

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das Selbst- und Fremdbild unseres Berufes ist immer noch geprägt vom Psychotherapeuten, der schulenorientiert 6 bis 8 Patienten am Tag mit weniger schweren Störungen in exakt 50minütigen Therapiestunden über Monate und Jahre hinweg in seiner Praxis einzeln behandelt. Dieses Bild kann für einen Teil unserer Kollegen zutreffend sein, aber keineswegs für die Gesamtheit. Kolleginnen und Kollegen, die z. B. in einer psychiatrischen oder psychosomatischen Klinik in einem multiprofessionellen Team Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen, chronischen körperlichen Erkrankungen oder hirnganischen Schäden mit spezifischen Verfahren und Methoden über kürzere Zeiträume in unterschiedlichen Settings behandeln, sind vermutlich zwar ebenso zahlreich, melden sich in fach- und berufspolitischen Diskussionen aber seltener zu Wort und sind in unseren Selbstverwaltungsgremien unterrepräsentiert: Sie wurden, wie es H. Hermes in seinem Beitrag in diesem Heft ausdrückt, beim Psychotherapeutengesetz vergessen.

Dabei liegt die Zukunft unseres Berufes, zumindest für die „*Psychotherapeuten in Ausbildung*“ – PiAs, u. a. auch in diesen Tätigkeitsfeldern. Die Versorgungsstrukturen werden sich nach dem GMG ändern, integrierte Versorgungskonzepte, in denen niedergelassene Psychotherapeuten eng mit anderen Berufsgruppen in oder in enger Kooperation mit Einrichtungen der ambulanten, komplementären und stationären Versorgung Patienten mit schweren psychischen Störungen, mit chronischen körperlichen Erkrankungen behandeln, werden an Bedeutung gewinnen. Die psychotherapeutische Versorgung wird sich stärker als bisher am gesamten Bedarf orientieren und dort auch Teil der Kassenleistungen bleiben, die angebotsorientierte und -induzierte Psychotherapie wird sich innerhalb der GKV auf einen Kernbereich konzentrieren und ansonsten Teil der individuell finanzierten Gesundheitsversorgung werden.

Man mag dieser Prognose zustimmen oder nicht, aber wir müssen die Diskussion über die Zukunft der Psychotherapie in unseren Reihen führen, sonst werden andere Akteure des Gesundheitswesens unsere Verortung in den zukünftigen Strukturen vornehmen und uns ihre Lösungen vorgeben.

Die Beiträge des vorliegenden Heftes wollen in dieser Hinsicht gleich mehrere Denk- und Diskussionsanstöße geben. Der Beitrag von P. Fiedler mahnt die Orientierung der Psychotherapie in Theorie und Praxis an den Ressourcen unserer Patienten an und liest sich zugleich als engagiertes Plädoyer für die Behandlung von schwierigen und nach wie vor schwer zu vermittelnden Patienten mit Persönlichkeitsstörungen. H. Hermes, ein in der stationären Psychotherapie psychiatrischer Patienten in Jahrzehnten erfahrener Kol-

lege, prangert die strukturellen und sozialrechtlichen Missstände an, die einer bedarfsorientierten Versorgung im Wege stehen. M. Schwarz verweist auf juristische Probleme bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen und die Diskussionsbeiträge von K. Fröhlich



Rainer Richter (Hamburg)

und U. und I. Berns stellen zur Diskussion, ob die pointierte empiristisch-naturwissenschaftliche Position von M. Döpfner zur Wirksamkeit der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen „bedarfsorientiert“ oder „akademisch“ ist.

Zurück zur Zukunft unseres Berufes. Sie liegt in den derzeitigen PiAs (gerne übernehme ich diesen Vorschlag von H. Hermes) und damit in der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. In den meisten unserer Ausbildungsstätten werden nach wie vor PiAs für die niedergelassene Einzelpraxis ausgebildet. Kenntnisse und Fertigkeiten für die Behandlung umschriebener Patientengruppen mit schwierigen Erkrankungen in anderen Settings als der Einzeltherapie werden oftmals nur am Rande vermittelt. Es besteht also die Gefahr, dass wir unseren Nachwuchs an einem Bedarf orientiert ausbilden, der sich unter dem Einfluss der gesellschaftlichen Entwicklung verändert hat und dem die so oft beschworenen „gewachsenen Strukturen“ noch nicht ausreichend folgen können.

Hier sind die Kammern aufgerufen, auf die veränderten Versorgungsbedarfe in unserem Gesundheitswesen hinzuweisen sowie Maßnahmen zur Anpassung und Veränderung auch der Ausbildung vorzuschlagen. Zur Aufgabe der Kammern, das Gesamtinteresse des Berufsstandes wahrzunehmen, gehört auch die Sorge um dessen Fortbestand und damit um den Nachwuchs. Das Land Niedersachsen hat dem Rechnung getragen und den PiAs die Kammermitgliedschaft ermöglicht. Wir alle sollten dieses Beispiel in unseren Kammern diskutieren und den PiAs, unseren in naher Zukunft approbierten Kolleginnen und Kollegen, in dieser Zeitschrift, dem Organ unserer Kammern, den Raum für eigene Beiträge schaffen, in der sie auf ihre besonderen Probleme und Themen hinweisen können.

Rainer Richter (Hamburg)
für den Redaktionsbeirat des
Psychotherapeutenjournals

Inhalt

Editorial	1
Artikel	4
<i>Fiedler, P.</i> Ressourcenorientierte Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen	4
Unterschiedliche Studien mit schwierigen und persönlichkeitsgestörten Patienten machen darauf aufmerksam, dass insbesondere konfrontative Psychotherapiestrategien die auf negative Anteile der Person fokussieren, für eine Ressourcenorientierung wenig geeignet sind. Entsprechend werden als zentrale Elemente einer ressourcenorientierten Therapie bei Persönlichkeitsstörungen die Beratung und Supervision sowie das systematische Training von Patienten angesehen.	
<i>Hermes, H.</i> So kann man nicht arbeiten. Psychotherapeuten in der Psychiatrie	13
Bei den sich verschärfenden Verteilungskämpfen im Gesundheitswesen verschlechtern sich die Arbeitsbedingungen für Psychotherapeuten in der Psychiatrie, zumal sie wegen des derzeitigen rechtlichen Schwebestandes infolge mangelnder Berücksichtigung beim Psychotherapeutengesetz sowieso einen schweren Stand haben. Aber: Die Psychotherapeuten in der Psychiatrie wollen ihre „verrückte“ Rechtslage verändern.	
<i>Schwarz, M.</i> Ethische und juristische Spezifika bei Psychotherapien von Kindern und Jugendlichen	20
Der Beitrag untersucht rechtliche und ethische Besonderheiten bei der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen unter dem Gesichtspunkt der Behandlungseinsicht, der Zustimmung zur Psychotherapie bei geschiedenen Eltern und der Schweigepflichtsproblematik.	
Dokumentation	24
<i>Richter, R.</i> Frankreich regelt Psychotherapie oder „Touche pas à mon psy“	24
In Frankreich hat ein Gesetzentwurf zur Psychotherapie Nationalversammlung und Senat in erster Lesung passiert. Er sieht vor, dass sich alle Personen, die psychotherapeutisch tätig sein wollen und die weder Ärzte, Psychologen oder Psychoanalytiker sind, einer staatlichen Überprüfung unterziehen müssen. Die möglichen Folgen für eine europäische Regelung werden diskutiert.	
Recht: Aktuell	26
<i>Gerlach, H.</i>	
Aktuelles aus der Forschung	30
<i>Ripper, B.</i>	
Buchrezensionen	32
<i>Borgmann, G.</i> Achim Leschinsky (Hrsg.): Ursula Plog: Von einer, die auszog, die Psychiatrie das Zuhören zu lehren	32
<i>Borg-Laufs, M.</i> Andreas Vossler: Perspektiven der Erziehungsberatung	32

Zur Diskussion	34
Stellungnahme zum Artikel von Döpfner „Wie wirksam ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie?“ <i>Fröhlich-Gildhoff, K.</i>	34
Stellungnahme zum Artikel von Döpfner „Wie wirksam ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie?“ <i>Berns U. & Berns I.</i>	38
Erwiderung auf die Stellungnahmen von Fröhlich-Gildhoff und Berns & Berns	44
Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern	48
Bundespsychotherapeutenkammer	48
Baden-Württemberg	57
Bayern	61
Berlin	66
Bremen	70
Hamburg	74
Hessen	78
Niedersachsen	83
Nordrhein-Westfalen	87
Rheinland-Pfalz	93
Schleswig-Holstein	96
Leserbriefe	100
Artikelverzeichnis 2002/2003	102
Kleinanzeigen/Inserentenverzeichnis	103
Impressum	104

Den Ausgaben der Länder Baden-Württemberg, Hessen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz sind in der Mitte der Zeitschrift **Satzungen** beigelegt, die die rechtliche Grundlage für die Kammerarbeit darstellen.

Bitte beachten Sie auch das **Artikelverzeichnis** der erschienenen Beiträge am Ende des Heftes.

PSYCHOHOLIC®

Psychologie & Neue Medien

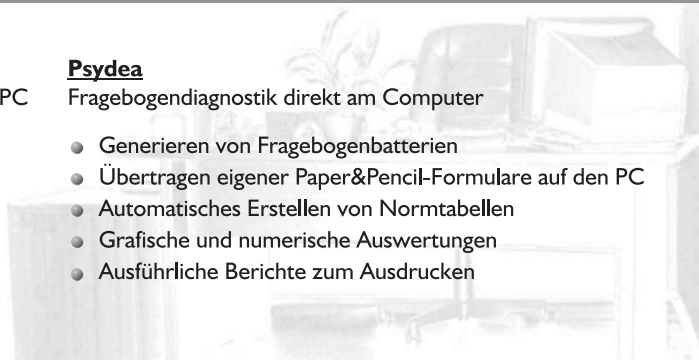
EDV in der psychotherapeutischen Praxis schenkt Ihnen viel Zeit für das Wesentliche

DiagnoPro
Kassengutachterstellung schnell und einfach per PC

- Komplette integrierter ICD-10 Katalog
- Erstellen individueller Behandlungspläne
- Formulierungs- und Behandlungsvorschläge
- Beispielgutachten und Textbausteine
- EDV-Anamnesebogen

Psydea
Fragebogendiagnostik direkt am Computer

- Generieren von Fragebogenbatterien
- Übertragen eigener Paper&Pencil-Formulare auf den PC
- Automatisches Erstellen von Normtabellen
- Grafische und numerische Auswertungen
- Ausführliche Berichte zum Ausdrucken



Rheindorfer Str. 55 - 53225 Bonn - Tel.: 0228-9469780 - info@psychoholic.de - www.psychoholic.de

Ressourcenorientierte Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen

Peter Fiedler

Psychologisches Institut Universität Heidelberg

Zusammenfassung: Es werden einige diagnostische und Stigmatisierungs-Probleme beschrieben, die eine ressourcenorientierte Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen erschweren könnten. Da die Persönlichkeit eines Menschen seine wichtigste Ressource darstellt, wird ausdrücklich Zurückhaltung empfohlen: Die Persönlichkeitsstörungs-Diagnose sollte nur in Ausnahmefällen und unter Beachtung wichtiger Einschränkungen angewendet werden.

Unterschiedliche Studien mit schwierigen und persönlichkeitsgestörten Patienten machen darauf aufmerksam, dass insbesondere Psychotherapiestrategien, die konfrontativ angelegt sind und auf negative Anteile der Person fokussieren, für eine Ressourcenorientierung wenig geeignet sind. Ressourcenorientierung beinhaltet vielmehr, die Patienten aktiv darin zu unterstützen, die eigenen Stärken kennen zu lernen, um zu Therapeuten ihrer selbst zu werden.

Entsprechend werden als zentrale Elemente einer ressourcenorientierten Therapie bei Persönlichkeitsstörungen die Beratung und Supervision sowie das systematische Training von Patienten angesehen. Ressourcenorientiert arbeitende Therapeuten begleiten und unterstützen Patienten vor allem bei Versuchen, aktiv und selbständig wichtige Veränderungen in ihren alltäglichen Lebensbezügen von sich aus vorzunehmen.

In den vergangenen 20 Jahren wird ein einseitig defizitorientiertes Modell psychotherapeutischer Tätigkeit zunehmend kritisiert. Die pointiert vorgebrachte Alternative lautet: Ressourcenorientierung. Überall scheinen Therapeuten plötzlich ressourcenorientiert zu arbeiten. Sind das nun lediglich Lip-

penbekenntnisse? Oder vollzieht sich gegenwärtig tatsächlich ein grundlegender Wandel im therapeutischen Tun?

Eines ist sicher: Zumindest die Psychotherapie-Forschung spricht bereits seit vielen Jahren eine ressourcenaktivierende Sprache: Therapeuten, die von den bereits vorhandenen Möglichkeiten und Kompetenzen ihrer Patienten ausgehen und die es zudem verstehen, vorhandene Fähigkeiten gezielt anzureichern und zu erweitern, sind eindeutig erfolgreicher (Grawe et al., 1994).

Ressourcenorientierung

Ressourcenorientierung bzw. Ressourcenaktivierung meint dabei für die Forscher immer mindestens Zweierlei:

- Erkennen und Stützen der bereits vorhandenen positiven Seiten und Fähigkeiten eines Patienten
- Anreichern und Erweiterung der vorhandenen Möglichkeiten durch gezielte Vermittlung von neuen Informationen und Bewältigungskompetenzen

Die positive Wirksamkeit der Ressourcenorientierung zeigt sich übrigens nicht nur in Studien zur zielorientiert arbeitenden Verhaltenstherapie, sondern sie gilt auch für Studien, in denen die Ressourcenorientierung in psychodynamischen und Gesprächspsychotherapien untersucht wurde – zum Beispiel von Forschern in der weltweit organisierten *Society of Psychotherapy Research* (SPR), von denen etwa alle zehn Jahre das *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* herausgegeben wird: die Bibel der Psychotherapieforscher (Bergin & Garfield, 1994).

Persönlichkeitsstörung

Die nach Ressourcenorientierung suchenden Therapieforscher finden und berichten nun aber auch, dass Therapeuten in der praktischen Therapiearbeit besondere Schwierigkeiten beim Erkennen und Stützen von Ressourcen insbesondere bei jenen Patienten haben, bei denen die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung gerechtfertigt scheint. Das ist möglicherweise nicht weiter verwunderlich, wenn man das immer mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung verbundene Stigmatisierungsproblem beachtet, das von Karl Jaspers (1913) bereits vor annähernd einhundert Jahren prägnant auf den Punkt gebracht wurde: „Menschlich aber bedeutet die Feststellung des Wesens eines Menschen, eine Erledigung, die bei näherer Besinnung beleidigend ist und die Kommunikation abbricht.“

Die Feststellung des „Wesens eines Menschen“ und damit auch die Persönlichkeitsstörungsdiagnose ist nicht etwa deskriptiv, wie die weitgehend theoriefrei beschreibende Diagnose anderer psychischer Störungen. Sie beinhaltet nämlich zugleich eine Erklärung. Zumeist impliziert sie nämlich eine Ursachenzuschreibung. Die Person ist „gestört“. In der persönlichkeitsgestörten Person begegnet uns – ob man will oder nicht – ganz offenkundig der „Täter“, der ad personam für viele Störungen im sozialen Gefüge verantwortlich zeichnet. Auch viele Schwierigkeiten in der Therapeut-Patient-Beziehung finden auf diese Weise eine hochgradig plausible Erklärung.

Doch Vorsicht! Letzteres darf nicht die Grundlage der Entscheidung für oder gegen eine Persönlichkeitsstörungsdiagnose sein. Das wäre eine nicht akzeptierbare zirkuläre Argumentation, in welcher die Eigenarten des aktuellen Auftretens einer Person (Verhaltensmerkmale in der Behandlung) mit

den Kriterien einer Persönlichkeitsstörung (als Traitvariablen) verwechselt werden. Auch bei Postulierung von Zusammenhängen zwischen Persönlichkeit und Störungseigenarten der Patienten wäre Behutsamkeit angezeigt (z. B. besteht die vermeintliche Dependenz im Kontext einer Phobie nach erfolgreicher Behandlung zumeist nicht mehr).

Persönlichkeit ist Ressource!

Was das gerade angesprochene therapeutische Dilemma angeht, so gilt gerade die Negativkonnotation der Person als kontraproduktiv für die Absicht, ressourcenorientiert arbeiten zu wollen. Nach Diagnosestellung sitzt vor uns ein Mensch, dessen ureigenste Ressource, nämlich seine Persönlichkeit, wir gerade qua Diagnose in ein Defizitmodell verwandelt haben, und damit verbunden: viele seiner ihm eigenen Kompetenzen und Fähigkeiten.

Das blockiert nicht nur die Handlungsspielräume der Therapeuten, sondern betrifft in gleicher Weise die Patienten. Nach Vergabe der Persönlichkeitsstörungsdiagnose widerfährt auch den Patienten eine grundlegende Bedrohung ihrer bestehenden oder verbliebenen persönlichen Ressourcen. Das kann für die Betroffenen, so lange keine Perspektiven vorliegen, gelegentlich existenzbedrohliche Ausmaße annehmen. Kein Wunder, wenn sich viele Patienten selbst gegen eine Persönlichkeitsdiagnose unterschwellig oder vehement offen zur Wehr setzen oder diese – wie Karl Jaspers es andeutet – als beleidigend oder kränkend erleben.

Vor Diagnosevergabe stehen die Grundrechte des Menschen

Wegen dieses Dilemmas sollte man zu Beginn einer Behandlung gut

darüber nachdenken, ob und wann die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung überhaupt gerechtfertigt scheint. Deshalb möchte ich gern mit einem Punkt beginnen, der von vielen Therapeuten nicht genau beachtet wird und der eine beginnende Therapie bereits früh in eine Sackgasse führen kann. Gerade wegen der angedeuteten Stigmatisierungsprobleme darf die Persönlichkeitsstörungsdiagnose nämlich nicht einfach deshalb vergeben werden, wenn oder weil eine Person die Kriterien einer bestimmten Persönlichkeitsstörung erfüllt. Vor Diagnose-Vergabe müssen meines Erachtens *mindestens vier* wichtigen Voraussetzungen erfüllt sein, bevor von einer Persönlichkeitsstörung gesprochen werden darf und sollte. Konkret: Persönlichkeitsstörungs-Diagnosen dürfen nur vergeben werden,

- wenn die betreffende Person selbst unter ihrer Persönlichkeit leidet, und/oder
- wenn die betreffende Person wegen ihrer Persönlichkeitseigenarten ihre existenziellen Verpflichtungen nicht mehr erfüllt (z. B. auf Grund eines erheblich beschränkten psychosozialen Funktionsniveaus), was zumeist (und/oder) heißt,
- wenn die betreffende Person mit Ethik, Recht oder Gesetz in Konflikt geraten ist *und* deren Probleme mit Persönlichkeitseigenarten begründet werden können, und/oder
- wenn Persönlichkeit(-sstil oder -sstörung) das Risiko der Entwicklung oder Verschlechterung einer psychischen Störung impliziert: Depression, Dissoziation, Suizidalität etc.

Ist nicht wenigstens eine dieser vier Voraussetzungen erfüllt, dürfen oder sollten *keine* Persönlichkeitsstörungsdiagnosen vergeben werden!

Diese Voraussetzungen finden in den Diagnose-Systemen DSM-IV-TR und

ICD-10 leider immer noch keine hinreichende Berücksichtigung. Dabei leiten sie sich u. a. aus wichtigen *Grundrechten der Menschen* her, durch die der individuellen Ausgestaltung der Persönlichkeit großzügige Freiheiten eingeräumt werden (z. B. Artikel 2 Grundgesetz). Eingeschränkt wird das Recht auf Freiheit der Entfaltung der Persönlichkeit lediglich durch weitere gesetzliche Bestimmungen, mit denen zumeist Ethik- und Rechtsverletzungen unterbunden oder gesundheitliche Risiken (z. B. Seuchengefahr) eingeschränkt werden sollen (und die üblicherweise in Artikel 104 Grundgesetz ihren Ausgangspunkt nehmen).

Bei Beachtung der genannten Voraussetzungen darf und kann übrigens *nur selten* von Persönlichkeitsstörungen gesprochen werden. Möglichst nicht sollten Persönlichkeitsstörungen vorschnell vergeben werden, wenn sich die Beziehung zum Patienten schwierig gestaltet. Ohne mindestens eine dieser vier Voraussetzungen handelt es sich bei auffälligen Personeneigenarten lediglich um *markante persönliche Stile* – mit möglicherweise hohem Anpassungswert (Fiedler, 2000a).

Der therapeutische Umgang mit markanten persönlichen Stilen ist also gelegentlich besser unter der Perspektive von Toleranz oder Tolerierbarkeit abzuhandeln. Denn gerade markante persönliche Stile sind und bleiben in einer ressourcenorientierten Behandlung besonders beachtenswert, u. a. weil sie dem Therapeuten wichtige Hilfestellungen bieten, überhaupt erste Ansatzpunkte für eine Ressourcenorientierung zu finden.

Vom schwierigen Umgang mit markanten persönlichen Stilen

Nun will auch ich nicht die Augen davor verschließen, dass Patienten mit

markanten persönlichen Stilen gelegentlich schwer zu behandeln sind. Dennoch gibt es inzwischen einige beachtenswerte Untersuchungen dazu, warum es einigen Therapeuten besser als anderen gelingt, schwierige, wenig motivierte und widerständige Patienten erfolgreich zu behandeln. Für die Frage nach der Ressourcenorientierung, auf die ich mich damit langsam zu bewegen, gibt es aus diesen Studien einiges Bedenkenswertes zu lernen.

Bei schwer persönlichkeitsgestörten Patienten gibt es erfolgreiche und weniger erfolgreiche Psychotherapeuten. Was unterscheidet sie? Dazu möchte ich gern auf Forschungsergebnisse verweisen, in denen diese Unterschiede bei einer besonders schwierigen Klientel aufgefallen waren, nämlich in der Behandlung krimineller Menschen mit dissozialer Persönlichkeitsstörung.

Finden im Gefängnis bzw. Strafvollzug keine psychotherapeutischen Maßnahmen statt, liegt der mehrjährige Erfolg üblicher Inhaftierungsmaßnahmen nur etwa bei höchstens vierzig Prozent. Gemeint sind hier, wie gesagt, Kriminelle mit dissozialer Persönlichkeitsstörung (zumeist untersucht: Männer). Nimmt man jene Erfolgszahlen, die sich einstellen, wenn professionelle Behandler sich intensiv mit den Betroffenen in therapeutischen Gesprächen auseinander gesetzt haben, so findet sich bis heute recht konvergent, dass etwa die Hälfte von diesen innerhalb von drei bis fünf Jahren *nicht* wieder rückfällig werden (vgl. Dolan & Coid, 1993).

Der Mehrgewinn psychotherapeutischer Hilfe liegt also bei etwa 10 Prozent. Das ist sehr viel, denn: Um die Bedeutung dieser Unterschiede richtig einzuschätzen, muss man klar vor Augen haben, das kriminelle Menschen mit dissozialer Persönlichkeits-

störung der Gesellschaft enorm viel Geld kosten. Mit den eingesparten Kosten für zwei erfolgreich behandelte Wiederholungstäter könnte man gut ein oder zwei Therapeuten-Stellen finanzieren!

Unterschiedlich erfolgreiche Therapeuten

Die bisher genannten Zahlen sind jedoch nur Durchschnittswerte. Viel interessanter ist die Beobachtung, dass die berichteten Erfolgszahlen der Therapeuten über Zeitperioden hinweg und regional *außerordentlich schwanken*. Manche psychotherapeutisch arbeitenden Institutionen bringen es zeitweilig auf bis zu 60 Prozent Behandlungserfolg. Das ist beträchtlich, wenn man bedenkt, dass einige andere Psychotherapeuten mit ihren Maßnahmen nur 30 oder 35 Prozent schaffen, sonst ergäbe sich allgemein kein Durchschnitt von etwa 50 Prozent.

Und um dies Problem sogleich zu verschärfen: Im Vergleich mit jenen 40 Prozent Erfolgen ohne Behandlung schaffen einige Therapeuten offensichtlich sogar noch eine Verschlechterung. In der Forschung nennt man das den *Deterioration-Effekt* therapeutischen Handelns (zu deutsch etwa: Schadensanreicherungs-Effekt; seit Bergin, 1966). Diese mehr Schaden als Gewinn bringenden Therapeuten vermehren also die Kosten der Gesellschaft um beträchtliche Summen.

Genau deshalb ist es so wichtig, sich mit den möglichen Ursachen für diese enormen Erfolgsunterschiede genau auseinander zu setzen. Das haben verschiedene Forschergruppen getan und nach Prädiktoren gesucht (in der Therapie allgemein krimineller Straftäter mit Persönlichkeitsstörungen z. B.: Palmer, 1992; Dolan & Coid, 1993; Meloy, 1995; in der Therapie mit Sexualdelinquenten in Gefängnissen

und in der Forensik z. B.: Garland & Dougher, 1991; Kear-Colwell & Pollak, 1997; Marshall et al., 1999).

Zunächst wurden zum Beispiel Psychotherapeuten der wenig erfolgreichen Maßnahmen gefragt, warum ihre Behandlungen so wenig erfolgreich verlaufen. Von den befragten Therapeuten wurden und werden zumeist „besonders schwer behandelbare Personen oder Persönlichkeitsstörungen“ als erstes genannt. Als zweites verweisen die wenig erfolgreich oder gar schädigenden Therapeuten gern auf die unbefriedigenden bis schlechten Arbeitsbedingungen im Strafvollzug und in der Forensik. Nun, beides wurde geprüft. Ergebnis: Mit den Persönlichkeitseigenarten oder den Arbeitsbedingungen lassen sich die Erfolgsunterschiede nicht erklären.

Als Weiteres könnte man vermuten, dass es an den Behandlungskonzepten liegen könnte, also daran, ob die Psychotherapeuten zum Beispiel tiefenpsychologisch oder verhaltenstherapeutisch orientiert denken und handeln. Auch diese Hypothese ließ sich nicht bestätigen: Die konzeptuelle Grundorientierung hatte keinen bedeutsamen Einfluss auf diese Unterschiede.

Die Forscher standen eine Zeitlang wie vor einem Rätsel. Was kann man noch untersuchen? Irgendwann kam eine Forschergruppe auf die Idee, etwas andere Fragen zu stellen. Und mit den neuen Fragen fand man eher zufällig, jedoch recht konvergent einen zentralen Erfolgsprädiktor, der sich seither wiederholt bestätigt hat (Palmer, 1992; Dolan & Coid, 1993; Meloy, 1995; Marshall et al., 1999).

Erfolgreiche Therapeuten

Der Erfolgsprädiktor besagt: Hohe Erfolgszahlen bei den ansonsten

schwierigst zu behandelnden Patienten scheinen in erheblichem Ausmaß davon abhängig zu sein, wie sehr ein *Therapie-Optimismus* von den Therapeuten in den sozialtherapeutisch mit delinquenten Patienten arbeitenden Einrichtungen nach innen und außen vertreten wird. Kurz: Wenn die Therapeuten selbst am Erfolg ihrer Tätigkeit zweifeln, sind sie weniger effektiv.

War dieser Prädiktor gefunden, fand man noch einige weitere Merkmale, die offensichtlich eng mit dem Therapie-Erfolg zusammenhängen. Optimistische Therapeuten versuchen nämlich *nicht primär* die Betroffenen zu verändern. Sie versuchen vielmehr – trotz der zum Teil brutalen Kriminalität der Betroffenen – so etwas wie eine Haltefunktion hinzubekommen. Dies versuchen sie dadurch zu erreichen, dass sie die Kriminellen motivieren, mit ihnen zusammen *auf einer Seite zusammenzuarbeiten* – und das heißt: gemeinsam *gegen* widrige Lebensumstände, gemeinsam *gegen* zwischenmenschliche Krisen – oder, was häufig unter der Überschrift Antiaggressivitätstraining angestrebt wird – gemeinsam mit den Kriminellen *gegen* kriminelle Handlungen vorzugehen – was etwas anderes ist, als gegen die Person des Straftäters zu arbeiten.

Nicht erfolgreiche Therapeuten

Wenig erfolgreiche und pessimistische Therapeuten hingegen lehnen auffällig häufig „negative Personeneigenarten“ ab, schließen nicht gerade selten von *Negativ-Handlungen* auf den Charakter und die Person. Es ist gut nachvollziehbar, dass sie mit einer solchen Haltung den Eindruck bekommen, in subjektiver Sicht „gegen die Person“ des Patienten arbeiten zu müssen. Eine der wesentlichen Therapie-strategien dieser Therapeuten liegt in Interventionen, die als „Beziehungs-

arbeit“ beschrieben werden können: Interaktions-Feedback und Konfrontation der Straftäter mit unangemessenen Interaktionseigenarten. Mit „konfrontierender Beziehungsarbeit“ soll offensichtlich die „Einsicht“ der Patienten in „Übertragungsprozesse“ und in problematische Interaktionsformen verbessert werden. Entsprechend häufig zeigen sich in der Folge diese Therapeuten wegen der Uneinsichtigkeit vieler Patienten frustriert, weshalb sie gelegentlich von sich aus die Behandlung beenden.

Ganz im Unterschied dazu nochmals die optimistischen und häufiger erfolgreichen Therapeuten: *Nicht* Einsicht der Straftäter in die eigenen Unzulänglichkeiten ist das Ziel, sondern die konstruktive Entwicklung neuer Lebensperspektiven und Handlungsmuster, die dann systematisch eingeübt werden, weil sie hoffen lassen, dass kriminelle Handlungen zukünftig überflüssig werden (vgl. auch Stelly & Jürgen, 2001). Genau das übrigens versteht man unter Ressourcenorientierter Psychotherapie: Die Therapeuten als Coach, Trainer oder Supervisor von Patienten, vielfach auch noch als Modell für alternative Denk- und Lebensstile (zu dieser Einstellung und Haltung: Marshall et al., 1999; Heilemann & Fischwasser-von Proeck, 2001; Fiedler, 2004).

Möglichst keine Konfrontation!

Um eine solche innere Einstellung zu erreichen, kann es hilfreich sein, klare Unterscheidungen zwischen der „Person des Patienten“ und seinen einzelnen „unethischen Handlungen“ oder „problematischen Verhaltensweisen“ vorzunehmen. Die Förderung und Entwicklung angemessener und zwischenmenschlich akzeptierbarer Interaktionsmuster setzt weiter ein gesundes Selbstwertgefühl der Patienten voraus.

Gesundes Selbstwertgefühl lässt sich übrigens, wie wir gleich darlegen werden, *nicht mittels Konfrontationsstrategien* aufbauen und entfalten. Schon gar nicht wird dies mit Hinweisen auf persönliche Unzulänglichkeiten von Patienten zu erreichen sein. Voraussetzung ist vielmehr, dass der Therapeut ein angemessenes *Modell für Wertschätzung* abgibt, an dem sich Patienten orientieren können. Selbstwertschätzung kann sich nur entfalten, wenn Therapeuten ihren Patienten mit Wertschätzung und Respekt begegnen.

Therapiestudien sprechen eine eindeutige Sprache: Therapeuten, die der Person ihrer Patienten wegen ihrer ungünstigen Handlungen ablehnend und skeptisch gegenüberstehen, weil ihnen die Trennung von „Person“ und „Problemverhalten“ nicht gelingt, sind eindeutig weniger erfolgreich (Kear-Colwell & Pollak, 1997). Und Therapieprozessanalysen zeigen, dass jene Therapeuten eher zu konfrontativen Therapiestrategien neigen, die den Patienten vor allem „wegen ihrer kritisierenswerten Personeigenarten“ mit Skepsis und Ablehnung gegenüberstehen. Damit beginnt ein unglücklicher „Teufelskreis der therapeutischen Beziehung“: Ungünstige Folge konfrontativer Therapiestrategien ist es, dass sich viele Patienten erst recht einer therapeutischen Einflussnahme verschließen, woraufhin sich die Ablehnung und Skepsis dieser Therapeuten weiter verstärkt (Garland & Dougher, 1991). Dabei wird weiter deutlich: Schon gar nicht kann man offensichtlich mit Konfrontationsstrategien das Selbstbewusstsein und die Selbstwertschätzung erhöhen. Dies gilt auch für Übungen mit dem so genannten „Heißen Stuhl“, mit denen man insbesondere Straftäter im Gefängnis gelegentlich zu behandeln versucht (Heilemann & Fischwasser-von Proeck, 2001). Die inzwischen wiederholt gefundenen negativen Beziehungen

zwischen Konfrontation und Therapieverlauf sind der Grund, weshalb sie in einer ressourcenorientierten Therapie inzwischen als kontraindiziert (!) betrachtet werden – und dies gilt offensichtlich in besonderer Weise für (sexual-)delinquente Patienten im Gefängnis und in der forensischen Psychiatrie (Marshall et al., 1999; Fiedler, 2004).

Vorzeitiger Therapieabbruch: fehlende Ressourcenorientierung?

Bevor ich jedoch genauer auf die Ressourcenorientierte Therapie eingehe, möchte ich zunächst noch ein anderes Problem ansprechen, bei dem Therapeuten häufig Zusammenhänge mit Persönlichkeitsstörungen vermuten: das Problem des vorzeitigen Therapieabbruchs, also das Drop-out-Phänomen, wie es in der Forschung heißt. Und das, was ich jetzt zum vorzeitigen Therapieabbruch sagen werde, gilt für Therapie allgemein, unabhängig davon, ob sie von Verhaltenstherapeuten oder psychodynamisch arbeitenden Kolleginnen und Kollegen realisiert wird. Glaubt man nämlich der Forschung, so brechen persönlichkeitsgestörte Patienten häufiger als andere eine Behandlung vorzeitig ab (Fiedler, 2003).

Das Drop-out-Problem gilt, was die Einschätzung solcher Fälle *durch die Therapeuten* angeht, inzwischen als gut untersucht: z. B. durch Analysen von Krankenakten und Aufzeichnungen der Therapeuten, in denen sie Drop-out-Patienten „abschließend“ beurteilen. Seltener liegen *Nachbefragungen der Patienten* vor. Aber es gibt sie vereinzelt. Und wenn man nun beide Seiten einander gegenüberstellt, ergeben sich zumeist zwei völlig unterschiedliche Richtungen, in denen die Antworten gehen – und ich bezie-

he mich jetzt auf zahlreiche Literaturhinweise, wie sie im eingangs erwähnten *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* niedergelegt sind (Bergin & Garfield, 1994; für Drop-outs in Gruppen: Fiedler, 1996).

Psychotherapeuten: Psychotherapeuten kommen überproportional häufig zu dem Schluss, dass die Ursachen für den Abbruch *beim Patienten* liegen, also z. B. in seinen Abwehrlagen oder in fehlender Einsicht bzw. mangelnder Motivation. Beides wird in den vergangenen Jahren übrigens zusätzlich begründet mit der Diagnose oder Vermutung einer Persönlichkeitsstörung. Mir drängt sich wiederum der unangenehme Eindruck auf, als seien „Persönlichkeitsstörungen“ nicht nur Diagnostik und Leitorientierung in der Behandlung. Vielmehr werden sie offensichtlich als „Erklärungshilfe“ für schwierige Therapieentwicklungen *missbraucht*. Was man nicht darf, wie ich eingangs dargestellt habe – dies auch nicht unbedacht tun sollte, wenn man sich einmal die Gründe der Patienten anschaut:

Patienten: Die Antworten der befragten Drop-Out-Patienten fallen nämlich in aller Regel ebenfalls recht eindeutig aus. Nur sehen sie die Ursachen für den Abbruch nicht bei eigenen Problemen, sondern bei Problemen, die sie mit ihren Psychotherapeuten hatten. Die meisten geben an, dass sie von Anfang an oder zunehmend Zweifel hinsichtlich der Fachkompetenz ihrer Therapeuten entwickelt hätten.

Weiter berichten sie, dass sie auch deshalb die Therapie verlassen hätten, weil sie zunehmend mit versteckten oder sogar offenen Ärgerreaktionen der Therapeuten und mit zum Teil verletzenden Hinweisen auf ihre persönlichen Unzulänglichkeiten „konfrontiert“ worden seien. Einige Patienten geben sogar an, in der Folge regelrecht-

„Für die tägliche Arbeit nahezu unverzichtbar“

www.milchwerke.de



**Das perfekte Milchprodukt für die
Produktionsbetriebe**

Das Produkt ist ein hochwertiges Milchprodukt, das für die tägliche Arbeit in den Produktionsbetrieben geeignet ist. Es ist in verschiedenen Packungsgrößen erhältlich und kann in verschiedenen Varianten bestellt werden. Die Verpackung ist robust und schützt das Produkt vor Beschädigungen. Die Haltbarkeit ist lang, was die Lagerung erleichtert. Das Produkt ist ein wichtiger Bestandteil der täglichen Arbeit in den Produktionsbetrieben und wird von den Mitarbeitern gerne verwendet.

**Das perfekte Milchprodukt für die
Produktionsbetriebe**

Das Produkt ist ein hochwertiges Milchprodukt, das für die tägliche Arbeit in den Produktionsbetrieben geeignet ist. Es ist in verschiedenen Packungsgrößen erhältlich und kann in verschiedenen Varianten bestellt werden. Die Verpackung ist robust und schützt das Produkt vor Beschädigungen. Die Haltbarkeit ist lang, was die Lagerung erleichtert. Das Produkt ist ein wichtiger Bestandteil der täglichen Arbeit in den Produktionsbetrieben und wird von den Mitarbeitern gerne verwendet.

Bestellformular

Bestellformular

Produktname:

Produktbeschreibung:

Produktmenge:

Produktvariante:

Produktfarbe:

Produktgröße:

Produktgewicht:

Produktmaterial:

Produktfarbe:

Produktgröße:

Produktgewicht:

Produktmaterial:

Produktname:

Produktbeschreibung:

Produktmenge:

Produktvariante:

Produktfarbe:

Produktgröße:

Produktgewicht:

Produktmaterial:

Produktfarbe:

Produktgröße:

Produktgewicht:

Produktmaterial:

te Unsicherheiten und Ängste vor der weiteren Therapie entwickelt zu haben. Man sollte sich angesichts dieser divergierenden Urteile wirklich einmal ernsthaft folgende Frage stellen:

Haben nun die Therapeuten Recht oder die Patienten?

Denn auch diese Frage, ob Therapeuten oder Patienten Recht haben, lässt sich ansatzweise gut untersuchen. Insbesondere in Forschungsprojekten, in denen die Therapien auf Video oder Tonband aufgezeichnet werden, kann man nämlich gut nachvollziehen, was in den Sitzungen vor dem Therapieabbruch wirklich passiert ist. Einige Forschergruppen haben dies gemacht (vgl. zusammenfassend z. B. Garfield, 1994). Es findet sich relativ konstant eine Beobachtung, die man wiederum als „Teufelskreis der Beziehungsgestaltung“, diesmal bei drohendem Therapieabbruch bezeichnen könnte. Einer der Forscher (der Psychoanalytiker Lothstein, der bereits 1978 erste Videoanalysen zu diesem Problem anhand von psychodynamischen Therapien durchführte), hat diesen Teufelskreis folgendermaßen beschrieben (ganz ähnliche Beobachtungen berichten zuvor: Lieberman, Yalom & Miles, 1973; und später wiederum: Tracey, 1986; Garfield 1994; was heißt: es gibt das gleiche Problem auch bei Verhaltenstherapeuten): „Obwohl die Absicht, zu droppen, von Patienten mit Unzufriedenheiten über Konzept, Dauer und geringem persönlichen Gewinn begründet wird, beginnen die meisten Therapeuten zunehmend kritisch die psychodynamischen Hintergründe eines angekündigten Therapie-Abbruchs auszu-leuchten. Sie steigen auf die Beziehungsebene und möchten Patienten zum Weitermachen motivieren, in dem sie versuchen, ihnen Einsicht in

die vermeintliche Problematik ihrer Abbruch-Absichten zu vermitteln. Die Patienten jedoch, die einen Drop planen, möchten mit dem Therapeuten z.B. über ihre Therapievorbehalte oder auch über Zeitprobleme und nicht über mangelnde Motivation oder über die Psychodynamik ihres Tuns diskutieren. Da sie sich, wie es in der Sicht der Therapeuten sinnvoll und notwendig wäre, nicht auf sich selbst zurückweisen lassen, werden sie von ihren Therapeuten zunehmend als nicht einsichtig, widerständig bis feindselig beschrieben. Dem wiederum widersetzen sich die Patienten, womit sich die bei Therapeuten bestehenden Hypothesen nur mehr weiter verfestigen“ (Lothstein, 1978, S. 1494f).

