfen, diese Hemmschwelle abzubauen.

Informationen und Anmeldung bitte über:

Forum Rehabilitation 2003
CCH Congress Organisation
St. Petersburgerstr. 1
20355 Hamburg

Internet: www.forumrehabilitation.info
e-mail: reha2003@cch.de

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hessen

Geschäftsstelle: Gutenbergplatz 3, 65187 Wiesbaden
Tel. 0611-7249387, Fax 0611-7249523
psychotherapeutenkammer.hessen@t-online.de
www.psychotherapeutenkammer-hessen.de

Bericht von der 3. Delegiertenversammlung

Am 20.11.2002 traf sich die Delegiertenversammlung zu ihrer dritten Sitzung. Neben wichtigen Haushaltsentscheidungen (Haushaltsentwurf 2003, Nachtragshaushalt 2002, Aufwandsentschädigungsordnung) stand die Etablierung und Besetzung der Ausschüsse im Vordergrund.

Arbeitsgruppe für Belange von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten in Satzung verankert

Die Delegiertenversammlung beschloss mit großer Mehrheit eine satzungsgemäße Verankerung einer Arbeitsgruppe der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP). Über die Einrichtung einer „Ständigen Arbeitsgruppe für die besonderen Belange der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten“ soll den Interessen der kleinen Gruppe der KJP größeres Ge-

wicht zukommen. Der Gruppe gehören „diejenigen Mitglieder an, die in Organen, Ausschüssen und weiteren Einrichtungen der Kammer tätig sind und über eine Approbation als KJP verfügen, sowie ihre Berufstätigkeit mit deutlichem Schwerpunkt als KJP (Selbstauskunft) ausüben. Jede/r KJP kann die Nicht-Mitgliedschaft in der Arbeitsgruppe erklären.“

Ausschüsse

Angestellte

Vorsitz: Peter Schüler, PP
Dr. Rainer Doubrawa, PP
Alfred Krieger, PP
Julius Niebergall, KJP
Ralph Wohlfarth, PP
Zuständigkeit im Vorstand:
Thomas Merz, PP, KJP

Finanzen

Vorsitz: Alfred Krieger, PP, KJP
Sabine Herder, PP
Dr. Friedhelm Jung, PP
Zuständigkeit im Vorstand:
Hans Bauer, PP

Satzung

Vorsitz: Reinhold Neef, KJP
Else Döring, PP, KJP
Georgia Zwingmann, PP
Zuständigkeit im Vorstand:
Marion Schwarz, PP, KJP

Ethik und Berufsordnung

Vorsitz: Dirk Fiedler, PP
Martin Jonas, PP
Stephan Jürgens-Jahnert, PP, KJP
Michael Niemann, PP

Stephan Stanko, PP
Zuständigkeit im Vorstand:
Angelika Wolff, KJP
für Belange der Berufsordnung:
Manfred Burkart, PP, KJP

Beschwerde und Schlichtung

Vorsitz: Marlies Lübber-Mahir, PP
Stellvertreter: Bernd Gestner, PP, KJP
Dieter Wacker, PP
Stellvertreterin: Hedwig Blume, PP
Dr. Giovanni Hofer, KJP
Stellvertreter: Patric Lofredi, PP
Zuständigkeit im Vorstand:
Angelika Wolff, KJP

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Vorsitz: Hans Uwe Rose, PP, KJP
Christian Alte, PP
Dr. Karin Schoof-Tams, PP
Marianne Simon, KJP
Michael Völk, PP/KJP
Susanne Walz-Pawlitha, PP
Zuständigkeit im Vorstand:
Uta Cramer-Düncher, PP

Qualitätssicherung

Vorsitz: Norbert Sattler, PP
Reinhold Neef, KJP
Helga Planz, KJP
Walta Reuther-Dommer, PP
Anke Teschner, PP
Zuständigkeit im Vorstand:
Wilfried Schaeben, PP

Beirat mit der Landesärztekammer

Dem Ministerium wurden folgende Personen vorgeschlagen (Benennung steht noch aus):
Reinhold Otte, PP
Jörg Hein, PP, KJP
Manfred K. Burkart, PP, KJP
Thomas Merz, PP, KJP
Karl Heinz Seipel, PP, KJP

Altersversorgung / Versorgungswerk

Über die Gründung dieses Ausschusses soll in der nächsten Delegiertenversammlung entschieden werden.

Freiwillige Mitgliedschaft erweitert

Freiwilliges Mitglied in der PTK-Hessen kann jetzt auch bleiben, wer in andere Bundesländer verzogen ist und dort seinen Beruf ausübt. Die Delegiertenversammlung fasste diesen Beschluss auf den mehrfach geäußerten Wunsch von Mitgliedern, die Mitgliedschaft in der hessischen Kammer zu behalten, um so eine eventuelle Rückkehr zu erleichtern.

Vermehrter Bedarf an Delegiertenversammlungen in der Gründungsphase

Für das laufende Jahr plant die Kammer häufigere Sitzungen sowie eine zweitägige Klausurtagung im Februar. In der Phase des Aufbaus ist es erforderlich, dass die Delegiertenversammlung die Arbeit des Vorstandes kontinuierlich begleitet. Nur so kann die Delegiertenversammlung die Vielfalt ihrer wichtigen Aufgaben (Beitragsordnung, Aufwandsentschädigungsordnung, Satzung, Geschäftsordnung, Aufbau der Bundespsychotherapeutenkammer, etc.) angemessen bewältigen.

Veränderungen in der Delegiertenversammlung

Frau Dr. Marianne Göbel erklärt mit ihrem Schreiben vom 19.08.02 ihren Rücktritt. Nachrücker ist Herr Patric Lofredi.
Frau Karin Seeger-Lübertz erklärt mit ihrem Schreiben vom 13.11.02 ihren Rücktritt. Nachrücker ist Herr Michael Niemann.

Homepage

Noch ist die Homepage eine Baustelle. Wir planen folgende Struktur:

- Allgemein zugänglicher Bereich mit Nachrichten und Informationen für Mitglieder und Patienten.
- Passwort-geschützter Bereich für Mitglieder, in dem Interna wie Protokolle, Bekanntmachungen, Ordnungen etc. veröffentlicht werden.
- Service-Seiten für Mitglieder (z.B. Diskussionsforen) und für Patienten (z. B. Therapeutesuchdienste) sind ange-dacht.

Die Verhandlungen mit Web-Agenturen und die konzeptionellen Vorarbeiten stehen vor

dem Abschluss, so dass der Start im Spätfrühling möglich sein sollte.

Bericht aus den Gremien

Finanzausschuss

Der Finanzausschuss besteht aus drei Mitgliedern und dem stellvertretenden Kammerpräsidenten als Dauermittglied. Ein Mitglied des Ausschusses ist nicht Delegierter der Kammer, war jedoch aktiv im Finanzausschuss in der Errichtungsphase tätig und hat seine Mitarbeit wieder zur Verfügung gestellt. Gegenwärtig tagt der Ausschuss alle 6-8 Wochen. Die Zusammenarbeit im Ausschuss hat sich in der Vergangenheit trotz unterschiedlicher berufspolitischer Positionen vertrauensvoll entwickelt.

Der Finanzausschuss befasst sich derzeit mit dem Nachtragshaushalt für 2003, einer Haushalts- und Kassenordnung, der Novellierung der Aufwands- und Entschädigungsordnung für Vorstand und Ausschussmitglieder sowie vor allem mit Entwürfen für eine neue Beitragsordnung. Für 2003 ist ein Staffelpbeitrag vorgesehen, der sich ähnlich dem Beitrag der Ärzte für ihre Kammer am Einkommen orientieren soll. Sozialklauseln und eine Berücksichtigung der besonderen Belange der angestellten Psychotherapeutinnen sind in der Diskussion.

Der testierte Jahresabschluss für das Jahr 2001 und eine Zwischenbilanz bis zum 30.06.02 (Ende des Errichtungsausschusses) liegen in der Geschäftsstelle vor und können dort eingesehen werden.

Vorstands-Ressort „Fachliche Entwicklung“

Das Aufgabenspektrum des Ressorts ist breit und regt zu komplexen Diskussionen an. Einige zentrale Themenbereiche:

- **Gestaltung einer Weiterbildungs- und/oder Fortbildungsordnung.** Das zuständige Vorstandsmitglied vertritt zusammen mit dem Vorsitzenden des Ausschusses Aus-, Fort- und Weiterbildung die Kammer auf der Bundesebene in der dortigen Arbeitsgruppe. Aufgabe dieser Bundes-AG ist es, eine Musterweiterbildungs- oder Fortbildungsordnung zu erstellen, damit sich die Berufsbilder in den Ländern nicht unterschiedlich entwickeln. Auf der Grundlage dieser Musterordnungen soll künftig der Bereich der Fort- und

Weiterbildung in den Ländern geregelt werden.

- **Maßnahmen zur Qualitätssicherung.** Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich ist gesetzlicher Auftrag der Heilberufekammern. Bei der Entwicklung und Durchführung von Qualitäts-sicherungsmaßnahmen müssen die neuen Berufe nicht nur gehört und maßgeblich beteiligt werden sondern auch eigene Standards setzen. Besonderes Anliegen muss es sein, die Interessen der Kammermitglieder zu vertreten, die nicht in die kassenärztliche Versorgung integriert sind.

- **Ethik / Berufsordnung / Schlichtung.** Auch die Bildung einer Ethik-Kommission ist der Kammer aufgegeben. Im Vordergrund stehen derzeit die Erstellung einer Berufsordnung (auch hier gibt es eine Bundesarbeitsgemeinschaft, die eine Musterordnung erarbeiten soll) und die zu schaffenden Regelungen für Beschwerde- und Schlichtungsfälle.

Die Arbeit des Ressorts erfolgt in enger Kooperation mit den Ausschüssen. Dabei verstehen sich die Ressortmitglieder als Koordinatoren zwischen Vorstand und Ausschuss, als Ansprechpartner in der Außenvertretung und als Impulsgeber. Die eigentliche inhaltliche Arbeit soll in den Ausschüssen geleistet werden.

Nachrichten Studie des Sozialministeriums: gravierende Mängel in der psychiatrischen Versorgung in Hessen

Im Auftrag des Sozialministeriums wurde durch das Berliner Institut für Gesundheits- und Sozialforschung ein „Gutachten zur Bedarfentwicklung im Bereich der psychiatrischen Versorgung und des Maßregelvollzugs in Hessen“ erstellt.

Das Gutachten weist auf erhebliche Unterversorgung in der psychiatrischen und ambulanten psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen hin, wobei regional große Unterschiede bestünden. Ebenso sei der Bereich der Gerontopsychiatrie deutlich auszubauen. Zum anderen wird auf erhebliche Mängel in der Kooperation verschiedener Anbieter (z.B. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe) hingewiesen.

Da die Studie allerdings lediglich auf strukturellen und quantitativen Daten beruht, die Versorgung aber nicht qualitativ und inhaltlich analysiert wird, bleiben wichtige Fragen offen, z.B. welche Behandlungsangebote im Rahmen einer bedarfsorientierten Versorgungsstruktur nötig sein werden. Dies sollte zu wichtigen Zukunftsaufgaben der Kammerpolitik der nächsten Jahre werden.

„Runder Tisch“ zur Unterversorgung bei KJP

Die Verbesserung der Versorgung mit Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (KJP) war Anlass für die Gründung eines runden Tisches Ende vergangenen Jahres, an dem Vertreter folgender Gruppen teilnehmen: Berufsverbände der KJP, Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KVH), Sozialministerium, Ausbildungsinstitut für KJP, Fachausschuss Psychotherapie.

Einhellig wurde festgestellt, dass die Versor-

gung mit Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nicht flächendeckend gewährleistet ist. Einen wichtigen Hintergrund sahen die Teilnehmenden in der vom Gesetzgeber festgelegten gemeinsamen Bedarfsermittlung für PP und KJP, die zu einer Zulassungssperre für fast alle Regionen Hessens führte. In geringem Maße war die KVH bisher bereit, Sonderbedarfszulassungen im Bereich KJP auszusprechen, wenn z.B. in einer Region überhaupt kein KJP niedergelassen war oder unzumutbare Wartezeiten bzw. Anfahrtswege bestanden. Jedoch sah sich die KVH durch die Budgetierung nicht mehr in der Lage, diese Praxis ohne die Bereitstellung zusätzlicher finanzieller Mittel durch die Krankenkassen fortzuführen. Durch die „Nullrunde“ im Gesundheitswesen sahen die Kassen jedoch keinerlei Spielraum, so dass der vorhandene Wille zur Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen ohne Lösung verebbte.

Resolution der Psychotherapeutenkammer

In der Delegiertenversammlung der PTK vom 20.11.02 wurde die nachfolgende Entschließung zur Qualitätssicherung im ambulanten Bereich verabschiedet. Anlass dafür war, dass es nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) vom 07.11.02 „in Kürze“ einen Vertrag mit der Techniker Krankenkasse (TK) zur Planung eines Projektes „Internetgestütztes Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“ geben sollte, in dem eine Alternative zum bisherigen Gutachterverfahren in Hessen und Südbaden evaluiert werden sollte. In der bekannt gewordenen Form war dieses Projekt für die Niedergelassenen nicht akzeptabel, u.a. weil es das Erstzugangsrecht zur Psychotherapie in Frage stellte. Es sollten case management durch die Krankenkasse sowie ein Datentransfer außerhalb der KVH erfolgen, womit bisherige grundlegende Positionen der KV Hessen aufgegeben worden wären. Obwohl eine zweite Version des Projek-

tes bereits Korrekturen beinhaltet, blieben den VertreterInnen der PsychotherapeutInnen hinsichtlich der Projektskizzierung erhebliche Bedenken. Inzwischen finden Gespräche zwischen der TK, beteiligten Wissenschaftler und VertreterInnen der PsychotherapeutInnen in Südbaden und Hessen statt, um aus dem Projekt eine vielleicht sinnvolle Studie zur Versorgungsforschung in der ambulanten Psychotherapie zu entwickeln, die den Stellenwert der PT in der gesetzlichen Krankenversicherung zu sichern hilft. Viele Fragen der Niedergelassenen sind noch ungeklärt. Positiv festzustellen ist jedoch, dass die TK sich aufgeschlossen gegenüber den Anliegen der PsychotherapeutInnen zeigt. Welche Spielräume der Mitgestaltung durch die PsychotherapeutInnen gegeben sind und ob sich ein Projekt erarbeiten lassen wird, das von den PsychotherapeutInnen mitgetragen werden kann, wird sich in den nächsten Wochen entscheiden.