Ressourcenorientierung: Wie sieht sie konkret aus?

Angesichts dieser – wie gesagt, wiederholt gemachten – Beobachtungen drängt sich eine insbesondere für die Ressourcenorientierung grundsätzlich wichtige Frage auf: Denn als „Ressourcenorientierung“ kann man die Neigung von Therapeuten nicht bezeichnen, sich selbst und anderen ungünstige Therapieentwicklungen und Therapieabbrüche mit Untugenden der Patienten zu erklären. Ressourcenorientierung fand und findet sicherlich auch nicht statt, wenn Patienten mit Negativseiten ihrer selbst konfrontiert und verängstigt werden. Zwischen den Zeilen hat sich schon kontinuierlich angedeutet, welche möglichen Konsequenzen sich für mich aus dem Gesagten für eine Ressourcenorientierung in der Psychotherapie ergeben.

Die Kernidee dazu, die ich jetzt unterbreiten und etwas begründen möchte, geht auf Vorschläge zurück, wie sie bereits seit einigen Jahren von Forschern dazu erarbeitet werden (vgl. Hörmann & Nestmann, 1986; Nest-

mann, 1997; Fiedler, 2000b). Für ressourcenorientierte Behandlungskonzepte sind unter anderem folgende drei Modelle von zentraler Bedeutung, auf die ich abschließend eingehen möchte:

- das Empowerment als Zielidee
- das Co-Therapeuten-Modell als konkreter Handlungsrahmen
- das Supervisions-Modell als Therapieprinzip

Empowerment als Grundlage

Empowerment sieht als Ziel vor, Patienten dahingehend zu unterstützen, zu Therapeuten ihrer selbst zu werden (Fiedler, 1981). Dies ist die Kernidee jeder ressourcenorientierten Psychotherapie. Patienten werden in ihren persönlichen Stärken gestützt und mit wichtigen Informationen und Kompetenzen ausgestattet, um aktiv von sich aus Veränderungen in ihren Alltagsbeziehungen vorzunehmen. Beratung, Training und Coaching sind dazu die wichtigsten Therapieprinzipien. Psychodynamische Übertragungsanalysen – wie überhaupt therapeutische Gesprächsstrategien mit dem vorrangigen Ziel der „Vermittlung von Einsicht in eigene Unzulänglichkeiten“ – werden in diesem Zusammenhang als ambivalent angesehen (Fiedler, 2003). Als kontraindiziert gelten Übertragungsdeutungen, wenn sie konfrontativ eingesetzt werden. Das Gleiche gilt für alle Formen der direkten „Konfrontation der Patienten mit Unzulänglichkeiten und Fehlern“, wie sie zum Beispiel als „Heißer Stuhl“ in verhaltenstherapeutischen Gruppenprogrammen mit Straftätern zu finden sind (vgl. die Therapieprozess-Analysen zum Wirkungsvergleich von „konfrontierenden“ vs. „positiv unterstützenden“ Interventionen bei persönlichkeitsgestörten Sexualstraftätern: Marshall et al., 1999, S. 40ff).

Beratung und Supervision als Therapieprinzip

Zur Erreichung eines angemessenen Empowerment wird eine direkte Supervision und Beratung der Patienten empfohlen. Beratung und Supervision sind gut geeignet, wo es für Patienten darum geht, Veränderungen in alltäglichen Lebenskontexten und zwischenmenschlichen Beziehungen vorzunehmen. „Supervision von Patienten“ mag vielen Therapeuten zunächst befremdlich erscheinen. Man braucht sich jedoch nur zu vergewärtigen, was geschieht, wenn Therapeuten selbst um Hilfe und Rat bei einem Supervisor oder bei Kollegen in der Intervision nachsuchen. Supervision von Psychotherapeuten erfolgt üblicherweise, um mit besonders komplizierten Problemlagen im Berufsleben zurecht zu kommen. Supervision gilt nicht ohne Grund als „Therapieäquivalent“ für Psychotherapeuten. Warum sollten nicht auch Patienten von der Supervision eines Psychotherapeuten profitieren?

Coaching und Training

Weniger Probleme sehen die meisten Therapeuten in der Notwendigkeit, mit Patienten zusammen neue Handlungsmuster und Kompetenzen direkt einzuüben. Seit den Anfängen der Verhaltenstherapie jedenfalls gehört das Training sozialer Fertigkeiten zu ihren Kernelementen. Wenn man sich die Indikationsbereiche für Training und Coaching von Patienten genauer ansieht, wird dies verständlich, geht es doch um die Behandlung von sozialer Unsicherheit, sozialen Ängste und Phobien, Störungen des zwischenmenschlichen Beziehungsverhaltens und Persönlichkeitsstörungen. Training und Coaching gelten denn auch in einer ressourcenorientierten Behandlung bei Persönlichkeitsstörungen als unverzichtbar.

Es sind nun einmal insbesondere persönlichkeitsgestörte Patienten, die häufig signalisieren, dass sie sich nicht selbst ändern möchten, sondern die erwarten, dass sich andere ändern. Und sie sind – wenn man darauf eingeht – zumeist hochmotiviert, hinzuzulernen, um dieses Ziel der aktiven Beeinflussung anderer Menschen endlich zu erreichen. Und um es endlich einmal klar auf den Punkt zu bringen: Denn diese Konstellation – nämlich: Suche nach professionellem Rat, der es möglich macht, andere zu ändern – entspricht genau einer ressourcenorientierten Supervision, in der wir *Therapeuten* zusammenkommen, um uns wechselseitig zu beraten, wie wir andere Menschen, in diesem Fall die Patienten, beeinflussen und verändern können.

Schlussbemerkung

Ressourcenorientierung beinhaltet sachliche Lebensberatung, Supervision und Training von Patientin zur Klärung und Auflösung alltäglicher Krisen und Probleme! Genau deshalb wird die Konfrontation des Patienten mit seinen ungünstigen Persönlichkeitsstilen als wenig hilfreiche Strategie betrachtet – es sei denn, man meint und realisiert „positive Konfrontation mit den persönlichen Ressourcen, Kompetenzen und Stärken“. Dagegen wäre nichts einzuwenden.

Empowerment als Ziel, die Patientensupervision als Prinzip und das Co-Therapeuten-Modell als konkreter Handlungsrahmen zur Aktivierung persönlicher und sozialer Ressourcen bedeutet übrigens *kein* elektisches Handeln. Empowerment erfordert ein inhaltlich gut begründetes therapeutisches Vorgehen. Zusammenfassend ergibt sich jedoch eine – zwar nur kleine, dennoch hochbedeutsame – Akzent-

verschiebung. Um es etwas pointiert auszudrücken:

Ressourcenorientierte Patientensupervision und Beratung eröffnen völlig neue Gestaltungsspielräume. Sie erfordern nämlich und ermöglichen zugleich die aktive Partizipation des Therapeuten an der Neugestaltung von Lebenslagen. In einer psychotherapeutischen Beratungs-Supervision wird sich sogar, wie immer schon von uns gewünscht, das Machtgefälle verschieben, weg vom kompetenten Behandler persönlicher Probleme hin zum Solidarpartner des Patienten, nämlich im *gemeinsamen Kampf gegen widrige Lebensumstände*.

Gelegentlich ist es dann auch gar nicht mehr weit bis hin zum Bild eines Therapeuten, der als kompetenter und fachkundiger Anwalt des Patienten im Rahmen einer so genannten *sozialen Aktion* auftreten könnte – eine Rolle übrigens, die Psychotherapeuten in anderen Behandlungs-Kontexten schon längst und ohne schlechtes Gewissen als Handlungsmodell gewählt haben: bei der Scheidungsmediation – oder – in Frauenhäusern – oder – zur Unterstützung von Menschen, die als Arbeitnehmer in Betrieben gemobbt oder gebosst werden.

Kurz: Ressourcenorientierte Patientensupervision und Patientensupervision sollten als weitere neben vielen Psychotherapiemethoden auf der Grundlage einer guten Therapieausbildung zukünftig zwingend dazu gehören! Und ich bin inzwischen fest davon überzeugt, dass uns erst dann und auf diese Weise ressourcenorientierte Psychotherapie ernsthaft gelingen wird. Und ich hätte jetzt fast vergessen zu sagen, dass das vorgeschlagene Beratungs- und Supervisionsmodell übrigens nicht nur für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen wichtig und zukunftsweisend sein dürfte.

Literatur

- Bergin, A.E. (1966). Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice. *Journal of Abnormal Psychology, 75*, 300 – 302.
- Bergin, A.E. & Garfield, S.L. (Eds.). (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.). New York: Wiley.
- Dolan, B. & Coid, J. (1993). *Psychopathic and antisocial personality disorders. Treatment and research issues*. London: Gaskell – The Royal College of Psychiatrists.
- Fiedler, P. (1981). *Psychotherapieziel Selbstbehandlung. Grundlagen einer kooperativen Psychotherapie*. Weinheim: edition psychologie im VCH-Verlag.
- Fiedler, P. (1996). *Verhaltenstherapie in und mit Gruppen. Psychologische Psychotherapie in der Praxis*. Weinheim: Psychologie Verlags Union. (Inzwischen auch als Taschenbuch erhältlich).
- Fiedler, P. (2000). Klinische Psychologie und Psychotherapie 2000. Warum eigentlich keine professionelle Beratung und Supervision für Patienten. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis, 32*, 223 – 230.
- Fiedler, P. (2000a). *Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Fiedler, P. (2000b). Beratung in der Psychotherapie? Ein Beitrag zur Diskussion am Beispiel der Behandlung einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung. *Beratung aktuell, 1*, 52 – 68.
- Fiedler, P. (2003). Kritik (nicht nur) der Verhaltenstherapie aus der Sicht eines Verhaltenstherapeuten. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie, 7*, 258 – 271.
- Fiedler, P. (2004). *Sexuelle Orientierung und sexuelle Abweichung* (im Druck). Weinheim: Beltz-PVU.
- Garfield, S.L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.); pp. 190 – 228). New York: Wiley.
- Garland, R.J. & Dougher, M.J. (1991). Motivational intervention in the treatment of sex offenders. In W.R. Miller & S. Rollnick (Eds.), *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior* (pp. 303 – 313). New York: Guilford Press.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Heilemann, M. & Fischwasser-von Proeck, G. (2001). *Gewalt wandeln. Hamelner Anti-Aggressivitäts-Training*. Lengerich: Pabst-Verlag.
- Hörmann, G. & Nestmann, F. (Hrsg.). (1986). *Handbuch der psychosozialen Intervention*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Kear-Colwell, J. & Pollack, P. (1997). Motivation and confrontation: Which approach to the child sex offender? *Criminal Justice and Behavior, 24*, 20 – 33.
- Lieberman, M.A., Yalom, I.D. & Miles, M.B. (1973). *Encounter groups: First facts*. New York: Basic Books.
- Lothstein, L.M. (1978). The group psychotherapy dropout phenomenon revisited. *American Journal of Psychiatry, 135*, 1492 – 1495.
- Marshall, W.L., Anderson, D. & Fernandez, Y.M. (1999). *Cognitive behavioral treatment of sexual offenders*. Chichester, UK: Wiley.
- Meloy, J.R. (1995). Antisocial personality disorder. In Gabbard, G.O. (Ed.), *Treatments of psychiatric disorders* (2nd ed.; Vol. 2; pp. 2273 – 2290). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Nestmann, F. (Hrsg.). (1997). *Beratung. Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Palmer, T. (1992). *The reemergence of correctional intervention*. Newbury Park: Sage.
- Stelly, W. & Jürgen, T. (2001). *Einmal Verbrecher – immer Verbrecher?* Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Tracey, T.J. (1986). Interactional correlates of premature termination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 784 – 788.

Ausgewählte Publikationen

Fiedler, P. (2001). *Dissoziative Störungen und Konversion. Trauma und Traumabehandlung* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz-PVU.

Fiedler, P. (2001). *Persönlichkeitsstörungen* (5. Aufl.). Weinheim: Beltz-PVU.

Fiedler, P. (2002). *Dissoziative Störungen*. Göttingen: Hogrefe.

Fiedler, P. (2003). *Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Fiedler, P. (2004). *Sexuelle Orientierung und sexuelle Abweichung* (im Druck). Weinheim: Beltz-PVU.

Prof. Dr. Peter Fiedler

Universität Heidelberg
 Psychologisches Institut
 Hauptstraße 47 – 51
 D – 69120 Heidelberg
 peter.fiedler@psychologie.uni-heidelberg.de

So kann man nicht arbeiten. Psychotherapeuten¹ in der Psychiatrie

Der ungeklärte rechtliche Schwebezustand der Psychotherapeuten in stationären Einrichtungen kostet Geld durch unnötige Doppeluntersuchungen, zeitraubende Absicherungsmechanismen und Demotivierung der Kollegen – aber die notwendigen Veränderungen sind auf den Weg gebracht

Hubert Hermes

Westfälische Klinik Lippstadt

Zusammenfassung: Weil die Auswirkungen des neuen approbierten Heilberufes Psychotherapeut für den Bereich Krankenhaus bei der Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes „vergessen“ worden sind, müssen die Psychotherapeuten in der Psychiatrie unter uneffizienten und entwertenden Bedingungen arbeiten, die sich durch die Einbeziehung in die Verteilungskämpfe im Gesundheitswesen zunehmend verschärfen. Die Strukturen in der Psychiatrie, die Entwicklung der Konflikte sowie die notwendigen Veränderungen in der Personalverordnung Psychiatrie, im Sozialgesetzbuch V und für die Ausbildungsteilnehmer zum Psychotherapeuten werden beschrieben.

Was hatten die Psychologen in der Psychiatrie für Hoffnungen auf das Psychotherapeutengesetz gesetzt: Nach vielen Jahren ungeklärter Rechtssituation endlich Richtigestellung ihrer Position als einem dem Facharzt gleichgestellten approbierten Heilberuf! Und wie sieht die Realität aus?

Um nicht falsch verstanden zu werden: Wir haben für das Psychotherapeutengesetz gekämpft und freuen uns darüber, dass es endlich da ist; weil aber die stationäre Psychotherapie beim Psychotherapeutengesetz schlichtweg – gewollt oder ungewollt – „vergessen“ worden ist, sitzen wir bis heute zwischen den Stühlen und in den ruppigen Zeiten der Verteilungskämpfe im Gesundheitswesen schlagen wir manches Mal hart auf.

¹ Unter Psychotherapeuten werden hier Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beiderlei Geschlechts verstanden

Strukturen in der Psychiatrie

Für das Verständnis der Praxis sollen einige Informationen über die Strukturen im psychiatrischen Krankenhaus vorangestellt werden:

Nach der 1992 in Kraft getretenen PsychPV, das ist die so genannte Personalverordnung Psychiatrie, sind psychiatrische Krankenhäuser normalerweise in drei große Abteilungen aufgeteilt: die so genannte Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen, wobei man unterscheiden muss zwischen den Entzugsabteilungen mit sehr kurzfristigen Behandlungszeiten zwischen 10 und 21 Tagen und den so genannten Reha-Abteilungen für Entwöhnungsbehandlungen von mehreren Monaten (meist in Kostenträgerschaft der Rentenversicherungsträger). Dann gibt es die gerontopsychiatrischen Abteilungen, wo je nach Krankenhaus alle Patienten ab einem Alter zwischen 60 oder 65 Jahren behandelt werden, und zuletzt so genannte allgemeinpsychiatrische Abteilungen, in denen die anderen Hauptgruppen der psychiatrischen Kliniken behandelt werden: Patienten mit schizophrenen Psychosen, schweren Depressionen oder Manien oder bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung. Je nach ideologischer oder ökonomischer Ausrichtung haben sich aber auch andere Strukturen in Kliniken gebildet: So gibt es teilweise diagnose-spezifische Spezialstationen wie Depressionsstationen, Angststationen, Borderlinestationen usw. oder methodenspezifische Stationen wie zum Beispiel Psychotherapiestationen. Andere Kliniken haben im Zuge der so genannten gemeindepsychiatrischen Leitlinien eine Abkehr von den klassischen Definitionen vorgenommen und arbeiten „sektorbezogen“, das heißt, alle Patienten aus einem Stadtteil oder

einer Region kommen ohne Rücksicht auf die Diagnose auf eine Station. So arbeiten dann auch viele kleine psychiatrische Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, die nicht groß genug sind, um die Differenzierungen der oben beschriebenen Form vornehmen zu können. Darüber hinaus ist in den letzten Jahren die Anzahl so genannter Tageskliniken (neu-psychiatrisch „ganztags ambulant“), das heißt Behandlung von montags bis freitags acht Stunden lang, erweitert worden, und fast alle Kliniken haben auch Institutsambulanzen. Diese sollen sich vorwiegend auf die multiprofessionelle Behandlung Schwerkranker konzentrieren, die sonst mit dem normalen ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Angebot nicht erreichbar sind.

Besonders erwähnt werden müssen in diesem Zusammenhang auch die kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen und die Maßregelvollzugseinrichtungen, in denen traditionellerweise überdurchschnittlich viele Psychotherapeuten arbeiten und in denen Psychotherapeuten manchmal eine besondere Position innehaben.

Entwicklung in den Konflikt

Seit mehr als 35 Jahren arbeiten Diplom-Psychologen (heute überwiegend als Psychologische Psychotherapeuten) in den psychiatrischen Krankenhäusern. Sie waren wesentlich daran beteiligt, die jetzt allgemein anerkannten und etablierten psychotherapeutischen Behandlungskonzeptionen zu entwickeln. Dabei haben sie auch Leitungsaufgaben übernommen durch Aufstellen von Behandlungsplänen und deren jeweilige Umsetzung. Die Diplom-Psychologen haben über Aufnahme, Behandlung und Entlassung von Patienten entschieden, die Dokumentation verantwortet und mit den Krankenkassen korrespondiert. Di-

plom-Psychologen haben selbstständig Stationen geleitet und ihnen wurden auch in fast allen psychiatrischen Krankenhäusern Abteilungen als Leitende Psychologen übertragen (Sucht, Rehabilitation, Psychotherapie, Maßregelvollzug, Geistig-Behinderte). Dies wurde jahrzehntlang von den Krankenhausträgern verantwortet und von den Krankenkassen finanziert.

Durch die zunehmende Ökonomisierung, sprich den Kampf um die Kosten, in den auch die Psychotherapeuten unweigerlich hineingezogen werden, sind neue Konfliktfelder entstanden:

In der Vergangenheit sind in Verfahren vor den Sozialgerichten die Krankenkassen einige Male mit ihrer Weigerung zur Übernahme von Krankenhausbehandlungskosten erfolgreich gewesen, als sie belegen konnten, dass die Behandlung im Krankenhaus nicht von einem Arzt, sondern von einem Diplom-Psychologen geleitet worden war. Diese „Traumen“ von Betriebsleitungen und Trägern führten dann dazu, Vorschriften zu erlassen für die Dokumentationen, dass alles ärztlich geleitet und verantwortet wird (was aber wieder, wenn man alles nach Vorgabe erledigen will, bei der Menge der Patienten mit einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 20-25 Tagen gar nicht zu schaffen ist, so dass Psychotherapeuten häufig so genannte „ärztliche“ Tätigkeiten mit übernehmen müssen). Dabei gibt es unseres Wissens bisher kein Gerichtsurteil nach In-Kraft-Treten des Psychotherapeutengesetzes, das die Übernahme der Krankenhausbehandlungskosten mit der Begründung verweigert, hier habe „nur“ ein Psychotherapeut die Behandlung geleitet. Je nach Entscheidung von Trägern oder Betriebs- bzw. Abteilungsleitungen soll aber häufig gewährleistet sein, dass auch kleinste Regelungen und Entscheidungen im Alltagsleben auf der Station immer noch ärztlich abgesegnet und mitunterscriben werden. Oder es geht so weit, dass

für eine ausführliche Begründung zur Kostenübernahme gegenüber der Krankenkasse bzw. dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK) weder die Unterschrift noch das Dikatzzeichen des Psychotherapeuten auf dem von ihm verfassten Schreiben erscheinen darf. Und in der Praxis weiter: Darf der Psychotherapeut für den ihm zugewiesenen Patienten, den er als Bezugspsychotherapeut behandelt, gegenüber der Ergotherapie unterschreiben, dass der Patient am Hirnleistungstraining teilnehmen soll, wenn im Formular für die Verordnung nur die „Unterschrift des Arztes“ gefordert wird? Kann er entscheiden, wie lange die depressive Patientin mit ihrer Familie zusammen-treffen darf? Es erfordert zeit- und kostenaufwändige, völlig sinnlose Doppeluntersuchungen und Absprachen, wenn unsicher bleibt, was der Psychotherapeut denn nun darf und was nicht, abgesehen von der tief gehenden Verunsicherung bis hin zu dem Gefühl von Entwertung.

Welchen sinnlosen Irrwitz diese ungeklärte Rechtslage produziert, soll noch einmal ein praktisches Beispiel verdeutlichen: Um den formalistischen Anspruch der ärztlichen Behandlungsleitung zu genügen, führt in einer Tagesklinik eine approbierte Psychotherapeutin mit 12-jähriger Berufserfahrung eine Gruppentherapie durch, zu deren Ende nun regelmäßig eine Oberärztin (mit deutlich weniger Berufserfahrung und sicherlich geringeren psychotherapeutischen Kenntnissen) am Schluss der Gruppensitzung hinzukommt, damit sie in der anschließenden von der Psychotherapeutin durchgeführten Dokumentation auch verantwortlich gegenzeichnet (weil man fürchtet, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherungen da genau drauf schaut und einen formalen Vorwand für die Empfehlung der Ablehnung der Behandlungskosten finden könnte).

Zur Personalverordnung Psychiatrie (PsychPV)

Es ist nicht abzustreiten, dass Diplom-Psychologen vor vielen Jahren in die psychiatrischen Kliniken hineingeholt wurden, weil nicht genügend Ärzte bereit waren, hier zu arbeiten. Das hat sich inzwischen geändert, inzwischen besteht zumindest teilweise eine Konkurrenzsituation.

In der PsychPV von 1991 wurde minutengenau vorgegeben, wieviel Personal von welcher Berufsgruppe (Stationsärzte, Krankenpflegepersonal, Oberärzte etc., aber auch Diplom-Psychologen) bei einer gewissen Anzahl von Patienten mit bestimmter Art und Schwere der Erkrankungen zur Verfügung stehen müsse. Aufgrund dieser Verordnung ist es bis heute überhaupt möglich, einen bestimmten Stellenanteil für Psychologen in den Kliniken weiter einzufordern. In dieser Verordnung ist aber auch vorgesehen, dass bis zu einem gewissen Umfang bestimmte Berufsgruppen gegeneinander ausgetauscht werden können, so z. B. Ärzte und Psychologen. Somit gibt es Kliniken, in denen Psychologen auf Ärzte-Stellen „sitzen“ und der Anteil von Psychologen größer ist als in der PsychPV regelhaft vorgesehen, und es gibt Fachkliniken oder Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie, die inzwischen Psychologen-„frei“ sind.

Die Aufgabenbeschreibung für Diplom-Psychologen in der PsychPV kann nicht mehr für approbierte Psychologische Psychotherapeuten herangezogen werden: Der Psychotherapeut ist kein Heil-Hilfsberuf mehr, er ist vielmehr dem Facharzt gleichzusetzen. Der Diplom-Psychologe in der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten ist dem Stationsarzt gleichzusetzen, auch entsprechend zu bezahlen (mindestens aber AiP-Gehalt).

Im Psychotherapeutengesetz ist allein aufgrund des politischen Drucks ärztli-

cher Standesvertreter festgelegt worden, dass ärztliche Psychotherapeuten mindestens 40% des ambulanten Versorgungsanteils wahrnehmen können. Entsprechend müsste die PsychPV im Sinne der Psychologischen Psychotherapeuten verändert werden:

In psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachkliniken und Abteilungen ist der approbierte Psychotherapeut mit dem Facharzt, auch Oberarzt bzw. Abteilungsleitenden Arzt in einer Gruppe zusammenzufassen, Ausbildungsteilnehmer zum Psychotherapeuten in einer Gruppe mit dem Stationsarzt. Entsprechend der Ärzte-Quote von 40% für ambulante Psychotherapie ist eine Psychologen-Quote von jeweils 40% oder zumindest 33% in diesen beiden Gruppen festzuschreiben.²

Exkurs: Behandlung in der Psychiatrie nur noch als medikamentöse Krisenintervention?

Auf eine problematische Auswirkung der Sparzwänge in der Psychiatrie, die zunächst sicherlich nachteilig für die Patienten, indirekt aber auch für die Psychotherapeuten zu sehen ist, soll in diesem Zusammenhang noch eingegangen werden: Aus vielen Kliniken wird berichtet, dass Medizinische Dienste auffällig viele Kostenübernahmeanträge ablehnen, wenn Patienten nicht psychopharmakologisch, sondern in erster Linie psychotherapeutisch behandelt werden. Indirekt steht dahinter die Annahme, dass „richtige“ medizinische Behandlung nur mit Medikamenten erfolgen kann: Wenn „Nur reden“ schon reichen sollte, kann der Patient ja nicht so krank sein, dass er noch im Krankenhaus verbleiben müsste. In diesem Zusammenhang ist die Gefahr zu sehen, den Patienten gerade deshalb auch Psychopharmaka zu verabreichen, um gegenüber dem Medizinischen Dienst die Schwere der Erkrankung und „richtige“ Behandlung zu belegen, damit dieser

gegenüber der Krankenkasse die Übernahme der Behandlungskosten befürwortet. Nachdem die (in der PsychPV für die Behandlung im Psychiatrischen Krankenhaus eigentlich vorgesehenen) Fachabteilungen „Rehabilitative Behandlung“ sowie „Mittellangfristige Behandlung“ stillschweigend aus dem Behandlungskatalog der meisten psychiatrischen Kliniken mit der Begründung herausgedrückt wurden, solche Patienten gehörten in Einrichtungen der Medizinischen Rehabilitation oder in Heime, scheint nun die Strategie darauf hinauszulaufen, die Psychotherapie aus der Psychiatrie mit der Begründung herauszudrängen, diese Behandlungen müssten in Reha-Kliniken stattfinden. Hier treffen Sparzwängen bei den Krankenkassen manchmal mit den Interessen bestimmter biologisch orientierter und/oder standespolitisch motivierter Ärzte zusammen, die Psychotherapeuten im Krankenhaus möglichst weiter in untergeordneter Position halten oder aus der Psychiatrie herausdrängen wollen.³ Es gibt – wie schon gesagt – psychiatrische Abteilungen, die „Psychologen-frei“ sind.⁴ Solche Entwicklungen bzw. Konstellationen entsprechen dem heute üblichen Kurzfrist-Denken, schaden aber mit Sicherheit dem Krankenhaus auf längere Dauer, denn: Was wünschen sich die Patienten in der Psychiatrie? Da gibt es klare Erkenntnisse: Sie wünschen sich qualifizierte Fachleute, die freundlich und verständnisvoll mit

2 Die sicherlich von manchen Kollegen gewünschte Forderung von 50% Psychotherapeuten lässt sich aus fachlicher Sicht nicht aufrecht erhalten: Zum einen spielt bei der Gerontopsychiatrie und der Sucht-Entgiftung die somatische Behandlung eine dominierende Rolle, zum anderen müssen mehr Ärzte da sein, um Bereitschaftsdienste abzudecken, in dem ja häufig auch somatische Behandlung im Vordergrund steht.

3 Der Verfasser möchte betonen, dass er persönlich während seiner langen Tätigkeit in der Psychiatrie mit den meisten Psychiatern kollegial und zufrieden stellend zusammengearbeitet hat, manches Mal besser als mit einigen Berufskollegen.

ihnen zusammen ihre Schwierigkeiten und Probleme bearbeiten und mit ihnen gemeinsam nach Lösungen suchen. Und was ist das andere als Psychotherapie, die sich doch definitionsgemäß als „Klärung und Bewältigung im Rahmen einer guten Beziehung“ zusammenfassen lässt? Wenn sich die Psychiatrie wieder auf „Pillen geben und abwarten“ reduzieren lässt, wird sie ihren mit unendlicher Mühe in den letzten 10 Jahren langsam verbesserten Ruf wieder verlieren und nicht ganz zu Unrecht wieder in den Ruch der „Anstalt“ zurückfallen, wo man in erster Linie „mit Medikamenten vollgepumpt“ wird.

Aber: Leider sind inzwischen auch viele Psychotherapeuten in der Psychiatrie einen großen Teil ihrer Zeit mit Papierkrieg – sprich: Dokumentationsverpflichtungen – beschäftigt, dass sie nur noch wenig Zeit für ihre originären Aufgaben als Diagnostiker und Behandler haben. Hintergrund: Die Behandlungszahlen in den psychiatrischen Kliniken sind in den letzten 10 Jahren dramatisch gestiegen, die Verweildauern drastisch gesunken, der Personalschlüssel ist jedoch gleich geblieben (und sinkt derzeit aufgrund der Einfrierung der Budgets jährlich um ca. 4%), während sich der bürokratische Aufwand vervielfacht hat.

4 Die Hoffnung, dass durch einen Psychiater-Mangel in den Kliniken sich die Situation der Klinik-Psychotherapeuten verbessern wird, bleibt nach den Erfahrungen in der Vergangenheit trügerisch: Solange keine eindeutigen gesetzlichen Regelungen für Psychotherapeuten in Kliniken festgeschrieben sind, „darf“ bei Ärztemangel der Psychotherapeut die Arbeit machen, und wenn ein Arzt zur Verfügung steht, wird der Psychotherapeut bei nächster Gelegenheit wieder ausgetauscht oder muss in die zweite Reihe zurückgehen (Es gibt aber auch – wenige – positive Ausnahmen!). Es ist nicht zu vergessen, dass es fast überall noch immer Ärzte sind, die über Einstellungen von Psychotherapeuten und ihre Stellung in der Klinik entscheiden.

Das „Psychiatrische Jahr“ in der Ausbildung zum Psychotherapeuten

ist ja – bekanntlich nach heftigen Auseinandersetzungen – mit der Begründung in das Psychotherapeutengesetz aufgenommen worden, in der Psychiatrie würden völlig andere Krankheitsbilder behandelt, als ein niedergelassener Psychotherapeut sie in seiner Praxis normalerweise sehen würde. Und es wäre wichtig, dass sich der Psychotherapeut auch in Behandlung und Umgang mit diesen schweren psychischen Störungen auskennt. Da ist sicherlich etwas Wahres dran. Patienten in der Psychiatrie sind in der Regel keine Menschen, die fünf bis zwölf Monate auf einen Therapieplatz warten können und dann mit einer oder einigen psychotherapeutischen Sitzungen pro Woche adäquat zu behandeln wären, es sind in der Regel Akutfälle oder schwer chronische Erkrankte.

Die oben dargestellte, vielleicht etwas ermüdende Beschreibung der Strukturen im Psychiatrischen Krankenhaus macht aber deutlich, wie unterschiedlich der Arbeits- und Ausbildungsplatz für den PiA = „Psychotherapeut in Ausbildung“ sein kann, der frisch nach der Uni in dieses medizinische Großsystem hineingeworfen wird und natürlich überhaupt keinen Überblick hat. Wir verwenden den Begriff PiA = „Psychotherapeut in Ausbildung“ in bewusster Abgrenzung zum häufig benutzten PiP = „Psychologe im Praktikum“, damit die oft ganz selbstverständliche Abspisierung der jungen Kollegen mit einem Praktikantengeld nicht indirekt gerechtfertigt wird (s. auch weiter unten zum Thema Bezahlung). Und da es nun auch keine verbindlichen Vorgaben gibt, wo und wie lange der PiA seine Ausbildung in der Psychiatrie machen soll, so bleibt es den medizinischen Entscheidungsträgern im Krankenhaus – das sind in der Regel Leitende Ärzte oder Abteilungsleitende Ärzte – überlassen, wo und wie sie den

jeweiligen PiA einsetzen. So kann es vorkommen, dass jemand das ganze Jahr hindurch überwiegend in diagnostischen Projekten für chronisch Suchtkranke arbeitet, nur Tests und Gruppentherapie bei Depressiven macht, in der Gerontopsychiatrie Diagnostik und Gedächtnisprogramme für Alzheimerpatienten durchführt oder in der Ambulanz Zeit fordernde Patienten behandelt, um die sich der Psychiater nicht kümmern kann oder will (z. B. histrionische Patienten). Aber überall dort, wo ein erheblicher Arztmangel besteht, kommen die PiAs in denen des Stationsarztes vergleichbare Positionen: sie führen Aufnahmen mit Diagnosestellung durch, formulieren Kostenanträge an die Krankenkassen, schreiben Verlaufsberichte und Arztberichte (so genannte „Epikrisen“), sind somit praktisch für die gesamte Behandlung zuständig.

Während in Ausbildungsgängen, die sich in den 80-er und 90-er Jahren gebildet hatten, die Kollegen zum Teil drei Jahre in der Psychiatrie verblieben und dann auch zwischen den Abteilungen wechselten, bleibt der PiA heute in dem nur einen Jahr häufig oft auf einer bestimmten Position und hat auch selbst vielfach kein großes Interesse an einem Wechsel. Es dauert nämlich seine Zeit, bis man sich mit dem System arrangiert hat. Und dann ist man ganz froh, auf dieser untersten Position der akademischen Hierarchie einigermaßen akzeptiert und in Ruhe gelassen zu werden. Und man weiß ja auch, dass man in spätestens einem Jahr wieder weg ist.

Dies widerspricht meines Erachtens völlig dem ursprünglichen Ziel der Ausbildungsrichtlinie des „psychiatrischen Jahres“ und den wirklichen Interessen der PiAs: Nach wie vor hätte der PiA in den meisten psychiatrischen Kliniken eine hervorragende Gelegenheit, die unterschiedlichsten schweren Erkrankungen kennen zu lernen, was ihm für seine weitere psychotherapeu-

tische Tätigkeit von unschätzbarem Nutzen sein könnte: Er sollte mit akut schizophren erkrankten Patienten konfrontiert werden, mit manischen Patienten, mit Menschen nach Selbstmordversuchen, mit Menschen im Entzug von Alkohol, Drogen oder vor allem auch Tranquilizern (das ist übrigens der schwierigste), mit hirnganisch veränderten Menschen jedweder Altersstufe, vor allem aber auch mit chronischen Suchterkrankungen. Es ist einfach gut zu wissen, dass beim langandauernden Entzug von Tranquilizern die gleiche Angst und Unruhe-symptomatik auftritt, gegen die ursprünglich einmal die Tranquilizer eingenommen wurden. Und im Frühstadium einer schizophrenen Psychose können sich über Monate und Jahre alle diejenigen Symptome zeigen, die traditionell bisher als so genannte Neurosen eingeordnet werden. Kurzum:

Für die Ausbildungszeit der PiAs im Psychiatrischen Jahr ist ein Curriculum vorzuschreiben, durch das garantiert wird, dass die PiAs jeweils mindestens drei Monate in der vollstationären Behandlung von abhängigkeitskranken, gerontopsychiatrischen und allgemeinpsychiatrischen Patienten mitarbeiten.

Zum Thema der Bezahlung der Psychotherapeuten in der Ausbildung: Mit der zunehmenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens kommen auch hier brutale Marktgesetze zum Tragen. Wo hohe Nachfrage nach Ausbildungsstellen für Psychotherapeuten von Seiten der Bewerber besteht, zum Beispiel in Universitätsstädten, müssen Kollegen teilweise umsonst arbeiten oder erhalten nur ein Praktikantengehalt, während in einigen Psychiatrien auf dem Lande „normal“ bezahlt wird. Es gibt praktisch die gesamte Palette der Bezahlung von Null bis zum BAT II-Gehalt. Völliger Irrwitz ist es aber, wenn jemand als Diplom-Psychologe einen Standardtarifvertrag für wissenschaftliche Mitarbeiter im Krankenhaus erhält (gleich BAT

II), dann aber auf AiP-Gehalt heruntergestuft wird, wenn er sich (was das Gesetz ja für die Behandlung von Menschen, bei denen Psychotherapie indiziert ist, zwingend vorschreibt) auf eine teure Ausbildung zum Psychotherapeuten einlässt. Versuche, durch Musterklagen hier Änderungen zu erzwingen, haben bisher wenig Erfolg gezeigt. Auch einzelne gewerkschaftliche Vorstöße bei Tarifverhandlungen blieben aufgrund der schwebenden Rechtslage ohne Resonanz, ebenso wie Gespräche mit einzelnen Politikern. Die Zielrichtung des Bundesverbandes der Krankenhauspsychotherapeuten (BVKP) geht deshalb dahin, die großen berufspolitischen Verbände der Psychotherapeuten mehr für diese komplexe Problematik zu interessieren und von dort her Einfluss auf die Politik der Bundespsychotherapeutenkammer zu nehmen. Bei nachhaltiger und wiederholter Forderung von Seiten der Bundespsychotherapeutenkammer wird sich der Gesetzgeber der Regelung dieser dringenden Anliegen nicht verschließen können.

Schritt zur Veränderung

Die den vielen beschriebenen Widersinnigkeiten für Psychotherapeuten in der Psychiatrie zugrunde liegende ungeklärte Rechtslage, ob nun der Psychotherapeut dem Arzt gleich zu stellen ist oder nicht, wird in einem Gutachten von Redeker und Bracher (1999)⁵ ausführlich beschrieben, das auf den Internetseiten der DGVT (www.dgvt.de → Recht) einzusehen ist. Zu einer etwas anderen Auffassung kam im Nachhinein einer der Autoren, nämlich Bracher, in einem Artikel für die Zeitschrift „Psychotherapie und Recht“, der in seiner Veränderung im Rahmen des Psychotherapeutengesetzes doch den Psychotherapeuten als im Krankenhaus dem Arzt gleichwertig einstuft und ihm auch die Möglichkeit der Behandlungsverantwortung und das Einnehmen von Leitungspositionen zugesteht.⁶ Wie aber das

oben beschriebene Beispiel der „Absegnung“ für eine durch einen Psychotherapeuten durchgeführte Gruppenpsychotherapie durch eine Oberärztin zeigt, arbeiten in vielen Kliniken Psychotherapeuten noch unter Bedingungen, die hinter das frühere Delegationsprinzip im ambulanten Bereich zurückfallen, das der Gesetzgeber ja nun gerade im Psychotherapeutengesetz aufheben wollte.

Dementsprechend sind positive Entwicklungen für die Psychotherapeuten in der Psychiatrie nur zu erwarten, wenn eine Veränderung der Rechtslage gelingt. Die Verbände und Vertreter der stationär tätigen Psychotherapeuten sind aus dem zunehmenden Leidensdruck aktiv geworden. In der Stellungnahme zum Gesundheitsmodernisierungsgesetz 9 der „Psychotherapieverbände Gesprächskreis II“ vom 17. Juni 2003 wurden, vor allem durch intensive Arbeit des Kollegen Hans-Werner Stecker vom VPP im BDP, differenzierte Forderungen zu Gesetzesänderungen im Sozialgesetzbuch V, die den Krankenhaus-Bereich betreffen, formuliert (einschließlich Gegenüberstellung zum derzeitigen Gesetzestext und Begründungen unter der Homepage des BVKP: www.bvkp.de → Aktuelles).

Da es sich um bundesgesetzliche Regelungen handelt, ist in erster Linie die Bundespsychotherapeutenkammer angesprochen, in den Gesprächen mit der Politik die erwähnten Themen gleichwertig mit den Themen der Niedergelassenen, wie z. B. Vertretung der

5 Bracher, C.D. & Redeker, K.: Gutachtliche Äußerung zu Fragen der Berufsausübung von Psychologischen Psychotherapeuten im Krankenhaus im Auftrag des Verbands der Krankenhauspsychologen im Landschaftsverband Westfalen-Lippe e. V. (heute: Verband der Psychotherapeuten und Diplom-Psychologen im Krankenhaus Nordrhein-Westfalen e. V.), 1999, ohne Verlag.

6 Bracher, C.D.: Berufsausübung in zugelassenen Krankenhäusern. Psychotherapie und Recht, 3/2001, 74-78.

Psychotherapeuten in den Selbstverwaltungsgremien oder Abrechnungsmodalitäten für ambulante Psychotherapie, immer wieder neu einzubringen.