Entschließung der Psychotherapeutenkammer Hessen zum geplanten Modellprojekt zur Qualitätssicherung von TK und KVH

(beschlossen anlässlich der Delegiertenversammlung am 20.11.2002)

Die Psychotherapeutenkammer Hessen hat erfahren, dass ein Vertrag zwischen der KVH und der Techniker Krankenkasse (TK) abgeschlossen werden soll, wonach in einem Modellversuch auch in Hessen ein neues Qualitätssicherungskonzept in der ambulanten Psychotherapie unter Wegfall des Gutachterverfahrens erprobt werden soll. Vor allem ist dabei geplant, durch ein externes Monitoring eine Optimierung des Behandlungsverlaufs vorzunehmen. Auf freiwilliger Grundlage sollen Versicherte der TK und Psychotherapeuten online laufende Daten aus der Psychotherapie an ein externes Institut übermitteln, das aufgrund der statistischen Auswertung dann verbindlich festlegen soll, wie viele Sitzungen zu einem erfolgreichen Abschluss der Therapie erfolgen dürfen.

Mit Verwunderung stellt die Delegiertenversammlung fest, dass die dafür zuständigen Gremien und Organe der verfassten Psychotherapeutenchaft bei der Gestaltung des vorliegenden Qualitätssicherungskonzeptes nicht beteiligt wurden – weder der Beratende Fachausschuss Psychotherapie bei der KVH noch die Psychotherapeutenkammer Hessen. Da Qualitätssicherung nach dem Hessischen Heilberufsgesetz auch in den Zuständigkeitsbereich der Heilberufskammern fällt, hält die Delegiertenversammlung eine Einbeziehung der Psychotherapeutenkammer für unverzichtbar.

Die ethische Grundlage unserer Berufsangehörigen verlangt ein verantwortungsvolles psychotherapeutisches Handeln, das immer den im Einzelfall vorliegenden Bedingungen des Individuums Rechnung tragen muss. Der Einzelfall lässt sich nicht einem standardi-

sierten statistisch definierten Behandlungsverlauf unterordnen. Normierte Behandlungsabläufe führen daher zwingend zu Qualitätseinbußen und zu einer Risikoselektion von Patienten.

Die Qualitätssicherung ist ein hohes Ziel und gehört zu den gesetzlichen Aufgaben der Psychotherapeutenkammer. Die Selbstverwaltung ist selbstverständlich offen für sinnvolle Qualitätssicherung, dazu gehört eine mit der Behandlung verträgliche Datendokumentation des Behandlungsergebnisses eventuell auch über das Gutachterverfahren hinaus. Diese Form der Qualitätssicherung ist nur als interne Qualitätssicherung denkbar. Die geschützte Patienten-Psychotherapeuten-Interaktion darf dabei nicht durch Eingriffe von außen angegriffen werden. Jede Form von Datenweiterleitung an externe Stellen belastet das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Behandler und erschwert den therapeutischen Prozess. Vorstellbar wären etwa Qualitätszirkel nach Kammerrichtlinien.

Mit aller Deutlichkeit weisen wir darauf hin, dass Qualitätssicherung nicht mehr möglich ist, wenn sie mit Sanktionen wie ergebnisorientierter Vergütung gekoppelt ist. Die Delegiertenversammlung lehnt deswegen jede Form von Qualitätssicherung ab, die primär Finanzierungsprobleme in der Krankenversicherung lösen soll und nicht an einer patientenorientierten Versorgung nach bestem Wissen orientiert ist. Qualitätssicherung in der Psychotherapie ist eine komplexe Aufgabe und bedarf einer intensiven fachlichen Diskussion, der sich die Psychotherapeutenchaft seit langem engagiert stellt. Zielführend sind nur solche Maßnahmen, die zu einer Verbesserung der Behandlung der Psychotherapie-Patienten beitragen und den Behandlern eine differenzierte Rückmeldung ermöglichen.

Wir verstehen Psychotherapie nicht als lineares Modell sondern als Schleifen-Modell, bei dem kontinuierlich die ursprüngliche Ausgangssituation und das ggf. sich verändernde Therapieziel überprüft wer-

den. Erfolge der Psychotherapie sind von kurzfristigen unspezifischen Interventionseffekten in einer Psychotherapie zu unterscheiden. Wir betonen dabei, dass wir uns als Selbstverwaltung einer kritischen Diskussion des Gutachterverfahrens nicht verschließen. Allerdings wenden wir uns gegen eine Tendenz zur pauschalen Abqualifizierung dieses Verfahrens, das eine streng auf den Einzelfall bezogene, differenzierte Erfassung des diagnostischen und therapeutischen Prozesses beinhaltet und zugleich als kompetenzerhaltendes Verfahren den international hoch angesehenen peer-reviews vergleichbar ist. Dabei kann die geringe Ablehnungsquote durchaus als Beleg für den Erfolg angesehen werden.

Wir fordern den Vorstand der KV Hessen sowie die verantwortlichen Personen bei der TK dringend auf, vor Abschluss eines Vertrages die Psychotherapeutenkammer in Fragen der Qualitätssicherung einzubeziehen.

Beitragsordnung¹

§ 1 Beitragspflicht

Zur Durchführung seiner Aufgaben erhebt der Errichtungsausschuss einen Mitgliedsbeitrag. Beitragspflichtig ist jedes Kammermitglied im Sinne des § 2 Abs. des Hessischen Heilberufsgesetzes.

§ 2 Gültigkeitsdauer

Diese Beitragsordnung ist gültig rückwirkend ab 1. Januar 2002 bis zum Inkrafttreten einer neuen Beitragsordnung.

§ 3 Höhe des Mitgliedsbeitrages

Der Mitgliedsbeitrag der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten wird auf 300 € jährlich festgelegt. Freiwillige Mitglieder zahlen einen reduzierten Beitrag von 40 € jährlich.

§ 4 Fälligkeit, Verzug und Verjährung

Die Beitragspflicht entsteht im dem Beginn der Mitgliedschaft folgenden Monat. Der Beitrag ist nach Anforderung fällig. Nach Ablauf von zwei Wochen nach Fälligkeit der Beiträge werden diese im Falle des nicht erfolgten Zahlungseinganges gemahnt. Nach zweimaliger Mahnung werden fälli-

ge Beiträge nach den Vorschriften des hessischen Verwaltungsvollstreckungsgesetzes beigetrieben. Der Rechtsbehelf gegen den Beitragsfestsetzungsbescheid hat keine aufschiebende Wirkung. Beitragsforderungen verjähren nach den Maßgaben der Abgabenordnung über die Verjährung der Steuern von Einkommen und Vermögen (§§ 143 bis §§ 148 AO).

§ 5 Härtefallregelung

In besonders begründeten Härtefällen kann der Vorstand des Errichtungsausschusses auf schriftlichen Antrag die Beitragsverpflichtung einzelner Mitglieder reduzieren oder aufheben. Beschlüsse hierüber bedürfen einer einfachen Mehrheit des Vorstandes.

§ 6 Regelung für 2001

Für 2001 werden 7/12 des Beitrages erhoben. Beschlossen vom Errichtungsausschuss der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen in seiner Sitzung am 19. Januar 2002. Wiesbaden, den 20. März 2002, Bauer, Vorsitzender des Errichtungsausschusses

Termine

07.–08.02.03: 4. Delegiertenversammlung: in Limburg

04.06.03: 5. Delegiertenversammlung in Frankfurt

28.06.03: Festveranstaltung zum 1. Jahrestag der Gründung der LPK-Hessen und der 1. Hess. Psychotherapeutentag in Bad Homburg (nicht 26.06.03, wie irrtümlich auf der Rückmeldung im Mitgliederrundbrief vermerkt)

¹ In der Delegiertenversammlung vom 8. Februar 2003 wurde eine neue Beitragsordnung verabschiedet. Die Veröffentlichung erfolgt nach Genehmigung durch das Hessische Sozialministerium in der nächsten Ausgabe.

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Geschäftsstelle: Marienstr. 16, 30171 Hannover
Tel. 0511-850304-30, Fax 0511-850304-44
www.psychotherapeutenkammer-nds.de

Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen – ein wichtiger gesetzlicher Auftrag der Kammer ist erfüllt

14 Tage nach dieser Veröffentlichung im Psychotherapeutenjournal tritt für die Mitglieder der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen diese Berufsordnung in Kraft. Zum ersten Mal ist damit juristisch geregelt, was Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu tun und was sie zu lassen haben. Die Berufsordnung ist verbindlich für alle Kammermitglieder und soll Orientierung und Schutz bieten für Patienten und Psychotherapeuten. Sie soll uns ermöglichen, einerseits unserer therapeutischen Aufgabe gerecht zu werden und für Patienten Verlässlichkeit herzustellen, andererseits uns aber auch möglichst viel Freiraum für unsere Arbeit lassen. Mit ihr ist auch eine juristische Grundlage für die Arbeit der Schlichtungsstelle und des Schlichtungsausschusses der Kammer geschaffen.

Die Berufsordnung entstand in knapp zweijähriger intensiver Ausschussarbeit. In diesem Beitrag sollen die Arbeitsweise des 7-köpfigen Ausschusses, das Vorgehen sowie einige grundsätzliche Aspekte dargestellt werden.

Grundsätzlich muss unterschieden werden zwischen der Berufsordnung, die regelt und ordnet, indem überprüfbare Gebote und Verbote formuliert werden, und allgemeinen ethischen Leitlinien,

die berufliches Handeln bestimmen sollen (in Form einer professionellen Haltung), was deutlich über die überprüfbaren Regeln hinausgeht. Auch wenn der Ausschuss aus pragmatischen Gründen (gesetzlicher Auftrag der Kammer) mit der Erarbeitung einer Berufsordnung angefangen hat, wurden ganz selbstverständlich die ethischen Grundlagen unseres Berufsstandes mitdiskutiert, denn ohne diese ist die Formulierung der Berufsordnung nicht möglich. Die Berufsordnung muss den ethischen Prinzipien entsprechen, diese jedoch können nicht mit der Berufsordnung vollständig abgedeckt sein.

Viele Juristen haben an der Ordnung mitgearbeitet, uns beraten und Verbesserungsvorschläge gemacht. Nach vielen Diskussionen und viel Arbeit im Ausschuss denken wir, dass unser Entwurf nicht nur ausgewogen sondern auch ausreichend juristisch klar und eindeutig ist. Von juristischer Seite wurden wir immer wieder darauf hingewiesen, dass in einer Ordnung zu stehen hat, was man tun oder lassen soll und nicht, warum man dies tun soll. Dies war nicht immer leicht umzusetzen und führte uns immer wieder in die Diskussion über die ethischen Prinzipien, deren ansatzweise Formulierung dann (für die Ordnung) wieder dem Rotstift zum Opfer fiel.

Die Berufsordnung gibt die Richtung für beruflich korrektes Verhalten vor. In ihr wird geregelt, was Psychotherapeuten tun sollen oder was sie lassen sollen. Die Berufsordnung gilt für alle Kammermitglieder. Die Gruppe der sozialrechtlich anerkannten Psychotherapeuten ist hiervon nur eine Teilgruppe, wenn auch eine sehr große. Viele Regelungen, die es im Sozialrecht oder über Verträge mit der KV gibt, gelten also nicht automatisch für alle Psychotherapeuten. Daher mussten wir auch einiges regeln, was für Kollegen dieser Gruppe anderweitig – manchmal viel einengender – schon geregelt ist.

Bei der Arbeit im Ausschuss wurde so vorgegangen, dass zuerst auf der Grundlage bereits vorliegender Berufsordnungen und ethische Leitlinien von einigen Berufs- und Fachverbänden eine Grobgliederung der relevanten Punkte erstellt wurde. Diese wurden dann in kleinen Teams (je 2-3 Ausschussmitglieder) bearbeitet. Diesen Teams oblag es, sich in das Gebiet einzuarbeiten und eine Formulierung der einzelnen Punkte vorzuschlagen. Diese wurde per mail im Ausschuss bekannt gemacht, Kommentare, Änderungsvorschläge, Ergänzungen usw. dann rückgemeldet. Danach wurde der erste Vorentwurf zusammengestellt und in den folgenden Sitzungen

mit den Änderungsvorschlägen in der Ausschusssitzung entlang der Gliederung besprochen. Die Teams veränderten dann 'ihre' Vorschläge entsprechend oder entwarfen alternative Formulierungen, wenn im Ausschuss keine klare gemeinsame Position gefunden wurde. Der Entwurf wurde so in einem ersten Durchgang relativ strikt einmal durchgesprochen, neu auftauchende Änderungsvorschläge zu bereits besprochenen Punkten auf einen späteren Durchgang vertagt.

Nach dem ersten Gesamtdurchgang wurde die Gliederung neu strukturiert und verändert, der Entwurf auf Redundanzen überprüft, offene Punkte ergänzt. Im zweiten Durchgang wurden die inzwischen neu gemachten Änderungsvorschläge berücksichtigt. Bei strittigen Punkten wurden Alternativen formuliert und auf der nächsten Kammerversammlung vorgestellt und um ein Votum gebeten.

Anschließend wurde der Entwurf zusammengestellt und allen Gruppen zugänglich gemacht mit der Bitte um Vorschläge zu Änderungen. Diese wurden zusammengestellt und in einem erneuten Durchgang besprochen. An dieser Stelle kamen auch die Juristen mit in die Diskussion, die vorher nur punktuell zu spezifischen Fragen angesprochen wurden. Mit einem Fachanwalt berieten und überarbeiteten wir den gesamten Entwurf. Von juristischer Seite wurde zu klaren Geboten und Verboten geraten.

Die danach erstellte Fassung ging als (fast endgültiger) Entwurf dann an alle Gremien der Kammer (Ausschüsse, Schlichtungsgremien) an das Berufungsgericht, die KV, die Ärztekammer und das zuständige Ministerium mit der Bitte um Anregung und Kritik. Die Unterschiedlichkeit der Rückmeldungen von verschiedenen Juristen relativierte die Eindeutigkeit der juristischen Sicht wieder und zeigte Spielräume auf. Die

endgültige Entwurfsfassung unter Bearbeitung von über 200 Änderungsvorschlägen wurde erstellt und in der Kammer zur Abstimmung gestellt.

Rückblickend erwies sich vor allem das Vorbereiten in kleinen Teams, das Stehenlassen von (erst mal) unterschiedlichen Meinungen und das stringente Vorgehen entsprechend der Änderungsvorschläge zu den einzelnen Paragraphen, die jedem Ausschussmitglied schriftlich zusammengefasst vorlagen, als hilfreich. Wiederholungen, Auf-der-Stelle-Treten und Zuspitzungen wurden so ausreichend vermieden, ohne dass die durchaus kontroverse Diskussion gehemmt wurde. Die wiederholte Rückkopplung mit der Kammerversammlung und den Gruppen bei strittigen Fragen ermöglichte dann ein relativ zügiges Besprechen und Verabschieden des Gesamtentwurfs.

In der Kritik kamen vor allen Dingen immer wieder zwei Argumente: Aus juristischer Sicht wurden tlw. Uneindeutigkeiten, Ermessensspielräume und nicht geregelte Bereiche beklagt. Diese sind so gewollt. Nur das gibt uns Therapeuten den Freiraum, im konkreten Einzelfall unsere Entscheidung zum Wohle des Patienten zu treffen und im Konfliktfalle ggf. gegenüber einem Gremium vertreten zu können.

Aus Psychotherapeutenkreisen gab es mehr die Kritik, es würde überregelt, indem Selbstverständlichkeiten formuliert wären, und die Regeln seien zu rigide. Auch das ist so gewollt. Die bereits vorliegenden Konfliktfälle zeigen, dass auch 'Selbstverständlichkeiten' in einer Ordnung aufgeführt werden müssen, um eine verbindliche Grundlage für Schlichtung zu haben. Für wen es selbstverständlich ist, der wird durch die Regelungen nicht in seiner Berufsausübung eingeschränkt. Eine möglichst klare Regelung gibt die notwendige Sicherheit für die Arbeit, den Rahmen, in dem wir frei eigen-

verantwortlich entscheiden können. Sie soll aber auch den rechtlichen Rahmen bieten, um berufswidriges Verhalten ahnden zu können.

Wir glauben, einen Kompromiss gefunden zu haben zwischen den Schutz- und Aufsichtsaufgaben, die wir als Kammer im gesetzlichen Auftrag wahrnehmen, und dem Wunsch, eine möglichst große Freiheit in der Berufsausübung zu gewährleisten.

Ansonsten wird es hoffentlich eine lebendige Ordnung sein. Sie ist nicht in Steintafeln gemeißelt, sondern sie kann immer wieder den Erfordernissen angepasst werden. Perspektivisch wird sie hoffentlich in nicht allzu langer Zeit in eine bundesweit geltende (Muster-)Berufsordnung einfließen. Erst einmal aber muss sie gelesen, besprochen, kommentiert und in den Berufsalltag integriert werden. Nur so lässt sich prüfen, wo sie möglicherweise behindert, aber auch, wo sie sich bewährt.

Frauke Werther, Eckhard Winter



**15. Kongress für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung
Brennpunkt Psychotherapie
05.03 bis 09.03.2004
in Berlin**

Themenvorschläge für Symposien, Workshops und Arbeitsgruppen
bis 20.04.2003
und Angebote für Poster und Referate
bis 30.06.2003
an die DGVT-Geschäftsstelle:

Tel: 07071 943494
Fax: 07071 943435
e-mail: kongress@dgv.de

Informationen und Anmeldeunterlagen unter:
www.dgv.de

Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Übersicht

Präambel

Erster Teil

Grundsätze der Berufsausübung,

Berufsbezeichnung

§ 1 Berufsaufgaben

§ 2 Verantwortung

§ 3 Kompetenz

§ 4 Berufsbezeichnung

Zweiter Teil – Regeln für die Berufsausübung

§ 5 Allgemeine Pflichten

§ 6 Sorgfaltspflicht

§ 7 Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht

§ 8 Schweigepflicht

§ 9 Datenschutz

§ 10 Einsicht der Patientinnen und Patienten in Aufzeichnungen, Auskünfte an Patientinnen und Patienten

§ 11 Aufklärungspflicht

§ 12 Abstinenz

§ 13 Umgang mit minderjährigen oder nicht unbeschränkt einwilligungsfähigen Patientinnen und Patienten

§ 14 Honorierung

§ 15 Fortbildung und Qualitätssicherung

§ 16 Arbeitsfähigkeit

§ 17 Verhalten gegenüber anderen Kammermitgliedern

§ 18 Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen

§ 19 Beschäftigung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern

Dritter Teil

Ausübung des Berufs in unterschiedlichen Berufsfeldern

§ 20 Niederlassung

§ 21 Zusammenschlüsse zur gemeinsamen Berufsausübung

§ 22 Anforderungen an die Praxen

§ 23 Bezeichnungen für Praxen

§ 24 Gestaltung von Informationen über Praxen

§ 25 Ausübung des Berufs in einem Beschäftigungsverhältnis

§ 26 Ausübung des Berufs in einem Beschäftigungsverhältnis und zugleich in eigener Praxis

§ 27 Öffentliches Auftreten von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

§ 28 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als Lehrende und Ausbilderinnen und Ausbilder, als Supervisorinnen und Supervisoren und Lehrtherapeutinnen und Lehrtherapeuten in Ausbildungsinstituten

§ 29 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als Gutachterinnen und Gutachter

§ 30 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Forschung

Vierter Teil – Schlussbestimmungen

§ 31 Inkrafttreten

Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Aufgrund des § 33 des Kammergesetzes für die Heilberufe in der Fassung vom 8. Dezember 2000 (Nds. GVBl. S. 301), geändert durch Artikel 26 des Gesetzes vom 20. November 2001 (Nds. GVBl. S. 701), hat die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen die folgende Berufsordnung beschlossen:

Präambel

(1) Diese Berufsordnung regelt die Berufsausübung der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Niedersachsen. Soweit ihre Bestimmungen für alle Angehörigen dieser Berufe gelten, verwenden diese die einheitliche Bezeichnung "Psychotherapeutin" und "Psychotherapeut".

(2) Diese Berufsordnung gilt für alle Mitglieder der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen. Sie gilt auch für Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens vom 2. Mai 1992 über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Abkommen) (BGBl. 1993 II S. 266), die im Rahmen des Dienstleistungsverkehrs nach dem Recht der Europäischen Union oder dem EWR-Abkommen, ohne Mitglied dieser Kammer zu sein, in Niedersachsen einen Beruf nach Absatz 1 ausüben.

(3) Ziel dieser Berufsordnung ist es, im Interesse der seelischen Gesundheit der Bevölkerung

- die Qualität der psychotherapeutischen Berufsarbeit sicherzustellen und zu fördern,
- auf berufswürdiges Verhalten und gewissenhafte Ausübung des Psychotherapeutenberufs hinzuwirken und,
- das Vertrauen der Patientinnen und Patienten zu Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu bewahren und zu stärken.

Erster Teil – Grundsätze der Berufsausübung, Berufsbezeichnung

§ 1 Berufsaufgaben

(1) Aufgabe von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist es, Psychotherapie im Sinne des Psychotherapeutengesetzes auszuüben.

(2) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben dazu beizutragen, psychische Gesundheit zu erhalten oder wiederherzustellen und psychisches Leiden zu lindern bzw. ihre Patientinnen und Patienten dazu zu befähigen. Zu diesem Zweck wenden sie unter Berücksichtigung des aktuellen wissenschaftlichen Standards reflektiert psychotherapeutische Methoden an. Ihre Aufgabe umfasst die Diagnostik und Indikationsstellung, die Entscheidung für das angemessene Therapieangebot und die Durchführung der Therapie sowie rehabilitativer, kurativer und präventiver Maßnahmen.

§ 2 Verantwortung

(1) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten üben ihren Beruf in eigener Verantwortung, frei und selbstbestimmt aus, soweit Gesetz und Berufsordnung sie nicht im Besonderen verpflichten oder einschränken. Sie haben insbesondere die sich aus dieser Berufsordnung und dem Kammergesetz für Heilberufe ergebenden Pflichten zu erfüllen.

(2) Sie dürfen ihre berufliche Tätigkeit weder an Personen zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung delegieren noch sich durch Personen vertreten lassen, die dazu nicht gesetzlich berechtigt sind.

§ 3 Kompetenz

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben dafür zu sorgen, dass ihre Berufsarbeit die erforderliche Qualität hat. Sie sind verpflichtet, geeignete Maßnah-

men zur Überprüfung und Erhaltung ihrer beruflichen Kompetenzen zu treffen.

§ 4 Berufsbezeichnung

- (1) Zulässige Berufsbezeichnungen sind
- Psychologische Psychotherapeutin,
 - Psychologischer Psychotherapeut,
 - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und
 - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut.

(2) Eine Berufsbezeichnung nach Absatz 1 darf nur führen, wer hierzu nach dem Psychotherapeutengesetz berechtigt ist. Statt der Berufsbezeichnung nach Absatz 1 darf auch die allgemeinere Bezeichnung „Psychotherapeutin“ oder „Psychotherapeut“ als Berufsbezeichnung verwendet werden.

Zweiter Teil

Regeln für die Berufsausübung

§ 5 Allgemeine Pflichten

(1) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind verpflichtet, ihren Beruf gewissenhaft auszuüben und sich des ihnen im Zusammenhang mit dem Beruf entgegengebrachten Vertrauens würdig zu erweisen.

(2) Sie haben die Würde, die Integrität und das Selbstbestimmungsrecht der Patientinnen und Patienten zu wahren. Insbesondere haben sie darauf zu achten, dass sie diese nicht durch die vielfältigen Einflussmöglichkeiten, die ihnen bei der Ausübung ihrer Tätigkeit zu Gebote stehen, verletzen.

(3) Sie haben ihr diagnostisches und psychotherapeutisches Wissen reflektiert einzusetzen, insbesondere mögliche Folgen für die Patientinnen und Patienten und andere zu reflektieren und Schaden zu vermeiden.

(4) Sie dürfen weder das Vertrauen, die Unwissenheit, die Leichtgläubigkeit oder die Hilflosigkeit von Patientinnen und Patienten ausnutzen noch unangemessene Versprechungen oder Entmutigungen in Bezug auf den Heilungserfolg machen.

(5) Sie haben darauf zu achten, dass sie bei ihrer beruflichen Tätigkeit ihre Fähigkeiten und ihr Leistungsvermögen nicht überschätzen.

(6) Sie sind verpflichtet, sich über die für die Berufsausübung jeweils geltenden Vorschriften zu unterrichten.

(7) Sie sind verpflichtet, sich hinreichend gegen Haftpflichtansprüche aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit zu versichern.

(8) Sie haben Forderungen und Weisungen, die dieser Berufsordnung widersprechen, zurückzuweisen.

(9) Sie sind verpflichtet in angemessener Frist auf die Anfragen der Psychotherapeutenkammer zu antworten, welche diese im Rahmen der Berufsaufsicht an sie richtet.

§ 6 Sorgfaltspflicht

(1) Im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung ist der somatische und psychosoziale Befund unter differenzialdiagnostischen Gesichtspunkten zu klären. Vorliegende fachärztliche oder andere Befundberichte sind dabei zu berücksichtigen.

(2) Bei Stagnation des Behandlungsprozesses, bei Wechsel oder Verschlechterung der Symptomatik sollen die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ggf. kollegiale Beratung, Intervention oder Supervision, evtl. auch berufsübergreifend, in Anspruch nehmen.

(3) Erkennen die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, dass ihre psychotherapeutischen Interventionen zu keiner weiteren Linderung, Besserung, Stabilisierung oder Gesundung führen, so haben sie dies den Patientinnen und Patienten angemessen zu erläutern und das weitere Vorgehen mit ihnen zu erörtern.

(4) Ist ein Vertrauensverhältnis zwischen Psychotherapeutin oder Psychotherapeut und Patientin oder Patient schwer aufzubauen oder geht es verloren, so ist dies mit der Patientin oder dem Patienten zu reflektieren und ein Behandlungsvertrag evtl. nicht einzugehen oder ggf. zu beenden.

§ 7 Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht

(1) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind verpflichtet, über Psychodiagnostik, Beratung und Psychotherapie aussagefähige Aufzeichnungen zu erstellen.

(2) Die psychotherapeutischen Aufzeichnungen nach Absatz 1 sind mindestens zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit sich nicht aus anderen Vorschriften eine andere Aufbewahrungsdauer ergibt.

(3) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben dafür Sorge zu tragen, dass bei Praxisübergabe und im Falle eigenen gesundheitlichen Unvermögens (Krankheit, Tod) ihre Aufzeichnungen in gehörige Ob-

hut gegeben und nach Ablauf der Aufbewahrungszeit (Absatz 2) unter Beachtung der Grundsätze der Datenschutzbestimmungen vernichtet werden.

§ 8 Schweigepflicht

(1) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten unterliegen der Schweigepflicht gemäß § 203 des Strafgesetzbuches. Sie haben über das, was ihnen im Zusammenhang mit ihrer beruflichen Tätigkeit anvertraut oder bekannt geworden ist, – auch über den Tod der Patientinnen und Patienten hinaus – zu schweigen. Dazu gehören auch mündliche oder schriftliche Mitteilungen von Dritten.

(2) Sie sind zur Offenbarung nur befugt, soweit sie entweder von der Schweigepflicht entbunden worden sind oder soweit es zur Wahrung eines gegenüber der Schweigepflicht vorrangigen öffentlichen oder privaten Interesses im konkreten Fall erforderlich ist. Auch in diesen Fällen haben sie, soweit sie zur Offenbarung nicht gesetzlich verpflichtet sind, über die Weitergabe von Informationen unter Berücksichtigung der Folgen für die Patientinnen und Patienten und die Therapie zu entscheiden. Wenn ein Dritter Informationen über eine Patientin oder einen Patienten wünscht oder ein Fall vorliegt, in dem die Schweigepflicht aufgrund einer gesetzlichen Vorschrift eingeschränkt ist, ist die Patientin oder der Patient darüber zu unterrichten.

(3) Gefährdet eine Patientin oder ein Patient sich selbst oder andere, so hat die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut unter Abwägung zwischen Schweigepflicht und Fürsorgepflicht die erforderlichen Vorkehrungen zur Gefahrenabwehr zu treffen.

(4) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben auch dafür zu sorgen, dass im Fall eigener Handlungsunfähigkeit (Krankheit, Tod) die Schweigepflicht gewahrt bleibt.

(5) Sie haben ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und die Personen, die zur Vorbereitung auf den Beruf an der psychotherapeutischen Tätigkeit teilnehmen, über die gesetzliche Pflicht zur Verschwiegenheit zu belehren und dies schriftlich festzuhalten.

(6) Im Rahmen kollegialer Beratung, Intervention, Supervision oder zum Zwecke der wissenschaftlichen Forschung und Lehre dürfen Informationen über Patientinnen

und Patienten und Dritte nur in anonymisierter Form verwendet werden, soweit nicht eine ausdrückliche Entbindung von der Schweigepflicht vorliegt.

§ 9 Datenschutz

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben für ihre Aufzeichnungen, besonders auch auf elektronischen Datenträgern und anderen Speichermedien, unter Beachtung der Grundsätze der Datensicherung die Sicherungs- und Schutzmaßnahmen zu treffen, die erforderlich sind, um die Veränderung, Vernichtung oder unrechtmäßige Verwendung der Daten zu verhindern und die Einhaltung der Schweigepflicht zu gewährleisten.

§ 10 Einsicht der Patientinnen und Patienten in Aufzeichnungen, Auskünfte an Patientinnen und Patienten

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben Patientinnen und Patienten auch nach Abschluss der Therapie auf deren Verlangen Einsicht in die sie betreffenden Aufzeichnungen, die nach § 7 (1) zu erstellen sind, zu gewähren. Sie können die Einsicht verweigern, wenn die Patientin oder der Patient gesundheitlich erheblich gefährdet würde; Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben dies der Patientin oder dem Patienten oder einer Person deren Vertrauens angemessen zu erläutern.

§ 11 Aufklärungspflicht

(1) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sollen den Patientinnen oder Patienten in einer sorgfältig auf deren Befindlichkeit und Aufnahmefähigkeit abgestimmten Form Befund, Diagnose, Therapieplan und mögliche Behandlungsrisiken mitteilen. Sie sind verpflichtet, diese Informationen rechtzeitig zu geben.