Die hier diskutierten Probleme der Psychotherapeuten in der Psychiatrie haben eminente Bedeutung auch für die Kollegen in den Reha-Kliniken und auch in den Allgemein-Krankenhäusern. Bisher gibt es noch keine verlässlichen Zahlen zu Tätigkeitsfeldern der Psychotherapeuten, die jeweiligen Landespsychotherapeutenkammern arbeiten noch an der Datenerhebung. Nach Schätzungen des Autors dürften bundesweit ungefähr 2500 Psychotherapeuten in der Psychiatrie arbeiten, ungefähr gleich viele in Reha-Kliniken.

Erfreulicherweise ist bei der Bundespsychotherapeutenkammer ein Ausschuss „Psychotherapie in Institutionen“ gebildet worden, der sich zur effizienteren Arbeit in zwei Unterausschüsse aufgeteilt hat: in dem Unterausschuss „Psychotherapie in stationären Einrichtungen“ arbeiten langjährig erfahrene und versierte Klinik-Fachleute.⁷

Beim ganz überwiegenden Teil der psychologisch-psychotherapeutischen Berufs- und Fachverbände befinden sich Niedergelassene in den Führungspositionen, entsprechend stehen auch deren Probleme in den Publikationen im Vordergrund (Punktwerte-Diskussion etc.). Das liegt sicherlich daran, dass die Selbstständigen aufgrund existenzbedrohender Entwicklungen wesentlich aktiver in ihrer Interessenvertretung sind und viele Angestellte in Krankenhäusern sich nicht rühren, solange sie auf ihrer Station von ihrem Abteilungsarzt oder Oberarzt anerkannt werden und in Ruhe psychotherapeutisch tätig sein können. Es liegt aber auch daran, dass die Angestellten Anwesenheitspflicht am Arbeitsplatz haben und nicht einfach entscheiden können, ob sie am Nachmittag zu einem Treffen des Berufsverbandes fahren können. Sie müssen ihren Leiten-

den Arzt oder Abteilungsarzt fragen, und nicht jeder Arzt in Leitungsposition besitzt die Souveränität, einen möglicherweise als Konkurrenz angesehenen Berufsstand durch Freigabe für berufspolitische Aktivitäten indirekt zu unterstützen. Um nicht falsch verstanden zu werden: Kollegiale Kooperation zwischen Ärzten und Psychologen im Krankenhaus ist für mich ein absolutes „Muss“ für effiziente Behandlung, und mit manchem Arzt ist die Zusammenarbeit wesentlich leichter als mit dem Teil von Berufskollegen, die vorwiegend darüber klagen, dass die Wichtigkeit gerade ihrer Behandlung nicht angemessen anerkannt wird, aber berufliche Solidarität und möglicherweise politische Arbeit für überflüssig ansehen („Was bringt mir das?“). Erst wenn es diese Kollegen persönlich trifft, z. B. wenn Vertretungen anstehen oder die analytisch orientierte Oberärztin dem psychologischen Verhaltenstherapeuten die Exploration der frühkindlichen Entwicklung vorschreibt, kommen sie zu Versammlungen, beschreiben ihre Kränkungen und fordern Unterstützung. Nur ein kleiner Teil der angestellten Kollegen ist bereit, in langfristigen berufspolitischen Engagement auf Veränderungen und Verbesserungen der gesetzlichen und administrativen Rahmenbedingungen hinzuarbeiten. Die Vertreter der niedergelassenen Kollegen haben Recht, wenn sie den Klagen der Krankenhaus-Psychotherapeuten nach mangelnder Berücksichtigung ihrer Interessen entgegen, dass die Klinik-Psychotherapeuten sich mehr in den Verbänden organisieren und ihre Anliegen zur Sprache bringen müssten. Deshalb sei an dieser Stelle noch einmal der Aufruf an in Kliniken tätige Psychotherapeuten wiederholt, sich direkt den Verbänden der Krankenhaus-Psychotherapeuten anzuschließen und/oder in den Gremien anderer psychologisch-psychotherapeutischer Berufs- und Fachverbände die Anliegen der (teil-)stationär tätigen Psychotherapeuten zur Sprache zu bringen. Hierüber wäre auch eine direkte Mitarbeit in den

Gremien der Psychotherapeutenkammern möglich.

Ohne große Mühe kann aber jeder Psychiatrie-Psychotherapeut etwas für die Verbesserung der Situation in der Klinik machen: Bei der Wahl zu den Landespsychotherapeutenkammern – aus denen heraus die Bundespsychotherapeutenkammer gebildet wird – sollte er:

- die Wahlprogramme und die einzelnen Kandidaten darauf überprüfen, ob und mit welchem Stellenwert sie es sich auf die Fahnen geschrieben haben, die Situation der Krankenhaus-Psychotherapeuten verändern zu wollen (nicht nur ganz unten und pflichtgemäß, damit man auch dort noch Stimmen bekommen kann)
- und dann sein Wahlrecht wahrnehmen, damit bei der Arbeit der Landes- und Bundespsychotherapeutenkammern die Anliegen der Mehrheit der Psychotherapeuten – und das sind die Angestellten mit ungefähr 55% – das ihnen zustehende Gewicht erhalten.⁸

Dipl.-Psych. Dr. Hubert Hermes

Grimmelshausenweg 29

59494 Soest

Hubert.Hermes@t-online.de

⁷ Hintergrund für diese Aufteilung ist die Erfahrung in vielen Landespsychotherapeutenkammern dass die Klammer „Angestellt“ für einen Ausschuss – im Gegensatz zu „Niedergelassen“ – oft lähmend wirkt, da sich z. B. die Probleme und Interessen der Psychotherapeuten in Beratungsstellen oder Forschungsambulanzen von denen der Kollegen in Psychiatrien oder Reha-Kliniken meilenweit unterscheiden

⁸ Wir sehen die Gefahr, dass die Interessen der niedergelassenen Kollegen die Arbeit des Bundespsychotherapeutenkammer dominieren, z. B. daraus, dass von den 8 Eckpunkten, die die Delegiertenversammlung der Bundespsychotherapeutenkammer zur letzten Gesundheitsreform beschlossen hat, sich 5 mit den Problemen der Niedergelassenen beschäftigten, aber nur 1 mit denen der (teil-)stationär Tätigen.

Ethische und juristische Spezifika bei Psychotherapien von Kindern und Jugendlichen

Marion Schwarz

Zusammenfassung: Der Artikel beschäftigt sich mit den Besonderheiten bei der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen bezüglich der Bereitschaft und Einsicht des Kindes bzw. des Jugendlichen zur Notwendigkeit der Behandlung, der Sachlage bei geschiedenen Eltern betreffs der Zustimmung zu einer Psychotherapie ihres gemeinsamen Kindes sowie der Schweigepflichtsproblematik sowohl gegenüber Eltern als auch gegenüber anderen beteiligten Institutionen wie Jugendamt, Schule oder Jugendhilfe. Es wird insbesondere Bezug genommen auf rechtliche Rahmenbedingungen als auch Hinweis gegeben zu den derzeit erarbeiteten Berufsordnungen der Landeskammern. Die Erörterung solcher Fragestellungen auch im Rahmen von Fortbildung und Supervision erscheint dringend nötig, auch um Beschwerden ggf. sogar gerichtlichen Auseinandersetzungen zu vermeiden helfen.

Behandlungsmotivation und Behandlungseinwilligung

Psychotherapeutische Behandlungen von Kindern und Jugendlichen unterliegen Besonderheiten, die sich sowohl im Behandlungssetting als auch bereits in der Beantragung, besonders aber in der Rechtsbeziehung zwischen Patient und Therapeut niederschlagen. So wenden sich Kinder in der Regel nicht selbst an den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, sondern die Behandlungen kommen häufig auf Verlangen der Eltern oder eines Elternteiles, oft auch aufgrund der Empfehlung von Lehrern, Erzieherinnen oder anderer Bezugspersonen zustande. Nicht selten sind Kinder wenig motiviert oder zeigen sogar deutliche Abwehr gegen eine Behandlungsaufnahme. Hier stellt sich die Frage, wer die Therapieziele vorgibt: der vorgestellte Pati-

ent, dessen Eltern oder andere Institutionen wie Schule, Kindergarten, Jugendamt oder Jugendhilfeeinrichtung? Bei den Kindern oder Jugendlichen besteht oft kein Leidensdruck, sondern Eltern, Familie, Schule oder soziale Gruppen leiden an dem Kind, wobei „vorgestellte“ Patienten, im Sinne einer Abwehr, das Problem oft von sich schieben oder anderen die „Schuld“ dafür geben.

So kann schon zu Beginn einer Behandlung das Spannungsdreieck ‚Kind – Eltern – Psychotherapeut‘ ausschlaggebend für den Behandlungsplan, die Behandlungsbeziehung und ggf. für den möglichen Erfolg oder Misserfolg einer Behandlung werden.

Jugendliche sind entsprechend des Standes ihrer Persönlichkeitsentwicklung schon weitaus mehr zu einem vertieften Verständnis ihres eigenen Erlebens und Handelns, als auch der Wahrnehmung durch andere in der Lage; oft stehen sie einer psychotherapeutischen Behandlung aufgeschlossen, manchmal auch skeptisch und nicht selten kategorisch ablehnend gegenüber. Daher stellt sich durchaus die Frage, ob eine Behandlung trotz vorhandener Symptomatik mit Krankheitswert durchführbar ist, wenn der jugendliche Patient dies verneint. Voraussetzung für eine gut fundierte Einwilligung und Motivation des Patienten und seiner Eltern ist eine vollständige Information sowohl über die diagnostischen Maßnahmen als auch zum Behandlungsverfahren und über mögliche Behandlungsalternativen. In einer Untersuchung von Lehmkuhl und Lehmkuhl (Lehmkuhl, 2003, S. 48) zum Behandlungsvorgehen unter ethischen Aspekten an zwei kinderpsychiatrischen Kliniken zeigte sich, dass Information und Aufklärung routinemäßig erfolgten, jedoch mögliche Nebenwirkungen der Behandlung nur bei ca. der Hälfte der Probanden thematisiert wurden. Auch wurden die Eltern deut-

lich besser informiert als die betroffenen Kinder und Jugendlichen selbst. Nach Kottje-Birnbacher und Birnbacher (in Lehmkuhl, 2003, S. 53) gehöre zur Autonomie des Patienten, das Therapieangebot auszuschlagen oder eine aufgenommene Therapie abbrechen zu können. Jedoch lasse sich dies in dieser stringenten Form nur begrenzt auf Kinder, Jugendliche und ihre Eltern übertragen, da Krankheitseinsicht und Motivation sowohl familiendynamischen als auch entwicklungsabhängigen Einflussfaktoren unterliegen. Nach Lehmkuhl muss das Selbstbestimmungsrecht des Patienten unter Umständen vernachlässigt werden, „insbesondere dann, wenn nur eine paternale Einstellung des Therapeuten das längerfristige Wohl des Kindes gewährleistet“ (Lehmkuhl, 2003, S. 47). Dies gilt insbesondere bei erheblicher Gefährdung des Patienten, etwa bei gravierendem Untergewicht, bei einer Anorexie oder bei Suizidgefahr.

Gleichwohl gibt es auch Jugendliche, die von sich aus den Kinder- oder Jugendlichenpsychotherapeuten aufsuchen, oftmals sogar ohne Wissen seiner/ihrer Eltern und mit dem ausdrücklichen Wunsch des Patienten, seine/ihre Eltern nicht zu informieren und mit einzubeziehen.

Diese Konstellation berührt das Problem der Grundrechtsausübung des Jugendlichen (Artikel 2 Grundgesetz; Recht auf freie Entfaltung seiner Persönlichkeit und Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit) und der Grundrechtsausübung der Eltern (Artikel 6 Abs. 2 Grundgesetz; natürliches Recht der Eltern auf Pflege und Erziehung der Kinder).

Jedoch ist nach W. Roth (2003) „dem Interesse der in der Entwicklung schon weiter fortgeschrittenen Jugendlichen ausreichend dadurch Rechnung zu tragen, dass im familiären Innenbereich die Eltern bei ihren Erziehungsent-

scheidungen auf den konkreten Entwicklungsstand Rücksicht nehmen müssen und sich diese Pflicht unter Umständen sogar bis hin zu einem Anspruch auf elterliche Zustimmung zu einem bestimmten Rechtsgeschäft verdichten kann“ (S. 44). Zwar müssten Kinder/Jugendliche hinnehmen, dass familienrechtliche Normen den Eltern durch das grundgesetzlich geschützte Elternrecht gegenüber ihren Kindern verbindliche Erziehungsbefugnisse einräumen (Roth, 2003, S. 91). Dabei haben Eltern das Recht, frei von staatlichen Vorgaben selbst zu bestimmen, worin das Wohl ihres Kindes bestehe und wie dieses am besten zu fördern sei (Roth, 2003, S. 117 ff), sie besitzen eine „Definitionscompetenz“ autonom festzulegen, was in ihren Augen Kindeswohl und Erziehungsziel ist.

Jedoch haben Eltern bei der Erziehung die wachsende Fähigkeit und das wachsende Bedürfnis des Kindes zu selbständigem verantwortungsbewusstem Handeln zu berücksichtigen (§ 1626 Abs. 2, BGB), elterliche Erziehung muss in der Regel mit Zunahme der körperlichen, geistigen und seelischen Entwicklung und Reifung des Jugendlichen schrittweise zurücktreten. Dies kann dazu führen (Roth, 2003, S. 138), dass Eltern bestimmte Grundrechtsausübungen ihrer Kinder nicht verbieten können, oder auch, dass bestimmte Maßnahmen mit Eingriff in die personenbezogenen Rechte des Kindes/Jugendlichen nicht ohne dessen Einwilligung möglich sind (Teil-mündigkeit des Kindes).

Die Frage, ob ein einwilligungsfähiger Minderjähriger mit dem Psychotherapeuten eine Psychotherapie vereinbaren kann, sei bislang rechtlich ungeklärt (siehe hierzu: Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis, 2003, 1115) jedoch bedürfe es keiner Einwilligung der Sorgeberechtigten, wenn der Minderjährige

sozialversichert ist und 16 Jahre alt ist (§ 36 Abs. 1 SGB I).

Gemeinsames Sorgerecht nach Scheidung und Behandlungseinwilligung

Geht man bei Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung eines Kindes in der Regel davon aus, dass die Antragsteller (Eltern) dies einvernehmlich wünschen, ist dies allerdings bei der Konstellation geschiedener Eltern nicht unbedingt vorauszusetzen. Gerade hierbei ist zu vermuten, dass es bezüglich Erziehungszielen und der jeweiligen Vorstellung des Kindeswohls von Vater bzw. Mutter deutliche Differenzen geben kann. Unversehens kann der Beginn einer Kinderpsychotherapie den Kinderpsychotherapeuten in das Konfliktfeld zwischen den ehemaligen Ehepartnern hineinziehen. Dabei ist grundsätzlich zu beachten, dass nach dem neuen Kind-schaftsrecht (seit 1.7.1998) nach der Scheidung weiterhin das gemeinsame Sorgerecht gilt.

Nach § 1687 BGB müssen getrennt lebende Eltern, denen die elterliche Sorge gemeinsam zusteht, bei Entscheidungen in Angelegenheiten, deren Regelung für das Kind von erheblicher Bedeutung ist, gegenseitiges Einvernehmen herbeiführen. Das Elternteil, bei dem das Kind wohnt, hat die Befugnis zur alleinigen Entscheidung in Angelegenheiten des täglichen Lebens, wie beispielsweise Organisation des täglichen Lebens, Freizeitgestaltung, Kleidung, Hausaufgaben, Arztbesuche. Als Angelegenheiten von erheblicher Bedeutung sieht T. Keller (1999) Grundsatzentscheidungen des Umgangs, Bestimmung des Religionsbekenntnisses (§ 2 Abs. 1 RKEG), aber auch Grundfragen der tatsächlichen Betreuung, des Erziehungsstils, des Fernsehkonsums, Fra-

gen der Hygiene, der Gewalterziehung, der Ausübung teurer Sportarten, ebenso wie grundlegende Fragen der Gesundheitsvorsorge (Keller, 1999, S. 87). Hierzu würde auch die geplante Behandlung bei einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gehören.

Der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut sollte daher in jedem Fall eine eindeutige Klärung herbeiführen (siehe Management Handbuch, 2003, 1115, Fußnote 5), beide Elternteile müssen ihre Zustimmung zu einer Psychotherapie ihres Kindes erklären (z. B. durch Unterschriften auf dem Therapievertrag). Verweigert ein Elternteil die Zustimmung, muss der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut die Behandlung aussetzen, bis eine gerichtliche Entscheidung durch den einen Elternteil herbeigeführt ist. Das Familiengericht kann die fragliche Angelegenheit (hier: Heilbehandlung) auf einen Elternteil übertragen (Keller, S. 88). Allerdings genügt in akuten Fällen (Suizidgefahr) die Zustimmung eines Elternteils, der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut darf mit der Behandlung beginnen, jedoch hat der eine Elternteil den anderen unverzüglich zu benachrichtigen (Notvertretungsrecht).

So muss nach einem Urteil des OLG Bamberg (AZ: 7 UF 94/02) die Entscheidungskompetenz einem Elternteil übertragen werden, wenn sich geschiedene Eltern nicht einvernehmlich für oder gegen eine medizinische Therapie ihres gemeinsamen Kindes entscheiden können.

Eine solch hochproblematische Konfliktlage zu Beginn einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie hat Implikationen für die Behandlung selbst und die Stellung, die der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut sowohl gegenüber dem Kind als auch den beiden Elternteilen einnimmt. Die

Behandlung selbst ist Gegenstand der Auseinandersetzung der Eltern geworden, eine neutrale Haltung des Therapeuten gegenüber beiden Elternteilen kaum mehr möglich. Auch das Kind/der Jugendliche kann den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als „parteiisch“ erleben, zumindest was die Notwendigkeit und Indikation der Behandlung betrifft.

Schweigepflichtsproblematik bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapien

Eine andere Besonderheit im Setting einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist die Gestaltung und Wahrung der Schweigepflicht (§ 203 StGB „Verletzung von Privatgeheimnissen“). Die vertragliche Schweigepflicht besteht grundsätzlich nur gegenüber dem Patienten als Vertragspartner des Arztes/Therapeuten, bei minderjährigen Kindern/Jugendlichen werden die Eltern Vertragspartner (Vertrag zugunsten Dritter) (Bender und Schreiber, in Lehmkuhl, 2003, S. 156 ff).

So unterliegt der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut der Schweigepflicht nach außen, gegenüber Dritten, also auch gegenüber Lehrern, wenn es um schulische Probleme geht, oder gegenüber dem Jugendamt, wenn dieses im Rahmen der freiwilligen Jugendhilfe in den Fall involviert ist. Selbst gegenüber dem behandelnden Haus- oder Kinderarzt ist die Schweigepflicht grundsätzlich zu wahren, solange keine entsprechende Entbindung durch die Sorgeberechtigten vorliegt.

Regelungen zur Schweigepflicht werden in den Berufsordnungen der Landespsychotherapeutenkammern getroffen. Dort wird festgehalten, dass Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsycho-

therapeuten zur Offenbarung nur beauftragt sind, wenn sie entweder von der Schweigepflicht entbunden sind oder die Offenbarung zur Wahrung eines im konkreten Fall überwiegend öffentlichen oder privaten Interesses erforderlich ist. Bei Gefährdung des Patienten oder Selbstgefährdung hat der Behandler unter Abwägung zwischen der Schweigepflicht und der Fürsorgepflicht die erforderlichen Vorkehrungen zur Gefahrenabwehr zu treffen. Werden Personen des sozialen Umfelds in eine Psychotherapie einbezogen, wie bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapien oft üblich, ist besonders verantwortlicher Umgang mit Auskünften gegenüber solchen Drittpersonen erforderlich, auch wenn eine Schweigepflichtsentbindung vorliegt.

Grundsätzlich sollte im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung eines Kindes/eines Jugendlichen auch die Schweigepflicht gegenüber den oder dem Sorgeberechtigten und anderen Bezugspersonen gelten. Nach Pulverich (2001) ist bei Jugendlichen ab dem 14. Lebensjahr von fortgeschrittener Einsichts- und Urteilsfähigkeit auszugehen, so dass ihm/ihr ein entsprechendes Selbstbestimmungsrecht zukomme und er/sie auf der Einhaltung der Schweigepflicht gegenüber den Eltern bestehen könne. Auch hier sollte für Gespräche mit den Bezugspersonen (Elterngespräche) mit den Kindern geklärt werden, welche Themen aus der Therapie mit den Eltern besprochen werden dürfen, und worüber weiterhin die Schweigepflicht bestehen bleibt, es sei denn, besondere Erfordernisse, die der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut genauestens abwägen muss, machen es unumgänglich, die Sorgeberechtigten in Kenntnis zu setzen. Darüber hat der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut den Patienten zu informieren.

Schlussfolgerungen

Die Aktualität solcher Fragestellungen wird angesichts bereits vorliegender Beschwerden in den Schlichtungsstellen der Psychotherapeutenkammern von Vätern, die nicht ihre Einwilligung zur psychotherapeutischen Behandlung ihres Kindes erteilt haben, deutlich. Auch die Landesarbeitsgemeinschaft Erziehungsberatung (LAG Hessen) weist in ihrem jüngsten LAG Info (23/2003) ausdrücklich darauf hin, dass laut dem 31. Tätigkeitsbericht des Hessischen Datenschutzbeauftragten (2002) leibliche Eltern, auch wenn sie nicht sorgeberechtigt sind, einen Auskunftsanspruch hinsichtlich der Daten ihres Kindes haben (vgl. LAG Info23/03, S. 168). Ein Informationsrecht der Eltern habe dort seine Grenzen, wo zu erwarten sei, dass durch die Auskunft an die leiblichen Eltern das Wohl des Kindes beeinträchtigt oder notwendige Maßnahmen konterkariert werden würden. Die Gründe für eine eventuelle Ablehnung der Auskunft müssen schriftlich fixiert werden.

Die Erörterung solcher Problemkonstellationen erscheint dringend, um eine Sensibilisierung für ethische, juristische und datenschutzrechtliche Fragen zu erreichen. Bei Unklarheiten

in der Rechtsbeziehung ergeben sich vielfältige Möglichkeiten des Agierens von Patienten und Angehörigen, die eine ordnungsgemäße Psychotherapie gefährden können. Während in Kliniken und Beratungsstellen solche Themen im Team besprochen werden können (Problem- und Fallanalysen), stellt sich dies in der ambulanten Praxis für den niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten anders dar. Hier zeigt sich die Notwendigkeit fortlaufender Supervision und Intervention zur Erhöhung der Kompetenz der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auch bezüglich ethischer Problemanalysen. Die Fortbildungsordnungen der Landespsychotherapeutenkammern sollten auf diese Themenbereiche besonderen Wert legen.

Literaturangaben

- Behnen, E., Bell, K., Schmid, R., Gerlach, H., Best, D., Schirmer, H.-D. (Hrsg.) (2003). *Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis*. Heidelberg: R. v. Decker's Verlag.
- Bender, D. & Schreiber, H.-L. (2003). Grenzen der Schweigepflicht des Arztes. In U. Lehmkuhl (Hrsg.). *Ethische Grundlagen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. S. 155 ff, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Keller, T. (1999). *Das gemeinsame Sorgerecht nach der Kindschaftsreform – Ein Leitfaden für die Praxis, Kindschaftsrechtliche Praxis*. Köln: Bundesanzeiger Verlag.

Landesarbeitsgemeinschaft für Erziehungsberatung in Hessen e.V. (Hrsg.) (2003). *LAG Info Nr. 23*. Frankfurt/M.

Lehmkuhl, U. (Hrsg.) (2003). *Ethische Grundlagen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Pulverich, G. (2001). Rechtliche Bedingungen. In G.W. Lauth, U.B. Brack & F. Linderkamp (Hrsg.), *Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen*. S. 15.27. Weinheim: PVU.

Roth, W. (2003). Die Grundrechte Minderjähriger im Spannungsfeld selbständiger Grundrechtsausübung, elterlichen Erziehungsrechts und staatlicher Grundrechtsbindung. In: *Schriften zum Öffentlichen Recht*. Berlin: Duncker & Humboldt.

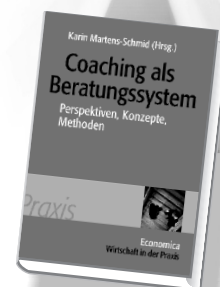
Dipl.-Psych. Marion Schwarz

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin
Vorstandsmitglied der Kammer für PP und KJP Hessen
Am Markt 8
36251 Bad Hersfeld
Praxis-Schwarz@t-online.de

Personalberatung mit System

Das vorliegende Werk leistet auf hohem Niveau einen fundierten Beitrag zur weiteren Professionalisierung von Coaching als Beratungsinstrument in Unternehmen und Organisationen: Was kann Coaching, was dürfen die Klienten erwarten und was ist der Unterschied zu anderen Beratungsformen? Gleichzeitig regt das Buch immer wieder zur (Selbst-)Reflexion über die Praxis des Coaching an. Neben fundierten Beiträgen zu unterschiedlichen Aspekten von Coaching wird die bislang größte qualitative Untersuchung zu den Erfahrungen mit Coaching aus der Nutzerperspektive vorgestellt: Ergebnisse aus 31 Interviews mit Führungskräften aus verschiedenen Branchen geben einen interessanten Einblick in die Praxis des Coaching aus Sicht der Klienten – und führen zu aufschlussreichen Erkenntnissen für die Anwender.

Coaching als Beratungssystem Perspektiven, Konzepte, Methoden
Herausgegeben von Dr. Karin Martens-Schmid. 2003. X, 310 Seiten. Gebunden.
€ 54,- ISBN 3-87081-288-5 (Wirtschaft in der Praxis)



Economica, Verlagsgruppe Hühthig Jehle Rehm GmbH, Kundenbetreuung München
Emmy-Noether-Straße 2, 80992 München, Bestell-Tel. 089/54852-8178, Fax 089/54852-8137
E-Mail: kundenbetreuung@hjr-verlag.de

Economica
www.economica-verlag.de

Frankreich regelt Psychotherapie oder „Touche pas à mon psy!“

Rainer Richter

Institut für Psychotherapie der Universität Hamburg

Auch in Frankreich wird Psychotherapie von Klinischen Psychologen, Ärzten – das sind vor allem Psychiater – und Angehörigen anderer Berufe angeboten, allerdings nicht im vergleichbaren Umfang von den Krankenkassen bezahlt. Psychotherapie in den zahlreichen staatlichen Beratungs- und Behandlungszentren, in denen überwiegend Klinische Psychologen arbeiten, ist kostenfrei, bei niedergelassenen Psychologen hingegen zahlen die Kassen nicht. Und ebenso wie in vielen anderen Ländern ohne gesetzliche Regelungen ist das Spektrum der psychotherapeutischen Verfahren bunt, und die Qualifikation der Behandler ist in vielen Fällen unklar bis unzureichend. Und auch in Frankreich scheiterte (2001) ein Versuch, das Feld gesetzlich zu regeln: Ärzte und Psychologen lehnten einmütig den Entwurf für ein Gesetz ab, *neben* dem Psychiater und dem ebenfalls gesetzlich geregelten Psychologen den Beruf des Psychotherapeuten einzurichten und damit „österreichische Verhältnisse“ zu schaffen.

Die Wortgefechte zu einer gesetzlichen Regelung standen in ihrer Heftigkeit den Debatten in Deutschland nicht nach: Die Psychiater beanspruchten wenn nicht das Behandlungsmonopol, dann doch zumindest die alleinige Kompetenz zur Indikationsstellung, die in Frankreich gesellschaftlich ungleich stärker anerkannten und einflussreicheren Psychoanalytiker (im Chor mit den Verbänden der Behandler ohne universitäre Ausbildung) warnten vor der Medikalisierung der Psychotherapie und vor staatlicher Kontrolle, während die Klinischen Psychologen, deren Tätigkeit bereits jetzt staatlich kontrolliert wird, die Gleichberechtigung mit den ärztlichen Psychotherapeuten und die Honorierung durch die Krankenkassen fordern.

Schließlich war es wie seinerzeit in Deutschland ein Forschungsgutachten, das Bewegung in die festgefahrene Diskussion brachte. Eine hochrangig besetzte Kommission aus Psychiatern, Psychologen und Psychoanalytikern (diese Differenzierung ist eine französische Spezialität) schlug u. a. vor, die psychotherapeutischen Verfahren auf der

Grundlage einer wissenschaftlichen Evaluation des INSERM zuzulassen, eine staatliche Liste der zur Ausübung der Psychotherapie berechtigten Personen zu führen, die Indikation für eine Psychotherapie an die befürwortende Stellungnahme eines Psychiaters zu binden und die klinische Ausbildung der Psychologen zu verbessern.

Ein nächtlicher coup

Die scheinbare Ruhe nach den stürmischen Debatten war im vergangenen Oktober jäh zu Ende, als die französische Nationalversammlung – in einer Nachtsitzung und von der Öffentlichkeit völlig unbemerkt – im Rahmen der ersten Lesung des neuen Gesundheitsgesetzes einstimmig einem Änderungsantrag der Regierungsfraktion zustimmte, in einem Zusatzartikel mit wenigen Sätzen die Ausübung der Psychotherapie zu regeln: Psychotherapie darf nur von Psychiatern bzw. Ärzten oder Psychologen mit einer psychotherapeutischen Qualifikation ausgeübt werden. Diese Qualifikationen und insbesondere die zugelassenen Psychotherapieverfahren werden durch das Gesundheitsministerium festgelegt. Personen ohne diese Qualifikation, die in der Vergangenheit schon länger als 5 Jahre psychotherapeutisch tätig waren, müssen sich einer Überprüfung ihrer Kenntnisse und praktischen Fähigkeiten durch eine ebenfalls vom Gesundheitsministerium besetzte Kommission unterziehen (Übergangsbestimmung). So der in erster Lesung beschlossene Gesetzestext.

Protest und Aufklärung

In den Monaten danach erhob sich ein wahrer Proteststurm, dessen Ausläufer bis in die Tagespresse reichten. So berichtete etwa die linksliberale Tageszeitung *Le Monde* wiederholt und veröffentlichte zahlreiche Leserbriefe, in denen diskutiert wurde, ob eine gesetzliche Regelung der Ausübung von Psychotherapie nötig sei, was von vielen Akteuren des Gesundheitssystems klar bejaht, von

den Verbänden der Psychotherapeuten, die weder Ärzte noch Psychologen sind, vehement verneint wird. „Touche pas à mon psy!“ (lass die Finger von meinem Therapeuten!) war die Kampfparole, die auf mehreren Protestveranstaltungen ausgegeben wurde, und „wir brauchen keine ‚Kommissare für’s Unbewusste‘ oder ‚Prä-fekten für die Seele‘“.

Immerhin wurde die Öffentlichkeit durch diese breite Diskussion wieder einmal auf die epidemiologische und ökonomische Bedeutung psychischer Störungen aufmerksam, die auch für Frankreich gilt. Nach einer Erhebung der staatlichen Krankenkasse kaufen an die 25% der Bevölkerung mindestens einmal im Jahr ein ärztlich verschriebenes Psychopharmakon, und im selben Zeitraum sind etwa 5 Mio Personen in psychotherapeutischer Behandlung.

Und es wurde eine öffentliche Diskussion über den Standort der Psychotherapie nicht nur unter ökonomischen Gesichtspunkten angestoßen: Kann/soll/muss Psychotherapie als Heilkunde Teil der medizinischen Versorgung sein oder muss sie nicht gerade deswegen, weil sie sich mit Problemen und Krisen befasst, die in der Entwicklung des Menschen typischerweise auftreten, außerhalb dessen angesiedelt sein?

Im Senat

Die Regierung, auch Teile der linken Opposition und die große Mehrheit der Fachleute sehen nach wie vor die Notwendigkeit, die Ausübung von Psychotherapie gesetzlich zu regeln. Das zeigte auch die erste Lesung dieses Artikels im Senat, der zweiten Kammer, am 19. Januar 2004. Die mehr als einstündige Debatte wurde zum Teil auf einem hohen fachlichen Niveau geführt. Nicht nur Senatoren der französischen Linken sondern auch einige aus dem konservativen Lager wiesen auf die Besonderheiten der therapeutischen Beziehung hin, die sich einer Normierung und Quantifizierung entziehe. Es wurde gefordert, die Vielfalt der psychotherapeutischen Methoden zu bewahren,

und es wurde aus Freuds Werken zitiert und der Tod der Psychoanalyse prognostiziert, wenn die Psychotherapie unter die Vormundschaft der Medizin gestellt werde. In mehreren Voten wurde der besondere Einfluss der Psychoanalyse auf das gesellschaftliche Leben in Frankreich – weniger als Behandlungsverfahren sondern eher aufgrund des von ihr vermittelten Menschenbildes – hervorgehoben: Lacan, Dolto, Devereux wurden beschworen. Erst vor dem Hintergrund dieser im Vergleich zu Deutschland ungleich stärkeren gesellschaftlichen Akzeptanz und des dadurch möglichen politischen Einflusses ist die Regelung zu erklären, auf die sich der Senat dann mit großer Mehrheit einigte: Die Berufsbezeichnung „Psychotherapeut“ ist auf diejenigen Personen beschränkt, die im nationalen Psychotherapeutenregister eingeschrieben sind. Von der Einschreibung befreit sind Ärzte, Psychologen und Psychoanalytiker, soweit sie von ihrer jeweiligen Fachgesellschaft anerkannt sind. Alles Weitere wird in Ausführungsbestimmungen geregelt, die vom zuständigen Gesundheitsministerium erlassen werden.

Mit diesem veränderten Entwurf muss sich nun die Nationalversammlung in zweiter Lesung befassen. Es wird damit gerechnet, dass die Regelung in dieser Form eine breite Mehrheit findet.

Folgen, auch für Europa

Damit wird Frankreich nicht die Ausübung der Psychotherapie sondern die Berufsbezeichnung „Psychotherapeut“ gesetzlich regeln. Der Gesetzgeber verlegt die Entscheidung darüber, welche Behandlungsverfahren unter welchen Bedingungen bei welchen Erkrankungen zulässig sind (und von den Krankenkassen bezahlt werden) in die Exekutive. Es ist davon auszugehen, dass sich auch Ärzte und Psychologen in das Psychotherapeutenregister eintragen werden, wenn sie die Berufsbezeichnung Psychotherapeut führen wollen. Wie groß die Gruppe der Psychotherapeuten sein wird, die weder Arzt noch Psychologe sind, hängt ausschließlich von den Ausführungsbestimmungen des Gesundheitsministeriums ab und lässt sich derzeit noch nicht vorhersagen. Aufgrund der bisherigen politischen Äußerungen der Mitte-Rechts-Regierung ist jedoch mit eher restriktiven Regelungen zu rechnen.

Auf europäischer Ebene bedeutet die Entwicklung in Frankreich eine Stärkung der deutschen und italienischen Position, nach der die psychotherapeutische Qualifikation ein abgeschlossenes Studium der Medizin oder Psychologie (bzw. in Deutschland auch Pädagogik oder Sozialpädagogik) und eine darauf aufbauende mehrjährige Weiter- bzw. Ausbildung voraussetzt. Die Chancen, dass sich eine verbindliche europäische Qualifikation für die Ausübung der Psychotherapie an diesem Standard orientiert, sind damit gestiegen. Dieses ist umso wichtiger, als die Verfechter des österreichischen Modells eine aktive Lobby-Politik mit dem Ziel betreiben, den Beruf des Psychotherapeuten auch auf europäischer Ebene mit einer deutlich niedrigeren Qualifikation zu definieren.

Univ.-Prof. Dr. Rainer Richter

Institut für Psychotherapie
der Universität Hamburg
v.-Melle-Park 5
20216 Hamburg
richter@uni-hamburg.de

- 1 Die Ausbildung nach dem österreichischen Psychotherapiegesetz ist ohne abgeschlossenes Hochschulstudium möglich und dauert mindestens 3215 Stunden (zum Vergleich: 4200 Stunden gem. PsychThG)
- 2 Plan d'action psychiatrie et santé mentale : Rapport d'étape de la mission Cléry-Melin remis au ministre de la santé (15 sept 2003)
<http://www.senat.fr/dossierleg/pj103-019.html> – item_manuelbas
- 3 Institut Nationale de la Santé et de la Recherche Médicale
- 4 Projet de loi relatif à la politique de santé publique
<http://www.senat.fr/dossierleg/pj103-019.html>

Recht: Aktuell

Praxistipps – Hinweise – Informationen

Hartmut Gerlach

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

BAT-Recht

III. Teil – (Fortsetzung und Schluss von BAT II. Teil in: Psychotherapeutenjournal 4/2003, S. 286 ff.)

Der BAT – Ein Auslaufmodell!

Deutschland unter Reformdruck: GKV-Modernisierungsgesetz (GMG), Reform des Arbeitsförderungs- und des Sozialhilferechts (SGB II. Buch und XII. Buch), Reform der Rentenversicherung und des Steuerrechts mögen als Stichworte genügen. Doch es wird nicht dabei bleiben. Eine Reform des BAT zeichnet sich ebenso dringlich wie notwendig ab. Noch mögen die Tarifparteien ihren Mitgliedern suggerieren, eine Reform werde den erworbenen Besitzstand im Wesentlichen bewahren. Gerade um diese Bewahrung wird aber die Auseinandersetzung gehen (müssen) – verbunden mit hochkomplexen Rechtsfragen. Der BAT ist in seiner heutigen Gestalt reif zur Ablösung, weil zu kompliziert und kaum mehr bezahlbar. Entweder werden sich die Tarifparteien auf ein grundlegend neues „**Tarifrecht des öffentlichen Dienstes (TvöD)**“ anstelle des BAT einigen, oder aber dem **BAT** laufen am Ende die öffentlichen Tarifpartner davon („Flucht aus der Tarifbindung“). Wirft man zudem einen Blick auf die astronomische öffentliche Verschuldung (sog. explizite und implizite Staatsschuld im Jahre 2000: 1300 Milliarden plus 3000 Milliarden, also ca. 4300 Milliarden Euro, zit. nach dem ehemaligen Bundestagsabgeordneten und haushaltspolitischen Sprecher der Grünen *Oswald Metzger* in: „Einspruch! Wider den organisierten Staatsbankrott“, 2. Aufl., 2003, S. 164f.), dann muss eigentlich deutlich werden, dass – neben dem Beamtenrecht – u. a. auch der BAT, der immerhin Geltung für mehr als drei Millionen Arbeitsverhältnisse beansprucht, nicht unberührt bleiben kann.

Aber wieso denn diese Unkenrufe? Im Januar 2003 haben die Tarifpartner doch Einigkeit darüber erzielt, auf der Grundlage einer sog. **Prozessvereinbarung** das gesamte **Tarifrecht** des öffentlichen Dienstes möglichst **bis** Ende Januar **2005 neu zu gestalten**. So wollen sie sich dabei v. a. von folgenden Zielen leiten lassen (siehe auch Psychotherapeutenjournal 4/2003, S. 300):

- Stärkung der Effektivität und Effizienz des öffentlichen Dienstes,
- Aufgaben- und Leistungsorientierung,
- Straffung, Vereinfachung und Transparenz,
- Lösung vom Beamtenrecht
- und einheitliches Tarifrecht für Angestellte und Arbeiterinnen/Arbeiter.

Einer von den Tarifparteien eingerichteten „zentralen Lenkungsgruppe“ ist zudem die Aufgabe übertragen worden, die einzelnen Regelungsgegenstände aufzulisten, diese allgemein bzw. spartenspezifisch zu ordnen und auszuarbeiten und dafür Projektgruppen einzurichten. Beabsichtigt ist, den **TvöD** in einen Allgemeinen Teil und in einen Besonderen Teil aufzugliedern. Der Allgemeine Teil wird sich mit einheitlichen Regeln dem öffentlichen Dienst in seiner Gesamtheit widmen, der Besondere Teil dem spezifischen Tarifrecht für die Verwaltungen, Krankenhäuser, Sparkassen, Flughäfen und Entsorgungsbetriebe. Die Inhalte dieser „Prozessvereinbarung“ lesen sich wahrlich gut. Ist das neue Tarifrecht also auf dem besten Weg? Weit gefehlt! Die Zielvorstellungen der Gewerkschaft ver.di einerseits und die der Arbeitgeberseite (Bund, Tarifgemeinschaft deutscher Länder – TDL und Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände – Vka) andererseits stehen einander – fast – wie Feuer und Wasser gegenüber. Während z. B. ver.di ein attraktives, zukunftsorientiertes und diskriminierungsfreies Bewertungs- und Eingruppierungs-

system anstrebt, welchem einheitliche Bewertungskriterien zugrunde liegen und das Zusatzqualifizierungen honoriert, will eine vom Land NRW eingesetzte Expertenkommission u. a. die Beschäftigten des öffentlichen Dienstes entsprechend ihren Leistungen bezahlen. Sie empfiehlt ein Modell mit einer festen Basisvergütung zuzüglich einer (einen nicht unerheblichen Anteil ausmachenden) variablen Leistungsvergütung. Ferner sollen alle zukünftigen Arbeitsverhältnisse des öffentlichen Dienstes in die Gesetzliche Rentenversicherung (GRV) einbezogen (Stichwort: „Einheitsangestellter“, vgl. Süddeutsche Zeitung v. 12.1.04, S. 2) und zusätzlich in eine neu zu gestaltende Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes eingebunden werden (Kuner „BAT 2003/2004 – Grundlagen und aktuelle Entwicklungen“, München 2003, S. 4 ff.).