(2) Die Aufklärungspflicht beinhaltet ggf. auch den Hinweis auf Behandlungsalternativen sowie auf weitere Hilfsangebote.

(3) Die Aufklärungspflicht umfasst auch die Klärung der Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung, insbesondere Honorarregelungen, Sitzungsdauer und -frequenz und die voraussichtliche Dauer der Behandlung.

(4) In Institutionen arbeitende Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben ihre Patientinnen und Patienten angemessen über besondere institutionelle Rah-

menbedingungen und Zuständigkeitsbereiche der an ihrer Behandlung beteiligten Personen zu informieren.

§ 12 Abstinenz

(1) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben ihre Beziehungen zu ihren Patientinnen und Patienten professionell zu gestalten und die besondere Verantwortung und ihren besonderen Einfluss gegenüber ihren Patientinnen und Patienten als Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten jederzeit angemessen zu berücksichtigen.

(2) Sie dürfen die Vertrauensbeziehung zu Patientinnen und Patienten nicht zur Befriedigung eigener Bedürfnisse oder Interessen ausnutzen oder versuchen, aus den Kontakten Vorteile zu ziehen. Für ihre Arbeit steht ihnen ausschließlich das vereinbarte Honorar zu.

(3) Sie dürfen im Zusammenhang mit der Ausübung ihres Berufs keine Waren verkaufen oder gewerbliche Dienstleistungen erbringen.

(4) Sie sollen soziale oder andere außertherapeutische Kontakte zu Patientinnen und Patienten gering halten und so gestalten, dass sie die therapeutische Beziehung und die eigene Unabhängigkeit möglichst wenig beeinträchtigen.

(5) Insbesondere sexuelle Kontakte zu Patientinnen und Patienten sind unzulässig.

(6) Abstinenz muss auch gegenüber Personen, die den Patientinnen und Patienten nahe stehen, eingehalten werden.

(7) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind verpflichtet, über Geschenke im Rahmen einer Therapie professionell zu reflektieren. Sie dürfen im Rahmen ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit keine Geschenke annehmen, deren Wert den einer kleinen Aufmerksamkeit übersteigt. Sie dürfen nicht direkt oder indirekt Nutznießer größerer Schenkungen, Erbschaften, Erbverträge oder Vermächtnisse von Patientinnen und Patienten oder diesen nahe stehenden Personen werden und haben diese abzulehnen.

§ 13 Umgang mit minderjährigen oder nicht unbeschränkt einwilligungsfähigen Patientinnen und Patienten

(1) Bei Minderjährigen und bei Personen, die für den Abschluss eines Behandlungs-

vertrages der Einwilligung einer Betreuerin oder eines Betreuers bedürfen (§ 1903 BGB), hat die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut unter Berücksichtigung der Einstellungen der Beteiligten zu entscheiden, ob eine psychotherapeutische Behandlung angezeigt ist, wie diese durchgeführt und wann sie beendet werden soll. Bei Konflikten zwischen gesetzlichen Vertretern und Patientin oder Patient ist die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut verpflichtet, auf die Bedürfnisse der Patientin oder des Patienten zu achten. Allen in diesem Sinne relevant Betroffenen gegenüber hat die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut eine gleichermaßen professionelle, engagierte Neutralität zu wahren.

(2) Über eine Beteiligung gesetzlicher Vertreter an der Therapie von in Absatz 1 genannten Patientinnen und Patienten (begleitende Psychotherapie) ist unter sorgfältiger Berücksichtigung von deren entwicklungsabhängigen Fähigkeiten zur Wahrnehmung ihres Selbstbestimmungsrechts zu entscheiden.

§ 14 Honorierung

(1) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben auf eine angemessene Honorierung ihrer Leistungen hinzuwirken. Eine darüber hinaus gehende Honorierung dürfen sie weder annehmen noch sich versprechen lassen, auch nicht aus therapeutischen Gründen.

(2) Das Honorar ist nach der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) zu erheben, soweit nicht gesetzlich etwas anderes bestimmt ist.

(3) Honorarfragen sind vor Beginn der Psychotherapie zu klären.

(4) In Ausnahmefällen dürfen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus sozialen oder ethischen Gründen ganz oder teilweise auf ihr Honorar verzichten.

(5) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind nicht berechtigt, ein Entgelt für Zuweisungen von Patientinnen oder Patienten zu zahlen oder anzunehmen.

§ 15 Fortbildung und Qualitätssicherung

(1) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die ihren Beruf ausüben, sind zum Erhalt und zur Weiterentwicklung ih-

rer professionellen Kompetenzen verpflichtet. Hierzu nehmen sie regelmäßig an Fortbildungs- und qualitätssichernden Maßnahmen teil.

(2) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten müssen ihre Fortbildung gegenüber der Psychotherapeutenkammer in geeigneter Form nachweisen können.

(3) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten müssen ihre Maßnahmen zur Sicherung der Qualität ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit gegenüber der Psychotherapeutenkammer in geeigneter Form nachweisen können.

§ 16 Arbeitsfähigkeit

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben dafür zu sorgen, dass sie ihre Arbeitsfähigkeit, besonders die für ihre Arbeit notwendigen kognitiven und emotionalen Kompetenzen, erhalten und sich nicht körperlich oder psychisch überfordern. Bei Beeinträchtigung ihrer Arbeitsfähigkeit sollen sie geeignete Maßnahmen ergreifen, damit weder die Patientinnen und Patienten noch sie selbst Schaden nehmen.

§ 17 Verhalten gegenüber anderen Kammermitgliedern

(1) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind verpflichtet, ihren Berufskolleginnen und Berufskollegen mit Respekt zu begegnen, Rücksicht auf deren berechnete Interessen zu nehmen und bei kritischen Stellungnahmen sachlich zu bleiben.

(2) In Konkurrenz- und Wettbewerbssituationen sind sie zur Fairness verpflichtet.

(3) Beschäftigen sie Kolleginnen oder Kollegen als Angestellte oder freie Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter, so haben sie ihnen einen ihrer Leistung angemessenen Vertrag anzubieten.

(4) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verletzen ihre Pflicht zur Kollegialität nicht, wenn sie die Psychotherapeutenkammer auf einen möglichen Verstoß einer Kollegin oder eines Kollegen gegen die Berufsordnung hinweisen.

§ 18 Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind verpflichtet, mit den Angehörigen anderer Berufsgruppen der psychosozialen und medizinischen Versorgung kollegial zu kooperieren.

§ 19 Beschäftigung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern

(1) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben den nicht der Kammer angehörenden Personen, die sie in ihrer Praxis beschäftigen, angemessene Arbeitsbedingungen und der jeweiligen Tätigkeit entsprechende Verträge anzubieten.

(2) Auszubildende, Praktikantinnen und Praktikanten sind auf ihren späteren Beruf hin angemessen auszubilden.

(3) Zeugnisse über die Tätigkeit von Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter müssen grundsätzlich innerhalb von drei Monaten nach Antragstellung, bei Ausscheiden unverzüglich, ausgestellt werden.

Dritter Teil

Ausübung des Berufs in unterschiedlichen Berufsfeldern

§ 20 Niederlassung

(1) Die freiberufliche Ausübung des Berufs ist an die Niederlassung in eigener Praxis gebunden. Die Durchführung konkreter therapeutischer Schritte kann auch außerhalb der Praxisräumlichkeiten stattfinden.

(2) Die Psychotherapeutenkammer kann zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung in unterversorgten Gebieten die Errichtung einer Zweigpraxis genehmigen.

§ 21 Zusammenschlüsse zur gemeinsamen Berufsausübung

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dürfen sich zur Ausübung ihres Berufes in allen rechtlich möglichen Formen mit anderen Angehörigen ihres Berufsstandes oder Angehörigen anderer Berufsgruppen zusammenschließen, wenn die eigenverantwortliche und selbstständige sowie nicht gewerbliche Berufsausübung gewahrt bleibt. Bei allen Formen von Zusammenschlüssen muss die freie Wahl der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten durch die Patientinnen und Patienten gewährleistet bleiben.

§ 22 Anforderungen an die Praxen

(1) Praxen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten müssen bedarfsgerecht ausgestattet sein und Räumlichkeiten haben, die den besonderen Anforderungen der psychotherapeutischen Behandlung genügen.

(2) Anfragen von Patientinnen und Patienten sollen möglichst zeitnah beantwortet werden. Die Praxis ist entsprechend zu organisieren.

(3) Räumlichkeiten, in denen die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ihren Beruf ausüben, müssen von ihrem privaten Lebensbereich getrennt sein.

§ 23 Bezeichnungen für Praxen

(1) Die Bezeichnung einer Praxis muss die für eine Inanspruchnahme durch Patientinnen und Patienten notwendigen Informationen enthalten.

(2) Die Psychotherapeutenkammer kann die Verwendung anderer Bezeichnungen als „Praxis“ (z. B. Institut oder Zentrum) genehmigen, wenn besondere Umstände dies rechtfertigen.

§ 24 Gestaltung von Informationen über Praxen

(1) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dürfen auf ihre berufliche Tätigkeit werbend hinweisen. Die Werbung muss sich in Form und Inhalt auf die sachliche Vermittlung des beruflichen Angebots beschränken.

(2) Informationen über Praxen im Internet müssen den Vorschriften des Teledienstgesetzes (TDG) entsprechen.

(3) Berufswidrige Werbung, insbesondere anpreisende, vergleichende und irreführende Werbung ist untersagt. Die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut darf eine solche Werbung durch andere weder veranlassen noch dulden. Werbeverbote auf Grund anderer gesetzlicher Bestimmungen bleiben unberührt.

(4) Angaben über Qualifikationen und Tätigkeitsschwerpunkte dürfen nicht irreführend sein. Sie sind gegenüber der Kammer auf Verlangen nachzuweisen.

§ 25 Ausübung des Berufs in einem Beschäftigungsverhältnis

(1) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in einem privat- oder öffentlich-rechtlichen Beschäftigungsverhältnis dürfen Weisungen von Vorgesetzten, die mit dieser Berufsordnung nicht vereinbar sind oder deren Befolgung sie selbst nicht verantworten können, nicht befolgen. Weisungen für das Vorgehen bei einer psychotherapeutischen Behandlung dürfen sie nur von Vorgesetzten annehmen, die selbst die Berechtigung zur eigenverantwortlichen Durchführung von Psychotherapien haben.

(2) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als vorgesetzte Personen dürfen keine Weisungen erteilen, die mit dieser Berufsordnung nicht vereinbar sind.

§ 26 Ausübung des Berufs in einem Beschäftigungsverhältnis und zugleich in eigener Praxis

Üben Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ihren Beruf in einem Beschäftigungsverhältnis und zugleich freiberuflich in eigener Praxis aus, so haben sie Interessenkonflikte, die sich hierbei ergeben, so zu lösen, wie es dem Wohl der Patientinnen und Patienten entspricht.

§ 27 Öffentliches Auftreten von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

(1) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben bei ihrem öffentlichen Auftreten alles zu unterlassen, was dem Ansehen des Berufsstandes schadet. Sie haben darauf zu achten, dass ihr öffentliches Auftreten als Fachleute nicht mit der Ausübung von Psychotherapie gleichgesetzt wird.

(2) Werden sie als Fachleute in der Öffentlichkeit tätig, müssen die fachlichen Äußerungen sachlich informierend und wissenschaftlich fundiert sein. Sowohl irreführende Heilungsversprechen als auch unlaute Vergleiche mit anderen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und deren Methoden sind untersagt. Hilfeersuchen von Betroffenen als Reaktion auf Vorträge und Veröffentlichungen sollen sie angemessen nachgehen.

§ 28 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als Lehrende und Ausbilderinnen und Ausbilder, als Supervisorinnen und Supervisoren, als Lehrtherapeutinnen und Lehrtherapeuten in Ausbildungsinstituten

(1) In der Ausbildung tätige Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben die Integrität von Teilnehmerinnen und Teilnehmern zu achten und dürfen Abhängigkeiten nicht zur Befriedigung eigener Bedürfnisse und Interessen ausnutzen oder Vorteile daraus ziehen.

(2) Sie haben die berufsethischen Standards zu lehren und in ihrem eigenen Handeln vorbildlich zu vertreten.

(3) Sie sollen keine Prüfungen bei Ausbildungsteilnehmerinnen und Ausbildungs-

teilnehmern abnehmen, die bei ihnen in Selbsterfahrung oder Lehrtherapie sind oder waren.

(4) Die Ausbildungsbedingungen müssen für alle Betroffenen transparent und vertraglich festgelegt sein.

(5) Die Absätze 1 und 2 gelten für die Tätigkeit von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Fortbildung und der Supervision entsprechend.

§ 29 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als Gutachterinnen und Gutachter

(1) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dürfen als Gutachterinnen und Gutachter nur soweit tätig werden, wie ihre Fachkenntnis und ihre berufliche Erfahrung ausreichen, um die zu untersuchende Frage richtig beantworten zu können. Sind sie wiederholt als Gutachterin oder als Gutacher tätig, so sind sie zu einer entsprechenden Qualitätssicherung ihrer Arbeit und zur fortlaufenden Überprüfung der für ihre Gutachten maßgeblichen Kriterien verpflichtet.

(2) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als Gutachterinnen und Gutachter haben bezüglich der Fragestellung den Wünschen ihrer Auftraggeberinnen und Auftraggeber zu folgen, die Fragen jedoch nach ihrer eigenen fachlichen Erkenntnis zu beantworten und dabei beruflich korrekte und im Spannungsfeld der Interessen ausgewogene Bewertungen vorzunehmen und deren Kriterien offenzulegen. Ihre Gutachten dürfen keine Gefälligkeitsausagen enthalten.

(3) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben vor Übernahme eines Gutachtauftrags ihre Rolle von einer psychotherapeutischen Tätigkeit im engeren Sinne klar abzugrenzen und den Beteiligten ihre Funktion im Verfahren, notfalls wiederholt, zu verdeutlichen.

(4) Ein Auftrag zur Begutachtung eigener Patientinnen und Patienten im Rahmen eines Gerichtsverfahrens ist grundsätzlich abzulehnen. Eine gutachterliche Stellungnahme ist nur dann möglich, wenn die Patientin oder der Patient auf die Risiken einer möglichen Aussage der Psychothera-

peutin und des Psychotherapeuten als sachverständige Zeugin oder sachverständiger Zeuge in geeigneter Weise hingewiesen wurde und die Psychotherapeutin oder den Psychotherapeuten diesbezüglich von der Schweigepflicht entbunden hat.

(5) Gutachten, zu deren Ausstellung die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verpflichtet sind oder die auszustellen sie übernommen haben, sind innerhalb einer angemessenen Frist vorzulegen.

§ 30 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Forschung

(1) Planung und Durchführung von Psychotherapiestudien haben die international anerkannten bioethischen Prinzipien einzuhalten:

- Autonomie der Patientinnen und Patienten respektieren,
- Schaden vermeiden,
- Nutzen vermehren und
- für Gerechtigkeit sorgen.