Nun, niemanden kann es überraschen, dass die **Tarifpartner diametrale Positionen** vertreten. Es kommt aber schlimmer: Die Tarifvertragsparteien untereinander sind z. T. selbst zerstritten. Zwischen Bund/Länder und dem Vka (Arbeitgeberseite) selbst bestehen tiefgreifende Meinungsunterschiede. Nicht genug damit: Berlin hat im Februar 2003 seinen fristlosen Austritt aus den kommunalen Arbeitgeberverbänden erklärt. Jener ist zwar vom Arbeitsgericht Berlin für rechtsunwirksam erklärt worden. Aber dieses Urteil bezog sich nur auf eine spätere nachgereichte außerordentliche Kündigung, die ordentliche, die bereits vorher ausgesprochen war, dürfte aber langfristig Wirkung entfalten. Gleichwohl konnte Berlin 2003 noch einmal an den Verhandlungstisch „gezwungen“ und zu seinem Abschluss gebracht werden. Aber es bedarf keiner prophetischen Gaben, dass die „**Flucht aus der Tarifbindung**“ durch Verbandsaustritt kein singuläres Ereignis (mehr) bleiben wird, und ob sich die Tarifparteien tatsächlich bis 2005 ei-

nigen können steht ebenso in den Sternen ...

Begründung, Inhalt und Beendigung des BAT-Arbeitsverhältnisses

Während das Schwergewicht einer BAT-Reform bei der Eingruppierung, der Vergütung, der Flexibilisierung und den Leistungsmerkmalen ansetzen wird, wird es gewiss hinsichtlich des Rechts der Arbeitsverhältnisse (z. B. Arbeitsvertrag) weniger einschneidende Änderungen geben. Die folgenden Ausführungen werden vermutlich auch künftighin Geltung beanspruchen können:

Beim **BAT-Arbeitsvertrag** handelt es sich zunächst um einen ganz normalen privatrechtlichen Arbeitsvertrag im Sinne des § 611 BGB. Der Arbeitsvertrag bestimmt gegenseitige Rechte und Pflichten und umschreibt rahmenmäßig die Leistungspflicht des Arbeitnehmers nach Zeit, Ort und Art der Arbeitsleistung. Gemäß § 4 Abs. 1 BAT wird der Arbeitsvertrag schriftlich abgeschlossen, wobei dem Angestellten eine Ausfertigung auszuhändigen ist. Nach der Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts (BAG) bedeutet diese Regelung aber nicht, dass ein schriftlicher Arbeitsvertrag Voraussetzung für ein wirksames Arbeitsverhältnis ist. Befristungen eines Arbeitsverhältnisses bedürfen hingegen der Schriftform (§ 14 Abs. 4 TzBfG – Teilzeitbefristungsgesetz). Bevor es indes zu einem Vertragsabschluss kommt, die Phase also, die die Juristen als „vorvertragliches Anbahnungsverhältnis“ bezeichnen, wird dem/der Bewerber/in wohl regelmäßig ein schriftlicher oder mündlicher Fragenkatalog vorgelegt werden. Diese Fragen hat sie/er wahrheitsgemäß zu beantworten, soweit es sich um **zulässige Fragen** handelt. Die Frage an eine Bewerberin, ob sie schwanger sei, so entschied es der Europäische Gerichtshof (EuGH NJW 2002, S. 123), ist z. B. eine unzulässi-

ge Frage. Wird sie wahrheitswidrig beantwortet, kann der Arbeitgeber auf diese Lüge keine Kündigung stützen.

Zentrale Bedeutung im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses nimmt das sog. **Direktionsrecht** ein. Je genauer die Tätigkeit des Arbeitnehmers, die Arbeitszeit und ähnliches im Arbeitsvertrag umschrieben ist, desto stärker wird das Direktionsrecht des Arbeitgebers eingengt. Für den Arbeitgeber ist also eine möglichst offene Fassung des Arbeitsvertrages günstiger (*Dassau/Wiesend-Rothbrust* „BAT-Kompaktcommentar“, 3. Aufl., München 2003, § 4 Rdnr. 25). Prüfen Sie daraufhin einmal Ihren Arbeitsvertrag: Sie werden feststellen, wie wenig er regelt, stattdessen aber auf den BAT verweist. Neuerdings findet sich das Direktionsrecht im § 106 Gewerbeordnung fixiert. Danach kann der Arbeitgeber Inhalt, Ort und Zeit der Arbeitsleistung nach billigem Ermessen näher bestimmen, soweit diese Arbeitsbedingungen nicht durch den Arbeitsvertrag, Bestimmungen einer Betriebsvereinbarung, eines anwendbaren Tarifvertrages oder durch gesetzliche Vorschriften festgelegt sind. Dies gilt auch hinsichtlich der Ordnung und des Verhaltens des Arbeitnehmers im Betrieb. Wie weit reicht denn nun das Direktionsrecht des Arbeitgebers im öffentlichen Dienst, wenn dem Arbeitsverhältnis der übliche – nur cursorisch die Tätigkeit umschreibende – Formulararbeitsvertrag zugrunde gelegt wurde? Dazu das BAG (Urteil v. 21.11.2002 – 6 AZR 82/01): Das Direktionsrecht des Arbeitgebers im öffentlichen Dienst erstreckt sich in der Regel auf alle Tätigkeiten, die die Merkmale der Vergütungsgruppe erfüllen, für die der Arbeitnehmer eingestellt worden ist. Dabei ist es z. B. unerheblich, ob aus der einschlägigen Fallgruppe der Vergütungsgruppe ein Bewährungsaufstieg in eine höhere Vergütungsgruppe möglich ist oder nicht. Es ist nicht rechtsmissbräuchlich, wenn also eine

Versetzung in eine Fallgruppe, aus der ein Bewährungsaufstieg nicht möglich ist, kurz vor Ablauf der Bewährungszeit erfolgt. Arbeitnehmern können also grundsätzlich auch andere Tätigkeiten zugewiesen werden, soweit diese Tätigkeiten den Merkmalen ihrer Vergütungsgruppe entsprechen.

Sie werden sich erinnern: Im Rahmen der Darstellung der „**Tarifautomatik**“ (Psychotherapeutenjournal 3/2003, S. 196) gemäß § 22 BAT heißt es, dass es bei der Eingruppierung entscheidend auf die „**auszuübende**, nicht auf die „ausgeübte Tätigkeit“ ankomme. Verkürzt lässt sich nun also folgende Bedingungskette („→“ = bedingt) zur Verdeutlichung des Sachzusammenhangs aufstellen:

Direktionsrecht aufgrund des Arbeitsvertrages → auszuübende Tätigkeit → Eingruppierung aufgrund der Tarifautomatik → Vergütung.

Eine wichtige Rolle spielen ferner die Begriffe Arbeitszeit, Beschäftigungszeit, Dienstzeit und Arbeits- und Rufbereitschaft. **Arbeitszeit** ist im Allgemeinen die Zeit, von Beginn bis zum Ende der Arbeit ohne Ruhepausen. Geregelt ist diese im Arbeitszeitgesetz. Die Festlegung der Arbeitszeit unterliegt weitgehend der Regelung durch Tarifvertrag sowie der Abmachung im Einzelarbeitsvertrag. Der BAT unterscheidet dabei verschiedene Zeitrechnungen: Arbeitszeit (§§ 15 ff. BAT), Beschäftigungszeit (§ 19 BAT) sowie Dienstzeit (§ 20 BAT). Die **Beschäftigungszeit** orientiert sich ausschließlich an den Zeiten einer Beschäftigung bei ein und demselben Arbeitgeber. Die **Dienstzeit** hingegen meint alle Zeiten einer Tätigkeit im öffentlichen Dienst. Diese ist u. a. maßgeblich für die Gewährung von Krankengeldzuschuss, die Dauer der Kündigungsfristen, den Eintritt der Unkündbarkeit, den Ausschluss der Änderungskündigung und das Ende

des Arbeitsverhältnisses wegen verminderter Erwerbsfähigkeit ohne Zusatzversorgung (§ 59 Abs. 2 BAT) sowie für die Berechnung der Dienstzeit mit den daraus folgenden Ansprüchen (§ 20 Abs. 1 BAT). **Arbeitsbereitschaft** liegt vor, wenn der Arbeitnehmer dem Arbeitgeber am Arbeitsplatz zur Verfügung steht und sich ständig bereithalten muss, um im Bedarfsfall von sich aus tätig zu werden (§ 15 Abs. 6 a BAT). **Rufbereitschaft** hingegen ist dadurch gekennzeichnet, dass der Arbeitnehmer sich nicht an einer vom Arbeitgeber bestimmten Stelle bereithalten, sondern nur jederzeit erreichbar sein muss, um seine beruflichen Aufgaben auf Abruf unverzüglich wahrnehmen zu können (§ 15 Abs. 6 b BAT). Höchst umstritten hingegen ist das **Verhältnis zwischen Bereitschaftsdienst und Arbeitszeit**. Nach dem o. e. deutschen Arbeitszeitgesetz sind Zeiten des Bereitschaftsdienstes der Ruhezeit zuzuordnen. Nach dem Urteil des EuGH vom 03.10.2000 ist Bereitschaftsdienst, während dessen ein Arbeitnehmer in den Räumlichkeiten des Arbeitgebers anwesend sein muss, in vollem Umfang Arbeitszeit im Sinne der EU-Arbeitszeitrichtlinie. Diese EU-Richtlinie betrifft indessen nur den öffentlich-rechtlichen Arbeitsschutz (vgl. auch Psychotherapeutenjournal 3/2003, S. 198).

Auch wenn es schwer fällt zu glauben: **Kündigungen im öffentlichen Dienst** wegen Sparmaßnahmen sind inzwischen keine Seltenheit mehr. Ein betriebliches Erfordernis, um von Arbeitgeberseite eine Kündigung durchzusetzen, kann sich insbesondere dann ergeben, wenn durch den **Haushaltsplan** bestimmte, nach sachlichen Merkmalen bezeichnete Stellen für Betriebe und Verwaltungen des öffentlichen Rechts gestrichen werden, also wenn im Zuge allgemeiner Einsparungen organisatorische oder technische Veränderungen vorgenommen werden, die dazu führen, dass bestimmte Arbeits-

plätze fortfallen. Eine solche „unternehmerische“ Entscheidung ist von den Arbeitsgerichten nicht nachprüfbar; nur die konkrete Durchführung unterliegt in vollem Umfang der gerichtlichen Kontrolle. Das Anbringen eines sog. **kw-Vermerks** („künftig wegfallen“) bei einer Stelle im Haushaltsplan stellt nur dann kein dringendes betriebliches Erfordernis dar, wenn hierfür kein bestimmter Zeitpunkt angegeben ist (BAG BB 1979, S. 424). Die **Drittmittelfinanzierung** von Arbeitsverträgen und die Entscheidung des Drittmittelgebers, die Zuwendung, z. B. für ein bestimmtes Forschungsvorhaben, zu kürzen oder völlig zu streichen, stellt für sich allein noch keinen betriebsbedingten Kündigungsgrund dar. Der Zuwendungsempfänger (öffentlicher Dienst) muss vielmehr noch entscheiden, ob und welche Vorhaben er weiterführt. Führt dann diese Entscheidung zum Wegfall von Arbeitsplätzen, kann er den davon betroffenen Arbeitnehmern aus betriebsbedingten Gründen kündigen (BAG NJW 1981, S. 301). Auch **Rationalisierungsmaßnahmen** können ebenfalls ein betriebliches Erfordernis im Sinne einer betriebsbedingten Kündigung abgeben. Hierbei sind allerdings die „Tarifverträge über den Rationalisierungsschutz für Arbeiter und Angestellte des Bundes und der Länder“ vom 09.01.1987 zu beachten. Auch in Fällen von **Privatisierung** sind betriebsbedingte Kündigungen möglich, wenn Arbeitnehmer dem Übergang des Arbeitsverhältnisses im Rahmen des § 613 a BGB auf den neuen Arbeitgeber widersprechen. In einem aktuellen Urteil des BAG heißt es u. a.: „Im öffentlichen Dienst kann die unternehmerische Organisationsentscheidung darin liegen, dass in einem Haushaltsplan eine Stelle gestrichen, ein kw-Vermerk angebracht oder aus einem Personalbedarfsplan die Stelle nicht mehr ersichtlich wird. Es gehört auch im öffentlichen Dienst zum Entscheidungsspielraum des Arbeitgebers, die Anzahl der Arbeitskräfte zu bestimmen, mit denen

eine Arbeitsaufgabe erledigt werden soll. Unerheblich ist, wenn sich der Beschluss der Verwaltung/Körperschaft nicht auf einen bestimmten einzelnen Arbeitsplatz bezieht". Der durch Klage angegriffene Beschluss reduzierte unmittelbar das Beschäftigungsvolumen in einem bestimmten Arbeitsbereich. Diese Regelung war dem BAG als „unternehmerisches Konzept“ durchaus ausreichend. Nach Meinung des BAG reicht es also auch aus, wenn sich eine kleine Stadtgemeinde zulässigerweise an den Grundsatz hält, ihren Personalbestand an gesetzlichen Bedarfsschlüsseln und an der damit gegebenen Finanzierbarkeit zu orientieren (BAG-Urteil v. 22.05.03 – 2 AZR 326/02).

Bereits oben finden sich Ausführungen zur Beschäftigungszeit. Gemäß § 53 Abs. 3 BAT ist die ordentliche **Kündigung** von Arbeitnehmern mit einer **Beschäftigungszeit ab 15 Jahren ausgeschlossen**, wenn diese das 40. Lebensjahr vollendet haben. Allerdings bleibt das Recht, diesem „unkündbaren“ Angestellten dann zu kündigen, wenn in seiner Person oder in seinem Verhalten wichtige Gründe vorliegen, die eine fristlose Kündigung rechtfertigen (§ 55 Abs. 1 BAT). Bei jeder Kündigung aber gilt: Sie ist unwirksam, wenn der Personalrat nicht beteiligt worden ist.

Auch im öffentlichen Dienst gewinnen – wie Kündigungen – sog. **Aufhebungsverträge** immer mehr an Bedeutung, und zwar deshalb, weil durch ihren Abschluss ein Arbeitsverhältnis ohne Einhaltung von Fristen vorzeitig beendet werden kann. Hier ein grundsätzlicher Rat: Unterschreiben Sie niemals einen Aufhebungsvertrag, ohne

dass Sie sich **Rechtsrat** bei Ihrer Gewerkschaft oder bei einem Anwalt eingeholt haben! Die Rechtsprechung zur Wirksamkeit von Aufhebungsverträgen füllt übrigens inzwischen viele Bücher. Höchst umstritten ist dabei (noch), ob der Arbeitnehmer im Zusammenhang mit einem solchen Aufhebungsvertrag als „Verbraucher“ im Sinne des § 13 BGB anzusehen ist. Wäre das der Fall, so stünde ihm grundsätzlich ein Widerrufsrecht gemäß § 355 BGB zu. Eine Entscheidung des BAG steht noch aus. Die Landesarbeitsgerichte Brandenburg und Hamm (Urteile v. 30.10.2002 und 01.04.2003) verneinen indes eine Verbrauchereigenschaft und damit ein Widerrufsrecht.

(Schluss)

Ganz Recht: Wissen Sie eigentlich, dass:

Sie als *Selbständige/r* seit dem 1. Januar 2004 in Ihren **Rechnungen** bestimmte Angaben aufnehmen und die Rechnungen 10 Jahre aufbewahren müssen? – Diese Bestimmung findet sich im Steueränderungsgesetz 2003 vom 15.12.2003 (BGBl. I S. 2645, 2658) und gilt auch für Sie – als Unternehmer/in (§ 14 BGB). Wirklich relevant wird diese Bestimmung aber erst ab 01. Juli 2004. Im nächsten Psychotherapeutenjournal (2/2004) werden wir ausführlicher hierauf eingehen.

das OLG Hamm (NJW 2003, S. 3356) entschieden hat, dass in der Privaten Krankenversicherung auch nach dem In-Kraft-Treten des Psychotherapeutengesetzes eine **Klausel wirksam** ist,

die die **Erstattungspflicht von psychotherapeutischen Behandlungen auf approbierte Ärzte beschränkt (noch nicht rechtskräftig)**? Die Entscheidung steht im Gegensatz zu einem rechtskräftigen Urteil des LG Hamburg vom 02.08.2001 (Az: 332 O 82/01). Wir werden Sie weiter auf dem Laufenden halten.

auch *arbeitslose Psychotherapeuten/innen* entweder eine Praxis als „**Ich-AG**“ nach § 421 SGB III gründen **oder** stattdessen **Überbrückungsgeld** nach § 57 SGB III beantragen können? Im Unterschied zum Überbrückungsgeld ist die Ich-AG noch an keine formalen Voraussetzungen gebunden. Näheres im nächsten Psychotherapeutenjournal 2/2004.

das BAG (Urteil v. 16.10.2002 – 4 AZR 486/01) eine **Höhergruppierung** eines *angestellten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten* (KJP) nach BAT III abgelehnt hat, weil die von ihm *auszuübende* Tätigkeit (nicht zu verwechseln mit der ausgeübten Tätigkeit!) nicht der eines KJP, sondern der eines Sozialpädagogen entsprach? Auf dieses Urteil hat uns freundlicherweise der Kläger aufmerksam gemacht. Die Ausführungen im Urteil decken sich im Wesentlichen mit den Ausführungen zu diesem Thema im Psychotherapeutenjournal 4/2003, S. 286.

RA Hartmut Gerlach

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

Aktuelles aus der Forschung

Barbara Ripper

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Psychosen: Koprävalente Persönlichkeitsstörungen und Suizidrisiko

Moran, P., Walsh, E., Tyrer, P., Burns, T., Creed, F. & Fahy, T. (2003). Does co-morbid personality disorder increase the risk of suicidal behaviour in psychosis? Acta Psychiatr. Scand., 107(6), 441-448.

Bei psychotischen Patienten können koprävalente (komorbide) Persönlichkeitsstörungen die Entstehung, den Verlauf und die Behandlung der Erkrankung entscheidend beeinflussen. In der Studie der Londoner Forscher wurde der Einfluss koprävalenter Persönlichkeitsstörungen auf das suizidale Verhalten von 670 psychotischen Patienten untersucht. Das gleichzeitige Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung wurde mittels eines Persönlichkeits-Screening-Tests erhoben, während die Prävalenz von Suizidversuchen und die tatsächlich ausgeführter Selbstmorde in einer 2-jährigen Zeitspanne erfasst wurde.

Anhand einer logistischen Regression konnte gezeigt werden, dass die 186 Patienten (28%) mit koprävalenten Persönlichkeitsstörungen signifikant

stärker suizidgefährdet waren als die Gruppe ohne zusätzliche Persönlichkeitsstörungen. So zeigten 19% der psychotischen Patienten mit koprävalenten Persönlichkeitsstörungen, aber nur 9% der Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen suizidales Verhalten. Dieser Zusammenhang blieb auch nach Kontrolle möglicher anderer Einflussfaktoren wie der Diagnose einer affektiven oder schizoiden Störung, selbstverletzenden Verhaltensweisen, Borderline-Störungen sowie dem Vorliegen von impulsiven oder dissoziativen Störungen bestehen.

Kommentar: Eine parallel zu einer psychotischen Störung bestehende Persönlichkeitsstörung scheint das Suizidrisiko deutlich zu erhöhen. Da die Auswirkungen einer Persönlichkeitsstörung auch auf den Behandlungsverlauf und auf die Compliance entscheidenden Einfluss haben können, ist eine frühe und parallele Berücksichtigung einer möglichen Persönlichkeitsstörung in Diagnostik und Therapie entscheidend.

Klinische Studie zur Wirksamkeit der Psychoanalytischen Langzeittherapie und der psychodynamischen Psychotherapie

Rudolf, G., Grande, T. & Keller, W. (2003). Praxisstudie analytischer Langzeittherapien. Unveröffentlichte Studie, präsentiert auf der Tagung der Psychosomatischen Universitätsklinik Heidelberg "Zur Wirksamkeit von Psychoanalyse und Psychotherapie" am 17. / 18. Oktober 2003.

Seit 1996 untersuchten Forscher der Universitätskliniken Heidelberg und Berlin insgesamt 72 Personen, die an neurotischen und/oder Persönlichkeitsstörungen litten. Bei insgesamt 60% der psychoanalytisch behandelten Patienten (Behandlung mit einer Dauer von 240 bis 300 Stunden mit etwa drei Sitzungen pro Woche) wurde eine nachhaltige Persönlichkeitsveränderung nachgewiesen; wurde dagegen die Therapie im Setting einer psychodynamischen Psychotherapie (rund 50 bis

80 Stunden; etwa eine Sitzung pro Woche, diese werden meist als tiefenpsychologisch fundierte Therapien abgerechnet) durchgeführt, war ein vergleichbarer Effekt nur bei ca. 11% der Patienten feststellbar.

Sowohl die Patienten selbst als auch ihre Therapeuten und die wissenschaftlichen Beobachter der Studie wurden unabhängig voneinander aufgefordert, Merkmale der Strukturveränderung einzuschätzen. Bei psychoanalytisch behandelten Patienten waren intensivere Therapieprozesse und deutlichere Veränderungen zu beobachten, ihre Symptome gingen stärker zurück, das Selbsterleben wurde positiver und die Lebensqualität nahm stärker zu als bei Patienten mit kürzerer Therapie. Bei beiden Patientengruppen nahm die Zahl der berichteten

Belastungen ab und medizinische Leistungen wurden weniger häufig in Anspruch genommen.

In einer ergänzenden Studie untersuchen die Wissenschaftler nun, ob die psychoanalytisch behandelten Patienten auch nach einer therapiefreien Zeit von ein bis drei Jahren immer noch

besser als die psychodynamisch therapierten Patienten in der Lage sind, ihre Lebensprobleme zu meistern, und ob sie weniger Krankheitssymptome aufweisen.

Kommentar: Da solche Therapien meist mehrere Jahre dauern, was hohe Kosten und organisatorische Hindernis-

se bedeutet, sind Studien zur Effektivität dieser Behandlungsformen recht selten. Die Studie stellt einen wichtigen Ansatz der wissenschaftlichen Prüfung psychoanalytischer Therapiemethoden dar. Die Ergebnisse wurden zur Publikation eingereicht, die noch im Laufe dieses Jahres erscheinen soll.

Defizite in der emotionalen Kompetenz bei sozial ängstlichen Kindern

Melfsen, S. & Florin I. (2003). Aspekte emotionaler Kompetenz bei sozial ängstlichen Kindern. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 32 (4), 307-314.

Als Aspekte der emotionalen Kompetenz wurden bei sozial ängstlichen Kindern ihre Fähigkeiten beim Produzieren und Erkennen von Mimik und bei der Anpassung ihrer Mimik an eine Situation erfasst. Dafür wurden 50 sozial ängstliche und 25 sozial nicht ängstliche Kinder im Alter zwischen 8 und 12 Jahren in drei experimentellen Studien untersucht. In der ersten wurde in einer frustrierenden Leistungssituation

(ein unlösbares Puzzle) und in einer lustigen Situation ihre spontane Mimik untersucht. In einer zweiten Studie wurden sie aufgefordert, aktiv verschiedene mimische Emotionsausdrücke zu zeigen und in der dritten Studie sollten sie die emotionalen Gesichtsausdrücke von unterschiedlichen gezeigten Gesichtern klassifizieren.

Die Forscherinnen konnten nachweisen, dass sozial ängstliche Kinder einen verringerten spontanen mimischen Emotionsausdruck von Freude, nicht jedoch von Ärger zeigten. Beim aktiven Produzieren verschiedener mimischer Emotionsausdrücke waren sie

weniger genau als sozial nicht ängstliche Kinder und beim Klassifizieren benötigten sie längere Reaktionszeiten und sie deuteten häufiger Emotionen in neutrale Gesichter.

Kommentar: Die Befunde weisen auf Defizite in der emotionalen Kompetenz bei sozial ängstlichen Kindern hin. Unklar bleibt jedoch, ob die Defizite sozial ängstlicher Kinder eine Ursache oder eine Auswirkung ihrer sozialen Ängstlichkeit sind. Wenn sich die Ergebnisse auch in anderen Studien replizieren lassen, sollte dies Bedeutung für die Therapie sozialer Ängste im Kindesalter haben.

Das Beck-Depressions-Inventar (BDI-V) als Kurzversion

Schmitt, M., Beckmann, M., Dusi, D., Maes, J., Schiller, A. & Schonauer K. (2003). Messgüte des vereinfachten Beck-Depressions-Inventars (BDI-V). Diagnostica, 49 (4): 147-156.

Die Messeigenschaften des vereinfachten Beck-Depressions-Inventars (BDI-V, wobei jedes der Depressionssymptome mit nur einer Aussage abgefragt wird) wurden an drei klinischen Stichproben mit Patienten mit Depressionen, mit Angst- und Essstörungen, und mit Schizophrenien sowie an einer Stichprobe gesunder Personen geprüft. Das BDI-V zeigte hier höhere Werte für Homogenität und Reliabilität als das Original-BDI (BDI-O) und auch als vier weitere Depressionsskalen. Die Korrelation zwischen BDI-V

und BDI-O waren sowohl hinsichtlich einzelner Symptome ($r = .70$) als auch auf der Ebene des Summenwertes ($r = .91$) sehr zufriedenstellend. Beide Versionen des BDI korrelieren auch in ähnlicher Höhe mit anderen Selbstbeschreibungsmäßen der Depression ($r = .70$) und einem Expertenrating für Depressivität (Hamilton-Skala, $r = .50$). BDI-V und BDI-O bieten ähnlich gute Differenzierungsmöglichkeiten zwischen klinisch unauffälligen Personen und Patienten mit einer depressiven Primär- oder Sekundärsymptomatik. Vergleichbar gut gelingt mit beiden Versionen auch die Differenzierung klinischer Gruppen.

Kommentar: Mit dem vereinfachten BDI steht ein Instrument zur Verfü-

gung, das gleich gute Messeigenschaften aufweist wie das Original. Trotz der verkürzten Untersuchungsdauer scheint das Verfahren für klinische und für Forschungszwecke sowie für Screenings an großen Stichproben ebenso gut geeignet zu sein wie die Originalversion.

Dr. Barbara Ripper

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

Buchrezensionen

In der Rubrik "Rezensionen" werden keine Neuerscheinungen aus der therapiespezifischen Fachliteratur besprochen (diese finden Sie in Ihren Fach- und Verbandszeitschriften), sondern Publikationen aus dem Bereich der Gesundheitsökonomie, der Versorgungsforschung und der psychotherapie relevanten Rechtsliteratur. Aus der Leserschaft stammende Autoren sind herzlich willkommen!

Achim Leschinsky (Hrsg.)

Ursula Plog: Von einer, die auszog, die Psychiatrie das Zuhören zu lehren

Vorträge und Essays mit einem Vorwort von Asmus Finzen, 328 Seiten

Ursula Plog war Diplompsychologin und lange Zeit an der Psychiatrischen und Nervenlinik Eppendorf in Hamburg tätig. Sie war Mitautorin von *„Irren ist menschlich“* und Gründungsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, deren Vorsitz sie über Jahre innehatte. Zuletzt leitete sie drei Tageskliniken der Karl Bonhoeffer-Nervenlinik in Berlin. Sie war u.a. Delegierte der Psychotherapeutenkammer Berlin. Im Juli 2002 ist sie nach langer Krankheit gestorben.

Freunde, Verwandte und der Psychiatrie-Verlag haben einen Erinnerungsband unter dem Titel *„Ursula Plog: Von einer, die auszog, der Psychiatrie das Zuhören zu lehren“* zusammengestellt. Dies ist kein systematisches Lehrbuch wie *„Irren ist menschlich“*. Vielmehr liegt eine beeindruckende Auswahl ihrer Vorträge und Essays vor, die einen Einblick in ihre breitgefächerten Interessen geben, mit denen sie sich im Laufe von mehr als 30 Jahren auseinandergesetzt hat. Das Blättern und Lesen in diesem Buch ist wie die Fortsetzung eines Dialogs mit ihr, wie eine Begegnung. Für eine Wegbegleiterin weckt das Erinnerung, die wehtun, aber auch ermutigen.

Ursula Plog hat eine unverkennbare Sprache geprägt. In ihren Schriften wird lebendig, wie sie

die Einbettung von Psychotherapie in den gesellschaftlichen und historischen Kontext reflektiert hat. Sie hat hinterfragt, wie unsere Gesellschaft mit den psychisch Kranken umgeht, und auch – und das ist ihr Verständnis von einer Vollständigkeit der Wahrnehmung – wie psychisch Kranke mit der Psychiatrie umgehen. Mit scharfer Beobachtungsgabe und kritischem Geist führt sie uns durch ihre Gedanken über das Menschenbild in der Psychiatrie, über ihre vielfältigen Arbeitsfelder und zu historischen und berufspolitischen Fragestellungen.

Die Textauswahl ist eine Einladung zu einer Selbstreflexion, die Freude macht. Sie evoziert neue Sichtweisen und neue Fragestellungen. Psychotherapie hat ihre Wurzeln in den Geisteswissenschaften, und die Beiträge von Ursula Plog, einer humanistisch verpflichteten Psychologin, stellen philosophische Bezüge her und machen neugierig. Wie durch die Gespräche mit ihr erhält der/ die Leser/in Anregungen und fühlt sich ein klein wenig beschenkt.

Gisela Borgmann

Psychotherapeutenkammer Berlin
Kurfürstendamm 184
10707 Berlin
bergmann@psychotherapeutenkammer-berlin.de

Andreas Vossler

Perspektiven der Erziehungsberatung

**DGVT-Verlag, Tübingen 2003,
328 Seiten**

Erziehungsberatung ist wie so häufig in der Diskussion. In Zeiten knapper Kassen wird gerade bei der

Erziehungsberatung der Geldfluss gedrosselt, so dass bislang selbstverständliche Leistungen im Rahmen der psychosozialen Versorgung für Familien auf einmal eingeschränkt oder mancherorts sogar ganz aufgegeben werden müssen. Da ist es gut, wenn ein Buch zu den „Perspektiven der Erziehungsberatung“ vorgelegt wird, so dass die fachliche Grundlage für die Diskussion um diese Institution auf breiteren Grund gestellt werden kann.

Dies wird durch das vorliegende Buch tatsächlich ermöglicht, da es einerseits die bisherigen theoretischen und empirischen Arbeiten zum Thema gut verständlich zusammenfasst, andererseits aber auch eine eigene höchst interessante aktuelle Untersuchung beisteuert, die über die bisher üblichen Untersuchungsansätze deutlich hinausgeht.

Im Kapitel 1 (Institutionelle Erziehungsberatung im gesellschaftlichen Wandel) werden geschichtliche und aktuelle Grundlagen und Rahmenbedingungen erörtert, wobei Andreas Vossler die im Psychotherapeutenjournal kürzlich angerissene Diskussion, ob denn in Beratungsstellen Psychotherapie betrieben werde, gar nicht ausführlich diskutiert, sondern dies als einen selbstverständlicher Bestandteil des psychosozialen Hilfsangebotes in einer Erziehungsberatungsstelle sieht. Allerdings kommt der Autor durchaus in seinen dieses Kapitel abschließenden „sieben Thesen zur Erziehungsberatung im gesellschaftlichen Wandel“ zu dem Schluss, dass sich einige der Selbstverständlichkeiten von Erziehungsberatung verändern müssten.

Im zweiten Kapitel „Basiskompetenzen für eine produktive Lebensbewältigung – das Konzept des Kohärenzsinn“ werden der Kohärenzsinn nach Antonovsky sowie dazu vorliegende empirische Untersuchungen kritisch

gewürdigt, da dieses Konzept in der eigenen Untersuchung von Vossler einen wichtigen Platz einnimmt.

Das dritte Kapitel „Qualitätssicherung und Evaluation in der Erziehungsberatung“ fasst erfreulicherweise die vorliegenden empirischen Befunde zur Erziehungsberatung so zusammen, dass eine angemessene Bewertung der bisherigen (z. T. methodisch fragwürdigen) Befunde möglich wird.

Daran schließt sich nun der Hauptteil des Buches mit der eigenen umfangreichen, multiperspektivischen und multimodalen Untersuchung des Autors an (Kapitel vier bis sieben). Die Studie beinhaltet quantitative und qualitative Zugänge. Insgesamt wurden (z. T. mit mehreren Fragebögen und zu verschiedenen Zeitpunkten, z. T. mit Leitfadeninterviews) 211 Eltern und 18 Kinder und Jugendliche sowie 48 Beraterinnen und Berater aus 11 Erziehungsberatungsstellen in die Untersuchung einbezogen. Die Auswertung der umfangreichen Erhebung umfasst dann Themen wie Beratungszugang, Prozessbewertung, Beratungszufriedenheit, Veränderungen durch Beratung und Kohärenzsinnförderung. Im letzten Kapitel schließlich werden auf den Ergebnissen aufbauend „Perspektiven für die Erziehungsberatung“ erörtert.

Es handelt sich um ein durchweg lesenswertes und interessantes Buch. Der aktuelle Erkenntnisstand zu Fragen von Qualitätssicherung und Effektivität, aber auch aktuelle Diskussionen wie die um eine stärkere Partizipation von Kindern und Jugendlichen im Rahmen des Beratungsprozesses werden hier kompetent und gut lesbar dargestellt.

Wer sich um die „Perspektiven der Erziehungsberatung“ Gedanken macht, kann auf dieses Buch nicht verzichten.

Prof. Dr. Michael Borg-Laufs

Hochschule Niederrhein
 FB Sozialwesen
 Richard-Wagner-Str. 101
 41065 Mönchengladbach
 michael.borg-laufs@hsnr.de

**MEISTERERNST
 DÜSING
 MANSTETTEN**

Rechtsanwälte · Notare

**NUMERUS CLAUSUS
 PROBLEME?**

- Studienplatzklagen
- ZVS-Anträge
- Auswahlgespräche
- Härtefälle
- Prüfungsrecht
- BAFÖG

**Wir haben die
 Erfahrung.**

Geiststraße 2
 D-48151 Münster
 Tel. 0251/5 20 91-0
 Fax 0251/5 20 91-52
 duesing@meisterernst.de
 www.meisterernst.de

Zur Diskussion

In der Rubrik „Zur Diskussion“ werden in unregelmäßigen Abständen besonders fundierte, ausführlichere Er widerungen auf in der Zeitschrift erschienene Beiträge veröffentlicht. Aus Platzgründen können die Literaturverweise nicht mit abgedruckt werden. Wir bitten Sie, diese direkt bei den Verfassern anzufordern.

Stellungnahme zu Döpfner „Wie wirksam ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie?“ in: *Psychotherapeutenjournal* 4/2003, S. 258-266

Klaus Fröhlich-Gildhoff

Evangelische Fachhochschule Freiburg

Einführung

In seinem Artikel referiert Döpfner (2003) vorliegende Studien und Meta-Analysen zur Wirksamkeit der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Er kommt dabei zu den Schlussfolgerungen, dass „durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Effekte erzielt werden, die mit denen der Erwachsenenpsychotherapie vergleichbar sind [...], die vorliegenden Ergebnisse weisen überwiegend darauf hin, dass nicht-behaviorale Methoden wenig effektiv sind“ (S. 258).

Zumindest die zweite These kann nicht unwidersprochen bleiben, da Döpfners Darlegungen in ihrer Auswahl und Interpretation von Studien relativ tendenziös ein Therapieverfahren, nämlich die Verhaltenstherapie präferieren.

Dies sei im Folgenden in vier Thesen kritisch betrachtet¹:

Kritik

(1) ... an der Art der Darstellung

Döpfner (2003) beklagt – wie im Übrigen alle AutorInnen im Bereich der Wirksamkeitsforschung (vgl. Beelmann & Schneider, 2003; Döpfner & Lehmkuhl, 2002; Remschmidt & Mattejat, 2001, 2003; Weisz & Jensen, 2001; Heekerens, 2002) –, dass es zu wenige Studien gibt, die unter Bedingungen durch-

geführt werden, die dem klinischen Alltag entsprechen. Als einzige derartiger Studien referiert er diejenige von Weiss et al. (1999), die zeigen soll, „dass traditionelle Therapie in der klinischen Routineversorgung einfacher Schülernachhilfe bei der Vermeidung von Verhaltensauffälligkeiten nicht überlegen ist“ (Döpfner 2003, S. 259). Was sind „traditionelle Therapien“? „Die Psychotherapie war schwerpunktmäßig psychodynamisch-humanistisch orientiert, jedoch auch kognitiv und einem geringen Maße behavioral.“ (ebd.). Aufgrund dieser quantitativ wie qualitativ vagen Beschreibung der Verfahren ist es unseriös, aus dieser Aussage zu dem Schluss zu kommen: „[...] die Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen in der Routineversorgung mit einem hohen Anteil an non-direktiven und tiefenpsychologisch orientierten Methoden ist jedenfalls nicht hinreichend belegt“ (ebd.)!

Einmal abgesehen von der Frage, ob die US-Studie übertragbar ist, geht Döpfner nicht darauf ein, dass andere Verfahren unter realen Praxisbedingungen in ausreichendem Maße gar nicht untersucht sind; die implizite Schlussfolgerung einer größeren Effektivität der kognitiv-behavioralen Verfahren unter diesen (Praxis-)Bedingungen ist jedenfalls nicht zulässig.

¹ Die Argumentation orientiert sich in den Grundzügen an der Arbeit von Fröhlich-Gildhoff et al. 2003b

(2) ... daran, dass Ergebnis- se anderer Therapie- verfahren ignoriert werden

Auch wenn die Forschung im deutschsprachigen Raum der im anglo-amerikanischen hinterherhinkt, so ist hier ebenfalls festzustellen, dass kognitiv-behaviorale Verfahren wesentlich häufiger evaluiert wurden. Allein schon dadurch ist die von Döpfner & Lehmkuhl (2002) konstatierte Tendenz zu erklären: „Durch kognitiv-behaviorale Verfahren lassen sich mittlere bis starke Effekte erzielen, durch nicht-behaviorale Methoden geringe bis mittlere Effekte“ (S. 187). Döpfner (2003) bleibt letztlich in seiner Analyse an dieser Stelle stehen und ignoriert Ergebnisse der Therapieforschung anderer Schulen²:

So stellt Heekerens (2002) in einer Übersichtsarbeit fest, dass „die Wirksamkeit der personenzentrierten (klientenzentrierten, non-direktiven) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie [...] als in einer genügenden Anzahl von einander unabhängiger Untersuchungen geprüft und erwiesen anzusehen“ ist (S. 201).

Die umfangreichste Meta-Analyse der deutschsprachigen Forschung zur Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie haben kürzlich Beelmann & Schneider (2003) vorgelegt; dabei wurden zunächst 3500 Veröffentlichungen der Jahre 1952 bis 1999 gesichtet, von denen nach strengen Kriterien 47 für die Analyse übrig blieben. Döpfner (2003) zitiert zwar diese Studie, geht jedoch nicht tiefer darauf ein. Dies sei nachgeholt: Ein gutes Viertel, 12 der ausgewählten Studien, waren „Nicht-direktive Spieltherapien“. Über alle Studien konnte eine mittlere Effektstärke von 0.54 ermittelt werden („Umgerechnet bedeutet dieser Effekt, dass für eine behandelte Person eine um den Faktor 2.7 erhöhte Heilungsaussicht resultiert“, Beelmann & Schneider 2003, S. 135).