(2) Patientinnen und Patienten sind vor der Teilnahme an Psychotherapiestudien sorgfältig über deren Inhalte, Rahmenbedingungen und mögliche Belastungen sowie Risiken aufzuklären. Diese Information und die Zustimmung zur Teilnahme an der Studie müssen vor Beginn der Durchführung schriftlich niedergelegt sein.

(3) Bei der Durchführung von Psychotherapiestudien ist vorrangig das Wohl beteiligter Patientinnen und Patienten zu beachten.

Vierter Teil

Schlussvorschriften

§ 31 Inkrafttreten

Diese Berufsordnung wurde von der Kammerversammlung am 30.11.2002 verabschiedet. Das Niedersächsische Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales hat mit Schreiben vom 02.01.2003 unter dem Aktenzeichen 405.12 – 41934 die behördliche Genehmigung erteilt. Die Berufsordnung tritt 14 Tage nach ihrer Bekanntmachung in Kraft.

Hannover, den 06.01.2003

Inge Berns

Vizepräsidentin der PKN

Dienstsigel

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

Geschäftsstelle: Willstätterstr. 10, 40549 Düsseldorf
Tel. 0211-52 28 47-0, Fax 0211-52 28 47-15
www.ptk-nrw.de; info@ptk-nrw.de

Bericht von der 6. Kammerversammlung vom 7. Dezember 2002

Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW tagte zum vierten und letzten Mal im Jahr 2002 am 7. Dezember in Oberhausen. Auf der Tagesordnung stand wieder ein umfangreiches Programm mit kamerinternen Belangen wie der Verabschiedung des Haushaltsplans 2003 als auch berufspolitisch bedeutsamen Punkten wie den Berichten aus der Gesundheitspolitik und der Ausschussarbeit sowie den Weichenstellungen für eine Bundespsychotherapeutenkammer und den neu zu besetzenden Wissenschaftlichen Beirat nach § 11 PsychThG.

Die Präsidentin, Monika Konitzer, berichtete zu Beginn ausführlich über die Bedingungen, unter denen die aktuelle Entwicklung unserer Berufsstände durch die Psychotherapeutenkammern zu gestalten ist: „Obwohl der Anteil psychischer Erkrankungen und die finanziellen Auswirkungen dieser Erkrankungen einerseits stark steigen, obwohl andererseits deutlich ist, dass bei chronischen und lebensbedrohlichen Erkrankungen psychische Faktoren eine große Rolle spielen, spielt die Beachtung psychischer Aspekte und damit auch die Berücksichtigung des Leistungsspektrums der Psychotherapeuten in den Diskussionen bisher kaum eine Rolle und ist auch den politischen Entscheidungsträgern schwer zu vermitteln. Gesundheitliche Behandlung ist in der öffentlichen

Wahrnehmung nach wie vor ärztliche und pharmakologische Behandlung.

In dieser Situation ist es notwendig, offensiv das Profil und die Kompetenzen Psychologischer PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen deutlich zu machen, sich mitgestaltend in Veränderungen einzumischen und die eigene Position im Wettbewerb der Leistungserbringer im Gesundheitssystem zu behaupten und auszubauen. Konkret bietet sich hierfür in NRW das Thema psychosoziale, psychoonkologische und psychotherapeutische Versorgung bei Brustkrebs an, das von Politik, Krankenkassen und Ärzteorganisationen als Modell für künftige Versorgungsmodelle etabliert wurde. Die Psychotherapeutenkammer NRW hat einen ausgearbeiteten Vorschlag für die Integration psychologisch-psychosomatischen Fachwissens und psychotherapeutischer Kompetenzen in ein solches Disease-Management Programm für Brustkrebs vorgelegt. Dieses Konzept werden wir bei den Entscheidungsträgern für die Einbeziehung von Krankenhäusern in den DMP-Vertrag und für die Anerkennung von Brustkrebszentren vorstellen. Im Frühjahr 2003 werden wir darüber hinaus mit den ersten Fortbildungsveranstaltungen zu psychoonkologischen Themen beginnen und den Erfahrungsaustausch zwischen den im Krankenhausbereich und den ambulant psychoonkologisch

tätigen KollegInnen aufnehmen, mit dem Ziel, konkrete Beispiele von good bzw. best practice zu organisieren.“

Zum Schluss ihres Berichts vermittelte Monika Konitzer einen Eindruck von der täglichen, unauffälligen Routine- und Aufbauarbeit, die die Geschäftsstelle der Psychotherapeutenkammer NRW in diesem Jahr geleistet hat. Die Geschäftsstelle hat insgesamt etwa 1.000 Beitragsangelegenheiten bearbeitet, ca. 1.400 Zahlungserinnerungen verschickt, für jedes Kammermitglied eine eigene Meldeakte angelegt, etwa 100 Mitglieder neu aufgenommen, ca. 3.700 Schreiben und Anfragen bearbeitet, 25 Beschwerden verfolgt, die Buchhaltung für die Jahre 2000 und 2001 abgeschlossen und dabei mehr als 24.000 Buchungen getätigt, einen Umzug, Umbauarbeiten und Umstellungen in der EDV vollzogen, Gesundheitsämter über die in ihrem Bereich approbierten PsychotherapeutInnen informiert, eine Kommission Maßregelvollzug berufen, die eine Liste von Gutachtern führt, und unzählige telefonische Anfragen von Mitgliedern und Interessierten bearbeitet. „Nebenbei“ waren 60 Vorstandssitzungen, 44 Ausschusssitzungen, 4 Kammerversammlungen und eine Tagung der AG der Landespsychotherapeutenkammern organisatorisch vorzubereiten, Einladungen, Sitzungsunterlagen, Informationen und Protokolle zu verschicken, Reisekostenabrechnungen abzuwickeln, Informationsbriefe sowie die

erste Ausgabe des Psychotherapeutenjournals zu erstellen. Für all dies und noch einiges mehr musste die Infrastruktur erst aufgebaut werden. Ein besonderer Dank galt daher den MitarbeiterInnen der Geschäftsstelle, die mit viel Engagement, Motivation, Teamgeist und Disziplin diese unermessliche Arbeit gemeistert haben.

Der Verlauf der vorweihnachtlichen Kammerversammlung – zur Begrüßung gab es Nikoläuse – gestaltete sich dank guter Vorarbeit aller Gremien und Fraktionen überaus aufgabenorientiert, kooperativ und konstruktiv, so dass ein beachtliches Pensum an Aussprachen und Entscheidungen bewältigt werden konnte. Hierzu gehörten insbesondere die Verabschiedung des Haushaltsplans 2003 mit einem Gesamtvolumen von knapp 2,2 Millionen Euro und die Berichte aus den Ausschüssen, mit denen die Ausschussvorsitzenden einen ersten Einblick in das Arbeitspensum, die Vorhaben, Probleme und bisherigen Ergebnisse der Ausschussarbeit vermittelten.

Die Mitwirkung des **Finanzausschusses** an der bereits verabschiedeten Entschädigungsordnung war den Mitgliedern der Kammerversammlung bekannt. Der **Satzungsausschuss** hatte im Vorfeld den ersten Entwurf einer Hauptsatzung vorgelegt, der zur Zeit in den Fraktionen und Gremien diskutiert wird und nach Auskunft des Ausschussvorsitzenden Herrn Schürmann die kommenden Kammerversammlungen noch ausführlich beschäftigen wird.

Von besonderer Bedeutung in der Kammeragenda sind die Regelungen zur Berufsordnung, zur Qualitätssicherung und zur Fort- und Weiterbildung – gesetzlich verankerte Aufgaben, die zusammen mit der Aufsicht über ihre Einhaltung die Kernbereiche der Kammerarbeit betreffen. Diesen Erfor-

dernissen tragen drei entsprechende Ausschüsse Rechnung, die in enger Kooperation miteinander und in Abstimmung mit den Entwicklungen anderer Landespsychotherapeutenkammern das zukünftige Erscheinungsbild unserer Berufsstände konzipieren wollen.

Der **Ausschuss Berufsordnung und -ethik**, aus dem der Ausschussvorsitzende Herr Gravemeier ausführlich berichtete, arbeitet mit Hochdruck an einem ersten Entwurf einer Berufsordnung und hat sich für die Zukunft viel vorgenommen, z.B. die kontinuierliche Fortentwicklung und Kommentierung der Berufsordnung, Konzeptentwürfe für berufsrechtliche Folgen bei Verstößen gegen die Regelungen, für eine Schlichtungsstelle und für eine Begutachtungsstelle zur Klärung von Behandlungsfehlern. Hier müssen Rechte und Pflichten klar geregelt werden, u.a. Pflichten wie die zur beruflichen Fortbildung, zur Qualitätssicherung, zur Dokumentation und zur Einhaltung der Schweigepflicht, sowie Rechte, die die Ausübung des Berufs in eigener Praxis und in sonstigen Einrichtungen der medizinischen Versorgung betreffen oder die gemeinsame Ausübung der Berufstätigkeit, die Durchführung besonderer psychotherapeutischer Verfahren, das Honorar usw.

Der **Ausschuss für Qualitätssicherung** befasst sich laut Bericht der Ausschussvorsitzenden Frau Michelmann mit den methodischen Standards zur verfahrensübergreifenden Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der Psychotherapie. Bisher erfolgte eine Bestandsaufnahme der gesetzlichen Grundlagen und der bisherigen Projekte zur Qualitätssicherung im stationären und im ambulanten Bereich. Weitere Arbeitsschwerpunkte beziehen sich auf die Definition von Qualität in der psychotherapeutischen Arbeit und die Zielvorstellungen, die mit ihrer Sicherung verfolgt

werden sollen, auf Umsetzungsfragen, wie Qualität bestimmt/gemessen werden soll, und auf die berufsrechtlichen und –politischen Konsequenzen, die aus der Qualitätssicherung zu ziehen sind, z.B. in Form von Dienstleistungen zur Qualitätssicherung als Aufgabe der Kammer bei der Beratung von KollegInnen, PatientInnen und Angehörigen anderer Berufsgruppen.

Herr Dr. Ströhm, stellvertretender Ausschussvorsitzender im **Ausschuss Fort- und Weiterbildung**, berichtete kurz über die bisherige Arbeit des Ausschusses, in deren Mittelpunkt die Frage steht, welche methoden- oder anwendungsspezifischen Zusatzqualifikationen in der Psychotherapie anerkannt werden sollen. Die dabei zu berücksichtigenden Voraussetzungen und Implikationen erfordern eine sorgfältige Bestandsaufnahme, Zielbestimmung und Berücksichtigung länderübergreifender Meinungsbildung, so dass hier noch keine Vorentscheidungen getroffen sind.

Mit Grundsatzfragen der psychotherapeutischen Versorgung und der Stellung der PsychotherapeutInnen in ihrem jeweiligen Tätigkeitsfeld und institutionellen Rahmen befassen sich die Ausschüsse Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Psychotherapie in Institutionen und Ambulante Versorgung. Aus dem **Ausschuss Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie** konnte der Vorsitzende Herr Dr. Borg-Laufs von der Arbeit an vielfältigen Themen berichten, die zum Teil bereits zu Anfragen oder Stellungnahmen geführt haben, u.a. zur Durchführung von psychodiagnostischen Testverfahren durch Ärzte und ärztliches Personal, zu den Defiziten in der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen, zur beabsichtigten Streichung von Landesmitteln für kommunale Erziehungsberatungsstellen und zur pharmakologischen Behandlung von Kin-

Resolution der Kammerversammlung zur EBM- und GOP-Diskussion

Die möglichen Beiträge der PP/KJP im Rahmen einer umfassenden psychotherapeutischen Versorgung kranker Menschen werden in der medizinischen Fachöffentlichkeit, von Kostenträgern und von Gesundheitspolitikern übersehen bzw. es wird ihnen ein zu geringer Stellenwert zugemessen.

Psychologische Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) sind zum einen durch ihr Studium und zum anderen durch die sich anschließende mehrjährige Ausbildung zum Psychotherapeuten in besonderem Maße befähigt, an der umfassenden und qualifizierten Versorgung psychisch kranker Menschen teilzunehmen.

Die ambulante psychotherapeutische Versorgung in der Bundesrepublik wird zum weit überwiegenden Teil von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten geleistet.

Demgegenüber sind die Kompetenzen der PP/KJP in den Leistungspositionen von EBM und GOP nicht bzw. unzureichend berücksichtigt; PP/KJP werden dadurch strukturell benachteiligt.

Neben der Richtlinienpsychotherapie werden weitere qualitätsgesicherte und evidenz-basierte sowie wichtige Behandlungsangebote ebenso wenig ermöglicht wie wichtige, letztlich Kosten sparende Angebote im Bereich der Prävention, der Rehabilitation und der

psychotherapeutischen Grundversorgung.

Zukünftig sind die Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, dass dieses breite Leistungsspektrum der Psychotherapeuten auch tatsächlich in der Versorgung der Patientinnen und Patienten zur Anwendung kommen kann.

Die Kammerversammlung begrüßt und unterstützt ausdrücklich die Bemühungen des Vorstandes, der Benachteiligung von Psychotherapeuten in der Patientenversorgung entgegenzuwirken und den Stellenwert psychotherapeutischer Behandlungsangebote zu verdeutlichen und zu erhöhen.

dern mit Aufmerksamkeitsdefizit- und/oder Hyperaktivitätssyndrom. Einem ähnlich breiten thematischen Spektrum sieht sich der **Ausschuss Psychotherapie in Institutionen** gegenüber, wie der Vorsitzende Herr Broil berichtete. Der Schwerpunkt hier liegt in der Vorbereitung einer umfassenden und aussagefähigen Erhebung über Arbeitsplätze, Aufgabengebiete, Arbeitsweisen, Tätigkeitsfelder, institutionelle Rahmenbedingungen, Eingruppierungen im BAT usw. der Kammermitglieder, aus der ein differenziertes Bild sowohl der Arbeitssituation als auch der Versorgungssituation in NRW gewonnen werden soll, um fundiert berufspolitisch aktiv werden zu können.

Herr Schumacher, Vorsitzender des **Ausschusses ambulante Versorgung**, schilderte als bisherige Aufgabenstellung, über die Entwicklung der politischen, rechtlichen und fachlichen Rahmenbedingungen der ambulanten Versorgung zu berichten und Konzep-

te zu ihrer Verbesserung zu entwickeln, z.B. in Bezug auf neue Versorgungsstrukturen und Tätigkeitsfelder – Prävention, Rehabilitation, Krisenintervention, stützende Begleitung bei chronischen Erkrankungen – oder neue Gebührenordnungen. Zu Letzterem legte der Ausschuss eine aktuelle Stellungnahme vor, die von der Kammerversammlung mit großer Mehrheit verabschiedet wurde:

Einen weiteren wichtigen Schwerpunkt im Verlauf der Kammerversammlung bildete die berufliche Interessenvertretung auf Bundesebene. Von allen seit langem gefordert und nun von der AG der Landespsychotherapeutenkammern auf ihrer Sitzung am 26./27. Oktober 2002 in Hannover beschlossen, soll die **Bundespsychotherapeutenkammer** am 17./18. Mai 2003 gegründet werden. Nach ausführlicher Aussprache, in der im Wesentlichen Details der Gründungsversammlung thematisiert wurden, erfolgte die Zustimmung zur Teilnahme der Psycho-

therapeutenkammer NRW an der Gründung der Bundespsychotherapeutenkammer unter den von der AG der Landespsychotherapeutenkammern beschlossenen Vorgaben in größter Einmütigkeit: einstimmig bei einer Enthaltung. NRW will die Vertretung auf Bundesebene und wird von Anfang an sein besonderes Gewicht konstruktiv einbringen!