Bei dieser Meta-Analyse schneidet die (nicht-direktive) Spieltherapie mit einer Effektstärke (ES) von 0.55 gut ab (Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungen: ES = 0.53; verhaltensmodifikatorisch/lerntheoretisch fundierte Behandlungen: ES = 0.76; alle anderen Verfahren weisen deutlich geringere ES auf; ebd., S. 136f); es zeigen sich „zwischen den Behandlungsalternativen keine signifikanten Wirksamkeitsunterschiede“ (ebd., S. 137). In ihrer zusammenfassenden Bewertung kommen die Autoren zu dem Schluss, dass sich „die relativ positiven Befunde nicht-behavioraler Therapien im wesentlichen auf die Ergebnisse der klientenzentrierten Spieltherapie zurückführen [lassen]. In der Tat scheint diese Therapieform neben verhaltenstherapeutischen Methoden eine günstige Bewertung verdient zu haben, auch aufgrund ihrer elaborierten und entwicklungspsychologischen Fundierung“ (ebd., S. 139).

Bei einer störungsspezifischen Betrachtung erweisen sich die verhaltensmodifikatorischen Behandlungen bei Angststörungen als besonders erfolgreich (ES 0.97); „erwähnenswert sind zudem die Effekte der Spieltherapie bei gemischten Störungsgruppen“ (ebd.). – Insgesamt können nach Beelmann & Schneider (2003) klare störungsbezogene Wirksamkeiten einer spezifischen Therapieform – abgesehen von den Angststörungen, s.o. – nicht festgestellt werden.

(3) ...daran, dass die Weiter- entwicklungen im Bereich der Personenzentrierten Kindertherapie ignoriert werden

Anders als diese umfassende Meta-Analyse, die auch jüngere Studien einbezieht, stützt Döpfner (2003) die Behauptung einer Überlegenheit kognitiv-behavioraler Verfahren gegenüber der non-direktiven Spieltherapie offenbar zentral auf eine eigene Untersu-

chung aus dem Jahr 1981 (!): Er weist auf diese Studie (Döpfner et al. 1981) an zwei Stellen in seinem Artikel (2003, S. 261, 263) hin. Dabei muss er zwangsläufig ignorieren, dass in den letzten 20 Jahren zum einen eine recht breite Forschungstätigkeit zur non-direktiven bzw. klientenzentrierten bzw. personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen stattgefunden hat – die sich im übrigen nicht nur auf die Ergebnisse, sondern auch auf die Prozesse bezieht (vgl. vor allem: Schmidtchen 1989, 1991, 1995; Schmidtchen et al., 1993; eine umfassende Zusammenstellung findet sich in Schmidtchen, 2002 sowie in Heekerens, 2002).

Bedeutsamer ist jedoch, dass er damit die Weiterentwicklungen der „non-direktiven Spieltherapie“ zu einer modernen Personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen überhaupt nicht zur Kenntnis nimmt. Diese Weiterentwicklungen lassen sich dabei wie folgt zusammenfassen (vgl. auch Fröhlich-Gildhoff, 2003a):

Es werden Bezüge hergestellt zu neuen Erkenntnissen der Entwicklungspsychologie, insbesondere der empirischen Säuglingsforschung und auch zur Bindungsforschung (vgl. z.B. Schmidtchen, 2001; Weinberger, 2001; Hufnagel & Fröhlich-Gildhoff, 2002; Behr, in Druck).

Die therapeutische Beziehung wird klar als wesentliche Wirkvariable beschrieben; das Beziehungsgeschehen zwischen Kind und TherapeutIn wird allerdings wesentlich differenzierter und über die Realisierung der drei Basisvariablen Empathie, Kongruenz, Akzeptanz hinausgehend betrachtet (vgl. z. B. Behrs Konzept der „Interaktions-

² vgl. hierzu auch die umfassende Darstellung zu tiefenpsychologischen und analytischen Verfahren von Berns & Berns (2004; in dieser Ausgabe des PTJ).

resonanz“, (in Druck); das Prinzip der „prozessleitenden Hilfen“ nach Schmidtchen, (zusammenfassend 2001; 2002); die Unterscheidung von verschiedenen Therapiephasen (Jaede, 2002; Goetze, 2002)).

Spezielle Aspekte der Diagnostik im Rahmen Personenzentrierter Arbeit werden differenziert beschrieben (vgl. Jürgens-Jahnert, 1997; Schmidtchen, 2001, Kap. 8; Weinberger, 2001, Kap. 6).

Das Lebensumfeld der Kinder und Jugendlichen wird in der Therapie berücksichtigt und einbezogen (Konzeptionen finden sich z.B. bei Schmidtchen, 2001; Weinberger, 2001; Jaede, 2002; Fröhlich-Gildhoff, 2003b).

Die Personenzentrierte Kinder- und Jugendlichentherapie wird nicht mehr nur als „Breitbandverfahren“ angesehen, sondern es existieren zumindest Konzeptionen und praktische Darstellungen eines störungsspezifischen Handelns (vgl. die umfassenden Darstellungen bei Schmidtchen, 2001; Weinberger, 2001, sowie Goetze, 2002; ausführlichere Beschreibungen eines störungsspezifischen Vorgehens finden sich auch in den Bänden von Boeck-Singelmann et al. (Hrsg.), 1997, 2002, 2003).

Es werden Bezüge hergestellt zu Ansätzen, die eine therapieschulenübergreifende „Allgemeine Psychotherapie“ (Grawe, 1994; 1998) formulieren (etwa von Schmidtchen, 2001, oder Fröhlich-Gildhoff et al., 2003a).

(4) ... an der unkritischen Übernahme des naturwissenschaftlichen Forschungs-Paradigmas

Döpfners (2003) Analyse der Studien zur Wirksamkeitsforschung folgt einem streng naturwissenschaftlich ausgerichteten Wissenschaftsverständnis, wie es explizit die von ihm dargeleg-

ten APA-Standards an klinische Forschung repräsentieren.

In der Fachdiskussion wird zumindest teilweise dieses Wissenschaftsverständnis zumindest aus drei Gründen kritisch betrachtet:

(a) Es ist grundsätzlich zu fragen, ob ein Herangehen nach den Kriterien experimenteller Laborforschung an den Gegenstand Psychotherapie angemessen ist. Diese Debatte hat bekanntermaßen eine lange Tradition in den Sozialwissenschaften und soll an dieser Stelle nicht neu aufgerollt werden. Zurhorst (2003) hat jüngst in einem Überblicksartikel dieses Thema noch einmal zusammenfassend bearbeitet und dem naturwissenschaftlichen Modell eine alternative Perspektive gegenübergestellt: „Sowohl Gegenstand wie Methode in der Psychotherapie sind einer sozialwissenschaftlichen Forschungsstrategie verpflichtet, bei der die Frage der Wirksamkeit und Qualitätsverbesserung eigener, gegenstandsangemessener Zugänge bedarf“ (S. 101). Diese Forschungsmethoden und Qualitätsstandards sollen „den Besonderheiten psychotherapeutischen Handelns gerecht werden, d.h. dem dialogischen Charakter der Psychotherapie entsprechen und hohe Praxisrelevanz aufweisen“ (ebd., S. 102, vgl. auch Petersen, 2003).

Damit zusammenhängend wird von verschiedenen AutorInnen die „Begünstigung“ der behavioral-kognitiven Verfahren durch eine entsprechende Etablierung naturwissenschaftlicher Forschungsstandards beschrieben: Die verhaltenmodifikatorischen Techniken beziehen sich i. d. R. auf sehr abgegrenzte Störungsbereiche, dadurch wird eine Reduktion der Komplexität zwischenmenschlichen Geschehens erreicht, die dann gut in den stark kontrollierten Laborbedingungen abgeprüft werden kann – es ist jedoch grundsätzlich fraglich, ob diese Kom-

plexitätsreduktion die (Alltags-) Praxis wirklich und angemessen abbilden kann (vgl. Heekerens, 2002; Fröhlich-Gildhoff, 2003c, S. 21ff, sowie Berns & Berns, 2004).

(b) Besondere Kritik wird an der engen Manualisierung psychotherapeutischen Vorgehens bei Laborstudien geübt. Auckenthaler (2000) wendet sich in diesem Zusammenhang besonders gegen die Tendenz zur „Medikalisierung der Psychotherapie“: Das dialogische Geschehen in der Psychotherapie würde dadurch auf die spezifische Behandlung für spezifische Störungen – analog pharmakologischer Forschung – reduziert. Die „Manualisierung verkennt die Komplexität praktischen Handelns“ (ebd., S. 216) und steht im Widerspruch zu Forschungsergebnissen, wonach der Erfolg einer Psychotherapie weit mehr von der Qualität der therapeutischen Beziehung, der Aufnahmebereitschaft des Klienten und anderen ‚unspezifischen Wirkfaktoren‘ abhängt als vom Einsatz einzelner Techniken (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; Orlinsky & Howard, 1986)“ (ebd., S. 215). Auch Chatoor & Krupnick (2001) plädieren aufgrund einer Sichtung der Ergebnisse von Therapie-Wirksamkeitsstudien dafür, den unspezifischen „Behandlungs“-Faktoren mehr Aufmerksamkeit zu widmen.

Auckenthaler (2000) kommt ebenfalls zu dem Schluss, dass die „Philosophie der Manuale nur mit ganz bestimmten Richtungen kompatibel“ (S. 219) ist. Dies führe zu einer Einengung des psychotherapeutischen Angebots auf kognitiv-behaviorale Verfahren: „Ausgegrenzt würden Therapieansätze, die dem Klienten ein hohes Maß an Individualisierungschancen einräumen, die in der therapeutischen Beziehung das therapeutische Agens sehen und die Psychotherapie als gemeinsame Herstellungsleistung von Therapeut und Klient sehen, als Prozess, in dem es um Bedeutungen und Sinn geht.“ (ebd.).

Berns & Berns (2004) kommen aufgrund ihrer ausführlichen Literaturanalyse zu dem Schluss, dass die unspezifischen Wirkfaktoren den weitaus größten Teil der Effekte von Psychotherapie ausmachen.

(c) Und noch einmal: Es fehlen Studien, die unter realen Praxisbedingungen durchgeführt wurden. Bedeutsam ist in diesem Zusammenhag die Unterscheidung zwischen efficacy und effectiveness, also die Unterscheidung der Wirksamkeit eines Verfahrens unter Labor- gegenüber Feldbedingungen. „Es gibt allen Grund zur Vermutung, dass unser Wissen über die Wirksamkeit von Psychotherapie vornehmlich Wissen über deren efficacy ist.“ (Heekerens, 2002, S. 204). Remschmidt & Mattejat (2001) weisen in diesem Zusammenhang auf die Forderung des APA-Vorsitzenden Seligman (1995) hin: „Seligman has emphasized the difference between two types of studies and has stated clearly that randomized control-group studies (typical efficacy studies) also have advantages and should be complemented by practice-oriented 'effectiveness' studies which are able to describe 'how patients fare under actual conditions of treatment in the field'.“ (Remschmidt & Mattejat 2001, S. 1/42). Entsprechende Forderungen werden dann auch von Döpfner aufgestellt: „Neben den Effektivitätsstudien sind [...] auch in zunehmendem Maße Studien zur klinischen Effizienz (effectiveness) nötig, die überprüfen, ob oder unter welchen Bedingungen der Transfer der als effektiv erwiesenen Methoden in die klinische Routine gelingen kann.“ (Döpfner & Lehmkuhl, 2002, S. 191). Nach Remschmidt & Mattejat (2003) „[...] geht der Trend der Evaluationsforschung berechtigterweise heute in die Richtung der Therapieevaluation unter natürlichen Bedingungen in Klinik und Praxis.“ (S. 902). Die Ergebnisse der Therapieevaluationen unter Feldbe-

dingungen sind in der Regel (deutlich) schlechter als die unter Laborbedingungen (Weisz & Jensen, 2001; Remschmidt & Mattejat, 2003) – dies macht ebenfalls die Notwendigkeit intensiverer Forschung mit praxisangemessenen Methoden deutlich.

Das Konzept einer solchen Forschung wurde jüngst von Fröhlich-Gildhoff et al. (2003b) vorgelegt und wird in einer langfristig angelegten Studie für die Personzentrierte Kindertherapie bei Kindern mit Angststörungen derzeit realisiert.

Schluss

Döpfner (2003) plädiert in seinen Schlussbemerkungen zum einen für verstärkte Forschung und für eine Integration von Methoden: „Wichtig erscheint zudem eine theoretische Integration verschiedener Therapieformen in eine *multimodale Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*, die unabhängig von Therapieschulen die empirisch bewährten Therapieprinzipien zusammenfasst.“ (S. 264; Hervorh. im Original).

Dieser Forderung ist uneingeschränkt zu zustimmen; es gibt dazu auch schon theoretische Ansätze (z. B. Schmidtchen 2001) und erste empirische „Annäherungen“ (vgl. Fröhlich-Gildhoff et al. 2003a).

Die Voraussetzung für eine multimodale, therapieschulenübergreifende (allgemeine) Psychotherapie für Kinder und Jugendliche ist allerdings, dass den Ausgangspunkt

ein offener fachlicher Austausch der VertreterInnen der Therapieschulen bildet und die Stärken der jeweiligen Ansätze zusammengeführt werden und nicht eine ‚Methode‘ versucht, die andere(n) zu dominieren. Tendenziöse und unvollständige Darstellungen erweisen einem solchen Anliegen einen Bärendienst.

Bitte beziehen Sie die Liste der Literaturangaben beim Verfasser.

Prof. Dr. Klaus Fröhlich-Gildhoff

Evangelische Fachhochschule
Freiburg
Bugginger Str. 38
79114 Freiburg
froehlich-gildhoff@efh-freiburg.de

GNP-Akademie bei Herbert König & Gerhard Müller Semmelstraße 36/38, 97070 Würzburg Tel.: 0931 – 46079033, Fax: 0931 – 46079034 GNP-Akademie@neuropsychologie.de http://www.neuropsychologie.de		 
02. – 03.04.2004	Marburg	(Kursnr. FB040402A) ***
Schmerzpsychologie und -psychotherapie Dr. phil. Dr. med. habil. Heinz-Dieter Basler & Prof. Dr. Stefan Lautenbacher, Dipl.-Psych., Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Marburg 280,00 Euro* / GNP-Mitglied: 255,00 Euro*, 16 Std.		
07.05.2004	Marburg	(Kursnr. FB040507B) **
„Schizophrenie“ für Neuropsychologen (Modul I) Prof. Dr. Stefan Lautenbacher, Dipl.-Psych. & PD Dr. med. Martin Tobias Huber & Kerstin Hargarter, Ärztin, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Marburg, Marburg		
08.05.2004	Marburg	(Kursnr. FB040508A) **
„Depression“ für Neuropsychologen (Modul II) Prof. Dr. Stefan Lautenbacher, Dipl.-Psych. & Dr. med. Julia Christina Spornel & Dipl.-Psych. Bernd Kundemann, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Marburg, Marburg 1 Modul: 160,00 Euro* / GNP-Mitglied: 145,00 Euro*, 2 Module: 280,00 Euro* / GNP-Mitglied: 255,00 Euro*, 8 Std.		
3. NEUROPSYCHOLOGIE-TAG BAMBERG 2004		
25. – 27.06.2004	Bamberg	
Prof. Lautenbacher + Prof. Reinecker veranstalten am 25.06.2004 ein offenes neuropsychologisches Symposium. Die GNP-Akademie bei König & Müller bietet am 26. und 27.06.2004 Workshops an. Bitte beachten Sie die Hinweise auf unserer Homepage oder rufen Sie uns an.		
WÜRZBURG SUMMER ACADEMY 2004		
10. – 13.08.2004	Würzburg	(Kursnr. FB040510A)
Learning and leisure with Barbara Wilson and Jonathan Evans – four days with courses, skill training and events for both professionals and their families: Scientific programme:		
<ul style="list-style-type: none"> • The principles of neuropsychological rehabilitation • The principles of goal planning • Planning for individual therapy • The principles of running groups Full board will be included! Visit our homepage for details!		
Bitte fordern Sie unser vollständiges Programm an! *Kosten incl. Bahnvervoer		

Stellungnahme zu Döpfner "Wie wirksam ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie?" in: *Psychotherapeutenjournal* 4/2003, S. 258-266

Ulrich Berns und Inge Berns

Döpfner berichtet über 1. eine naturalistische Studie von Weiss und Mitarbeitern (1999), 2. Metaanalysen und 3. evidenzbasierte Interventionen für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Eine Replik ist

angezeigt, weil die Darstellung einseitig und verkürzt ist. Außerdem halten wir es für angemessen, den aktuellen Forschungsstand in der Psychotherapie, wie er von Wampold dargelegt wurde, mit zu bedenken.

Zu den Studien von Weiss et al. (1999) und Beelmann & Schneider (2003) verweisen wir auf die Ausführungen von Föhlich-Gildhoff in dieser Ausgabe des *Psychotherapeutenjournals*.

1. Zur Wirksamkeit von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie im Lichte aktueller Metaanalysen

Döpfner schreibt, die vorliegenden Studien machten "deutlich, dass sich durch kognitiv-behaviorale Verfahren mittlere bis starke Therapieeffekte erzielen lassen, während durch nicht-behaviorale Methoden geringe bis mittlere Effekte belegt werden können" (a. a. O., S. 261). Er setzt hinzu, in den internationalen Studien lägen "die Effektstärken für kognitiv-behaviorale Interventionen zwischen 0.76 und 0.91, während die Effektstärken nicht-behavioraler Methoden fast durchweg unter 0.50" lägen (a. a. O.).

Diese Behauptung wird durch eine von verhaltenstherapeutischen Wissenschaftlern veröffentlichte Expertise (Kröner-Herwig) nicht bestätigt (vgl. Windaus, 2003, S. 553f). Sie erfordert eine differenzierte Betrachtung.

Wir gehen zunächst auf die metaanalytischen Befunde ein. Es wäre notwendig gewesen, darauf hinzuweisen, dass das Design bestimmter, von Döpfner als Beleg herangezogener Studien gewichtige Validitätskriterien nicht angemessen beachtete. So stellte Fliegenger resümierend fest, dass in den Studien von Casey & Beermann (1985); Kazdin et al. (1990); Weisz et al. (1987); Weisz et al. (1993); Weisz et al. (1995) nicht hinreichend darauf

geachtet wurde, dass Effektstärken nur über vergleichbare Störungsbilder aggregiert wurden, dass die zahlenmäßige Zusammensetzung mit der epidemiologischen Häufigkeit von Störungsbildern korrespondierte, dass die Messinstrumente in etwa gleich reagibel waren etc. (Fliegenger, 2003, S. 18/19). Brisch konkretisierte diese Kritik: In den Studien von Weisz et al. (1987, 1995) fanden sich zunächst bessere Ergebnisse für die verhaltenstherapeutisch orientierten Behandlungen. Nach Kontrolle der Effekte für die Altersgruppen und von spezifischen Testinstrumenten fanden sich jedoch keine differentiellen Effekte mehr für unterschiedliche Behandlungsmethoden (Brisch, 2000, S. 116). Diese Auswertungen der metaanalytischen Studien lassen Döpfners Feststellung fragwürdig erscheinen, dass höhere Effektstärken durch kognitiv-behaviorale Verfahren erreichbar seien und belegen eher gleich starke Wirksamkeit von behavioralen und nicht-behavioralen Therapieformen. Unterstützt werden diese Befunde durch Windaus' kürzlichen Überblick über zwanzig Studien und Katamnesen für den Bereich der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, aus dem hervorgeht, dass sich "die Behauptung, die Kinder- und Jugendlichenpsychoanalyse sei der Verhaltenstherapie signifikant unterlegen, wissenschaftlich nicht

belegen" lässt (Windaus, 2003, S. 555).

Döpfner (S. 261) zitiert Fonagy, einen Vertreter dynamischer Verfahren, einseitig so, dass seine eigenen Aussagen von der stärkeren Effektivität behavioraler Verfahren unterstützt werden. "... there is little evidence either for or against the effectiveness of psychodynamic therapies, but there are some suggestions that they may be useful, particularly in situations where other treatments have failed" (Fonagy et al., 2002, S. 388). Er erwähnt Feststellungen von Roth & Fonagy nicht, die darauf hinweisen, dass bei vielen Untersuchungen Messinstrumente verwendet wurden, die behaviorale Verfahren favorisieren (Roth & Fonagy, 1996, S. 286). Auch erwähnt Döpfner nicht den Hinweis von Roth & Fonagy (1996) auf eine Arbeit von Shirk und Russel (1992). Diese fanden, dass mehr als zwei Drittel der evaluierten nicht-behavioralen Therapien von Kindern und Jugendlichen von verhaltenstherapeutischen Forschern durchgeführt wurden und dass dies "had a very strong effect on the effectsizes obtained" (Roth & Fonagy, 1996, S. 284). Somit wird auch durch die Hinweise auf Fonagy Döpfners generelle Aussage zur überlegenen Effektivität kognitiver und behavioraler Verfahren nicht hinreichend unterstützt.

2. Zur Frage der Wirksamkeit spezifischer Interventionen für einzelne Störungsbilder – evidenzbasierte Interventionen

Döpfner stellt fest, dass Metaanalysen allein die Frage nicht beantworten können, "welche spezifischen Interventionen für einzelne Störungsbilder sich empirisch bewährt haben" (Döpfner, S. 261). Auf der Suche nach den relevanten spezifischen Wirkfaktoren sieht er daher Einzelstudien, die die Effektivität spezifischer Interventionen belegen könnten.

Ein kurzer Blick auf die Historie mag hilfreich sein: Das Programm der vergangenen gut zehn Jahre zur Untersuchung spezifischer Wirkfaktoren resultiert aus der Entwicklung des Empirically Supported Treatment Movement (EST-Movement) in den USA in den 90-er Jahren. Damals reagierte die Psychiatrie auf die Einführung der diagnostic related groups (DRGs) verstärkt mit pharmakologischer Therapie für die Behandlung vieler Menschen mit seelischen Störungen. Um Anschluss zu halten, entwickelte darauf hin eine "task force" (1995) der American Psychological Association (APA) Gütekriterien in

Anlehnung an die Kriterien, die von der Amerikanischen 'Food and Drug Administration' zur Prüfung von Medikamenten entwickelt wurden.

Diese Gütekriterien setzten bereits voraus, dass spezifische Interventionen die wirksamen Therapiemaßnahmen sind, doch gerade diese Voraussetzung ist nach neuen Forschungsbefunden irrig.

Eine weitere, in den Kriterien enthaltene irrierte Annahme ist die, das Placebokzept der Medizin könne in der Psychotherapie angewendet werden. Irrig ist dies, weil eine tatsächliche „Blindheit“ des Therapeuten in der Psychotherapie in jedem Fall zur Unwirksamkeit der Therapie führt, denn die Grundvoraussetzung wirksamer Psychotherapie, das Engagement des Therapeuten, ist nicht erfüllt.

Die als ursächlich wirkend gedachten hochspezifischen Maßnahmen finden sich auch in den von Döpfner erwähnten Therapieprogrammen. Döpfner zi-

tiert als vermutlich wirksame Interventionen eine Vielzahl spezifischer behavioraler Interventionen. Er behauptet nicht, dass die jeweils angewandte spezifische Intervention das wirksame Agens war, doch wird dieser Eindruck insgesamt erzeugt, denn die Möglichkeit, dass andere Wirkfaktoren wirksam waren, wird nicht erwogen.

Die wissenschaftliche Debatte, beginnend mit Rosenzweig (1936), weitergeführt von Goldfried (1980), Grencavage & Norcross (1990), Castonguay (1993), Arkowitz (1993), Luborski (1992) etc., die die Bedeutung spezifischer Wirkfaktoren massiv in Frage stellt und die der generellen Wirkfaktoren betont, wird nicht erwähnt. Selbst das von Norcross (2002) herausgegebene Buch "Psychotherapy relationships that work", welches zurzeit als Standardwerk bzgl. der Bedeutung der therapeutischen Beziehung im Rahmen evidenzbasierter Interventionen gilt, wird nicht berücksichtigt.

3. Wampolds empirische Befunde der Outcome-Psychotherapieforschung bei Erwachsenen

Wampold (2001) zieht nach detaillierter Sichtung der empirischen Befunde der Outcome-Psychotherapieforschung den Schluss, dass sie für eine sehr geringe Effektstärke spezifischer Interventionen und für eine starke Effektstärke genereller Wirkfaktoren sprechen.

Wampolds und Döpfners Schlussfolgerungen widersprechen einander. Dieser Widerspruch könnte resultieren aus der Möglichkeit, dass die generellen Befunde Wampolds nicht übertragbar sind auf die Therapie von Kindern und Jugendlichen, ein Bereich, den

Wampold nicht gesondert untersuchte. Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen könnte nach anderen prinzipiellen Gesetzmäßigkeiten verlaufen als bei Erwachsenen.

Alle entwicklungspsychologischen Erkenntnisse sprechen dafür, dass nach erfolgter Mentalisierung die grundsätzlichen, Bedeutung erfassenden und Bedeutung gebenden bewussten und unbewussten Verarbeitungsweisen emotional relevanter Erfahrungen altersunabhängig sind, wengleich das, was aktuell emotional relevant ist und wie es aktuell prozessiert wird,

sich in einem ständigen Wechsel und Entwicklungsprozess befindet. Die Einteilung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie einerseits und Erwachsenentherapie andererseits ist sozialen und historischen Entwicklungen geschuldet. Wir sind durchaus berechtigt, die Befunde der Ergebnisforschung bei erwachsenen Patienten auf die bei jugendlichen und Kinderpatienten vorsichtig zu übertragen. Ein Blick auf den aktuellen Stand der Outcome-Forschung bei Erwachsenen könnte somit Erkenntnis fördernd sein. Später kommen wir auf diese Argumentation noch einmal zurück.

3.1. Die metaanalytische Studie von Wampold, Modin, Moody, Stich et al. (1997)

In dieser Studie wurde die Hypothese von der Äquivalenz der verschiedenen Therapieverfahren methodisch adäquat getestet. Die Autoren verglichen Studien von bona fide durchgeführten Psychotherapien aus den Jahren 1970-1995 und schlossen alle Studien aus, in denen ein Verfahren lediglich als Kontrollgruppe dienen sollte. Die Hypothese der äquivalenten Wirksamkeit der unterschiedlichen Therapieverfahren bestätigte sich durch Testung der Verteilungsform (vgl. Fliegner, 2003, S. 19). Die Ergebnisse der Untersuchung nach diesem Forschungsdesign bestätigen nicht Döpfners Aussage, Verhaltenstherapie habe eine höhere Effektstärke als andere Therapieformen.

3.2. Wampolds Befunde von 2001

Wampold (2001) hat die großen exemplarischen Einzelstudien und die relevanten soliden metaanalytischen Studien der letzten vier Jahrzehnte aus dem angelsächsischen Sprachraum nochmals gesichtet. Die wesentlichen Ergebnisse lauten, in drei Punkten zusammengefasst:

A) Alle wissenschaftlichen Psychotherapieverfahren sind im Vergleich zur Nicht-Behandlung bemerkenswert wirksam. Psychotherapie hat insgesamt eine absolute Effektstärke von durchschnittlich 0.80.

Wir fassen knapp die belegenden empirischen Befunde zusammen: Renommierete Psychotherapieforscher kamen zunächst zu dramatisch unterschiedlichen Schlussfolgerungen bzgl. der absoluten und relativen Effektivität von dynamischer und Verhaltenstherapie, obgleich sie denselben Korpus von Forschungsstudien zur Verfügung hatten (Eysenck, 1961, 1966; Bergin, 1971;

Luborsky, 1975; Meltzoff & Kornreich, 1970). In zwei methodisch sehr gewissenhaften Studien wurde festgestellt, dass verschiedene dynamische Therapieverfahren und Verhaltenstherapie gleichermaßen wirksam waren (Luborsky et al., 1975; Sloane et al., 1975). Seit Smith und Glass 1977/1980 die erste Metaanalyse durchführten, gibt es zahlreiche solide Metaanalysen, die die Wirksamkeit der unterschiedlichen Verfahren belegen. Wampold kommt, alle soliden Metaanalysen und Einzelstudien zusammenfassend, zu dem oben genannten Ergebnis, dass "absolute efficacy appears to fall within the range .75 to .85. A reasonable and defensible point estimate for the efficacy of psychotherapy would be .80, a value used in this book ... which means that the average client receiving therapy would be better off than 79% of untreated clients." (Wampold, 2001, S. 70). Diesen Wert gibt auch Döpfner an für Psychotherapie bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen (Döpfner, S. 260).

B) Es bestehen keine signifikanten Unterschiede in der relativen Wirksamkeit dynamischer, verhaltenstherapeutischer und dynamisch-humanistischer Psychotherapieverfahren. Selbst im Bereich der Therapien von Phobien, Angstneurosen und Depressionen, die von manchem Therapieforscher als Domäne der Verhaltenstherapie angesehen wurden, sind die dynamischen Therapien gleichermaßen wirksam.

Nachdem Rosenzweig 1936 die generelle Äquivalenz der unterschiedlichen Psychotherapieverfahren hypostasierte, brachte die Eysenck-Debatte keine Klarheit. Doch bereits die großen Studien der prämetaanalytischen Periode und die ersten metaanalytischen Studien fanden letztendlich kaum Effektivitätsunterschiede (Luborsky, 1975; Sloane 1975; Smith & Glass 1977; Smith et al. 1980; Shapiro & Shapiro 1982).

Wampold (a. a. O.) belegt, dass die Hypothese von der äquivalenten Wirksamkeit der unterschiedlichen Therapieverfahren von den vorliegenden Evidenzen voll unterstützt wird. Dies gilt auch für Krankheitsbilder, von denen angenommen wurde, dass sie mit spezifischen behavioralen Methoden besonders gut behandelbar seien (Angststörungen und Depressionen).

Die o.g., von Brisch (a. a. O.) korrigierten Befunde von Weisz et al. (1987 1995) und Kazdin (1991, 1994a, 1994b), wodurch die Effektstärkenunterschiede verschwanden, stimmen mit den Ergebnissen der Studien mit erwachsenen Patienten zur relativen Effektivität überein und stützen die Berechtigung des Transfers auf die Therapie von Kindern und Jugendlichen.

Die Frage der relativen Wirksamkeit unterschiedlicher Therapieverfahren ist für Praktiker und Forscher nicht nur eine wissenschaftliche Frage. Ökonomische und berufspolitische Interessen wie auch Identitätsaspekte sind von Relevanz. Viele Therapeuten aller Richtungen würden gerne nachweisen, dass ihr jeweiliges Verfahren besonders wirksam ist, und zwar auf Grund der je verfahrensspezifischen Interventionen, abgeleitet aus der jeweiligen Theorie.

C) Die spezifischen Wirkfaktoren haben eine Effektstärke von maximal 0.20 und bedingen somit maximal 1% der Varianz in Outcomestudien.

Wampold sichtet die Forschung zur Identifizierung der Wirksamkeit spezifischer Interventionen. Folgende Forschungsdesigns wurden bisher angewandt:

- Komponentendesign
- Vergleichsdesign mit Placebogruppen
- Designs, die vermittelnde Effekte untersuchen

- Design zur Untersuchung von „Interaktionen von Patientenvariablen mit Therapieeffekten“
- Adhärenzforschung

Zum Komponentendesign: Es gibt zwei verschiedene Vorgehensweisen. Bei den „Entmantelungsstudien“ (dismantling studies) wird zur Überprüfung der Wirksamkeit eines bestimmten spezifischen Faktors ein Therapieverfahren mit eben diesem Verfahren verglichen, abzüglich der spezifischen Komponente. Bei den additiven Studien wird der als spezifisch wirksam angenommene Wirkfaktor hinzugefügt. Nach Sichtung und metaanalytischer Auswertung der verfügbaren Studien kommt Wampold zu dem Schluss, dass die Effektstärke spezifischer Interventionen maximal lediglich 0.50 betrug. Mehr als die Hälfte der gefundenen Effektstärken war negativ, was darauf hinweist, dass die jeweilige spezifische Komponente die Effektstärke sogar reduzierte (a. a. O., S. 126/7).

Zum Vergleichsdesign mit Placebogruppen: Es ist klar, dass in der Psychotherapie keine Doppel-Blind-Studien durchgeführt werden können. Ein Therapeut, der nicht heilsam sein möchte, kann gar nicht hilfreich sein, doch gerade dies ist die Vorgabe für Doppel-Blind-Studien. Entsprechend kritisch äußerte sich Seligman (1995, S. 965): „Whenever you hear someone demanding the double-blind study of psychotherapy, hold on to your wallet.“ Lambert und Bergin (1994) führten Vergleichsstudien durch, in denen die Therapeuten nicht „blind“ waren, sondern soviel wie möglich generelle Wirkfaktoren realisierten. Wampold schätzt nach diesen Studien das Wirksamkeitsverhältnis von generellen Faktoren zu spezifischen Faktoren mit 4 : 1 ein (Wampold, 2001, S. 135). Zu bedenken ist dabei, dass nicht alle generellen Wirkfaktoren in

diesen „Placebostudien“ verwirklicht werden konnten.

Zu den Designs, die vermittelnde Effekte untersuchen: Wir erläutern dies Design an einem Beispiel: Kognitive Therapie (Beck et al. 1979) geht davon aus, dass Depressionen gekennzeichnet sind durch automatische negative Gedanken, Überzeugungen und Attributionen von sich und anderen. Konsequenterweise wird angenommen, dass die Depression gemildert werden kann, wenn das Ausmaß der negativen Gedanken reduziert wird und sie zugleich durch positivere ersetzt werden. In diesem Fall ist also die Kognition der vermittelnde Prozess. Wampold fasst die Ergebnisse der vorliegenden Studien zu vermittelnden Effekten wie folgt zusammen: „Indeed, no mediating relationship in any area of psychotherapy has been unambiguously detected“ (a. a. O., S. 141).

Studien zu den Interaktionen von Patientenvariablen mit Therapieeffekten: Die starken Evidenzen für die Validität der Äquivalenzhypothese führte zu der Idee, dass gleiche Effektstärke zu Stande kommt, weil nicht genügend ätiologiespezifisch behandelt wird. So gäbe es z. B. verschiedene ätiologische Formen von Depression: diese mag biologisch, behavioral, kognitiv-behavioral oder interpersonell zu Stande gekommen sein. Die wahren Effektstärken der unterschiedlichen Therapieverfahren würden sich daher erst dann herausstellen, wenn je nach Ätiologie das angemessene Verfahren eingesetzt werde (Folette & Houts, 1996, S. 1128). Wampold referiert die hierzu vorliegenden Studien und kommt zu dem Ergebnis, dass der Eckpfeiler des medizinischen Denkmodells, nämlich die Annahme, spezifische Charakteristika von Patienten erforderten spezifische Interventionen und diese seien die heilsamen Wirkfaktoren, in den vergangenen vierzig Jahren auch mit diesem Forschungs-

design nicht empirisch nachgewiesen wurde (a. a. O., S. 147).

Zur Adhärenzforschung: Unter Adhärenz versteht man das Ausmaß, in dem der Therapeut die Interventions-techniken anwendet und nutzt, die als spezifisch wirksame und sinnvolle der je spezifischen Therapieform angenommen werden. Es wird hypostasiert, dass der Therapeut, der die als wirksam postulierten spezifischen Interventionen macht, erfolgreicher sein wird als der Therapeut, der dies nicht tut. Umgekehrt sollen Therapien, in denen Interventionen durchgeführt werden, die als nicht-spezifisch gelten, nicht wirksam sein. Wampold fasst die Befunde zur Adhärenzforschung wie folgt zusammen: „All told, the evidence related to adherence provides at best weak evidence for the therapeutic importance of specific ingredients“ (a. a. O., S. 183). Adhärenz ist die Basis der evidenzbasierten Psychotherapie, doch gerade sie erweist sich nicht als therapeutisch wirksames Element.

Insgesamt wird also durch all diese Studien die Hypothese von der besonderen Wirksamkeit spezifischer Interventionen nicht gestützt. Vielmehr zeigt Wampold, dass die spezifischen Wirkfaktoren maximal 1% der Varianz in Outcomestudien bedingen (a. a. O., S. 204).

Die von Döpfner zitierten Einzelstudien stehen im Widerspruch zu diesen Befunden, denn danach sollen ja sowohl bei internalen als auch externalen Störungen gerade die teils in manualisierter Form applizierten spezifischen Interventionen wirksam sein. Da die generellen Wirkfaktoren in den von Döpfner angeführten Studien nicht untersucht wurden, ist völlig offen, was den Kindern und Jugendlichen in der von ihm angeführten Vergleichsstudie zwischen humanistisch dynamischen Psychotherapien und Nachhilfeunterricht tatsächlich geholfen hat.

4. Zu den generellen Wirkfaktoren von Psychotherapie

Auch Döpfner zieht, wie die von ihm zitierten Autoren, den Schluss, dass nachgewiesene Wirksamkeit gleichzusetzen ist mit dem Nachweis der Wirksamkeit der verfahrensspezifischen Interventionen. In den von ihm tabellarisch zusammengefassten, überwiegend kognitiv-behavioralen Interventionen bei internalen und externalen Störungen werden die Effektstärken ungefragt den spezifischen Interventionen zugeschrieben, was tatsächlich in den Studien nicht überprüft wurde.

Wampold sichtete die empirische Forschung zur Wirksamkeit genereller Faktoren und kam zu folgendem Ergebnis:

4.1. Die allen Psychotherapien gemeinsamen, d.h. die generellen Wirkfaktoren, machen rund 70 Prozent der Gesamtwirksamkeit aus

Verschiedene Autoren listen unterschiedliche generelle Wirkfaktoren auf (Tschuschke, V. & Czogalik, D. 1988; Orlinski, D. E., Grawe, K. & Parks, B. K., 1994; Hartmann, M. et al., 2001; Ahn et al., 2001; Norcross, J.C. 2002; Lambert et al., 2002). Ihre Erforschung ist schwierig, da sie weitgehend miteinander verzahnt sind. Für die generellen Wirkfaktoren Arbeitsbündnis, Allegianz und Therapeutenpersönlichkeit liegen aber bereits hinreichend abgesicherte empirische Befunde vor.

Zum Arbeitsbündnis: Schmidt-Traub (vgl. 2003, S. 112) machte darauf aufmerksam, dass in der Regel die therapeutische Beziehung in empirisch abgesicherten Therapie-Manualen nicht berücksichtigt ist. Eine hinreichende Anzahl von Studien lieferte den empirischen Beleg, dass die Qualität der Beziehung zwischen Patient und Therapeut, das Arbeitsbündnis, in sämtlichen Psychotherapieverfahren in hohem Maße das Therapieergebnis be-

stimmt. In allen Untersuchungen war dieser Faktor wirksamer als die Summe der spezifischen Wirkfaktoren. Wampold fasst die Befunde wie folgt zusammen: "... it appears that the relationship accounts for dramatically more of the variability in outcomes than does the totality of specific ingredients" (a. a. O., S. 158).

Zur Allegianz: Unter Allegianz versteht man das Ausmaß, in dem der Therapeut in seiner therapeutischen Tätigkeit von der Wirksamkeit der von ihm durchgeführten Therapie überzeugt ist. Empirisch wurde gefunden, dass Allegianz einen enormen Einfluss auf das Behandlungsergebnis hat. Wampold verdeutlicht dies: In Metaanalysen ergab sich eine Effektstärke von 0.65. Dies ist z. B. auch für die von Döpfner zitierten Studien zu kognitiv-behavioralen Verfahren nachgewiesen (rational-emotive Therapie, Ellis, 1979; systematische Desensibilisierung, Meichenbaum, 1986; kognitive Therapie, Beck, 1979). Wampold stellt zusammenfassend fest, dass "The magnitude of the allegiance effects ranged up to 0.65. Given that the upper bound for specific effects was approximately 0.20, it is clear that the allegiance to the therapy is a very strong determinant of outcome in clinical trials. That the effects due to allegiance accounts for dramatically more of the variance in outcome than does the particular type of treatment implies that therapist attitudes toward therapy is a critical component of effective therapy" (a. a. O., S. 168).

Zu den Wirkungen der Therapeutenpersönlichkeit: Die vorliegenden Untersuchungen haben ergeben, dass die persönlichen Eigenschaften des Therapeuten entscheidend für den Therapieerfolg sind. Sie machen einen Varianzanteil von 6-9%, in Einzelfällen bis zu 70% aus, mit einer

Effektstärke von 0.50 bis 0.60. Dieser Faktor ist besonders eindrucksvoll, wenn man ihn vergleicht mit der Variabilität der Behandlungsmethoden, die höchstens mit 1% zu Buche schlägt, was einer Effektstärke von 0.20 entspricht. Wampold und Serlin (2000) haben allerdings gezeigt, dass sich diese verfahrensbedingte Effektstärke in Outcomestudien von 0.20 bei angemessener Berücksichtigung der Therapeuteneffekte sich auf 0.06 reduzierte und sich damit als Artefakt erwies. Die Behandlungseffekte auf Grund des spezifischen Verfahrens sind somit tatsächlich eher gleich Null.