Ein Beispiel hierfür liefert die im Jahre 2003 anstehende Neubesetzung des **Wissenschaftlichen Beirats nach § 11 PsychThG**. Die Fraktion „Qualität durch Methodenvielfalt“ hatte hierzu einen Antrag eingebracht, die Fraktion „Allianz psychotherapeutischer Berufs- und Fachverbände“ einen Änderungsantrag. Überraschend schnell erfolgte eine Einigung auf den Änderungsantrag. Umstritten war lediglich die Forderung, die Ansiedlung des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie dauerhaft bei der Bundespsychotherapeutenkammer zu fordern. In diesem Punkt – und nur in diesem Punkt

– gab es Bedenken, die nicht ausgeräumt werden konnten. Im Ergebnis fand dieser Antrag daher keine einstimmige, letztlich aber doch beeindruckende Zustimmung (41 Ja-Stimmen bei 3 Enthaltungen und 7 Nein-Stimmen).

Anders als in den vorausgegangenen Kammerversammlungen ist es mit diesem Verlauf allen Versammlungsmitgliedern gelungen, interfraktionelle Grabenkämpfe zu überwinden und trotz aller unterschiedlichen Auffassungen konstruktiv, sach- und

zielorientiert zu debattieren und zu entscheiden. Dieser Verlauf demonstriert eindrücklich, wie viel an Sachkenntnis und Professionalität die Psychotherapeutenkammer NRW im Laufe ihres ersten Jahres gewonnen hat!

Antrag „Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie“

Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW fordert den Vorstand auf, die im Folgenden aufgeführten Schritte zu der im Jahr 2003 anstehenden Neubesetzung des wissenschaftlichen Beirats nach § 11 des Psychotherapeutengesetzes zu initiieren und umzusetzen:

1. Die Bundespsychotherapeutenkammer bzw. bis zu deren Gründung ihre Vorläuferorganisation „Arbeitsgemeinschaft der Landespsychotherapeutenkammern“ wird als die auf Bundesebene zuständige Vertretung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aufgefordert, der Bundes-

ärztekammer als der auf Bundesebene zuständigen Vertretung der ärztlichen Psychotherapeuten rechtzeitig den Entwurf einer Vereinbarung zu den künftigen Aufgaben, der Struktur und den Verfahrensweisen des neu zu besetzenden und bei der BPTK anzusiedelnden wissenschaftlichen Beirats vorzulegen.

2. Dieser Vereinbarungsentwurf soll insbesondere Aufgaben, Zusammensetzung, Geschäftsführung, Finanzierung und grundsätzliche Rahmenbestimmungen einer Satzung bzw. Geschäftsordnung enthalten, einschließlich des Verfahrens bei Berufungen, Nachberufungen und Abberufungen. Der Vereinbarungsentwurf soll sowohl

die Grundsätze des Gründungsprotokolls vom 17.08.1998 als auch die Erfahrungen mit diesen Grundsätzen und mit der bisherigen Arbeit des wissenschaftlichen Beirats berücksichtigen.

Sollte die erforderliche Übereinstimmung für den Vereinbarungsentwurf in der „Arbeitsgemeinschaft der Landespsychotherapeutenkammern“ nicht hergestellt werden können, wird der Vorstand der Psychotherapeutenkammer NRW aufgefordert, einen solchen Entwurf eigenständig vorzubereiten und der Bundespsychotherapeutenkammer zeitnah zur Entscheidung und weiteren Umsetzung vorzulegen.

Mit einem blauen Auge davon gekommen

Kommunale Beratungsstellen erhalten weniger Landeszuschüsse

Die Streichung des Landeszuschusses für **kommunale Erziehungsberatungsstellen** wurde zurück genommen. Jedoch verbleibt eine deutliche Reduzierung von 8,2 Mio. Euro in 2002 auf 5 Mio. Euro ab 2003. Das sind ca. 40 %.

Gleichzeitig haben die Politiker damit die Aufforderung verbunden, dass die Konzepte für Erziehungsberatung weiter entwickelt werden sollen. Dies betrifft auch die freien Träger. Gemeint ist mit dieser Weiterentwicklung eine Hinwendung zu mehr Prävention und spezifischen Angeboten für bestimm-

te Bevölkerungsgruppen (Migranten, Arbeitslose, Alleinerziehende etc.). Hierzu sind weitere Vorgaben der Landesregierung vorgesehen.

Festzuhalten ist, dass die Finanzlage in den Kommunen den Druck auf soziale Angebote deutlich erhöht hat. Der zusätzliche Einnahmeverlust durch die Reduzierung des Landeszuschusses wird daher in vielen Kommunen zu einem deutlichen Abbau der Angebote führen.

Schon jetzt stellen sich die Kommunen darauf ein. Es werden bereits frei werdende Stellen häufig nicht wieder

besetzt oder Planstellen werden niedriger eingestuft, das Leistungsangebot, vor allem im psychotherapeutischen Bereich, wird reduziert und bei den Haushaltsmitteln wird spürbar eingespart. Langfristig werden davon auch die freien Träger von Beratungsstellen betroffen sein.

Die Psychotherapeutenkammer hält es für unabdingbar, um die psychotherapeutische Versorgung im Lande sicher zu stellen, dass die Erziehungsberatungsstellen mit den bewährten fachlichen Standards erhalten bleiben und die Finanzierung dafür gesichert wird.

Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz

Unsere Anschrift hat sich geändert: Post- und Geschäftsstellenanschrift lauten seit 01.01.2003:

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30, 55130 Mainz

Tel. 06131-5703813, Fax 06131-5700663

service@lpk-rlp.de, www.lpk-rlp.de

Geschäftszeiten: Mo bis Fr von 10.00 bis 12.30 Uhr sowie Di und Do von 14.00 bis 16.30 Uhr

Festveranstaltung der Landespsychotherapeutenkammer fand großes Interesse

Der abgeschlossene Umzug der Geschäftsstelle und der erste Geburtstag der LPK waren Anlass für eine Festveranstaltung am 31. Januar, zu der Vertreter aus allen Bereichen des Gesundheitswesens und der -politik eingeladen waren. Zur angenehmen, niveaувollen Atmosphäre im schönen Ambiente des großen Konferenzraumes der benachbarten Süddeutschen Metallberufsgenossenschaft trug ein junges Bläserensemble der Musikhochschule bei, das die Überleitungen zwischen Programmpunkten jeweils kammermusikalisch genussvoll intonierte.

Alfred Kappauf, der Präsident der LPK, dankte in seiner Begrüßungsrede für die vielseitigen Unterstützungen seitens des Ministeriums sowie der Kooperationspartner, die den zügigen Aufbau der Kammerstrukturen wesentlich erleichterten. Gleichzeitig ergriff er die Gelegenheit, den über 70 anwesenden Funktionsträgern im Gesundheitswesen (einschließlich der PräsidentInnen der Psychotherapeutenkammern von Hessen, Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg sowie Hamburg) die weiteren berufspolitischen Ziele und auch derzeitigen Sorgen der LPK zu erläutern. „Wir wollen einen angemessenen Platz und eine angemessene Beachtung im Bereich des Gesundheitswesens. An

der jetzigen Realität gemessen, ist diese Forderung nicht bescheiden. Wir wollen mehr Einfluss, weil wir bereit und in der Lage sind, an mehr Stellen als uns bisher zugebilligt wird, Kompetenz einzubringen und auch mehr Verantwortung zu übernehmen.“ stellte Kappauf fest und wies darauf hin, dass im Bereich der stationären psychotherapeutischen Versorgung die neuen Heilberufe des Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bisher weder in den Stellenplänen oder Personalverordnungen noch im Tarifrecht ange-

messenen verankert sind. Eine Anpassung von SGB V (insbes. §107) und SGB IX sei notwendig, damit die Übertragung von Leitungsverantwortung für qualifizierte PP und KJP im stationären Bereich auf einer klaren juristischen Basis erfolgen kann.

Darüber hinaus sei der Bereich der stationären somatischen Medizin auch als Tätigkeitsfeld für Psychotherapeuten zu öffnen, wenn der oft erklärte gesundheitspolitische Wille glaubwürdig bleiben soll, psychosomatische Aspekte im Krankheitsverständnis und in



der Behandlungsplanung stärker als bisher zu gewichten. Die LPK hat bereits im letzten Sommer im Gespräch mit der Fachministerin, Frau Malu Dreyer, den Wunsch vorgebracht, in den relevanten Planungsgremien, z.B. dem Ausschuss für Krankenhausplanung, mitwirken zu können. Der Präsident wiederholte die Hoffnung, dass die notwendige Änderung des Landeskrankengesetzes im Zuge der derzeit anstehenden Novellierung des HeilBG Fürsprecher finden wird.

Im SGB VII sei die Aufnahme der Psychotherapeuten als qualifizierte Leistungserbringer und Gleichstellung mit den Ärzten erforderlich. Schließlich gelte es auch, psychotherapeutische Leistungen generell im Leistungskatalog der Gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII) zu verankern.

Aus aktuellem Anlass appellierte Kappauf an die anwesenden Krankenkassen, die durch die gesetzlichen Änderungen zum 1.1.2003 erforderlichen Finanzierungsvereinbarungen mit den Ausbildungsinstituten zügig abzuschließen, damit eine ausreichende finanzielle Planungssicherheit der Ausbildungsinstitute für die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten gewährleistet sei. An den Gesetzgeber gerichtet waren die Hinweise zur problematischen finanziellen Situation für die Ausbildungsteilnehmer: die geltenden Ausbildungs- und Prüfungsordnungen sehen bisher nicht vor, dass die zukünftigen Kollegen trotz eines akademischen Abschlusses im Grundberuf eine vergütungswerte Tätigkeit während der 3-jährigen Zusatzausbildung erbringen; gleichwohl haben sie bei fehlender Vergütung in der Ausbildungszeit die gesamten Ausbildungskosten privat zu tragen.

Zum Selbstverständnis der Landespsychotherapeutenkammer hob der Präsident zusammenfassend einige

Profilmerkmale hervor: „Die Kammer hat junge Strukturen und ist aufgeschlossen für innovative Strukturüberlegungen im Gesundheitswesen. Die Patientenorientierung und die Qualitätssicherung haben für uns einen hohen Stellenwert. Wir betrachten uns als interessanten und interessierten Ansprechpartner im Gesundheitssystem.“

Als Vertreterin der Ministerin, Frau Malu Dreyer, überbrachte Frau Doris Bartelmes als Leiterin der für die Heilberufe zuständigen Abteilung im Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit (MASFG) die anerkennenden Glückwünsche für die bisherige Aufbauarbeit. Sie betonte, dass die gründliche aufsichtsrechtliche Prüfung der Beschwerden einzelner Kammermitglieder wegen der als unangemessen hoch empfundenen Beitragshöhe keine Zweifel an der wirtschaftlichen und satzungsgemäßen Verwendung der Haushaltsmittel durch den Vorstand erbracht habe. Es handle sich bei den Klagen eher um ein kammerinternes Vermittlungsproblem, den Mitgliedern zu verdeutlichen, dass die der Kammer übertragene Regelungsautonomie nur mit einer angemessenen Finanzausstattung zum wohlverstandenen Nutzen der Mitglieder zu leisten sei. Frau Bartelmes wiederholte die Zusage der Ministerin, die LPK darin zu unterstützen, in den relevanten Planungsgremien des Gesundheitssystems mitwirken zu können.

Herr Keggenhoff, Präsident des Landesamts für Jugend, Soziales und Versorgung (LSJV), erläuterte in seinem Grußwort, seine Behörde sei nicht nur für die Approbationerteilung sondern auch für die Durchführung der vorherigen Abschlussprüfung der zukünftigen Psychotherapeuten sowie der Gleichwertigkeitsprüfungen für Antragsteller auf eine Approbation aus Staaten, die nicht der EG angehören, zuständig. Verbunden mit freundlichen

Wünschen für eine weitere gute Entwicklung der jungen Kammer betonte er das Interesse des Landesamtes an sachkundigem Austausch bei den anfallenden Regelungsaufgaben. Die kurzen Wege zwischen beiden Institutionen seien dabei bestimmt hilfreich.

„In Rheinland-Pfalz gehen die Uhren anders“, stellte Herr Dr. J. Hoffart, der Vorsitzende der Bezirksärztekammer Rheinhessen und Geschäftsführer der Landesärztekammer (LÄK) als Einleitung seines Grußwortes fest. Der Wunsch der Psychotherapeuten nach eigenständigen Kammerstrukturen sei bei der LÄK von Anfang an auf großes Verständnis gestoßen. Die Beziehungen zwischen LÄK und LPK seien vielschichtig und geschwisterlich, ergänzte Dr. Fleischmann, der Vizepräsident der LÄK. „Die LPK ist unsere kleine Schwester.“ Die aufgenommene Arbeit im Gemeinsamen Beirat von LPK und LÄK sei ein hoffnungsvoller Auftakt für eine gegenseitig Impuls gebende fachliche Kooperation. Die beiden Vertreter der LÄK richteten humorvoll auch ihren pädiatrischen Blick auf die einjährige Kammer und erklärten übereinstimmend, sie würden dem Kind einen guten Entwicklungszustand im Vorsorgeheft attestieren.

Für den Oberbürgermeister der Stadt Mainz, Herrn Jens Beutel, überbrachte der Referent für gemeindenahe Psychiatrie der Stadt Mainz, Herr Wolfgang Müller (Dipl.-Psych. und Kammermitglied), die Grußworte verbunden mit guten Wünschen für das weitere Wachstum der Kammer.

Eine besondere fachlich-interessante Note bekam die Kammerversammlung durch den Vortrag von Prof. Dr. Rainer Richter aus Hamburg zum Thema „Psychotherapie in Europa- wohin geht der Weg?“ Diese inhaltliche Ausrichtung wurde vom Vorstand auch wegen des von der geographischen Lage

vorgegebenen engen Bezugs von Rheinland-Pfalz zu anderen europäischen Ländern gewählt. Prof. Richter verdeutlichte die Forschungsprobleme zum Vergleich der psychotherapeutischen Versorgungsstrukturen in den europäischen Ländern, da u. a. kein verlässliches Datenmaterial zur Anzahl der Psychotherapeuten vorliege. Auch sei die Ausübung von psychotherapeutischer Tätigkeit sehr unterschiedlich berufsrechtlich und sozialrechtlich re-

guliert. Europaweite Zertifizierungsansätze für psychotherapeutische Qualitätsstandards verlaufen bisher noch konkurrierend in unterschiedliche Richtungen.