Bezüglich der von Döpfner tabellarisch zusammengefassten, überwiegend kognitiv-behavioralen Interventionen bei internalen und externalen Störungen von Kindern und Jugendlichen wurden die Effektstärken der generellen Wirkfaktoren Arbeitsbündnis, Allegianz und Therapeutenpersönlichkeit nicht veranschlagt, sondern die Effektstärke summarisch der jeweiligen verfahrensspezifischen Intervention zugeschrieben.

Weil die überragende Bedeutung des Mitmenschen gerade für Kinder und Jugendliche feststeht und geklärt ist, dass die zwischenmenschlichen und nicht die spezifischen Faktoren die entscheidenden Wirkfaktoren von Psychotherapie sind, kann berechtigt geschlossen werden, dass diese Wirkfaktoren erst recht für junge und jüngere Menschen von essentieller Bedeutung sind. Daher können insgesamt die empirischen Befunde Wampolds zur Effektivität und zu den Wirkfaktoren von Psychotherapie berechtigterweise grundsätzlich auf die Psychotherapie junger und jüngerer Menschen übertragen werden. Dies erscheint als das stärkste Transferargument.

5. Schlussbemerkung

Wampold zeigte empirisch, dass die spezifische Behandlung, die der Therapeut durchführt, die Behandlungsergebnisse kaum beeinflusst. Es hat sich auch erwiesen, dass die Adhärenz bezüglich bestimmter Behandlungsinterventionen nicht die Variabilität der Behandlungsergebnisse zu erklären vermag. Hingegen belegen die Forschungen zu den zwischenmenschlichen Wirkfaktoren und insbesondere die zum Arbeitsbündnis, zur Allegianz und zur Wirksamkeit der Therapeutenpersönlichkeit die enorme Bedeutung des Therapeuten für die Wirksamkeit von Psychotherapie (a. a. O., S. 202). Insgesamt sind aber die zwischenmenschlichen, generellen Wirkfaktoren bisher wenig erforscht. Das Gebot der Stunde ist daher die Erforschung der zwischenmenschlichen Wirkfaktoren, unabhängig vom Alter der Patienten. Diese Erkenntnis ist besonders den Forschungen von Verhaltenstherapeuten in der vergangenen Dekade über spezifische und generelle Wirkfaktoren zu verdanken.

Die verfahrensorientierte Position kann als überholt gelten, denn nicht länger ist die entscheidende Frage, welche Therapieverfahren hilfreich sind. Selbst die Frage, welche Therapieform zu welchem Patienten passt, führt lediglich in die richtige Richtung. Angesichts der überragenden Bedeutung des Therapeuten für das Therapieergebnis ist jetzt die entscheidende Frage, welcher The-

rapeut mit welchem Verfahren passt zu welchem Patienten, so dass die Hilfe für ihn optimal sein wird. Worin dies Zueinander-Passen besteht, könnte nun verstärkt erforscht werden. Diese Forschung wäre nicht länger aus der Perspektive des medizinischen Denkmodells durchzuführen, d. h. eine Lösung vom Forschungsdesign des randomisierenden Goldstandards zu Gunsten einer Passungs-Indikation von Patient zu Therapeut und Verfahren wäre methodisch anzustreben, um Erkenntnisse über optimale Wirksamkeiten gewinnen zu können. Döpfners Forderung, zunehmend neben gut kontrollierten so genannten Efficacy-Studien auch experimentell weniger gut kontrollierte Effectiveness-Studien durchzuführen, ist zu bejahen, doch sein Hinweis, dies am besten im randomisierten Kontrollgruppendesign durchzuführen, erscheint, gemessen an den dargelegten Erkenntnissen, obsolet.

Groeger schreibt in derselben Ausgabe des PTJ, die Frage sei, ob mit einem schulenzentrierten oder einem störungsspezifischen Zugang dem Wirtschaftlichkeitsgebot und dem Qualitätsanspruch des SGB V besser entsprochen werde (2003, S. 274). Im Lichte der Wampold'schen Forschungsergebnisse sind beide Zugänge zu verwerfen zugunsten der Passungs-Indikation, und in der Tabelle Groegers auf Seite 275 wäre das randomisierende Forschungsdesign als

erstrangiger Evidenzgrad zu ersetzen durch ein Passungs-Forschungsdesign.

Eines darf nicht vergessen werden: Psychotherapie ist nicht möglich ohne konkrete Interventionen, die verfahrensspezifisch sein können. So könnte die Kunst der Psychotherapie jedes Verfahrens darin bestehen, auf dem jeweiligen theoretischen Hintergrund durch verfahrensspezifische Interventionen möglichst umfassend generelle, zwischenmenschliche Wirkfaktoren zu realisieren. Auch Grawe scheint mit der ‚Allgemeinen Psychotherapie‘ dies Ziel zum Teil im Auge zu haben.

Bitte beziehen Sie die Liste der Literaturangaben beim Verfasser.

Inge Berns

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in eigener Praxis
Gretchenstraße 36
30161 Hannover
IngeBerns@t-online.de

Dr. med. Ulrich Berns

Psychoanalytische Arbeit mit Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen in eigener Praxis
Gretchenstraße 36
30161 Hannover
UBerns@t-online.de

Erwiderung auf die Stellungnahmen von Fröhlich-Gildhoff und Berns & Berns

Manfred Döpfner

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

Wie erwartet, hat der Beitrag zur Wirksamkeit von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Döpfner, 2003) eine Diskussion ausgelöst und Widerspruch hervorgerufen. Das ist gut so, weil Auseinandersetzungen manchmal zur Klärung beitragen können, wenn Spielregeln eingehalten werden. Bevor ich auf die Argumente in den beiden Beiträgen von Fröhlich-Gildhoff und von Berns & Berns eingehe, bitte ich Sie, einem kleinen gedanklichen Experiment zu folgen:

Ein Gedankenexperiment...

Stellen Sie sich vor, eine Mutter kommt mit ihrem achtjährigen Sohn zu einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, berichtet von Problemen im Verhalten und in der Schule und klagt vor allem über aggressives, unruhiges und unkonzentriertes Verhalten ihres Sohnes. Schließlich fragt sie den Therapeuten: „Welche Hilfen für mein Kind sind wirkungsvoll und welche Methode ist die beste?“

Natürlich kann der Therapeut darauf antworten, dass die Dinge sehr komplex seien und man nie genau im Voraus weiß, was wirklich hilft. Damit hat man immer Recht und lässt die Mutter mit der Frage alleine. Er könnte aber auch sagen, dass er eine von mehreren möglichen Therapiemethoden beherrscht und dass diese Methode seiner Erfahrung nach bei Kindern mit ähnlichen Problemen durchaus hilfreich ist (wenn er die Erfahrung gemacht hat). Vielleicht setzt er auch noch hinzu, dass dies natürlich seine subjektive Beurteilung ist, dass es noch andere therapeutische Zugänge gebe (die er dann genauer beschreiben

würde) und dass vermutlich manche anderen Experten zu anderen Einschätzungen kommen würden. Das wäre ehrlich und würde der Mutter helfen, ihre Entscheidung zu fällen. Sie könnte aber auch weiter insistieren und fragen, ob es über diese subjektive Einschätzung hinaus auch noch Informationen aus wissenschaftlichen Untersuchungen gibt, die helfen können, diese Frage zu beantworten. Ich finde ein solches Anliegen angemessen und gut nachvollziehbar.

Empirische Überprüfbarkeit von Psychotherapie

Stellen Sie sich für einen Moment vor, der Therapeut schlägt nicht eine Psychotherapie sondern eine Pharmakotherapie vor (wofür möglicherweise einiges spräche). Sofort wären wir uns alle einig, dass man hier ja wohl noch mehr Informationen bräuchte als subjektive Erfahrungen und Einschätzungen. Bei der Psychotherapie sind wir uns da gelegentlich nicht so einig, wie die Repliken von Fröhlich-Gildhoff und Berns & Berns zeigen. Wer (zu Recht) eine strenge empirische Kontrolle der Wirkungen und Nebenwirkungen von Pharmakotherapie fordert, muss die gleichen Kriterien für Psychotherapie anlegen. Prinzipiell besteht kein Unterschied in der Möglichkeit der empirischen Prüfung von Effekten. Die Kernfrage der Wirksamkeitsforschung lautet nämlich: Werden Beschwerden und Probleme des Patienten durch eine Therapie X verbessert, welche Nebenwirkungen gibt es und verbessert sich die Befindlichkeit (oder Lebensqualität) des Patienten insgesamt? – Diese Frage lässt sich nur durch gut kontrollierte exper-

imentelle Studien beantworten. So können wir mittlerweile als experimentell gesichert ansehen, dass bestimmte Therapietechniken – etwa das Prinzip der Exposition (bei Ängsten und Zwängen) oder das Prinzip der positiven Verstärkung – gut belegt sind. Experimentelle Studien weisen die Wirksamkeit von Therapien, die diese Prinzipien anwenden, nach, wie die Übersicht über evidenzbasierte Interventionen zeigt. Ich habe aber in diesem und in früheren Artikeln (z. B. Döpfner, 1999; Döpfner & Lehmkuhl, 2002) intensiv auf die Notwendigkeit von Studien zur Wirksamkeit von Psychotherapie unter natürlichen Anwendungsbedingungen (so genannte Effectiveness-Studien) hingewiesen, weil man von experimentellen Studien nicht auf die Wirksamkeit von Therapie unter Alltagsbedingungen schließen kann, da die experimentelle Kontrolle, die notwendig ist, um kausale Schlussfolgerungen zu ziehen, die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf den Alltag einschränkt. Hier bin ich mit Fröhlich-Gildhoff einig. Aber, notwendig sind beide Studienansätze, am besten in der genannten Reihenfolge:

Zuerst experimentell gut kontrollierte Studien, die zeigen, dass eine bestimmte Therapiemethode bei einer bestimmten Patientengruppe (im Vergleich zu Nichtbehandlung, besser noch im Vergleich zu Alternativbehandlungen) unter optimalen Rahmenbedingungen tatsächlich wirkungsvoll ist, und danach so genannte Generalisierungsstudien (oder effectiveness studies), die überprüfen, ob sich diese experimentell belegten Ef-

fekte auch unter realen Anwendungsbedingungen erzielen lassen.

Die naturalistische Studie von Weiss und Mitarbeitern

Als Beispiel für eine methodisch hervorragende Generalisierungsstudie wurde die Arbeit von Weiss und Mitarbeitern (1999) zitiert, die zeigt, dass Psychotherapie, so wie sie in den USA praktiziert wird, nicht wirkungsvoller ist als Nachhilfe – ein sicher provokativer Befund, der der Replik bedarf; aber es ist die methodisch beste Studie dieser Art, die ich kenne. Berns & Berns argumentieren, dass es sein könnte, dass Kinder von beiden treatments profitiert haben können und die Psychotherapie also wirksam gewesen sein könnte. Ja – das ist vermutlich so, da sich Kinder unter beiden Bedingungen verbessern. Wir können also aus dieser Studie schlussfolgern, dass die Wirksamkeit dieser Art von Psychotherapie in dieser Stichprobe genauso gut ist wie Nachhilfe – und das ist auch die wichtigere Frage: Hilft Psychotherapie mehr als einfachere (und billigere) Formen der Intervention? Leider wird in der Mehrzahl der Kinderpsychotherapiestudien Psychotherapie mit Nichtstun (Wartekontrollen) verglichen und nicht mit anderen Interventionsformen – beispielsweise mit Aufmerksamkeit und Zuwendung zum Patienten. Deshalb erreichen die wenigsten Therapieformen bei der Beurteilung des empirischen Evidenzgrades das Gütesiegel „empirisch gut bewährt“. Diese Einschätzung setzt nämlich voraus, dass sich die Therapie im Vergleich mit einer Interventionsalternative bewährt hat. Diese Methode hilft übrigens auch, spezifische von unspezifischen Effekten zu trennen, auf die Berns & Berns eingehen.

Auch Fröhlich-Gildhoff greift die Studie von Weiss und Mitarbeitern auf und spricht von unseriösen Schluss-

folgerungen aufgrund vager Beschreibungen der Interventionsverfahren. Er verschärft damit die Diskussion in einer Art und Weise, die sicher nicht hilfreich ist, zumal er mich anschließend auch noch für „implizite Schlussfolgerungen“ kritisiert, die ich gar nicht gemacht habe! Er lässt kritische Einwände von mir weg (dass die Studie die amerikanische Situation widerspiegelt, S. 259) und bringt sie dann als eigene Kritik an meiner Darstellung ein („... abgesehen von der Frage, ob die Studie übertragbar ist...“). Ich überlasse dem Leser die Beurteilung eines solchen Vorgehens und versuche eine sachliche Klärstellung:

Weiss und Mitarbeiter haben die Wirksamkeit von Kinderpsychotherapie geprüft, so wie sie vor Ort (in den USA) gegenwärtig durchgeführt wird. Sie haben sich nicht auf eine bestimmte Therapieschule beschränkt und sie haben keine inhaltlichen Vorgaben gemacht. Sie haben aber in einer aufwändigen Weise anhand einer Therapieprozess-Checkliste, versucht, die Art die Psychotherapie zu klassifizieren, und sie beschreiben differenziert, welche Methoden zu welchen Anteilen durchgeführt wurden (eben überwiegend psychodynamisch-humanistisch-kognitiv). Das ist nicht vage, sondern so genau, wie ich es sonst bei Generalisierungsstudien nicht kenne. Es wurde also nicht manualisiert (Manualisierung wird von Fröhlich-Gildhoff später kritisiert!), sondern Psychotherapierealität (in der entsprechenden Region in den USA) abgebildet. Und den Autoren ist es auch noch gelungen, zu randomisieren und damit die Vergleichbarkeit beider Zugänge zu verbessern. Ich bin gespannt, ob die von Fröhlich-Gildhoff angekündigte Studie über die Wirksamkeit von personenzentrierte Kindertherapie bei Kindern mit Angststörungen eine ähnlich hohe methodische Qualität aufweisen wird,

denn solche Studien benötigen wir dringend.

Studien ignoriert, Entwicklungen nicht bedacht, alles tendenziös?

In der Übersichtsarbeit und auch an anderer Stelle habe ich ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die verschiedenen Therapieschulen leider unterschiedlich stark einer empirischen Überprüfung unterzogen wurden. Dies hat verschiedene Gründe, die in der Entwicklungsgeschichte der einzelnen Therapieschulen und auch in der aktuellen Wissenschaftsorganisation liegen und die aus unterschiedlichen Perspektiven kritisch betrachtet werden können. Dies ändert aber nichts daran, dass der aktuelle Stand unseres empirischen Wissens so ist, wie er ist. Bei den nicht behavioralen Verfahren ist das Hauptproblem tatsächlich, dass sie extrem selten in methodisch anspruchsvollen Studien empirisch überprüft wurden, und deshalb eine Aussage über ihrer relative Wirksamkeit oder Unwirksamkeit nur sehr begrenzt möglich ist. Die Ergebnisse der Meta-Analysen, in denen die vorhandenen Studien der verschiedenen Therapieformen auch einander gegenübergestellt wurden, können aber nicht so interpretiert werden, wie Fröhlich-Gildhoff das tut, dass nämlich die gefundenen geringen bis mittleren Effekte (in den relativ wenigen Studien) darauf zurückzuführen seien, dass sie nicht untersucht wurden – nein, in den wenigen Studien zeigen sich eher geringe bis mittlere Effekte und in der letzten Meta-Analyse von Weisz et al. (1995) liegen die Effekte von klientenzentrierten Verfahren nahe am Nullpunkt (Effektstärke $ES=0,11$).

Es gibt eine umfangreiche Literatur, die sich kritisch mit Meta-Analysen auseinandersetzt, auf die auch Berns & Berns teilweise verweisen. Es wäre eine längere Abhandlung nötig, um auf alle diese kritischen Argumente einzugehen.

Nur einige Klarstellungen sind an dieser Stelle nötig. Berns & Berns zitieren Brisch (2000), nach dem in den Weisz-Studien keine Unterschiede zwischen den Therapieformen nach Kontrolle der „Effekte für Altersgruppen und für spezifisch eingesetzte Testinstrumente ...“ zu finden wären. Ich habe das Brisch-Zitat nicht geprüft, sondern im Original noch einmal nachgeschaut (Weisz et al., 1995, S. 455). Dort jedenfalls stehen andere Ergebnisse: „The mean effect size... was higher for behavioral therapies than for non-behavioral... The difference remained significant when we controlled for age, gender and therapist training and was marginally significant ($p < .10$) when we controlled for problem type. This main effect of therapy supports the hypothesis that behavioural treatments are more effective than non-behavioral treatments.“

Außerdem kommt diese Studie zu dem Ergebnis, dass sich beide Therapierichtungen in der Stabilität der Effekte nicht unterscheiden, d. h. behaviorale Verfahren waren in der Kurzzeitwirksamkeit besser und diese Effekte stabilisierten sich genauso, wie die (geringeren) Effekte von non-behavioralen Verfahren. Weiss & Weisz (1995) kommen zudem bei der Betrachtung früherer Meta-Analysen zu dem Ergebnis, dass behaviorale Methoden den nicht behavioralen Verfahren überlegen waren.

Der Zusammenhang zwischen therapeutischer Orientierung des Untersuchers und Studien-Ergebnis (Alliance), der von Berns & Berns angesprochen wird, ist kein wirklich starkes Argument, weil es sehr gut sein kann, dass der Untersucher einfach die richtige Hypothese hatte. Ich empfehle zur weiteren Lektüre Weiss & Weisz (1995) und Weisz et al. (1995).

Die Behauptung von Fröhlich-Gildhoff, Ergebnisse anderer Therapieformen

seien ignoriert worden, entbehrt jeder Grundlage. Es wurden die in den nationalen und internationalen Fachzeitschriften publizierten Reviews berücksichtigt. Aktuelle Literatur zu diesem Thema, etwa die Übersichtsarbeit von Fonagy et al. (2002) wurde eingearbeitet, auf die deutsche Meta-Analyse von Beelmann & Schneider (2003), die keine erheblichen Unterschiede in den Effektstärken zwischen behavioralen und non-behavioralen Studien fanden, wurde hingewiesen. Das, was Fröhlich-Gildhoff dem Autor zu Unrecht unterstellt, nämlich „tendenziöse und unvollständige Darstellungen“, betreibt er in exzessiver Weise: er zitiert die positiven Einschätzungen von Beelmann & Schneider (2003) und lässt die Einschränkungen und kritischen Äußerungen weg (S. 139): „Anders als in den anglo-amerikanischen Meta-Analysen (vgl. insbesondere Weiss & Weisz, 1995) ergibt sich für den hier zugrunde gelegten Datensatz kein signifikanter Wirksamkeitsunterschied zwischen den verschiedenen Therapierichtungen (bezogen auf den Vergleich von behavioralen und nicht behavioralen Therapien). Dieses Ergebnis ist allerdings in mehrfacher Hinsicht zu relativieren. Zum einen beziehen sich die beiden Kategorien auf jeweils unterschiedliche Störungsgruppen, sind also nur bedingt vergleichbar. Zweitens liegen für die gesamte Bandbreiten nicht-behavioraler Therapien nur sehr wenige Untersuchungen vor und drittens lassen sich die relativ positiven Befunde nicht-behavioraler Therapien im wesentlichen auf die günstigen Ergebnisse der klientenzentrierten Spieltherapie zurückführen.“

Später schreiben die Autoren (S.139): „Näheren Aufschluss über die relative Effektivität verschiedener Therapieverfahren können leider auch nicht aus den wenigen Vergleichsstudien gezogen werden, zumal diese zum Teil gravierende methodische Mängel aufweisen ... Tendenziell zeigt sich jedoch

eine Überlegenheit verhaltenstherapeutischer Maßnahmen gegenüber anderen Therapieformen...“

Insgesamt leidet die sehr verdienstvolle Meta-Analyse von Beelmann und Schneider an der geringen Zahl von analysierten deutschsprachigen Studien, so dass differenzierte Aussagen aus dieser Meta-Analyse, wie die Autoren selbst immer wieder betonen, nur bedingt möglich sind. Wie Heekerens (2002) zu den von Fröhlich-Gildhoff zitierten Schlussfolgerungen kommen kann, dass die Wirksamkeit von personenzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie als „... geprüft anzusehen“ sei, erschließt sich mir nicht so ganz, da sich Heekerens letztlich auf die gleichen Studien bezieht, wie ich. Wenn ich die Ergebnisse von Meta-Analysen betrachte: Weisz et al., 1987 (20 Gruppen) $ES=0,56$; Beelmann & Schneider (2002) (12 Studien) $ES = 0,54$; Weisz et al., 1995 (6 Gruppen) $ES= 0,11$; dann sind die Ergebnisse doch sehr gemischt, und auch in den international durchgeführten Bewertungen des empirischen Evidenzgrades von Interventionsformen werden nondirektive/personenzentrierte Ansätze nicht als empirisch fundiert eingeschätzt.

Dieser neben den Meta-Analysen zweite Zugang zur Bewertung der Wirksamkeit von Psychotherapie anhand von Psychotherapiestudien mittels Kriterien zur empirischen Evidenz wurde ebenfalls in dem Übersichtsartikel dargestellt. Nach diesen Kriterien gelingt es bislang nur einzelnen kognitiv-behavioralen Verfahren, den Evidenzgrad „empirisch gut bewährt“ beziehungsweise „vermutlich effektiv“ zu erreichen. In diese Bewertungen gehen ausschließlich englischsprachige Studien ein; es wäre daher hilfreich, wenn die deutschsprachigen Studien bei der Beurteilung des Evidenzgrades ebenfalls herangezogen würden. Ich bezweifle aber, dass sich das Ergebnis

wesentlich ändern würde. Was die Kriterien der American Psychological Association (APA) für die Bewertung des Grades der empirischen Bewährung mit dem medizinischen Denkmodell zu tun haben, wie Berns & Berns behaupten, ist für mich nicht nachvollziehbar, beschreiben sie doch nur Kriterien dafür, wann ein Therapieverfahren als empirisch bewährt einzuschätzen ist, unabhängig von der Frage, ob allgemeine oder spezifische Wirkfaktoren dafür verantwortlich sind. Wenn es allgemeine Wirkfaktoren sind, dann würden verschiedene Ansätze vergleichbare Wirkungen erzielen, was prinzipiell empirisch geprüft werden kann.

Was können und müssen wir unseren Patienten mitteilen?

Welche Schlussfolgerungen können wir daher ziehen, was können wir in der eingangs geschilderten hypothetischen Situation der Mutter auf die Frage nach den wissenschaftlichen Belegen zur Wirksamkeit von Therapien für ihr Kind mit hyperkinetischen und aggressiven Auffälligkeiten sagen?

Ich würde ihr auf diese Frage antworten können,

... dass es wenige Therapien gibt, die gut untersucht wurden;

... dass am häufigsten pharmakologische Behandlungen bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen untersucht wurden, und diese sich auch generell als wirkungsvoll erwiesen haben;

... dass auch relativ häufig verschiedene verhaltenstherapeutische Verfahren überprüft wurden und sich als wirkungsvoll erwiesen haben;

... dass diese Verfahren, wenn man bestimmte Kriterien anlegt, die einzigen Verfahren sind, die bislang als empirisch gesichert gelten können;

... und dass es für manche andere Therapieformen vereinzelt Wirksamkeitsnachweise gibt.

Ich würde dann noch ergänzen, dass national und international Leitlinien zur Behandlung dieses Störungsbildes von verschiedenen Kommissionen herausgegeben wurden, die alle diese beiden Therapieformen empfehlen. Aus diesem wissenschaftlichen Ergebnissen, so würde ich noch hinzufügen, kann aber nicht sicher abgeleitet werden, welche Therapie ihrem Kind wirklich hilft oder am besten ist, dass sie aber wertvolle Hinweise bei der Wahl der Therapieart geben und dass es auf jeden Fall notwendig ist, die Wirksamkeit zu überprüfen und gegebenenfalls andere Therapieformen einzusetzen.

Der Übersichtartikel zur Wirksamkeit von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wollte nichts anderes, als die wesentlichen Befunde in aller Kürze zusammenzufassen, die helfen können, solche Antworten zu geben. Es sollte nicht auf die Frage nach allgemeinen oder spezifischen Wirkmechanismen eingegangen werden, wie in der Replik von Berns & Berns (vor allem nicht im Analogieschluss zur Erwachsenentherapie); es sollte auch nicht auf die möglicherweise verdienstvollen theoretischen Weiterentwicklungen der personenzentrierten Kindertherapie rekurriert werden, die in der Arbeit von Fröhlich-Gildhoff angesprochen wurden, weil empirisch gesichertes Wissen und nicht theoretische Überlegungen im Blickpunkt dieses Artikels standen.

Ein an den Therapieschulen haftendes Denken ist ein Hinweis auf Vorwissenschaftlichkeit. Im Sinne unserer Patienten, die unsere Therapie erfahren, und im Sinne der Gesellschaft, die diese Therapie finanziert, ist es hilfreich, von dem an Therapieschulen orientierten Denken weg und hin zur Frage zu kommen, welche Methoden

und Wirkprinzipien sich in der Therapie welcher psychischer Auffälligkeiten empirisch bewährt haben; deshalb der Hinweis auf eine multimodale Kinderpsychotherapie am Ende meines Übersichtsartikels. Ein solcher Ansatz darf freilich nicht nach dem Prinzip organisiert sein, jede Therapieform habe schon ihr Gutes und alles wird irgendwie zusammengeführt, sondern einzelne Methoden (aus welcher Schule sie auch stammen mögen) müssen empirisch miteinander verglichen werden und auf diese Weise müssen sich effektive Behandlungsmethoden von weniger wirkungsvollen Verfahren herauschälen. Eine allgemeine Psychotherapie, die von allem etwas nimmt, damit alle Therapieschulen zufrieden sind (aber möglicherweise nicht die Patienten), halte ich nicht für erstrebenswert. Ein wichtiger Schritt in die Richtung einer multimodalen evidenzbasierten Psychotherapie sind Leitlinien zur Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen mit verschiedenen Störungsbildern, die mittlerweile auch im deutschen Sprachraum von verschiedenen Gruppen erarbeitet werden und in ausführlicher Form in der Reihe „Leitfaden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ sowie in komprimierter Form in der Zeitschrift *Kindheit und Entwicklung* (Döpfner & Esser, im Druck) erscheinen. Die Diskussion wird also fortgesetzt.

Bitte beziehen Sie die Liste der Literaturangaben beim Verfasser.

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

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



Mitteilungen der Bundespsychotherapeutenkammer

Bundepsychotherapeutenkammer – Nachrichten

Zweiter Deutscher Psychotherapeutentag am 1.11.2003 in Düsseldorf:

Gründungsphase der Bundespsychotherapeutenkammer abgeschlossen – Aufbauphase läuft

Der 2. Deutsche Psychotherapeutentag fand am 1. November 2003 in Düsseldorf statt. Die Kammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz waren durch ihre Bundesdelegierten vertreten. Als neue Mitgliedskammer konnte der Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer Detlev Kommer die Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein begrüßen. Sie war mit Wirkung zum 1. November der BPTK beigetreten. Weiter waren als Gäste VertreterInnen der in Gründungsvorbereitung befindlichen Kammer der ostdeutschen Länder und Vertreter des Kammererrichtungsausschusses Saarland anwesend.

Die Sitzungsleitung lag bei Friederike Wetzorke (Kammer Niedersachsen) und Wolfgang Schreck (Kammer NRW).

Bericht des Vorstandes

Am Anfang der inhaltlichen Arbeit stand der Vorstandsbericht durch den Präsidenten Detlev Kommer. Er analysierte zunächst das in Bundestag und Bundesrat mit großer Mehrheit beschlossene GMG. Nach Ansicht der Vorstandes wurde eine „Gesundheitsreform“ auf den Weg gebracht, die außer einer kurzfristigen Entlastung der

Ausgaben der Gesetzlichen Krankenkassenversicherungen (GKV) kaum Ansätze erkennen lässt, wie die strukturell durch die hohe Arbeitslosigkeit und die älter werdende Bevölkerung bedingten Einnahmeprobleme der GKV auf Dauer behoben werden könnten. Außerdem würden kostenträchtige Qualitätsdefizite, die nicht zuletzt auf eine systematische Vernachlässigung der psychosozialen Dimensionen von Gesundheit und Krankheit zurückzuführen seien, vernachlässigt.

Das GMG werde zudem den Berufsalltag der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten durch neue Auflagen erschweren. Dies beginne mit der in jedem Quartal für die Krankenkassen einzuziehende Praxisgebühr. Es gehe weiter mit verschärften Abrechnungsüberprüfungen, der Auflage, nur noch elektronisch abzurechnen und der damit insbesondere für viele Psychotherapeuten verbundenen Neuanschaffung eines PCs und eines Praxisverwaltungsprogramms. Das Ganze kulminiere schließlich in der jetzt auch sozialrechtlich obligatorischen Fortbildungsverpflichtung, deren Nichteinhaltung nach dem Ablauf von fünf Jahren zu Honorarkürzungen und bei konstanter Verweigerung schließlich zum Zulassungsentzug führen könne. Dazu komme die gesetzliche Verpflichtung zum praxisinternen Qualitätsmanagement und zur Dokumentation für eine ergebnisorientierte Qualitätssicherung, deren Umsetzung und Über-

wachung den Kassenärztlichen Vereinigungen übertragen werde.

Dieses Ergebnis sei gemessen an den Erwartungen der Psychotherapeutenverbände und auch des Vorstands der Bundespsychotherapeutenkammer sehr enttäuschend. Schließlich habe man in bisher noch nicht da gewesener Einmütigkeit in zeitintensiven Verhandlungen mit führenden Gesundheitspolitikern aller Fraktionen, mit Staatssekretär Klaus Theo Schröder vom Bundesgesundheitsministerium und bei den Anhörungen des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages die Forderung nach einem eigenständigen psychotherapeutischen Versorgungsbereich und nach einer besseren gesetzlichen Verankerung der Mitbestimmungsrechte der Psychotherapeuten in den Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und in deren Vorständen vorgetragen

Aber bei dieser ernüchternden Bilanz dürfe auch nicht aus dem Blick geraten, dass mit dem GMG gleichzeitig eine institutionelle Stärkung der Länderkammern und der Bundespsychotherapeutenkammer verbunden sei. So werde den Bundeskammern der Heilberufe und damit auch der Bundespsychotherapeutenkammer ein generelles Anhörungsrecht im Gemeinsamen Bundesausschuss bei allen die Berufsausübung berührenden Fragen eingeräumt. Dies sei insbesondere im für Psychotherapierichtlinien zuständi-

gen Arbeitsausschuß von Bedeutung. Da der Gemeinsame Bundesausschuss jetzt zudem sowohl für die ambulante als auch die stationäre Versorgung zuständig sei, ergäben sich zusätzlich verbesserte Möglichkeiten der sozialrechtlichen Interessenvertretung der in Kliniken im Angestellten- oder Beamtenverhältnis tätigen Kolleginnen und Kollegen. Gleichzeitig müsse die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Bundespsychotherapeutenkammer bei der Umsetzung der gesetzlich vorgegebenen Fortbildungsverpflichtung einbeziehen, so dass auch hier Aussichten bestünden, zu professionsadäquaten Regelungen zu gelangen. Durch die mit der Fortbildungsverpflichtung verknüpfte Zertifizierungsaufgabe kämen auf die Länderkammern einerseits neue Verwaltungsaufgaben zu, andererseits würden dadurch aber auch inhaltliche Gestaltungsmöglichkeiten durch die Einflussnahme auf Fortbildungsinhalte und deren Umsetzung geschaffen, die für die Weiterentwicklung der Profession und deren Verankerung im Gesundheitssystem durch die Erschließung neuer Tätigkeitsfelder im Zusammenhang mit dem Erwerb von Zusatzqualifikationen von erheblicher Bedeutung sein könnten.

Gegen Ende seines Berichts stellte der Präsident Frau Dr. Christina Tophoven vor, die bis zum Ende des Jahres bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung das Referat „Neue Versorgungsformen“ betreute und ab Januar 2004 als Geschäftsführerin für die BPTK tätig sein werde. Der seit dem 15. September 2003 als Justiziar der BPTK tätige Berliner RA Dr. Martin Stellpflug wurde gleichfalls mit Willkommensapplaus durch die Teilnehmer des 2. Deutschen Psychotherapeutentages begrüßt. Mit der Mitteilung, dass ab Januar 2004 die BPTK in der Klosterstrasse 64 in Berlin Mitte ihr Domizil bezogen haben werde, fand der Vorstandsbericht seinen Abschluss.

Beratungen zu den Haushaltsplänen der Jahre 2003 und 2004

Die Haushaltspläne 2003 und 2004 wurden in der vom Vorstand vorgeschlagenen Fassung verabschiedet. Die Ausgaben für 2004 linear fortgeschrieben bedeuten für die Kammerhaushalte in 2005 eine mögliche Zusatzbelastung von maximal 9 Euro pro Mitglied und Jahr. Dem Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer werden damit die für eine langfristig orientierte Interessenvertretung notwendigen Mittel bewilligt. Die Reisekosten- und Entschädigungsordnung wurde gleichfalls in der von Vorstand und Finanzausschuss entwickelten Version beschlossen.

Wissenschaftlicher Beirat nach §11 PsychThG

Der Präsident berichtete über die mit der Bundesärztekammer geschlossene Rahmenvereinbarung zum wissenschaftlichen Beirat (WBP) zu der auch der Übergang der Geschäftsführung des Wissenschaftlichen Beirats auf die Bundespsychotherapeutenkammer gehört. Er ging auf die Kandidatensuche für die Bank der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im WBP und die daraus resultierende Nominierung der Mitglieder ein. Änderungsvorschläge zu allen Punkten wurden intensiv diskutiert, jedoch mit großer Mehrheiten abgelehnt.

Ausschüsse und Kommissionen

Am Vorabend des 2. Deutschen Psychotherapeutentags hatten Verbands- und Berufsgruppenvertreter bis spät in die Nacht hinein um ein Modell für die Konstituierung von Kommissionen und Ausschüssen verhandelt. Sie fanden dabei ein für alle tragbares Modell, das große Zustimmung bei den Delegierten fand. Es gibt nun die zeitlich mit einem definierten Arbeitsauftrag limitierte Kommission für Weiterbildung (und Grundsatzfragen im Bereich Aus-, Fort- und Weiterbildung), die Kommis-

sion Fortbildung, die Kommission Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement, den Ausschuss Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sowie den Ausschuss Psychotherapeuten in Institutionen, der in a) Kliniken und b) Beratungsstellen und Jugendhilfe unterteilt wurde. Die in die Ausschüsse gewählten Delegierten sind auf der Internetseite der BPTK unter dem Link „Gremien“ aufgeführt.

Am Schluss des Sitzungstages standen noch Resolutionen zur Bedarfsplanung und zu den Mittelkürzungen im Bereich der psychosozialen Beratungsstellen auf der Tagesordnung.

Resolution des 2. Deutschen Psychotherapeutentages zur Bedarfsplanung im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung

Krankheitswertige psychische Störungen beeinträchtigen im zunehmenden Umfang die Arbeitsfähigkeit zahlreicher Menschen in Deutschland. Sie produzieren als einzige Krankheitsgruppe innerhalb der Volkskrankheiten gegen den Trend einen ständigen Anstieg von Krankenhaustagen und Fehlzeiten. Für immer mehr Betroffene droht der soziale Abstieg durch Frühberentung, wie die unlängst veröffentlichten Statistiken der Krankenkassen und der Rentenversicherungsträger eindrücklich belegen. Die menschlichen und die gesellschaftlichen Folgen sind unübersehbar: Nicht nur Familienangehörige werden in Mitleidenschaft gezogen und geraten in wirtschaftliche Not, der Verlust an menschlicher Produktivität und die gesamtgesellschaftliche Krankheitskostenlast fehl- oder unbehandelt gebliebener psychischer Störungen einschließlich der Unterversorgung bei der indizierten neuropsychologischen Therapie von Gehirnschädigungen erreicht jährlich eine Höhe von mehreren Milliarden Euro. Ebenso besorgniserregend ist die zunehmende Verbreitung von psychischen Störungen bei

Kindern und Jugendlichen: Sie ziehen folgenreiche und kostenträchtige Entwicklungs- und Teilhabestörungen nach sich, erhöhen das Risiko sozialer Devianz bis hin zur Anomie und markieren damit gesellschaftliche Brennpunkte für die schwindende Integrationskraft unseres Gemeinwesens.

Obwohl eine rechtzeitige Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen Behandlung wirksam Abhilfe schaffen könnte, steht in vielen Regionen Deutschlands außerhalb der großstädtischen Ballungszentren kein angemessenes Therapieplatzangebot zur Verfügung. Die bestehenden Wartezeiten sind Patienten nicht zumutbar, begünstigen teure Fehlversorgung und Chronifizierung. Dazu kommt ein gravierendes Defizit an Behandlungsressourcen im Bereich der Psychotherapie bei Kindern- und Jugendlichen.

Verantwortlich für die Unterversorgung ist eine defizitäre Bedarfsplanung im Bereich der Psychotherapie, die den fachwissenschaftlich belegten Behandlungsbedarf systematisch ignoriert.

Die auf dem 2. Deutschen Psychotherapeutentag versammelten Delegierten der Länderkammern der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten fordern deshalb sowohl die Gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen als auch das zuständige Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung auf, umgehend wirksame Maßnahmen zu ergreifen, um eine am tatsächlichen Behandlungsbedarf orientierte flächendeckende psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

Resolution des 2. Deutschen Psychotherapeutentages zur Mittelkürzung bei psychosozialen Beratungsstellen in den Länderhaushalten

Die Delegiertenversammlung der Bundespsychotherapeutenkammer ist alarmiert durch die aktuellen Entwicklungen

in mehreren Bundesländern, die finanzielle Unterstützung von psychosozialen Beratungsstellen massiv einzuschränken. Dabei sind sowohl Beratungsstellen in kommunaler Trägerschaft betroffen (diese mussten bereits im letzten Jahr in vielen Bundesländern gravierende Einsparungen hinnehmen, die nunmehr fortgeschrieben werden) als auch Beratungsstellen in freier Trägerschaft. Mit den Kürzungen sind die Beratungsstellen existenziell bedroht. Neu ist hierbei, dass auch Ehe- und Lebensberatungsstellen, die von freien Trägern betrieben werden, von den Kürzungen betroffen sind. Es ist nicht damit zu rechnen, dass die freien Träger die fehlenden Landesmittel durch Eigenmittel werden ausgleichen können. Genauso wenig ist damit zu rechnen, dass die Kommunen die wegfallenden Landesmittel durch eine Erhöhung ihrer Zuschüsse ausgleichen, da sie bereits seit letztem Jahr direkt von der Reduzierung der Landesmittel für kommunale Beratungsstellen betroffen sind.

Aufgrund der vorgesehenen Streichungen ist mit gravierenden Einschränkungen bei den Angeboten der Erziehungsberatung, der Ehe- und Lebensberatung wie auch bei anderen psychosozialen Beratungsangeboten zu rechnen. Ohne Entlassungen und Schließungen von Einrichtungen werden die entsprechenden Haushaltspläne nicht durchzuführen sein.

Die Trägerpluralität wird nicht mehr aufrechtzuerhalten sein. Alternative Dienste oder Einrichtungen werden nicht mehr zur Verfügung stehen. Diese Entwicklungen sind alarmierend, da sich die Diskussion um die Situation von Kindern und Jugendlichen und deren Eltern in Deutschland in der letzten Zeit bekanntermaßen nochmals verschärft hat. Die Debatten nach dem Erfurter Attentat und nach dem Bekanntwerden der Ergebnisse der PISA-Studie führten immer wieder zu der

Forderung, das Hilfs-, Betreuungs- und Unterstützungsnetz für Familien und sozial benachteiligte Gruppen auszubauen. Vor diesem Hintergrund erscheint die Kürzung der Gelder für psychosoziale Beratungsstellen kurzfristig, wenn nicht verantwortungslos. Zu den Zielen einer verantwortungsbewussten Sozial- und Familienpolitik muss es gehören, ein vielfältiges, erreichbares und plurales Beratungsangebot für Kinder, Jugendliche, Familien und sozial benachteiligte Gruppen zu garantieren. Dies kann mit der Streichung oder Reduzierung der Förderung der psychosozialen Beratungsstellen nicht mehr gewährleistet werden. Insbesondere Erziehungsberatungsstellen bilden eine wesentliche Säule in der psychosozialen Versorgung von Kindern, Jugendlichen, Eltern und Familien. Die institutionelle psychosoziale Beratung zeichnet sich durch Niedrigschwelligkeit, Lebensweltorientierung und Flexibilität aus. Erziehungsberatungsstellen können seit Jahren ebenso wie Ehe- und Lebensberatungsstellen und andere Formen der psychosozialen Beratung eine steigende Inanspruchnahme über alle sozialen Schichten hinweg nachweisen. Die aktuelle Gewaltdebatte in unserer Gesellschaft verortet die Probleme u. a. in den Familien. Familien finden insbesondere in den Erziehungsberatungsstellen ein institutionalisiertes Hilfsangebot. Die vorgesehenen Kürzungen gehen aber zu Lasten von Familien, Eltern und Kindern, die Unterstützung benötigen und deren Selbsthilfe-Ressourcen zur Überwindung von Erziehungs-, Familien- und psychischen Krisen nicht ausreichen.

Die Delegiertenversammlung der Bundespsychotherapeutenkammer fordert daher die zuständigen Länderministerien auf, sich im Interesse des Wohles der Kinder und Jugendlichen und deren Eltern und Familien wie auch zur Förderung der Integration von sozial benachteiligten Gruppen für eine

nachhaltige Sicherstellung der Förderung von psychosozialen Beratungsstellen im Rahmen der Länderhaushalte einzusetzen.

Die Delegiertenversammlung konnte pünktlich um 17.30 beendet werden. Alle Tagesordnungspunkte waren abgearbeitet.

Der 3. Deutsche Psychotherapeutentag findet am 15. Mai 2004 in Hannover statt.

Geschäftsstelle der Bundespsychotherapeutenkammer nimmt in Berlin ihre Arbeit auf



Seit Dezember 2003 hat die Bundespsychotherapeutenkammer eine Geschäftsstelle in Berlin-Mitte in der Klosterstraße 64.

Anfang des Jahres begann die neue Geschäftsführerin Dr. Christina Tophoven ihre Arbeit. Im Februar stößt Herr Dominique Krause als Fachreferent dazu und ab April ist das Sekretariat besetzt mit Frau Manuela Riha. Im Laufe des Jahres ist noch die Einstellung eines wissenschaftlichen Mitarbeiters bzw. Mitarbeiterin geplant. Dann ist das Team vorerst komplett.

Ausschuss Psychotherapie in Institutionen: Sicherung psychotherapeutischer Angebote im ambulanten und stationären Bereich

Bei der konstituierenden Sitzung des Ausschusses am 5.12.03 in Wiesbaden stand zunächst die zukünftige Arbeitsweise im Mittelpunkt. Man einigte sich auf etwa vierteljährliche gemeinsame Sitzungen, bei denen jeweils auch Gelegenheit für getrennte Sitzungen der Unterausschüsse sein soll. Es wurden zwei Sprecher gewählt, die den Ausschuss gegenüber der Delegiertenversammlung und dem Vorstand vertreten sollen: *Thomas Merz* (Marburg) für den Unterausschuss Beratungsstellen, Jugendhilfe und andere Institutionen und *Heiner Vogel* (Würzburg) für den Unterausschuss Kliniken und integrierte Versorgungseinrichtungen. Ausführlich wurde sodann über das Selbstverständnis des Ausschusses und die zukünftigen Arbeitsschwerpunkte gesprochen: Gemeinsames Programm soll es sein, die Psychotherapie im institutionellen Kontext zu stärken, Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgung in diesem Kontext herauszuarbei-

ten und der Bundespsychotherapeutenkammer entsprechende Initiativen vorzuschlagen bzw. sie dabei zu beraten. Von besonderer Bedeutung soll es daneben auch sein, eine Vernetzung zwischen den Landeskammern bzw. den dortigen Ausschüssen für Angestellten-Fragen bzw. für institutionelle Psychotherapie herzustellen. Als wichtig wurden auch enge Kontakte zu anderen Gremien bzw. Organisationen in diesem Bereich genannt, wie Gewerkschaft Ver.Di, Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke), Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie (DGSP), kommunale und überörtliche Institutionen, soziale Träger und Sozialversicherungsträger. In den anschließenden getrennten Sitzungen der Unterausschüsse wurden konkrete Arbeitsthemen vereinbart:

Für den *Unterausschuss Kliniken und integrierte Versorgungseinrichtungen*: Stellung von Psychotherapeuten in Klinikstrukturen, tarifliche Eingruppierung

von Psychotherapeuten und adäquate Vergütung von Ausbildungsteilnehmern im praktischen Jahr, aber auch Fragen zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen, zur Vernetzung innerhalb und außerhalb von Klinikstrukturen (Beispiel integrierte Versorgung) u. a. Für den *Unterausschuss Beratungsstellen, Jugendhilfe und andere Einrichtungen*: Sicherstellung der bestehenden Versorgungseinrichtungen, Initiativen zur Entwicklung neuer Finanzierungsformen, Stellenwert der Psychotherapie in der Erziehungsberatung. Als erste konkrete Initiative hält es der Ausschuss für notwendig, eine wissenschaftliche Expertise über den gesellschaftlichen (gesundheitsökonomischen) Nutzen von psychosozialer Beratung in Beratungsstellen erstellen zu lassen und regte einen entsprechenden Forschungsauftrag durch den Bundesvorstand an.

Heiner Vogel, Würzburg

Wissenschaftlicher Beirat – Mitteilungen

Vereinbarung zwischen der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer über den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG

01.11.2003

Präambel

Die Bundesärztekammer (BÄK) und die auf Bundesebene zuständige Vertretung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten haben nach § 11 PsychThG einen Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) zu bilden.

Seit ihrer Gründung im Mai 2003 vertritt die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) die Interessen der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auf Bundesebene auch i. S. des § 11 PsychThG.

Anlässlich der am 06.10.2003 auslaufenden ersten Amtsperiode des WBP schließen die BÄK und die BPTK die folgende Vereinbarung, die das Gründungsprotokoll vom 17.08.1998 ersetzt.

§ 1 Aufgaben

Aufgabe des WBP ist insbesondere die gutachterliche Beratung von Behörden gemäß § 11 PsychThG bei ihrer Aufgabenerfüllung nach diesem Gesetz.

Darüber hinaus soll der Beirat anderweitige fachwissenschaftlich bezogene Anfragen bearbeiten, deren Ergebnisse er veröffentlichen soll.

Ferner soll der Beirat im Rahmen seiner wissenschaftlichen Begutachtung zur überprofessionellen Einheitlichkeit beitragen, so dass seine Gutachten für Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gleichermaßen Bedeutung erlangen.

Der Beirat übermittelt den Vertragsparteien bis zum 01. Februar eines jeden Jahres einen Tätigkeitsbericht über das vorausgegangene Kalenderjahr.

Die Vertragsparteien werden sich dafür einsetzen, dass in ihrem jeweiligen Zuständigkeitsbereich die Gutachten des Beirats die jeweils rechtlich mögliche Verbindlichkeit erlangen.

§ 2 Fachliche Unabhängigkeit

Die Vertragsparteien stellen eine unbeeinflusste und ergebnisoffene Arbeitsweise des Beirats sicher.

§ 3 Zusammensetzung und Amtszeit

Der Beirat besteht aus zwölf Mitgliedern, von denen jeweils sechs von jeder Vertragspartei berufen werden. Für jedes Mitglied wird ein(e) persönliche(r) Stellvertreter(in) berufen.

Die BÄK stellt hierbei sicher, dass mindestens 1 Mitglied und dessen Stellvertreter aus dem Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie berufen wird. Die BPTK stellt sicher, dass mindestens 1 Mitglied und dessen Stellvertreter aus dem Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten berufen wird.

Die Mitglieder des Beirats und ihre Stellvertreter werden für die Dauer von fünf Jahren berufen. Wiederberufung ist möglich.

Scheidet ein Mitglied vorzeitig aus, kann die zuständige Vertragspartei für die restliche Dauer der Amtsperiode eine(n) Nachfolger(in) berufen. Entsprechendes gilt für stellvertretende Mitglieder.

Die Vertragsparteien achten darauf, dass die Beiratsmitglieder und ihre Stellvertreter im Bereich der Psychotherapieforschung wissenschaftlich ausgewiesene Persönlichkeiten sind und praktische Erfahrung in psychotherapeutischer Krankenbehandlung besitzen.

§ 4 Alternierender Vorsitz

Der Beirat wählt aus der Reihe seiner Mitglieder eine(n) Vorsitzende(n) und eine(n) stellvertretende(n) Vorsitzende(n), welche in einem vom Beirat jeweils festzulegenden Zeitraum in dieser Funktion alternieren. Der Beirat stellt bei der Wahl sicher, dass jeweils eine(r) der beiden Amtsträger(innen) der Berufsgruppe der Ärzte und der/die andere aus der Berufsgruppe der Psychologischen Psychotherapeuten oder der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten angehört.

§ 5 Methodische Transparenz und Abstimmungsregelung

Der Beirat hat methodisch-wissenschaftliche Kriterien als Grundlage zur Anerkennung von Psychotherapieverfahren zu entwickeln und zu veröffentlichen. Bis zur Beschlussfassung nach Satz 1 gelten die bisherigen Veröffentlichungen des Beirats fort (s. insbesondere **Anwendungsbereiche von Psychotherapie bei Erwachsenen** [Dt Arztebl 2000; 97: A 59, Heft 1-2; geändert: Dt. Arztebl 2002; 99: A 3132, Heft 46] sowie **Anwendungsbereiche von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen** [Dt Arztebl 2000; 97: A 2190, Heft 33]).

Über wissenschaftliche Gutachten und Stellungnahmen stimmt der Beirat nach dem Mehrheitsprinzip ab. Minderheitsvoten sind zulässig.

Wird ein Gutachten oder eine Stellungnahme bekannt gegeben, so wird ein ggf. vor-

liegendes Minderheitsvotum mitveröffentlicht.

§ 6 Geschäftsordnung

Der Beirat gibt sich eine Geschäftsordnung und veröffentlicht diese. Bis zum Beschluss gilt die bisherige **Geschäftsordnung** einschließlich der zugehörigen **Verfahrensgrundsätze** [Dt Arztebl 1999; 96: A 721, Heft 11] fort.

§ 7 Geschäftsstelle

Die Geschäfte des Beirats werden von einer Geschäftsstelle geführt. Diese liegt für die zweite Amtsperiode des Beirats bei der BPTK. Die Vertragsparteien verständigen sich rechtzeitig zum Ende der zweiten Amtsperiode über die weitere Zuordnung der Geschäftsstelle.

§ 8 Reisekosten

Die Reisekosten und evtl. sonstige von den Vertragsparteien vorgesehene Entschädigungen für die Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder sind von der jeweils für die Berufung zuständigen Vertragspartei zu tragen.

§ 9 Kosten der Geschäftsführung

Die Kosten der Geschäftsstelle und evtl. sonstige Kosten tragen die Vertragsparteien jeweils zur Hälfte. Unter Berücksichtigung der ausschließlichen Kostenträgerschaft in der ersten Amtsperiode des Beirats durch die BÄK übernimmt in Abweichung von Satz 1 die BPTK die entsprechenden Kosten für die zweite Amtsperiode.

Die Vertragsparteien klären gemeinsam, ob für die Erstellung von Gutachten gemäß § 11 PsychThG von den anfragenden Behörden eine Aufwandsentschädigung erhoben werden kann.

§ 10 Beauftragte der Vorstände

Jeweils ein Mitglied des Vorstandes der BÄK und BPTK sowie deren Vertreter bzw. Beauftragte können an den Sitzungen des Beirats teilnehmen.

§ 11 Informationspflicht

Die jeweils nach § 7 zuständige Geschäftsstelle stellt sicher, dass die Geschäftsführung der anderen Vertragspartei Kenntnis von allen wesentlichen Vorgängen des Beirats erhält.

§ 12 In-Kraft-Treten

Diese Vereinbarung tritt am 01. November 2003 in Kraft. Sie kann von jeder Vertrags-

partei mit einer Frist von sechs Monaten zum Jahresende gekündigt werden.

Köln, 24.10.2003
Prof. Dr. Dr. h.c. J.-D. Hoppe
Präsident der Bundesärztekammer

Berlin, 27.10.2003
Dipl.-Psych. D. Kommer
Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer

Korrespondenzanschriften:
Bundesärztekammer
Dezernat VI
Herbert-Lewin-Straße 1
50931 Köln

Bundespsychotherapeutenkammer
Klosterstraße 64
10179 Berlin

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie berufen

Berlin, 23.01.2004: Die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundesärztekammer haben zum Januar 2004 die Mitglieder und persönlichen Stellvertreter der zweiten Amtsperiode des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach §11 Psychotherapeutengesetz berufen. Der Beirat ist paritätisch aus sechs ärztlichen Vertretern (aus den Bereichen „Psychiatrie und Psychotherapie“, „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ sowie „Kinder und Jugendlichenpsychia-

trie und -psychotherapie“) und sechs Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zusammengesetzt, die der unten stehenden Liste zu entnehmen sind.

Das Psychotherapeutengesetz umschreibt in § 11 die wichtigsten Aufgaben des Beirats. Dazu gehören die wissenschaftliche Beurteilung einzelner psychotherapeutischer Verfahren und die gutachterliche Beratung der

Länderbehörden insbesondere bei der Anerkennung von Ausbildungsinstituten für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (nähere Informationen im Internet unter www.wbpsychotherapie.de).

In der zweiten Amtsperiode liegt die Geschäftsführung bei der Bundespsychotherapeutenkammer, Klosterstraße 64, 10179 Berlin.

Mitglieder und Stellvertretende Mitglieder im Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie der 2. Amtsperiode

Von der Bundespsychotherapeutenkammer entsandte Mitglieder

Prof. Dr. Jürgen **Kriz**, Universität Osnabrück, Fachbereich Humanwissenschaften, Fach: Psychotherapie und Klinische Psychologie

Prof. Dr. Falk **Leichsenring**, Georg-August-Universität Göttingen, Zentrum Psychologische Medizin, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie

Prof. Dr. Jürgen **Margraf**, Universität Basel, Institut für Psychologie, Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie

Prof. Dr. Rainer **Richter**, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie

Prof. Dr. Dietmar **Schulte**, Ruhr-Universität Bochum, Fakultät für Psychologie, Klinische Psychologie und Psychotherapie

Prof. Dr. Günter **Esser**, Universität Potsdam, Humanwissenschaftliche Fakultät, Institut für Psychologie, Professur Klinische Psychologie/Psychotherapie

Von der Bundespsychotherapeutenkammer entsandte Stellvertreter

Prof. Dr. Jochen **Eckert**, Universität Hamburg, Psychologisches Institut III

Prof. Dr. Hans **Reinecker**, Otto-Friedrich-Universität Bamberg, Lehrstuhl Klinische Psychologie / Psychotherapie

Prof. Dr. Bernhard **Strauß**, Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena, Institut für Medizinische Psychologie

PD Dr. Ulrich **Stuhr**, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Innere Medizin, Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie

Frau PD Dr. Kirsten von **Sydow**, Universität Duisburg-Essen, Fakultät für Gesellschaftswissenschaften, Institut für Kognition und Kommunikation

Dr.phil. Eberhard **Windaus**, Frankfurt

Von der Bundesärztekammer entsandte Mitglieder

Prof. Dr. med. Gerhard **Buchkremer**, Geschäftsf. Direktor der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Tübingen

Prof. Dr. med. Fritz **Hohagen**, Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Lübeck

Prof. Dr. med. Horst **Kächele**, Leiter der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin der Universität Ulm

Frau Prof. Dr. med. Ulrike **Lehmkuhl**, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow-Klinikum, Klinik Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

Prof. Dr. med. Gerd **Rudolf**, Geschäftsf. Direktor der Psychosomatischen Klinik der Universität Heidelberg

Prof. Dr. med. Andreas **Warnke**, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Würzburg

Von der Bundesärztekammer entsandte Stellvertreter

Prof. Dr. med. Manfred **Cierpka**, Ärztl. Direktor der Abteilung für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie der Universität Heidelberg

Frau Prof. Dr. med. Beate **Herpertz-Dahlmann**, Direktorin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der RWTH Aachen

Prof. Dr. med. Gereon **Heuft**, Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Münster

Prof. Dr. med. Michael **Linden**, Rehabilitationsklinik Seehof der BFA, Abteilung für Verhaltenstherapie und Psychosomatik

Prof. Dr. med. Rolf **Meermann**, Ärztl. Leiter der Psychosomatischen Fachklinik Bad Pyrmont

Prof. Dr. med. Franz **Resch**, Ärztl. Direktor der Abteilung für Kinder und Jugendpsychiatrie der Universität Heidelberg

Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 PsychThG zur Verhaltenstherapie

Vorbemerkung

Die Verhaltenstherapie und die psychoanalytisch begründeten Verfahren unterliegen als vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen anerkannte Verfahren nicht der kritischen Prüfung durch eine Landesbehörde oder der gutachterlichen Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie nach § 11 PsychThG (WBP). Nach Auffassung des WBP ist es jedoch im Sinne einer prinzipiellen Gleichbehandlung aller psychotherapeutischen Verfahren angebracht, wenn auch die Richtlinienverfahren die Gelegenheit wahrnehmen, die Wissenschaftlichkeit ihrer Methode evaluieren zu lassen. Der WBP bot den entsprechenden Fachgesellschaften hierzu seine Hilfe an und stellte seine Kriterien bzw. Verfahrensgrundsätze zur Verfügung. Die im August 2002 eingegangene Dokumentation zur Verhaltenstherapie wurde nach den gleichen Kriterien bearbeitet, wie die anderen vom Wissenschaftlichen Beirat im Hinblick auf wissenschaftliche Anerkennung behandelten psychotherapeutischen Verfahren. Das Ergebnis ist Gegenstand der vorliegenden Stellungnahme

1. Grundlagen der Begutachtung

Im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) und der Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation (AVM) mit Unterstützung der Deutschen Ärztlichen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT), der Deutschen Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation (DGVM), des Deutschen Fachverbands für Verhaltenstherapie (DVT) sowie der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) legte Frau Professor Dr. B. Kröner-Herwig als Leiterin einer Exper-

tengruppe mit Schreiben vom 21. August 2002 eine Expertise zur Beurteilung der empirischen Evidenz des Psychotherapieverfahrens Verhaltenstherapie vor. Am 09. Juli 2003 reichte Frau Professor Kröner-Herwig zusätzliches Studienmaterial ein, das bei der jetzigen Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirates ebenfalls zur Prüfung herangezogen wurde.

In dieser Expertise werden entsprechend den Kriterien des WBP die Evidenzlage für die einzelnen Anwendungsbereiche, wie sie vom Wissenschaftlichen Beirat festgelegt wurden, diskutiert. Für die verschiedenen Störungsbereiche liegen keine erschöpfenden Literaturrecherchen bezüglich verhaltenstherapeutischer Studien in den relevanten Störungsbereichen vor, sondern lediglich das benötigte Mindestmaß an methodisch akzeptablen Studien, im Wesentlichen RCT-Studien (randomized controlled trials) und Meta-Analysen.

Im WBP sollte geprüft werden, ob für die Verhaltenstherapie als psychotherapeutisches Verfahren – und wenn ja, für welche Indikationsbereiche – die Kriterien für eine wissenschaftliche Anerkennung erfüllt sind. Für die vorliegende Stellungnahme bleiben der Anwendungsbereich 11 „Psychische und soziale Faktoren bei Intelligenzmindern (F 7)“ bei Erwachsenen sowie bei Kindern und Jugendlichen der Anwendungsbereich „Intelligenzmindern (F 7), hirnorganische Störungen (F 0) und Entwicklungsstörungen (F 80 – F 83 sowie F 88 und F 89)“ unberücksichtigt, da diese Bereiche besondere Forschungsfragen aufwerfen, die in einer gesonderten Stellungnahme berücksichtigt werden sollen.

2. Definition

Die Verhaltenstherapie (VT) basiert auf der empirischen Psychologie. Sie

umfasst störungs-spezifische und -unspezifische Therapieverfahren, die aufgrund von Störungs- und Veränderungswissen eine systematische Besserung der zu behandelnden Problematik anstreben. Die aus einer Störungsdiagnostik und individuellen Problemanalyse abgeleiteten therapeutischen Maßnahmen setzen an den prädisponierenden, auslösenden und/oder aufrechterhaltenden Problembedingungen an. Sie verfolgen konkrete und operationalisierte Ziele auf den verschiedenen Ebenen des Verhaltens und Erlebens (u. a. Modifikation von beobachtbarem Verhalten, psychophysiologischen und kognitiv-emotionalen Prozessen sowie Erreichen eines höheren Grades von Anpassung, erlebter Selbstkontrolle und Problemlösekompetenz). Zu den Grundprinzipien der Verhaltenstherapie gehören Problemorientierung, Zielorientierung, Handlungsorientierung, Transparenz, Hilfe zur Selbsthilfe, Überschreiten des therapeutischen Settings sowie das Bemühen um empirisch fundierte Weiterentwicklung.

3. Beschreibung der Verfahren

Die Verhaltenstherapie umfasst eine breite Gruppe von Methoden und Techniken. Für die meisten psychischen Störungen wurden spezielle Therapieprogramme erarbeitet und in Form von Therapiemanualen beschrieben, bei denen häufig mehrere dieser Techniken kombiniert werden, u. a. das instrumentelle/operante Lernen in Form von Selbst- und Fremdverstärkung, das klassische Konditionieren (etwa in Form des aversiven Konditionierens), das Modell-Lernen, Habituation und Löschung (etwa bei der systematischen Desensibilisierung und der Konfrontations- bzw. Expositionstherapie), Biofeedback, Methoden der Selbstkontrolle und des Selbstmana-

gements sowie verschiedene kognitive Methoden. Darüber hinaus werden in der Verhaltenstherapie Techniken aus anderen Bereichen genutzt, wie etwa Rollenspiele, Imagination und Entspannungsverfahren. Verhaltenstherapie kommt im Einzel-, Paar-, Familien- und im Gruppensetting sowohl im ambulanten als auch im (teil-)stationären Kontext zur Anwendung.

4. Indikationsbereiche

Verhaltenstherapie wird bei allen psychischen Störungen als indiziert angesehen, also bei allen vom WBP definierten Anwendungsbereichen bei Erwachsenen und bei Kindern und Jugendlichen. Überlegungen und Forschungsbemühungen zu unerwünschten Wirkungen und zu Kontraindikationen sollten auch in der VT noch weiter ausgebaut werden.

5. Diagnostik

Indikationsentscheidungen und Therapieplanung erfolgen in der VT auf Grundlage der klassifikatorischen Störungsdiagnostik nach ICD-10 oder DSM-IV sowie der fallspezifischen Problemanalyse (Problemstrukturierung, Bedingungsanalyse einschließlich Verhaltensanalyse, Zielanalyse). Verschiedene Testverfahren und Fragebögen werden zur weiteren Klärung der Symptomatik und des Schweregrades der Störung sowie zur Erfassung des Therapieerfolgs und – vor allem im Rahmen der Forschung – zur Kontrolle des Therapieprozesses eingesetzt.

6. Theorie

Die Verhaltenstherapie versteht sich als Anwendung der empirischen-experimentellen Psychologie und ihrer Nachbardisziplinen. Insofern lässt sich keine abgeschlossene und homogene theoretische Grundlegung der Verhaltenstherapie konstatieren, da sie grundsätzlich alle Methoden, die empirisch gestützt sind, in ihr Grundverständnis einbezieht. Die klassische Verhaltens-

therapie stützte sich auf die klassischen Lerntheorien und später dann auf die soziale Lerntheorie von Bandura. Mit der kognitiven Wende wurden verstärkt kognitive Theorien genutzt und kognitive Interventionen eingesetzt. Insofern wird heute vielfach der Begriff kognitiv-behaviorale Therapie anstatt Verhaltenstherapie benutzt. Heute sind die Theorien und Modelle zu den einzelnen Störungen die wesentliche Grundlage für die Entwicklung und Erklärung der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Methoden und Programme.

7. Wirksamkeit

Bei Erwachsenen kann nach den vom WBP entwickelten Kriterien für den Nachweis der Wirksamkeit von Therapieverfahren für die verschiedenen Anwendungsbereiche von Psychotherapie dieser Nachweis für alle geprüften 11 Anwendungsbereiche mit Ausnahme des Bereiches „Hirnorganische Störungen“ festgestellt werden. Für diesen letztgenannten Indikationsbereich wird die Evidenzlage als noch ungenügend beurteilt. Der Wissenschaftliche Beirat hat demnach die wissenschaftliche Anerkennung der Verhaltenstherapie bei Erwachsenen für die folgenden 10 Anwendungsbereiche festgestellt:

1. Affektive Störungen (F 3)
2. Angststörungen (F 40-42)
3. Belastungsstörungen (F 43)
4. Dissoziative, Konversions- und somatoforme Störungen (F 44, 45, 48)
5. Ess-Störungen (F 50)
6. Andere Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F 5)
7. Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten (F 54)
8. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen (F 6)
9. Abhängigkeiten und Missbrauch (F 1, F 55)
10. Schizophrenie und wahnhaftige Störungen (F 2)

Zusammenfassend ist damit nach den Kriterien des Wissenschaftlichen Beirats „Anwendungsbereiche von Psychotherapie bei Erwachsenen“ (Deutsches Ärzteblatt 2000, Heft 1-2, A-59 unter Berücksichtigung der Änderung vom 16.09.2002, Deutsches Ärzteblatt 2002, Heft 46, A-3132, PP-572) für diese 10 Bereiche die wissenschaftliche Anerkennung festzustellen.

Gegenüber dem Erwachsenenbereich ist die Evidenzsituation für die Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen ungünstiger. Einige der Studien basieren auf kleinen Stichproben, so dass die Generalisierbarkeit der Ergebnisse in einzelnen Anwendungsbereichen eingeschränkt ist. Der Wissenschaftliche Beirat stellt die wissenschaftliche Anerkennung der Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen für die folgenden Anwendungsbereiche fest:

1. Affektive Störungen (F 30-39) und Belastungsstörungen (F 43)
2. Angststörungen (F 40-42) und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
3. Dissoziative, Konversions- und somatoforme Störungen (F 44-45) und andere neurotische Symptome (F 48)
4. Ess-Störungen (F 50) und andere Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F 54)
5. Verhaltensstörungen (F 90-92, F 94, F 98) mit Beginn in der Kindheit und Jugend und Ticstörungen (F 95)
6. Autistische Störungen (F 84)
7. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen (F 60, 62, 68, 69), Störungen der Impulskontrolle (F 63), Störungen der Geschlechtsidentität und Sexualstörungen (F 64-F 66), Abhängigkeit und Missbrauch (F 1, F 55), Schizophrenie und wahnhaftige Störungen (F 20-F 29)

Zusammenfassend ist damit nach den Kriterien des Wissenschaftlichen Bei-

rats (Deutsches Ärzteblatt 2000, Heft 33, A-2190) für alle sieben geprüften Bereiche bei Kindern und Jugendlichen die wissenschaftliche Anerkennung festzustellen.

8. Versorgungsrelevanz

Die Verhaltenstherapie ist seit 1987 eine Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenkassen und seitdem ein wesentlicher Bestandteil der Versorgung psychisch Kranker. Die Versorgungsleistungen finden sowohl ambulant als auch stationär bzw. teilstationär statt. Bei der Behandlung der Kinder und Jugendlichen wird das psychosoziale Umfeld, im wesentlichen die Eltern, miteinbezogen. Im ambulanten Bereich werden zwischen 40 und 50 % aller Behandlungen in diesem Verfahren durchgeführt; im stationären Bereich ist der Anteil ähnlich hoch.

9. Aus- und Weiterbildung

Für Ärzte ist die Ausbildung in Verhaltenstherapie in der Regel eine Weiterbildung, die entweder im Rahmen einer Facharztweiterbildung (z. B. im Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie oder im Gebiet Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie) stattfindet oder im Erwerb eines psychotherapeutischen Zusatztitels besteht. Für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt die Ausbildung in VT an universitären Einrichtungen und an Ausbildungsstätten in freier Trägerschaft, die nach dem PsychThG anerkannt sind.

10. Abschließende Hinweise

In der vorliegenden Stellungnahme wurden nicht berücksichtigt die Anwendungsbereiche 11 „Anpassungsstörungen, psychische und soziale Faktoren bei Intelligenzminderung“ bei Erwachsenen und 8 „Intelligenzminderung (F 7), hirnorganische Störungen (F 0) und Entwicklungsstörungen

(F 80 – F 83 sowie F 88 und F 89)“ bei Kindern und Jugendlichen.

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie stellt zusammenfassend fest, dass die Verhaltenstherapie bei Erwachsenen in allen geprüften Anwendungsbereichen von Psychotherapie außer dem Bereich „Hirnorganische Störungen“ als wissenschaftlich anerkannt gelten kann. Bei Kindern und Jugendlichen kann die Verhaltenstherapie für alle 7 geprüften Anwendungsbereiche als wissenschaftlich anerkannt gelten.

Damit liegt die Zahl der wissenschaftlich anerkannten Anwendungsbereiche sowohl für Erwachsene wie für Kinder und Jugendliche deutlich über der Zahl, die vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie für erforderlich gehalten wird, um ein Verfahren für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten nach dem PsychThG zu empfehlen.

Angesichts der Breite der Methoden, Verfahren und Techniken der Verhaltenstherapie darf sich die psychotherapeutische Ausbildung nicht auf einzelne Methoden, Techniken und Anwendungsbereiche beschränken.

Köln, den 29.12.2003

Prof. Dr. Jürgen Margraf (Vorsitzender)
Prof. Dr. Sven-Olaf Hoffmann (stellv. Vorsitzender)

c/o Bundespsychotherapeutenkammer
Klosterstraße 64
10179 Berlin

Geschäftsstelle

Klosterstraße 64
10179 Berlin
Mo-Fr 9.00-17.00 Uhr
Tel. 030/2787850
Fax 030/278785-44
info@bptk.de
www.bptk.de



Fortbildung für Psychotherapeuten

- **Schema Therapie**
Prof. Dr. Heinrich Berbak
Samstag 19.06.04
- **Psychopharmakotherapie für psychologische Psychotherapeuten**
Dr. med. Thomas Vieweg
Samstag 11.09.04
- **Intuition in der Psychotherapie**
Prof. Dr. Franz Caspar
Samstag 30.10.04
- **Umgang mit extremen Emotionen in der Psychotherapie**
PD Dr. Claas Lammers
Samstag 27.11.04

8 Ustd, Kosten: 85 Euro
jeweils 9.00-17.00 Uhr

APV - Gesellschaft für Angewandte Psychologie und Verhaltensmedizin mbH
staatlich anerkanntes Ausbildungsinstitut



Tel. 0251/44010
www.apv-muenster.de



Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

WICHTIG – WICHTIG – WICHTIG – WICHTIG – WICHTIG – WICHTIG – WICHTIG – WICHTIG

Im Mittelteil dieser Ausgabe sind für die Mitglieder in Baden-Württemberg die folgenden, am 13. Dezember 2003 angepassten und verabschiedeten **Satzungen der Landespsychotherapeutenkammer** eingehftet: **Hauptsatzung, Meldeordnung, Wahlordnung, Umlageordnung, Gebührenordnung, Beitragstabelle 2004.**

Sie stellen eine wichtige Rechtsgrundlage der Kammerarbeit dar und werden deshalb auf diesem Wege allen Kammermitgliedern zur Kenntnis gegeben. Bitte trennen Sie die eingehfteten Seiten aus dem Heft heraus und bewahren Sie sie gesondert auf!

WICHTIG – WICHTIG – WICHTIG – WICHTIG – WICHTIG – WICHTIG – WICHTIG – WICHTIG

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Mit großem Bedauern mussten wir den Rücktritt von Siegfried Schmieder als Vizepräsidenten zur Kenntnis nehmen. In einer sehr intensiven, konstruktiven und auch persönlich verbindenden Phase der Vorstandarbeit kann er aus familiären Gründen die Zeit für dieses Engagement nicht mehr aufbringen. Wir danken ihm für seine kollegiale und umsichtige Art, die die Kammerarbeit sehr befördert und in vielen Punkten aus Engpässen herausgeführt hat. Als Nachfolger wurde Dr. Dietrich Munz

gewählt, der ab Januar in seine Fußstapfen getreten ist.

In dieser Ausgabe informieren wir Sie über Ergebnisse und Beschlüsse der Vertreterversammlung vom Dezember 2003. Ein „heißes“ Thema ist derzeit die Verpflichtung zur Fortbildung, die auch für unsere Berufe relevant ist. Hierzu finden Sie unten einige wichtige Ausführungen.

Vor uns liegt ein Jahr mit einer ganzen Reihe wichtiger Themen und Aufga-

ben: Berufsordnung, Fortbildungsordnung, Weiterbildungsordnung, Versorgungswerk – um nur einige zu nennen. Doch lesen Sie mehr dazu in den hier folgenden Zeilen!

Mit freundlichem Frühjahrsgruß aus Stuttgart

Ihr Kammervorstand:

Detlev Kommer,

Dietrich Munz,

Thomas Fydrich,

Trudi Raymann,

Mareke de Brito Santos-Dodt

Beschlüsse auf der Vertreterversammlung am 13.12.03

Auf der Vertreterversammlung am 13.12.2003 wurde der Haushalt für das Jahr 2004 verabschiedet. Wegen der neuen Aufgabe der Kammer, die gesetzlich vorgeschriebene Fortbildung mit zu organisieren und Veranstaltungen zu akkreditieren, wird es erforderlich, zusätzliches Personal einzustellen. Der Haushalt umfasst etwa 1 Mio. Euro. Trotz des gestiegenen Haushaltsumfangs kann der Mitgliederbeitrag in diesem Jahr dennoch beibehalten werden.

Der Vorstand und die Vertreterversammlung bedauern es sehr, dass Herr Schmieder zum 31.12.03 als Mitglied des Vorstands und als Vizepräsident zurückgetreten ist. Der Vorstand hat seine integrative und vermittelnde Art sehr geschätzt und bedankt sich herzlich für sein Engagement. Herr Schmieder arbeitet weiterhin im Gemeinsamen Beirat der Landesärzte- und Landespsychotherapeutenkammer mit und wird auch bei der Ausarbeitung der Berufsordnung sowie im Redak-

tionsbeirat des Psychotherapeutenjournals mitwirken. Als neuer Vizepräsident wurde Herr Dr. Munz gewählt. Die Wahl wird aus formalen Gründen auf der nächsten Sitzung der Vertreterversammlung bestätigt.

Die vom Ausschuss Qualitätssicherung vorbereitete Stellungnahme über das Modellprojekt der Techniker Krankenkasse „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“ wurde diskutiert. Allen gewählten Mitgliedern

der Vertreterversammlung wurden der Projektantrag sowie die Evaluationsplan als Grundlage für eine sachgemessene Diskussion und für eine Abstimmung über die Stellungnahme zugesendet. Der Entwurf der Stellungnahme befürwortet grundsätzlich die Durchführung von Modellprojekten in der Versorgung.

Vom Ausschuss „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ wurde eine fachlich gut begründete Stellungnahme zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom vorgelegt. Diese Stellungnahme wurde zustimmend zur Kenntnis genommen. Die Veröffentlichung erfolgt getrennt für verschiedene Zielgruppen.

Der Ausschuss „Aus-, Fort- und Weiterbildung“ stellte im Überblick Rahmen und Regelungsbedarf sowie fun-

dierte Überlegungen zur Formulierung einer Fortbildungsordnung vor. Mit der Verabschiedung einer Fortbildungsordnung ist noch im Laufe dieses Jahres zu rechnen.

Auch der Ausschuss „Berufsordnung“ skizzierte den weit fortgeschrittenen Stand eines Entwurfes. Wegen des dezidierten Bedarfs an Rechtssicherheit und Klarheit für die Tätigkeit in unseren Berufen ist vorgesehen, die Berufsordnung auf der Sitzung der Vertreterversammlung am 13. März 2004 abschließend zu beraten und zu verabschieden.

Die Vorsitzende des Ausschusses „Ambulante Versorgung“ berichtete über versorgungsrelevante Eckpunkte im Leistungsverhalten der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen. Zur Erfassung des Ist-Zustands der ambulanten Versorgung im Land sind weitere

komplexe Datenerhebungs- und Analyseschritte erforderlich. Nur auf der Basis fundierten Datenmaterials wird es möglich werden, klare Forderungen für eine bedarfsgerechte Versorgung zu formulieren.

Seitens des Ausschusses „Psychotherapie in Institutionen“ wurde noch einmal die Komplexität der Aufgabenfelder auf Landes- sowie auf Bundesebene dargestellt. Des Weiteren wurden Inhalte und Zielsetzungen einer Umfrage für die in Institutionen tätigen Kolleginnen und Kollegen vorgestellt (siehe unten). Um die Anliegen dieser Kammermitglieder adäquat vertreten zu können, werden zuverlässige Angaben darüber benötigt, in welchen institutionellen Arbeitsfeldern die Kolleginnen und Kollegen tätig sind und mit welchen Funktionen und Aufgaben sie betraut sind.

Informationen zu Umfragen der Kammer

Im März dieses Jahres wurden Umfragen der Ausschüsse „Psychotherapie in Institutionen“ und „Qualitätssicherung“ an alle Mitglieder der Kammer versendet. Inhalte der ersten Umfrage betreffen die Rahmenbedingungen der Tätigkeit von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Ju-

gendlichenpsychotherapeuten in Angestelltenverhältnissen. Die Umfrage zur Qualitätssicherung hat zum Ziel, die aktuell praktizierten Maßnahmen beider Berufsgruppen im Bereich Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement am Arbeitsplatz – sei es im Rahmen einer Angestelltentätigkeit oder

im Rahmen einer niedergelassenen Tätigkeit – zu erfassen. Die Informationen dienen einer ersten Bestandsaufnahme und sollen helfen, angemessene, auf den Bedarf der Mitglieder zugeschnittene Fortbildungsangebote zur Qualitätssicherung zu entwickeln.

Notfallpsychotherapie

Im Rahmen unserer Umfrage im Jahr 2003 haben etwa 500 Kammermitglieder ihr Interesse an einer Mitwirkung im Tätigkeitsbereich Notfallpsychotherapie bekundet.

Sie wurden zu Jahresbeginn erneut mit der Bitte um ihr Einverständnis angeschrieben, dass ihre Daten im Deutschen Notfallvorsorge-Informationssystem (deNIS) zentral erfasst werden können.

Das System deNIS wird bei größeren Katastrophen herangezogen, um schnell und nahe am Unglücksort Hilfskräfte verschiedener Berufsgruppen einsetzen zu können. Wir halten eine Beteiligung der fachlichen Kompetenz von Psychotherapeuten (neben der von Ärzten, Rotem Kreuz und anderen Hilfskräften) für ein bedeutsames politisches Signal. Psychotherapeuten sind ebenso wie Ärzte verpflichtet, im

Rahmen ihres Fachgebietes und ihrer Möglichkeiten in Notfällen unmittelbar Hilfe zu leisten.

Falls auch Sie an einer Aufnahme in dieses Notfallvorsorgesystem interessiert sind, bitten wir Sie, den auf unserer Internetseite veröffentlichten Fragebogen (siehe Meldung vom 11.2.04 unter „Aktuelles“) an uns zu senden.

Fortbildungsverpflichtungen und Fortbildungsmaßnahmen

Im Zuge des Gesundheitsreformgesetzes besteht ab diesem Jahr auch für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eine gesetzlich festgelegte Fortbildungsverpflichtung. Zum 1. Juli tritt die Regelung in Kraft, nach der im Zeitraum von fünf Jahren insgesamt 250 Fortbildungsstunden absolviert werden müssen. Die Kammer erhält damit eine neue Zuständigkeit, nämlich Veranstaltungen zu akkreditieren und die Teilnahme

an einzelnen Fortbildungsmaßnahmen zu zertifizieren. Genaueres wird in einer Fortbildungsordnung geregelt werden, die noch in diesem Jahr verabschiedet wird. Ziel der Kammer ist es, hier zu großzügigen Regelungen zu gelangen und die gängigen Kriterien von Ausbildungs- und Fortbildungsinstituten sowie Universitäten und Fachverbänden für die Qualität von Fortbildungsmaßnahmen anzuerkennen. Ebenso werden die bekannten und verbreiteten Formen der Fort-

bildung akzeptiert. Hierzu gehören beispielsweise die Super- und Intervention, Qualitätszirkel, Besuch von Kongressen, Vorträgen und Seminaren. Schon jetzt können Anbieter von Fortbildungsveranstaltungen bei der Kammer ihre Angebote für das laufende Jahr zur Akkreditierung einreichen. Sobald die entsprechenden Vorarbeiten abgeschlossen sind, werden die akkreditierten Fortbildungsangebote auf der Internetseite der Kammer veröffentlicht.