Der zweite Teil der Festveranstaltung bot für die Gäste die Möglichkeit, die neuen Räume der LPK-Geschäftsstelle zu besichtigen. Mit einem kleinen Imbiss- und Getränkeangebot im Foyer des Hauses war ein angenehmer

informeller Rahmen für fachliche Dialoge und kommunikative Vernetzungen der Gäste vorgegeben. Die vielen sehr positiven Rückmeldungen zur Veranstaltung können als Bestätigung gewertet werden, dass die mit der Veranstaltung verbundene Intention erreicht wurde, die Kammer in der Fachöffentlichkeit überzeugend positiv zu präsentieren und Interesse für eine sinnvolle und faire Kooperation mit der LPK zu wecken.

Bundespsychotherapeutenkammer – Aktivitäten der LPK RLP

Die Vorarbeiten zur Gründung der Bundespsychotherapeutenkammer gehen zügig voran. Beim letzten Treffen der Arbeitsgemeinschaft der Landespsychotherapeutenkammern am 25. und 26.01. wurde ein Satzungsvorschlag für die Bundespsychotherapeutenkammer erarbeitet, der der Gründungsversammlung am 17./18.05.2003 in Berlin zur Abstimmung vorgelegt wird. Danach soll

- die Bundespsychotherapeutenkammer als Arbeitsgemeinschaft der Landespsychotherapeutenkammern in der Rechtsform eines nicht eingetragenen Vereins ihren Sitz in Berlin haben,
- die Bundespsychotherapeutenkammer drei Organe haben: Delegiertenversammlung, Vorstand, Länderrat,
- die mindestens einmal jährlich stattfindende Delegiertenversammlung (Deutscher Psychotherapeutentag) ca. 100 Delegierte umfassen (wenn alle Länderkammern vertreten sind),
- der Vorstand aus einem Präsidenten, zwei Vizepräsidenten und zwei Beisitzern für die Amtsdauer von 4 Jahren gewählt werden,
- der viermal im Jahr tagende Länderrat aus den Präsidenten der Landespsychotherapeutenkammern zusammengesetzt sein.

Die Kosten der Bundespsychotherapeutenkammer werden von den Lan-

despsychotherapeutenkammern gemeinschaftlich nach der Anzahl ihrer Mitglieder getragen, wobei für 2003 und 2004 ein jährlicher Beitrag von 30 € je Kammermitglied festgelegt wurde. Die Kosten für die Reisen zur Delegiertenversammlung und zum Länderrat werden direkt von den Landespsychotherapeutenkammern übernommen.

Von der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz wurden in den letzten Monaten einige Anstöße mit bundesweiter Bedeutung gegeben:

- Forderung der Teilnahme der Arbeitsgemeinschaft der Landespsychotherapeutenkammern am Deutschen Forum Prävention und Gesundheitsförderung. Es handelt sich hierbei um einen vom BMGS initiierten und geförderten Zusammenschluss von ca. 40 Organisationen des Gesundheitswesens mit dem Ziel, die Prävention zu fördern und ein Präventionsgesetz vorzubereiten. Da wir davon ausgehen, dass psychotherapeutischer Sachverstand nicht fehlen darf, haben wir die Beteiligung der Psychotherapeuten gefordert. Nach einigem Hin und Her konnten wir schließlich die Zusage erreichen, dass die Bundespsychotherapeutenkammer ab ihrer Gründung in das Forum aufgenommen wird.

- Wie die niedergelassenen Psychotherapeuten wissen, ist der KBV-Entwurf eines neuen EBM (s. dazu den entsprechenden Artikel in der Null-Nummer des Psychotherapeutenjournals) alles andere als zufrieden stellend. Noch weniger ist dies ein eigener Entwurf der Krankenkassen, der auf den Internetseiten des AOK-Bundesverbandes veröffentlicht worden ist. Beide Entwürfe enthalten eine nicht hinnehmbare strukturelle Benachteiligung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gegenüber den Fachärzten für Psychotherapeutische Medizin. Hier übernahm es der Vorstand der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, für die AG der Landespsychotherapeutenkammern Stellungnahmen an die KBV und die Krankenkassen zu senden.

- Um die Belange der angestellten Psychotherapeuten bundesweit zu erfassen, wurde auf Vorschlag unseres Vorstandes (Jürgen Kammler-Kaerlein, Gabriele Kunz) am 25.01. ein erstes bundesweites Treffen von Vertretern der Angestellten und Beamten organisiert. Angesichts der bevorstehenden Gründung der Bundespsychotherapeutenkammer erschien es uns wichtig, dass die angestellten und beamteten Psychotherapeuten Positionen formu-

lieren und möglichst vereinheitlichen, um sie effektiver auf Bundesebene vertreten zu können.

- Derzeit diskutiert die Bundesärztekammer einen Entwurf einer neuen Weiterbildungsordnung. Die Qualifikationsvoraussetzungen der ärztlichen Weiterbildungsordnung berührt die Berufe der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten insofern, als diese Qualifikationsvor-

aussetzungen auch den Zugang zur Erbringung von Psychotherapie als Kassenleistung ermöglichen. Es liegt nicht im Interesse der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, wenn im ärztlichen Bereich dieser Zugang mit erheblich geringeren Qualifikationsvoraussetzungen verbunden ist als in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung der Psychotherapeuten. So liegt z. B.

bei der sog. „fachgebundenen Psychotherapie“ der Zeitaufwand für Theorie und Praxis bei nicht einmal einem Viertel des Aufwandes für den Beruf des Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. In einem Brief an die Bundesärztekammer hat nun die Arbeitsgemeinschaft der Landespsychotherapeutenkammern um ein Gespräch gebeten.

Bericht über die 3. Sitzung der Vertreterversammlung am 11. Dezember 2002 in Mainz

Die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer tagte am 11. Dezember im Abgeordnetenhaus in Mainz.

Im Bericht des Vorstands fasste der Präsident, Alfred Kappauf, noch einmal die organisatorischen Aufbauschritte für die Geschäftsstelle und die Kammergremien zusammen. Mit dem für Ende Dezember vorgesehenen Umzug in die neuen Räume der Geschäftsstelle werden endlich günstige räumliche Voraussetzungen sowie auch die technische Infrastruktur für eine moderne Mitgliederverwaltung mit elektronischem Archivierungssystem zur Verfügung stehen.

Die berufspolitischen Aktivitäten zielten vorrangig darauf ab,

- den neuen Heilberufen des Psychologischen Psychotherapeuten sowie des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten einen angemessenen Platz in den Strukturen des Gesundheitswesens zu verschaffen,
- sich frühzeitig an der Diskussion von Reformkonzepten im Gesundheitswesen zu beteiligen (Integrierte Versorgungsstrukturen, Disease-Management-Programme, Fallpauschalenregelung in der Finanzierung stationärer Versorgung...),

- auch den Blick auf europäische Strukturen der Gesundheitspolitik und des EU-Rechts in Hinblick auf die zunehmende Bedeutung zu schärfen.

Inzwischen ist die LPK im Landespsychiatriebeirat vertreten sowie ein Aufnahmeantrag für die Landeszentrale für Gesundheitsförderung (LZG) gestellt. Für unseren Wunsch nach Einbindung in den Landesausschuss für Krankenhausplanung wurde vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit (MASFG) Unterstützung signalisiert. Notwendig hierzu ist jedoch eine Änderung des Landeskrankenhausesgesetzes. Der Vorstand hat inzwischen entsprechende Änderungswünsche mit Vorschlägen zur anstehenden Novellierung des Heilberufsgesetzes an das Ministerium geleitet.

Der Vertreterversammlung wurde der Haushaltsabschluss für das Rumpfgeschäftsjahr 2001 zusammen mit dem positiven Bericht der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Dr. Reiniger und Partner, Bad Kreuznach, vorgelegt. Die Entlastung des Vorstands des Gründungsausschusses erfolgte ohne Gegenstimmen. Anerkennend fällt auch die schriftliche Stellungnahme der Rechtsaufsicht beim MASFG vom 11.12. zum Haushaltsabschluss 2001 aus: „Wir freuen uns, dass diese Prüfung sowohl einen ordnungsgemäßen Abschluss als

auch eine ordnungsmäßige Buchführung und Belegwesen der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz bestätigen konnte.“

Die Vertreterversammlung schuf auch die Voraussetzungen, dass der Schlichtungsausschuss seine Arbeit aufnehmen kann. Der Entwurf zur Schlichtungsordnung, den Dr. Müller, der Vorsitzende des Schlichtungsausschusses, im Auftrag des Vorstandes erstellt hatte, wurde einstimmig verabschiedet (s. Text). Die im Heilberufsgesetz vorgesehenen Patientenvertreter wurden ebenso wie weitere Kammermitglieder als Beisitzer gewählt, damit jeweils eine Zusammensetzung des Ausschusses unter Berücksichtigung der verschiedenen Therapieverfahren sowie der Tätigkeitsbereiche der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bzw. der Behandlung von Erwachsenen gewährleistet werden kann.

Das Verfahren vor dem Schlichtungsausschuss ist für Patienten kostenfrei. Die Kammer trägt die Verfahrenskosten, wenn sich die Beschwerde als unbegründet erweist. Die vollständige Kostenregelung finden sich im § 11 der Schlichtungsordnung.

Ebenfalls verabschiedet wurde eine Gebührenordnung, die ermöglicht, Leistungen demjenigen in Rechnung zu stellen, die ausschließlich in des-

sen Interesse oder auf dessen Veranlassung erfolgen. Dies betrifft nicht die Leistungen der Kammer, die für die Gesamtheit der Mitglieder erbracht werden. Diese sind selbstverständlich grundsätzlich kostenfrei.

Einen breiten Raum in der Diskussion der Vertreter nahmen Vorschläge zu einer veränderten Beitragsordnung ein. Der Vorstand hatte die Forderung der Mitglieder aus den Widerspruchsverfahren aufgegriffen, eine einkommensbezogene Beitragsstaffelung vorzuschlagen, die das Einkommen in 10.000 € – Schritten klassifiziert. Dabei ergeben sich konsequenterweise Beitragssätze, die teilweise wesentlich geringere Beträge als bisher für die niedrigeren Einkommensgruppen beinhalten, aber auch für die über dem Durchschnitt verdienenden Psychotherapeuten höhere Beiträge vorsehen. Dieser Vorschlag wurde von der Vertreterversammlung in dieser Form nicht angenommen. Sie befürwortete mehrheitlich, eine einkommensgestaf-

felte Beitragsordnung mit weniger Beitragsklassen auszuarbeiten und bei der nächsten Versammlung vorzulegen. Damit die Kammer wirtschaftlich handlungsfähig bleibt, wurde der Vorstand ermächtigt, vorerst nach der bisherigen Beitragsordnung (s. Text), den bisherigen Regelbeitrag einzuziehen. Die Mitglieder werden jedoch in einem Begleitschreiben informiert, dass es sich um eine vorläufige Beitragsfestlegung handelt. Eine endgültige Beitragsfestlegung wird mit Verabschiedung der neuen Beitragsordnung erfolgen (vorgesehen am 8. März) und kann für einzelne Mitglieder zu einem niedrigeren aber auch zu einem höheren Beitrag als 2002 führen.

Auch der vorgelegte Haushaltsentwurf für 2003 soll erst bei der nächsten Sitzung ausführlich diskutiert werden. Als vorläufige Handlungsgrundlage beschloss die Vertreterversammlung, den Haushalt des Jahres 2002 auch auf dieses Jahr zu übertragen mit gegen-

seitiger Deckungsfähigkeit aller Kostenstellen.

Aus Zeitgründen wurde schließlich auch die Diskussion zur Gründung der Bundespsychotherapeutenkammer und zur Entscheidung eines Beitritts der Landespsychotherapeutenkammer auf den März verschoben. Bei dieser Sitzung sollen dann – falls die Vertreterversammlung den Beitritt in die Bundespsychotherapeutenkammer als politisch sinnvolle Zielsetzung mit der damit verbundenen erheblichen finanziellen Verpflichtung befürwortet – auch die vier Delegierten der LPK gewählt werden.

Für den auf eigenen Wunsch ausgeschiedenen Kollegen Theiss wurde Herr Roscher als Mitglied des Finanzausschusses gewählt.

Die beschlossenen Satzungen entnehmen die Mitglieder der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz dem Einhefter in Heftmitte.

Arbeitstreffen von Vertretern der angestellten und beamteten Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Auf Initiative und Einladung der rheinland-pfälzischen Kammer (J. Kammler-Kaerlein, G. Kunz) kam es am 25.1.2003 in Frankfurt zu einem 1. Arbeitstreffen von Vertretern der angestellten und beamteten PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen aus den derzeit bestehenden Länderkammern.

Bis auf Bremen waren alle Länder vertreten, um unter dem Arbeitstitel: „PsychotherapeutInnen in Institutionen – Kontakte vernetzen, Initiativen koordinieren und politische Kraft bündeln“ die Voraussetzungen für eine bundesweit effiziente Interessensvertretung zu schaffen.

Herr Kammler-Kaerlein beschrieb als Ziel und Zweck des Arbeitstreffens die Notwendigkeit der länderübergrei-

fenden Abstimmung bei Themen, die für die Angestellten relevant sind. Die Kammern seien in der Pflicht, da gut die Hälfte der Mitglieder in institutionellen Zusammenhängen tätig sind. Bislang gebe es für Angestellte wenig eingeübte Interessensvertretung.

Vor dem Hintergrund der im Mai geplanten Gründung einer Bundespsychotherapeutenkammer (BPK) appellierten die anwesenden Vertreter der angestellten und beamteten Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen an die Kammerversammlungen in den Bundesländern, die Tätigkeitsbereiche „Psychotherapie in Institutionen“ und „Psychotherapie in freier Praxis“ bei der Wahl/Benennung ihrer BPK-Delegierten jeweils angemessen zu berücksichtigen.

In der Satzung der BPK möchten sie einhellig folgendes festgeschrieben wissen:

- Die Delegiertenversammlung richtet einen Ausschuss „Psychotherapie in Institutionen“ ein.
- Jedes Mitglied einer LPK ist als Mitglied eines Ausschusses wählbar.
- Im Vorstand sollen die angestellten/beamteten und niedergelassen Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen entsprechend ihrem Mitgliederanteil repräsentiert sein. Mindestens ein Mitglied des Vorstands **muss** freiberuflich oder im Rahmen eines Beschäftigungsverhältnisses psychotherapeutisch tätig sein.

Herr Prof. Dr. R. Richter (Präsident der Psychotherapeutenkammer Hamburg)

wurde beauftragt, diese Position in die zeitgleich stattfindende Sitzung der AG der Länderkammern einzubringen. Verhandlungsziele und –strategien bei anstehenden Fragen zur Status- und Existenzsicherung für angestellte und beamtete PsychotherapeutInnen sollten sinnvollerweise praxisnah und sachkompetent von den eigenen Reihen entwickelt und vertreten werden. Nach einer Bestandsaufnahme und Erfahrungsaustausch über laufende Projekte in den Länderkammern wurden zu folgenden Themen länderübergreifende Arbeitsgruppen gebildet:

1. Tarifpolitik, Fachgruppenarbeit, einschließlich der Problematik der Ausbildungsteilnehmer
2. Überarbeitung von Gesetzen und Sozialrecht
3. Patienten-/Bürger-Orientierung, Öffentlichkeitsarbeit
4. PsychThG: Konsequenzen für die Berufsausübung und Zukunftsperspektiven
5. Basisdatenerfassung: welche Leistungen bieten Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen in welchen Kontexten an?
6. Qualitätssicherung
7. DRG's

Weitere InteressentInnen sind zur Mitarbeit herzlich willkommen. Das vollständige Protokoll des Arbeitstreffens finden sie im Internet unter www.lpk-rlp.de oder bekommen es auf Anfrage zugeschickt. Das Folgetreffen soll am 4. April 2003 wieder in Frankfurt stattfinden. Koordination und Kontakt weiterhin über kammer-kaerlein@t-online.de.

Gemeinsamer Beirat

Der Gemeinsame Beirat von Landesärztekammer und Landespsychotherapeutenkammer hat mittlerweile zweimal getagt. Er hat sich eine Geschäftsordnung gegeben und darin festgelegt, dass der Vorsitz und die Geschäftsführung alternierend in der Mitte der fünfjährigen Amtszeit wechseln. Einstimmig

wurde beschlossen, dass zunächst die LPK den Vorsitzenden und damit auch die Geschäftsführung stellt. Zum Vorsitzenden wurde Herr Dr. phil. Willenberg, Psychoanalytiker aus Mainz, gewählt. Sein Stellvertreter und damit alternierender Vorsitzender ist Herr Dr. med. Faude, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, aus Lieser.

Der Beirat hat seine Tätigkeit mit der intensiven Beratung zweier Themen aus dem Bereich der Ausbildung und Weiterbildung an den staatlich anerkannten Ausbildungsstätten nach PsychThG begonnen.

Zum Problem der Anerkennung kooperierender (psychiatrischer) Einrichtungen für die in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung geforderte praktische Tätigkeit („Psychiatrisches Jahr“) hat der Beirat folgende Empfehlung erarbeitet, die von den Vorständen beider Kammern vollinhaltlich angenommen und an das Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit weitergeleitet wurden:

■ Die Ausbildungsteilnehmer sollen die Möglichkeit erhalten, während ihrer praktischen Ausbildung in psychiatrischen Einrichtungen ausreichende Erfahrungen mit der gesamten Vielfalt an psychiatrischen Erkrankungen zu sammeln. Sie sollen danach in der Lage sein, zu erkennen, ob die Mitbehandlung durch einen Psychiater erforderlich ist und welche Behandlung von dem Psychotherapeuten bei einem psychiatrischen Krankheitsbild durchgeführt werden kann und welche kontra-indiziert ist.

■ Dem Grunde nach verfügt eine Suchtklinik nur über ein vom Diagnosen-Spektrum her eingeschränktes Patientengut. So kommen dort z.B. die affektiven Störungen nicht vor. Dies bedeutet, dass eine Klinik konkret nachweisen müsste, dass bei ihr eine Ausnahme vom Normalfall vorliegt und dort Patien-

ten mit der gesamten Bandbreite an psychiatrischen Erkrankungen behandelt werden.

■ Es muss sichergestellt sein, dass auch in einer psychosomatischen Fachklinik psychiatrische Behandlungsfälle in ausreichendem Umfang behandelt werden. Dann ist deren Anerkennung auch möglich.

■ Verfügt der Chefarzt einer Klinik, die die beschriebenen Voraussetzungen erfüllt, über eine mindestens einjährige Weiterbildungsermächtigung in Psychiatrie, dann kann die volle Anerkennung der Klinik ausgesprochen werden.

■ Ist dies nicht der Fall, dann ist im Sinne der umfassenden Ausbildung und Qualitätssicherung lediglich eine begrenzte Anerkennung möglich.

Nachdem sich die vier Kassenärztlichen Vereinigungen in Rheinland-Pfalz eine Auslegung des Fallpauschalengesetzes zu eigen gemacht haben, wonach sie seit dem 1. 1. 2003 nicht mehr für die Abrechnung mit den Institutsambulanzen der staatlich anerkannten Ausbildungsinstitute zuständig sind, ist die Finanzierung der von den Ausbildungsteilnehmern erbrachten psychotherapeutischen Leistungen bereits für das laufende Quartal nicht mehr gewährleistet. Zunächst sehr hoffnungsvolle Verhandlungen über eine direkte Abrechnung wurden von den Krankenkassen kurz vor der vereinbarten Vertragsunterzeichnung am 24. Januar unterbrochen.

Der Gemeinsame Beirat teilt mit dem Vorstand der LPK die Sorge, dass durch diese Vorgänge die qualitativ hochstehende Ausbildung unseres psychotherapeutischen Nachwuchses in Gefahr gebracht wird.

Das Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit (MASFG) steht hierbei als rechtsaufsichtsführende Behörde der Institute aber auch der Kassenärztlichen Vereinigungen und teilweise der Krankenkassen in besonderer Verantwortung.

Leserbriefe

Leserbriefe werden von der Redaktion sehr beachtet. Sie geben in erster Linie die Meinung des Briefeschreibers wieder und nicht die der Redaktion. Die Veröffentlichungsmöglichkeiten sind leider beschränkt; der Redaktion bleibt oft keine andere Wahl, als unter der Vielzahl der Zuschriften eine Auswahl zu treffen. Die Chance, ins Heft zu kommen, ist umso größer, je kürzer der Brief ist. Die Redaktion muss sich zudem eine – selbstverständlich sinnwahrende – Kürzung vorbehalten.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

mit großem Interesse habe ich das erste Psychotherapeutenjournal gelesen und möchte allen am Aufbau der Psychotherapeutenkammern beteiligten Kolleginnen und Kollegen meinen Dank und meine Anerkennung für die immense Arbeit aussprechen, die in der letztlich doch sehr kurzen Zeit seit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes geleistet wurde. Und es ist wahrhaft keine leichte Aufgabe, die sich stellt.

Ich freue mich auf eine rege Diskussion und möchte meinen Teil dazu beitragen: Auf all die Positionen und Perspektiven, denen ich zustimme (gemeinsame Identität von PP und KJP, psychosoziale Dimension von Gesundheit und Krankheit, multimethodische Orientierung, Humandienstleistung Psychotherapie) will ich nicht näher eingehen, sondern ich will nur auf drei Punkte hinweisen, bei denen ich befürchte, dass sie vernachlässigt werden:

1. Die im Gesetz vorgenommene *Einengung des Psychotherapiebegriffs auf Krankenbehandlung*, die auch sprachlich in der Rede vom „Patienten“ zum Ausdruck kommt, entspricht m. E. nicht dem Selbstverständnis und der Vorgehensweise der meisten Psychotherapeuten.

Hier erhoffe ich mir von der Psychotherapeutenkammer, ein eigenes, umfassenderes, klienten- und problemorientiertes Selbstverständnis für Psychotherapeuten zu stärken und sich nicht auf das enge, patienten- und krankheitsorientierte, ärztliche Verständnis von Psychotherapie, das sich – leider – im Gesetz durchgesetzt hat, zu beschränken.

2. Die im Gesetz festgeschriebene *Einengung des Grundberufs auf den Psychologen* ist m. E. weder historisch noch inhaltlich gerechtfertigt, sondern alleine standespolitischen Kräfteverhältnissen geschuldet. Dass als Kompromiss für den KJP der Grundberuf des Pädagogen und Sozialpädagogen akzeptiert wurde, steht im Zusammenhang mit einer Abwertung des KJP (eingegrenztes Alters-

spektrum) gegenüber dem umfassenderen PP (unbegrenztes Altersspektrum). In diesem Zusammenhang werte ich es als symptomatisch, dass in der Chronologie von Kommer und Wittmann (die, wie sie selbst zugestehen, unvollständig ist) gerade solche Fachverbände unerwähnt bleiben, die einen berufsgruppenübergreifenden Ansatz vertreten.

Hier erhoffe ich mir von der Psychotherapeutenkammer, den multi- und interdisziplinären Ansatz der Psychotherapie – auch gegenüber dem Gesetzgeber – zu betonen, sowie konkret: die Übergangsmöglichkeiten zwischen dem KJP und dem PP durch Fortbildungsangebote auch für Nichtpsychologen zu unterstützen.

3. Die nicht im Gesetz, aber in der Praxis des „wissenschaftlichen Beirats“ vorgenommene *Einengung der Praxis von Psychotherapeuten auf „Richtlinienverfahren“* entspricht m.E. nicht den realen Vorgehensweisen eines erfahrenen Psychotherapeuten. Die Orientierung an „Verfahren“ ist m.E. eine künstliche, die zwar im Dienste einer professionellen Identitätsbildung während und kurz nach der Ausbildung sowie in der schriftlichen Außendarstellung zur Einpassung in diverse Abrechnungsmodalitäten inzwischen zur unhinterfragten Normalität geworden ist, in der Alltagspraxis eines Psychotherapeuten spielen diese „Verfahren“ mit zunehmender Praxiserfahrung eine mehr und mehr abnehmende Rolle.

Hier erhoffe ich mir von der Psychotherapeutenkammer ein offensives Vorgehen gegen diese „verfahrensfixierte“ Denkweise, die selbst darin noch zum Ausdruck kommt, dass jedes einzelne „Verfahren“ sich bemüht, die Weihen des „wissenschaftlichen Beirats“ zu erhalten, auch wenn, wie Untersuchungen ergeben, die reale Praxis nicht „verfahrensorientiert“, sondern methodenintegrativ vorgeht.

Ich würde mich über Rückmeldungen auf diesen Diskussionsbeitrag freuen.

Mit freundlichen Grüßen.

Alfred Köth

Liebe Redakteure,

vielen Dank für das neue Psychotherapeutenjournal. Ich würde mir wünschen, dass in Zukunft auf angloamerikanischen Sprach- und Kulturimport mit Begriffen wie Gender Mainstreaming oder Gesundheitssurvey verzichtet wird. Man erspart sich so auch umständliche Übersetzungsversuche! Glückauf = Happy up!

Hans-Jörg Lütgerhorst

Impressum

Das „Psychotherapeutenjournal“ publiziert Beiträge, die sich – direkt oder indirekt – auf die Prävention, Therapie und Rehabilitation psychischer Störungen und auf psychische Aspekte somatischer Erkrankungen sowie auf wissenschaftliche, gesundheitspolitische, berufs- und sozialrechtliche Aspekte der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Berufspraxis von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beziehen. Das „Psychotherapeutenjournal“ ist der Methodenvielfalt in der Psychotherapie und ihren wissenschaftlichen Grundlagendisziplinen sowie der Heterogenität der Tätigkeitsfelder der Psychotherapeuten verpflichtet.

Herausgeber

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, Bayerische Landeskommission der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Psychotherapeutenkammer Bremen, Psychotherapeutenkammer Hamburg, Landeskommission für Psychologische Psychotherapeuten und -therapeuten und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen, Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz

Redaktionsbeirat

Detlev Kommer (Baden-Württemberg), Siegfried Schmieder (Baden-Württemberg), Peter Lehndorfer (Bayern), Dr. Heiner Vogel (Bayern), Karl Heinz Schrömgens (Bremen), Harry Askitis (Hamburg), Torsten Michels (Hamburg), Jürgen Hardt (Hessen), Dr. Lothar Wittmann (Niedersachsen), Karl Wilhelm Hofmann (NRW), Dieter Best (Rheinland-Pfalz)

Anschrift Redaktion

Dr. Barbara Ripper
Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg
Hauptstätterstr. 89
70178 Stuttgart
Tel.: 0711-674470-40
Fax: 0711-674470-15
ripper@psychotherapeutenkammer.de

Verlag und Abonnementservice

R. v. Decker's Verlag, Hüthig GmbH & Co. KG, Sigrun Kulf, Im Weiher 10, 69121 Heidelberg, Tel. 06221-489-307, Fax: 06221-489-529, www.rvdecker-verlag.de, PTJ@huethig.de

Anzeigen

Sigrun Kulf, Tel.: 06221-489-307, Fax: 06221 489-529, s.kulf@huethig.de

Satz

Strassner ComputerSatz
69181 Leimen

Druck

Druckhaus Darmstadt GmbH
64295 Darmstadt

Bezug und -bedingungen

Inland € 72,- (inkl. Versandkosten)
Ausland € 75,- (inkl. Versandkosten)
Alle Preise verstehen sich inkl. Mehrwertsteuer. Der Abonnementpreis wird im Voraus in Rechnung gestellt.

Das Abonnement verlängert sich zu den jeweils gültigen Bedingungen um ein Jahr, wenn es nicht mit einer Frist von 8 Wochen zum Ende des Bezugszeitraumes gekündigt wird.

Erscheinungsweise

Das „Psychotherapeutenjournal“ erscheint viermal jährlich. Für Mitglieder der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz ist der Bezugspreis durch den Kammerbeitrag abgegolten.

Urheber- und Verlagsrechte

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten.

Manuskripte

Manuskripte sind in schriftlicher Form in dreifacher Ausfertigung oder in elektronischer Form (Diskette, eMail) im Word oder rtf-Format an die Redaktion zu senden. Der Umfang des Manuskripts sollte im Regelfall 15 Seiten (zweizeiliger Abstand incl. Abbildungen und Tabellen) nicht überschreiten.

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/Abstract von maximal 120 Worten voranzustellen. Die Redaktion behält sich das Recht auf Kürzungen vor.

Tabellen (jeweils mit Tabellenüberschrift) und Abbildungen sind gesondert und nummeriert dem Manuskript beizulegen. Im Manuskript ist die Stelle zu kennzeichnen, an der die Tabelle bzw. die Abbildung erscheinen soll. Der Bezug auf die Tabelle bzw. die Abbildung wird im Text über die Nummerierung vorgenommen. Abbildungen sind auf der Rückseite mit dem Autorennamen und der Abbildungsnummer zu versehen. Zugehörige Abbildungsunterschriften werden mit der Abbildungsnummer auf gesondertem Blatt abgegeben. Abbildungen bitte jeweils zusätzlich als Originaldatei (TIF-Format,

mind. 300 dpi) einreichen. Alle Tabellen sollen in getrennten Dateien abgespeichert werden.

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.

Der Autor räumt – und zwar auch zur Verwertung seines Beitrags außerhalb der ihn enthaltenden Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung – dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:

- Das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck – auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zur sonstigen Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen (Abstracts);
- das Recht zur Veröffentlichung einer Mikropie-, Mikrofiche- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Wege von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe durch Radio und Fernsehsendungen;
- das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z.B. Diskette, CD-Rom, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm – sei es unmittelbar oder im Wege der Datenfernübertragung -, sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte;
- das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z.B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sog. Kopienversandes auf Bestellung;
- das Recht zur Vergabe der vorgenannten Nutzungsrechte an Dritte im In- und Ausland sowie die von der Verlagsgesellschaft WORT wahrgenommenen Rechte einschließlich der entsprechenden Vergütungsansprüche.

Verantwortlich für den allgemeinen Teil ist der Redaktionsbeirat. Für die Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern sind deren Vorstände verantwortlich.