Approbierte PP / KJP in weiterer Ausbildung

Wiederholt gibt es Anfragen an die Kammer von approbierten Psychotherapeuten, die sich noch in einer weiteren Ausbildung an einem anerkannten Ausbildungsinstitut befinden, wie denn diese zusätzliche Ausbildung einzuordnen sei: Ist diese als Weiterbildung, Fortbildung oder Ausbildung zu bewerten? Muss auch das psychiatrische Jahr abgeleistet werden?

Hierzu vertritt der Vorstand der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg folgende Rechtsauffassung:

Soweit sich ein approbiertes Mitglied der Landespsychotherapeutenkammer einer weiteren Ausbildung an einer anerkannten Ausbildungsstätte in Baden-Württemberg unterzieht, ist diese als Weiterbildung zu betrachten. Da die Praktische Tätigkeit I („Psychiatri-

sches Jahr“) nicht zu den verfahrensspezifischen Anteilen der Ausbildung gehört, kann die Ableistung eines psychiatrischen Jahres nicht gefordert werden.

Diese Rechtsauffassung wurde allen Ausbildungsstätten sowie den vier Kasenärztlichen Vereinigungen in Baden-Württemberg zur Kenntnis gegeben und ist darüber hinaus auf der Internetseite der Kammer einsehbar.

Bericht des Ausschusses „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“

Der Ausschuss Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie besteht aus sieben Mitgliedern und wird von einem Vorstandsmitglied beratend unterstützt. Traditionell ist ein Großteil der approbierten Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen analytisch ausgebildet. In den letzten Jahrzehnten gibt es zudem mehr und mehr Kolleginnen und Kollegen mit anderer theoretischer und praktischer Ausrichtung. Alle Ansätze sind im Ausschuss gut repräsentiert.

Neben der berufspolitischen Vertretung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sieht der Ausschuss es als besondere Verpflichtung an,

auch auf die häufig belastenden Lebensumstände von Kindern und Jugendlichen hinzuweisen sowie Möglichkeiten und Bedingungen aufzuzeigen, um ihre seelische Gesundheit zu fördern. Die für die psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen verantwortlichen Schul-, Jugend-, Sozial- und Gesundheitsbehörden, medizinischen Kliniken und freien Praxen erfüllen ihre Aufgaben meist unabhängig voneinander. Hier versuchen wir als Ausschuss, verbindend und integrierend Einfluss zu nehmen.

Seit der Gründung des Ausschusses haben sieben Sitzungen stattgefunden. Alle wichtigen Themen sind, auch

bei kontroversen Standpunkten, in sehr kollegialen und offen geführten Gesprächen behandelt worden. Unsere Erfahrung zeigt, dass der Berufsstand der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei berufspolitischen Entscheidungen oder Diskussionen oft in den Hintergrund rückt und dabei nur implizit oder im „Huckepackverfahren“, d.h. ohne dessen spezifischen Besonderheiten zu kennen, mitgedacht oder abgehandelt wird. Aufgabe des Ausschusses ist es daher, auch in allen anderen Ausschüssen intensiv mitzuarbeiten und uns zu Wort zu melden, damit die besonderen Belange der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie beachtet werden.

Dafür wurde für die Kooperation mit allen anderen Ausschüssen eine Kontaktperson benannt.

Die folgenden Themen wurden bisher behandelt und stellen gleichzeitig Prioritäten für die weitere Arbeit dar:

■ Die Öffentlichkeitsarbeit (dazu wurden bereits zwei Stellungnahmen zu den Themen „Aufmerksamkeits-Defizit und Hyperaktivitäts-Störung (ADHS)“ und „Zur Problematik der Verordnung von Retalin bei Kindern und Jugendlichen“ erarbeitet).

■ Eine Erfassung des realen Psychotherapiebedarfs bei Kindern und Jugendlichen als Grundlage für die künftige Bedarfsplanung. Basis dafür ist eine Erhebung des momentanen Ist-Zustands der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Baden-Württemberg unter besonderer Berücksichtigung regionaler Versorgungsunterschiede.

■ Die spezifischen Probleme der Qualitätssicherung psychotherapeutischen Arbeitens mit Kindern und Jugendlichen herauszustellen und zu berücksichtigen.

■ Die Förderung der Anerkennung der Personenzentrierten Kindertherapie und der Familientherapie als weitere mögliche Richtlinienvorfahren.

■ Eine Erhebung und Analyse der Ausbildungssituation für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Mitglieder: H. Wetzel (Vorsitzender), K. Göpel (stellvertretende Vorsitzende), A. Frohn, M. Laitenberger, H. Pielmeier, M. Reisch, R. Schwalm, T. Raymann (Vorstandsbeauftragte)

Manuskripte zum 1. Landespsychotherapeutentag

Der 1. Landespsychotherapeutentag Baden-Württemberg in Stuttgart war im letzten Jahr auf breite Resonanz in der Öffentlichkeit und unter den Mitgliedern gestoßen. Zu den Inhalten der verschiedenen Veranstaltungen haben uns zahlreiche Anfragen erreicht.

Die Landespsychotherapeutenkammer hat sich daher dafür entschieden, die Manuskripte zu den dort gehaltenen Vorträgen nun auf der Internetseite der Kammer zu veröffentlichen. Sie stehen im „Archiv“ unter der Meldung vom 21.9.03 als PDFs zum Herunterladen zur Verfügung.

Geschäftsstelle

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

Präsentieren Sie
Ihr Unternehmen
im

**Psychotherapeuten-
journal!**

Anzeigenschluss für Ausgabe 02/2004

(ET 01.07.2004) ist der **02.06.2004.**

Ihre Ansprechpartnerin
für Anzeigen:

Tanja Schott

Tel.: 06221/489-154, Fax: -323,

t.schott@huethig.de

2. Bad Reichenhaller Fachtagung – Lust-Sucht-Genuss Vorankündigung

**„Zwischen Lebens-Hunger
und Todes-Sehnsucht“**

Innovative Wege in der Prävention
und Behandlung von Essstörungen

17. – 19. November 2004

**Altes Kurhaus
Bad Reichenhall**

Vortragende u.a
Prof. Dr. Frank Farrelly
Dr. Bärbel Wardetzki
Dr. Luise Reddemann
Prof. Dr. Günther Reich

Nähere Informationen:

Fachambulanz für Suchtkranke
Wittelsbacherstr. 10b, 83435 Bad Reichenhall
Tel. 0049/(0)8651/9585-18, Fax 0049/(0)8651/9585-11
Di 8.00 – 10.00 Uhr
lustsuchtgenuss@caritasmuenchen.de
www.bad-reichenhall.de
(unter Tagungen & Kongresse)



Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir erleben derzeit große Veränderungen unserer Berufsrealität. Sowohl die Gesundheitsreform mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) als auch Mittelstreichungen in vielen Einrichtungen bestimmen inzwischen den Alltag der bayerischen Psychotherapeuten/innen. Viele angestellte Kollegen/innen müssen eine deutliche Verschlechterung ihrer Arbeitsbedingungen hinnehmen oder gar um ihren Arbeitsplatz bangen und die niedergelassenen Kollegen/innen sind mit einer Vielzahl neuer Regelungen, Einschränkungen und Unwägbarkeiten konfrontiert. Es ist zu erwarten, dass trotz des unverändert steigenden Bedarfs nach Psychotherapie und langer Wartezeiten weniger Patienten/innen mit Psychotherapie versorgt werden können. Insbesondere die „schwierigen“ und schwerer erkrankten Patient/innen sind von den

Veränderungen betroffen. Dies verdeutlicht sich z. B. an den Streichungen von Mitteln für die sozialpsychiatrischen Dienste in Bayern.

Wir sehen diesen Veränderungen nicht tatenlos zu, sondern nutzen trotz aller noch zu leistender Aufbauarbeit die Möglichkeiten der Kammer, um auf die Prozesse so einzuwirken, dass gerade jetzt die besondere Bedeutung von psychotherapeutischer Versorgung in Bayern auf allen politischen Ebenen und in der Öffentlichkeit wieder stärker ins Bewusstsein rückt und Entscheidungsprozesse eine neue Richtung bekommen. Wir greifen gestaltend in die Anforderungen ein, die u. a. durch das GMG an uns gestellt werden, um zu verhindern, dass andere über unseren Beruf bestimmen und um Spielräume so zu nutzen, dass auch positive Potentiale zur Weiterentwicklung für uns alle entstehen können.

Wir berichten Ihnen heute schwerpunktmäßig von der Arbeit der beiden neu gegründeten Ausschüsse, die sich in zwei der besonders von Veränderungen betroffenen Bereiche eingeschaltet haben: Der Ausschuss Psychotherapie in Institutionen berichtet über die Beschneidung der ambulanten Versorgung chronisch psychisch kranker Menschen in Bayern und eine Veranstaltung, die wir in der Kammer durchgeführt haben. Der Ausschuss Aus-, Fort- und Weiterbildung berichtet über den aktuellen Stand und die geplante weitere Entwicklung im Bereich der Fortbildung. Daran anschließend informieren wir Sie wieder über die weiteren Aktivitäten der Kammer in den anderen Bereichen und über Kammer-interna.

Der Vorstand

Aus dem Ausschuss Psychotherapie in Institutionen: Gegen die Beschneidung der ambulanten Versorgung chronisch psychisch kranker Menschen in Bayern

Die bayerischen Bezirke als kommunale Ebene zwischen Landkreisen und dem Bundesland sind zuständig für die überörtliche Sozialhilfe, für die Förderung der regionalen Kultur und insbesondere für die Sicherstellung der psychiatrischen Versorgung.

Die bayerischen Bezirke haben in den letzten Jahrzehnten für eine maßgebliche Modernisierung der psychiatrischen Versorgung gesorgt und nach der Vorgabe „ambulant vor stationär“ den Aufbau extramuraler Einrichtungen und die Vernetzung der Versorgungsstrukturen gefördert. Die ambu-

lante Versorgung chronisch psychisch Kranker war durch die besondere Situation der bayerischen Institutsambulanzen und durch die nachgehende Betreuung zum Beispiel durch sozialpsychiatrische Dienste unterschiedlicher Träger vorbildlich. Die bayerischen Krankenkassen unterstützten

dieses Versorgungskonzept freiwillig, in dem sie bisher u. a. 18 % der Kosten der Sozialpsychiatrischen Dienste übernehmen.

Damit soll jetzt endgültig Schluss sein: Die Kassen weigern sich seit Anfang 2003, diese freiwilligen Leistungen weiter zu zahlen.

Was dies in Zahlen bedeutet, kann exemplarisch am Beispiel des Bezirkes Oberbayern aufgezeigt werden: Hier wurden für die Dienste bisher 9,4 Mio. Euro vom Bezirk aufgebracht, die Kassen steuerten 1,2 Mio. Euro pro Jahr hinzu. Dieser Kassenbeitrag für die Förderung komplementärer Dienste ist vergleichsweise gering, wenn man bedenkt, dass die gesetzlichen Krankenkassen allein in Oberbayern jährlich ca. 360 Mio Euro für die psychiatrische Behandlung im ambulanten und stationären Bereich aufbringen (müssen). Dass die Krankenkassen ihren verhältnismäßig ge-

ringen Beitrag für die sozialpsychiatrischen Dienste dann noch streichen, wenn absehbar ist, dass durch auf diese Weise ausgelöste, vermeidbare Rehospitalisierungen ein erheblicher Kostenschub auf die Kassen zukommt, ist kaum zu verstehen.

Die Bezirke können die ausfallende Summe bei ihrer gegenwärtigen Finanzsituation nicht ersetzen. Die Konsequenz: Bei den Sozialpsychiatrischen Diensten werden Stellen wegfallen müssen – in Schwaben kam es bereits zu Schließungen von Sozialpsychiatrischen Diensten. Ca. 30 Stellen von Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Psychologen in Sozialpsychiatrischen Diensten sind gefährdet, damit würde nach Hochrechnungen die bisherige ambulante Betreuung von mindestens 3600 chronisch psychisch Kranken entfallen.

Kompensatorisch wollten die Kassen die so genannte Soziotherapie finan-

zieren. Dies kann aber weder ein quantitativer noch ein qualitativer Ersatz sein. Hier werden nur Leistungen finanziert, die von Sozialpädagogen erbracht werden, die bei einem Psychiater in Supervision stehen. Für Kinder und Jugendliche, alte Menschen, für Maniker und insbesondere für chronisch psychisch Kranke ist das Angebot der Soziotherapie überhaupt nicht vorgesehen. Eine Häufung von stationären Aufnahmen ist bei dieser Klientel absehbar.

Der Ausschuss beschäftigte sich eingehend mit dieser Problematik und hat – um Verantwortliche und Betroffene zusammenzuführen und um gemeinsam nach Lösungen zu suchen – im Februar 2004 zu diesem Thema nach München an einen „Runden Tisch“ eingeladen (Kurzbericht am Ende des Landesberichts Bayern).

Klaus W. Stöhr

Aus dem Ausschuss Aus-, Fort- und Weiterbildung: Zum Stand der bayerischen Fortbildungsordnung

Der Ausschuss beschäftigt sich derzeit schwerpunktmäßig mit dem Bereich Fortbildung. Der Auftrag dazu ergibt sich zum einen aus der Fortbildungsverpflichtung, die im Heilberufekammergesetz festgeschrieben ist, und zum anderen aus den politischen Veränderungen des GKV-Modernisierungsgesetzes – GMG. Ab dem 1.7.2004 fordert das jüngst verabschiedete GMG, entsprechend zertifizierte Fortbildungen auch nachzuweisen. Dieser Nachweispflicht unterliegen alle Kollegen/innen, die im Bereich der GKV als niedergelassene Vertragspsychotherapeuten/innen tätig sind.

Der Ausschuss diskutiert derzeit Modelle, um die individuelle Fortbildung des einzelnen Kammermitglieds dokumentieren und zertifizieren zu können.

Besonderer Wert wird auf die Unterstützung der bisherigen Fortbildungsbemühungen der Kammermitglieder gelegt. Hierbei sollen die schon geltenden Fortbildungsrichtlinien anderer Heilberufekammern in die Überlegungen eingebunden werden.

Zu den zahlreichen Anfragen kann der AFW-Ausschuss derzeit folgendes erklären:

- Die Fortbildungsordnung der Bayerischen Landeskammer für PP und KJP wird zum 1.7.2004 vorbereitet.
- Wir bitten die Kammermitglieder um Verständnis, wenn Veranstaltungen (z. B. Qualitätszirkel) erst mit In-Kraft-Treten der Fortbildungsordnung zertifiziert werden können.

- Auch Fortbildungsangebote, die Kammermitglieder mit dem Hinweis auf Fortbildungspunkte der Bayerischen Landeskammer für PP und KJP zu überzeugen versuchen, unterliegen diesem Vorbehalt.
- Anbieter von Fortbildungen werden um Verständnis gebeten, dass eine Akkreditierung der Anbieter, (Vorab-)Anerkennung der Fortbildungsveranstaltungen und Vergabe der Fortbildungspunkte erst nach Verabschiedung der bayerischen Fortbildungsordnung möglich und eine vorgezogene Bearbeitung wegen der fehlenden Rechtsgrundlage ausgeschlossen ist.
- Der Vorstand der bayerischen Psychotherapeutenkammer ist in Verhandlungen mit der bayerischen Landesärztekammer, um eine ge-

gegenseitige Anerkennung herbeizuführen.

- Allen bayerischen Kammermitgliedern wird empfohlen, die Verabschiedung der bayerischen Fortbildungsordnung abzuwarten. Wir hoffen, dass trotz noch vieler Unklarheiten, die von uns teilweise nicht zu beeinflussen sind, die Fortbildungsordnung auf der nächsten Delegiertenversammlung im Frühsommer diesen Jahres verabschie-

det werden kann. Näheres werden Sie dann auf der Kammer-Homepage finden. Die Fortbildungsordnung wird aller Voraussicht nach eine Zertifizierung der individuellen Fortbildung eines jeden Kammermitgliedes ermöglichen.

Die Bundespsychotherapeutenkammer lässt derzeit eine Stellungnahme zu den rechtlichen Rahmenbedingungen der Fortbildung für Psychothera-

peuten/innen erstellen. Wir bitten alle Mitglieder um Verständnis, dass die Ergebnisse die derzeitigen Überlegungen möglicherweise modifizieren können.

Der AFW-Ausschuss ist grundsätzlich bemüht, den Handlungsspielraum aller Kammermitglieder bei der Gestaltung Ihrer persönlichen Fortbildung möglichst breit zu gestalten.

Klemens Funk

Vorankündigung: Mitgliederinformationsveranstaltungen – bitte vormerken!

Wir planen, im Herbst für die Mitglieder in München (7.10.) und Würzburg (15.10) Informationsveranstaltungen zu aktuellen Themen, insbesondere zum Bereich Fortbildung und zur neuen Fortbildungsordnung durchzuführen.

Aus den anderen Kammer-Gremien

Wir berichteten im letzten PTJ von der Wahl der Ausschüsse durch die Delegiertenversammlung. Zwischenzeitlich haben alle neu gegründeten Ausschüsse ihre Arbeit aufgenommen. Weitere bzw. ausführlichere Informationen über die Ausschüsse und ihre Arbeit finden Sie übrigens auf der Kammer-Homepage.

Der **Qualitätssicherungsausschuss** hat sich am 19.12.2003 konstituiert. Als erster Schritt wurden die aktuellen gesetzlichen Rahmenbedingungen erörtert. Weiterhin wurden mögliche Zielvorstellungen im Bereich Qualitätssicherung und -management im Spannungsfeld zwischen Gesetzesnormen und der Versorgungsrealität diskutiert. Die Mitglieder haben sich auf einen in alphabetischer Reihenfolge rotierenden Vorsitz geeinigt, den Anfang macht *Susanne Dittrich*.

Der **Ausschuss „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“** hat sich Ende Januar konstituiert. Die Ausschussmitglieder haben sich auf folgende Themen verständigt, die sie schwerpunkt-

mäßig bearbeiten wollen:

- psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Bayern im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich
- neue Versorgungsformen
- Auftreten der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in der Öffentlichkeit (Pressearbeit)
- Beratung des Vorstands hinsichtlich der Vertretung der speziellen Belange der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten in Politik und Gesellschaft.

Der **Gemeinsame Beirat mit der Bayerischen Landesärztekammer** hat zwischenzeitlich ebenfalls seine Arbeit aufgenommen. Unsere Kammer wird durch Gerda B. Gradl (Vizepräsidentin), Ellen Bruckmayer (Vorstandsmitglied) und Alexander Hillers (Geschäftsführer) vertreten, die Ärztekammer durch Dr. Max Kaplan (Vizepräsident), Dr. Irmgard Pfaffinger (Vorstandsmitglied) und Dr. Enzo Amarotico (1. Hauptgeschäftsführer). In der ersten Sitzung am

19.1.2004 wurden **die Rahmenbedingungen besprochen, unter denen Fortbildungen und Supervisionen gegenseitig anerkannt werden könnten**. Die Einzelheiten werden wir mit Fertigstellung unserer eigenen Fortbildungsordnung abstimmen.

Weiterhin haben wir uns **grundsätzlich über die Bearbeitung von Beschwerden von Patienten/innen verständigt**, bei denen sowohl die Bayerische Ärztekammer wie auch wir zuständig sind.

Das wichtige Thema von Telefonbucheinträgen in eine gesonderte Tafel für Psychologische Psychotherapeuten/innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/innen war ebenfalls Gegenstand der Gespräche.

Ein weiterer Diskussionspunkt war die Berechnung der Beiträge für diejenigen Kollegen/innen, die sowohl Mitglied in der Ärztekammer als auch bei uns sind. Auch hier beraten wir konkret über eine dauerhafte Vereinbarung der beiden Kammern bzgl. jeweils geminderter Beiträge.

Deutscher Psychotherapeutentag: Die bayerischen Delegierten haben am 1.11.03 unsere Kammer auf dem 2. Deutschen Psychotherapeutentag vertreten. Dort wurde, vergleichbar mit unserer letzten Delegiertenversamm-

lung, v. a. über die Finanzen der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und die Besetzung von Ausschüssen und Kommissionen beschlossen. **Wir wollen an dieser Stelle den auf Bundesebene gewählten Vertretern/**

innen aus Bayern herzlich gratulieren: H. Vogel im Ausschuss Psychotherapie in Kliniken (Ausschussvorsitzender) sowie G. R. Müller und S. Schlippe-Weinberger in der Kommission Fortbildung.

Aus der Geschäftsstelle

In der Geschäftsstelle tagen nun die gewählten Gremien der Kammer, und wir konnten hier bereits offizielle Gespräche und Veranstaltungen mit wichtigen Funktionsträgern aus Politik, Gesundheitswesen und Verwaltung durchführen. Zwischenzeitlich haben wir auch entsprechend der Planung unsere Geschäftsstelle mit qualifiziertem Personal weiter verstärkt. Obwohl die Aufbauphase der Geschäftsstelle und der Kammer noch nicht abgeschlossen ist, leisten die neuen Mitarbeiter/innen schon jetzt eine engagierte Unterstützung bei der offensiven Vertretung unserer beruflichen Interessen. Folgende Mitarbeiter/innen sind jetzt bei uns angestellt:

- Alexander Hillers (Geschäftsführer)
- Manuela Walther (Assistenz Geschäftsführung und Sachbearbeitung)



Das Team der Geschäftsstelle (von links nach rechts): P. Schulze, A. Pröhl, M. Walther, A. Hillers, A. Petersdorff

- Astrid Petersdorff (Mitgliederbetreuung und Sachbearbeitung)
- Achim Pröhl (Ermäßigungsanträge und Widersprüche, $\frac{3}{4}$ Stelle)
- Patricia Schulze (allgemeine Büro-tätigkeiten, $\frac{1}{2}$ Stelle)
- Elfriede Baumann (Buchhaltung, $\frac{1}{2}$ Stelle).

Wir können damit jetzt den **Service für unsere Mitglieder weiter verbessern** und die Zeiten, in denen die Geschäftsstelle telefonisch werktags erreichbar ist, erweitern auf:
Mo-Do 9.00-15.30 Uhr,
Fr 9.00-13.00 Uhr (Neue Telefonzeiten der Geschäftsstelle)

Weitere Informationen

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB): Aufgrund des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) stehen in der Struktur der KVB große Veränderungen an. Die gesetzlichen Vorgaben verlangen zwingend eine Änderung der KVB-Satzung und zwar insbesondere eine Verkleinerung des Vorstandes auf maximal drei hauptamtliche Mitglieder und die Verkleinerung der Vertreterversammlung auf höchstens 50 Mitglieder.

Einige Delegierte, Ausschuss- und Vorstandsmitglieder der Kammer vertreten die Interessen der Psychotherapeuten auch als Mitglieder der Vertreterversammlung der KVB (*R. Bittner, E. Bruckmayer, G.B. Gradl, P. Lehn-dorfer, N. Melcop, B. Morgenstern-Junior, B. Waldherr*). In dieser Funktion haben sie auf den unterschiedlichen Ebenen auch in der aktuellen Diskussion zur Änderung der Satzung versucht, Einfluss zu nehmen, was angesichts der großen Mehrheit der ärzt-

lichen Vertreter immer nur sehr begrenzt möglich ist. Zwischenzeitlich wurden zwei Vertreterversammlungen der KVB zur Satzungsänderung abgehalten. Es ist dabei jedoch nicht gelungen, die erforderliche 2/3 Mehrheit für eine Satzungsänderung zu erreichen. Hauptstreitpunkt zwischen der Gruppe der Hausärzte und der Gruppe der Fachärzte war die Frage, ob ein mit zwei Personen besetzter Vorstand (einer aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich und einer aus dem fach-

ärztlichen Versorgungsbereich) zukünftig in der Funktion des Vorsitzenden zwischen Vorsitzendem und Stellvertreter alternieren sollte oder nicht.

Die große Mehrheit der Vertreterversammlung sprach sich schließlich klar für einen von N. Melcop für unsere Vertreter eingebrachten Antrag aus, der nach Verhandlungen mit Ärztevertretern erweitert worden war. Die er-

forderliche 2/3 Mehrheit wurde jedoch knapp verfehlt.

Dieser Antrag sieht entgegen dem ursprünglichen Leitantrag drei statt zwei Vorstandsmitglieder vor, von denen das dritte Vorstandsmitglied ein Psychotherapeut, ein ermächtigter Krankenhausarzt oder ein Nicht-Mitglied der KV sein soll.

Da die KVB-Vertreterversammlung sich nun nicht rechtzeitig hat einigen können, wird vom zuständigen Ministerium voraussichtlich per Ersatzvornahme die notwendige Satzungsänderung vorgegeben werden. Dabei wird derzeit erwartet, dass der Antrag nicht übernommen wird. **Dennoch kann die für diesen Antrag gefundene Mehrheit als Erfolg in der Vertretung unserer Berufsgruppe gewertet werden.**

Nach Redaktionsschluss: Finanznot der sozialpsychiatrischen Dienste in Bayern: Runder Tisch mit allen Beteiligten in der Kammer

Am 16. Februar trafen sich auf Einladung der Kammer Vertreter aller in der Versorgung beteiligten Gruppen in der Geschäftsstelle: führende Vertreter der Landtagsfraktionen und des Sozialministeriums, der bayerischen Bezirke, der Wohlfahrtsverbände, Betroffenen-/Angehörigenverbände, Krankenkassen und Mitarbeiter der sozialpsychiatrischen Dienste sowie Pressevertreter. Ausgehend von der bereits oben beschriebenen aktuellen Finanzmisere der Sozialpsychiatrischen Dienste sollte versucht werden, im Diskurs Lösungswege für die derzeit festgefahrenen Positionen zu erörtern und evtl. auch erste Lösungen aufzuzeigen. Nach beinahe zwei Stunden engagierter und konstruktiver Beratungen zeigten sich alle Beteiligten darüber einig,

dass die Sozialpsychiatrischen Dienste wichtig sind, dass sie auch sehr gute Arbeit leisten und in der derzeitigen Form erhalten bleiben müssen. Neben den aus Sicht der Beteiligten mittelfristig wünschenswerten gesetzlichen Neuregelungen (u.a. Landespsychiatrieplan, PsychKG, BayPsychKG) müsse es zu sehr kurzfristigen und unbürokratischen Lösungen kommen („Es ist eine Katastrophe, dass derzeit der Schwarze Peter zwischen den möglichen Kostenträgern und Verantwortlichen hin- und hergeschoben werde.“). Auch bestand Übereinstimmung, dass die neue Krankenkassenleistung Sozialtherapie hier keine Ersatzfunktion bieten könne. Sowohl Politiker als auch Vertreter von Krankenkassen und Bezirken machten deutlich, dass von

der Veranstaltung für sie ein Signal ausgeht, die Suche nach einem kurzfristigen Kompromiss zu intensivieren. Dies soll unter anderem im Rahmen einer Anhörung im Gesundheitsausschuss des Landtags am 4. März, zu der auch die Kammer eingeladen wurde, erfolgen.

Der Vorstand der Kammer:

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

Geschäftsstelle

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





Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Berlin

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der **Erhalt der Psychotherapie nach Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG)** bestimmt derzeit einen Großteil der Kammeraktivitäten. Unsere Rechtsauffassung, dass alle Psychotherapien, die auf der Basis der alten Einzelverträge erfolgen, entsprechend anzurechnen sind, wurde uns vom Landesjugendamt telefonisch bestätigt. Neu ist das Problem, dass es für die Fachleistungsstunde ‚ambulante Psychotherapie‘ im Ostteil der Stadt einen nochmals reduzierten Satz gibt. Auch wenn die Kammer nicht in Honorarverhandlungen einzubeziehen ist, haben wir einen Antrag auf eine Gastrolle im ‚Berliner Rahmenvertrag für Hilfen in Einrichtungen und durch Dienste der Kinder- und Jugendhilfe‘ (BRVJ) gestellt, um bei wichtigen Fra-

gen der Qualitätsentwicklungsvereinbarung gehört zu werden und inhaltliche Positionen vertreten zu können. Es gibt erste positive Resonanzen, so dass wir mit einer Einladung rechnen.

In bis Februar geführten Gesprächen mit Bezirksstadträten und anderen Vertretern der Politik (Fraktionsvorsitzende der CDU, Jugendpolitische Sprecher) stießen wir auf viel Sachkompetenz und Unterstützungsbereitschaft. In einem konstruktiven Gespräch mit dem Vorstand des BAPP ging es um die Aktivitäten zur Wahrung der KJHG-Psychotherapien und es wurde eine mögliche Qualifikation von Kollegen/innen mit dem Ziel des Eintrags ins Arztregister angesprochen. Zu den in diesem Zusammenhang aufgekommenen Gerüchten möchten wir hier klarstellen: Erstens haben sich weder die KV noch die Kassen zu diesem Thema geäußert. Und ohne deren Zustimmung kann hier nichts erfolgen. Zweitens stammen die Ideen einer curricularen Nachqualifikation von einem Ausbildungsinstitut. Die Kammer hat dazu eine Diskussion angestoßen und die Moderation eines Gesprächskreises übernommen, zu dem alle Ausbildungsinstitute geladen worden waren und der sich nochmals treffen wird, um rechtliche Möglichkeiten auszuloten. In jedem Falle muss aber der Verlagerung von KJHG-Therapien in den Bereich der GKV auf das Entsprechendste widersprochen werden. Psychotherapie nach KJHG und Psychotherapie in der GKV (‚Richtlinientherapie‘) sind zwei voneinander unterschiedene und abgegrenzte Formen von Psychotherapie. Zweckmäßigerweise sind wir auch

in Kontakt mit den Krankenkassen, die die Möglichkeiten der Kostenerstattung eher skeptisch bewerten, aber einen Sonderbedarf für KJP unterstützen. Inzwischen sind vier Sonderbedarfszulassungen ausgesprochen worden. Voraussetzung ist nach KV-Recht die Eintragung ins Arztregister.

Bei unseren **regelmäßigen Treffen mit den anderen Berliner Heilberufekammern** wurden die diesjährigen gemeinsamen Aktivitäten koordiniert. Die Psychotherapeutenkammer hat es übernommen, ein Treffen mit der neuen Patientenbeauftragten, Helga Kühn-Mengel, zu organisieren. Die Diplompsychologin war schon beim letzten Frühjahrsempfang zu Gast in unseren Räumen. Geplant sind darüber hinaus Gespräche mit den gesundheitspolitischen Sprechern des Berliner Abgeordnetenhauses und des Bundestags. Im Frühjahr wird es eine gemeinsame Pressekonzferenz zu den Auswirkungen des GMG geben. Wir bitten alle niedergelassenen Kollegen/innen, uns ihre Erfahrungen mit den unmittelbaren Veränderungen mitzuteilen. Im Vordergrund stehen sicherlich die Akzeptanz der Praxisgebühr und die Probleme mit der Überweisung. Als Orientierung können Sie die Fragen im nachfolgenden Kästchen nutzen, wir sind auch an ausführlicheren und darüber hinausgehenden Rückmeldungen interessiert.

Intensiv haben wir uns dem Thema **„Psychotherapie in Institutionen“** gewidmet: Die Vorstandsentscheidung, diesem Arbeitsbereich und den hier arbeitenden KollegInnen einen Schwerpunkt zu setzen, findet seinen Auftakt

*Lesen Sie auf unseren Internetseiten den Verlauf der **Podiumsdiskussion „Psychotherapie nach KJHG“**, die bei Druckbeginn von der Psychotherapeutenkammer für den 1. März 04 im Berliner Abgeordnetenhaus geplant war. Wir sind sehr gespannt, welche Antworten von Seiten des Herrn Staatssekretärs (Bildung, Jugend), der Gesundheitspolitik, des Verwaltungsrechts oder der Universität auf die provozierenden Fragen des Moderators, M. Schmude (Vorstand der Berliner Kammer), gegeben werden, wie eine Einzelfallorientierung durch eine Budgetierung gerecht werden kann, wer die zu erwartende Fehlbehandlung bezahlen soll, und wie Steuerungselemente zu SGB V und SGB VIII in Zukunft aussehen sollten.*

Ihre Erfahrungen mit dem GMG in der Praxis. Kam es zu

- einem oder mehreren beunruhigten Patienten?
- Problemen bei der Bezahlung der Praxisgebühr?
- Problemen für die Patienten, die richtige Überweisung ausgestellt zu bekommen?
- Problemen für die Patienten überhaupt eine Überweisung zur Psychotherapie zu erhalten?

Sind Patienten der Meinung, dass sie nun

- besser behandelt seien,
- schlechter behandelt seien.

in unserem Berliner Rundbrief. Er bewirkte inzwischen erfreuliche Reaktionen. Sie finden den Text auf unseren Internetseiten. Die kammerinterne Diskussion und die Ideen, wie die weit

gefächerten Interessen unserer angestellten Mitglieder in der Kammer besser aufgegriffen werden können, haben u.a. zu einem **Antrag** für die DV am 18.03.04 geführt, einen neuen Ausschuss in der Kammer zu bilden. Er soll sich insbesondere mit den speziellen Arbeitsbedingungen im institutionellen Rahmen auseinandersetzen wie beispielsweise dem Verhältnis von Dienstrecht und Berufsrecht.

Hartnäckig machte der Kammervorstand dem Senat deutlich, dass wir Fachkompetenz und standespolitische Perspektiven in die Diskussion zur stationären, psychosomatischen Medizin einzubringen haben. Kurz vor Beendigung der Arbeit von zwei darauf abzielenden Gesprächskreisen beim Gesundheitssenat sind wir als Teilnehmer dazu geladen worden. Zu spät, um entscheidend Einfluss zu nehmen zu können, aber früh genug, um deutlich

zu machen, dass die Kammer in Vertretung der in diesem Bereich arbeitenden Psychotherapeuten auf diesem Feld mitagiert.

Gisela Borgmann
(Präsidentin)

Liebe Kolleginnen, und Kollegen,

vielen Dank für Ihr Engagement für das **Versorgungswerk**. Es liegt uns jetzt eine gute Vorlage des Senats zur Gesetzesänderung vor, die uns die Möglichkeit zur Errichtung eines Versorgungswerks schafft! Die Kammer hat ihre Stellungnahme dazu eingereicht. Der Termin der Novellierung des Kammergesetzes durch das Abgeordnetenhaus steht noch nicht fest.

Fortbildungscurriculum „Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren“

Die Psychotherapeutenkammer Berlin hat mit der Ärztekammer Berlin und dem Behandlungszentrum für Folteropfer 2003 zwei Durchgänge eines gemeinsam entwickelten Curriculums zur ‚Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen bei Bürgerkriegsflüchtlingen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren‘ durchgeführt. Im Sept./Okt. 2004 wird – unter der organisatorischen Leitung der Psychotherapeutenkammer – ein weiterer Durchgang des Curriculums stattfinden. Eine solche Fortbildung war notwendig geworden, da

4. Durchgang Curriculum

Zeit Sa., 25.9. bis So., 26.9.04
Sa., 30.10. bis So., 31.10.04
jeweils von 9-17 Uhr
Ort Ärztekammer Berlin,
Friedrichstr. 16, 10969 Berlin
Anmeldungen bitte im Sekretariat
der PTK Berlin (030-8871 400.

von der Ausländerbehörde und den Verwaltungsgerichten häufig Zweifel an der Qualifikation der Gutachter geäußert und ihre Stellungnahmen allzu oft als „Gefälligkeitsgutachten“ abgetan wurden. Für die Bürgerkriegsflüchtlinge hatte das teilweise dramatische Folgen, bedeutete es oft ihre Abschiebung oder eine nur kurzfristige Duldung mit ständig drohender Abschiebung.

Aufgrund von Beschwerden gegen einzelne Gutachter hatte der Vorstand der Psychotherapeutenkammer am 18.01.2002 die damalige Gutachterliste für die sog. Zweitbegutachtung öffentlich zurückgezogen. Zudem beschloss er ein Zertifizierungsverfahren zur Überprüfung der Qualifikation der bisherigen Gutachter, das bis zum 31.12.2003 gültig war. Ab dem 1.1.2004 führt nur die Teilnahme an einer viertägigen curricularen Fortbil-

dung zum Erwerb der Zusatzqualifikation „Zweitgutachter in ausländerrechtlichen Verfahren“.

Bisher wurden 16 Kollegen/innen nach den Übergangsregelungen auf die Gutachterliste aufgenommen. Nach dem Ende der Übergangsregelung erhält das Curriculum als Qualifikation für die Gutachtertätigkeit in aufenthaltsrechtlichen Verfahren den entscheidenden Stellenwert. Das Curriculum umfasst die viertägige Fortbildung und die Erstellung von drei Gutachten unter begleitender Supervision. Das sind zugleich die Voraussetzungen für die Aufnahme auf die offizielle Gutachterliste der Kammer. Sie wird den Verwaltungsgerichten bundesweit zur Verfügung gestellt.

Das Curriculum basiert auf vielfältiger und langjähriger Erfahrungen im Umgang mit extrem traumatisierten Flücht-

lingen aus dem ehemaligen Jugoslawien und orientiert sich an den von der interdisziplinären Arbeitsgruppe „Standards zur Begutachtung psychotraumatisierten Menschen“ (SBPM) herausgegebenen Richtlinien. Darauf aufbauend sind Qualifikationsanforderungen an Gutachter und Qualitätsstandards für Gutachten entwickelt worden, die die Grundlage des Curriculums darstellen. Es ist interdisziplinär angelegt, will die Kooperation zwischen Psychologischen Psychotherapeuten/innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/innen und ärztlichen Kollegen/innen fördern (je die Hälfte der Teilnehmer/innen verfügen über eine psychologische oder eine medizinische Grundqualifikation) und umfasst im Kern folgende Inhalte: Einführung in die Psychotraumatologie, Differentialdiagnostik der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD), Testdiagnostik, Besonderheiten der Begutachtung im interkulturellen Kontext, asyl- und ausländerrechtliche Grund-

lagen. Neben Impulsvorträgen gibt es Zeit für fallbezogene Arbeit in kleinen Gruppen. Die bisherigen Curricula stießen auf große Resonanz und wurden von den Teilnehmern/innen positiv evaluiert. Allerdings wurde mehr Raum für Übungen in Kleingruppen gewünscht. Diese Anregung wurde bei der Überarbeitung des Curriculums insbesondere für die Gestaltung des zweiten Wochenendes berücksichtigt.

Das auch für psychologische Laien nachvollziehbare und transparente Procedere hat bei der Politik zu deutlich mehr Akzeptanz der Zweitgutachten geführt. U. a. sind die Qualitätsanforderungen an Gutachter und Gutachten unverkennbar in die aktuellen Weisungen der Berliner Innenverwaltung zum Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen eingeflossen.

Für qualifizierte Gutachter/innen gibt es, betrachtet man allein die Anzahl

offener Verwaltungsgerichtsverfahren bzgl. der Bürgerkriegsflüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien, einen großen Bedarf. Auch von Richtern aus anderen Bundesländern liegen mehrere Anfragen vor. Darüber hinaus haben die Psychotherapeutenkammern aus Bremen und Baden-Württemberg Interesse an dem Berliner Curriculum, dessen Qualitätsstandards und den Gutachtenratings bekundet.

Von entscheidender Bedeutung war in diesem Zusammenhang die von der Psychotherapeutenkammer und der Ärztekammer gewährleistete Qualitätssicherung des Curriculums. Da sich das Curriculum und die Standards der Begutachtung in der Praxis bewährt haben, sollte die Bundespsychotherapeutenkammer die von den Berliner Landeskammern entwickelten Maßstäbe übernehmen und für ihre politische Umsetzung eintreten.

Berichte aus den Ausschüssen der Kammer

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Der Ausschuss wird sich mit der Umsetzung der Fortbildungsordnung (in der Fassung vom 6.11.2003) beschäftigen. Dazu gehören Fragen der Zertifizierung: Wer wird der/den Zertifizierungskommission/en angehören? Welche Sonderprobleme sind zu bedenken? Wie werden wir unsere Fortbildungsordnung in Einklang bringen mit der noch zu erstellenden Musterfortbildungsordnung auf Bundesebene?

Im Folgenden werden wir uns der curricularen Fortbildung zuwenden. Sollen die „ankündigungsfähigen Tätigkeitsschwerpunkte“ sowohl themen- als auch verfahrensbezogen sein? Wie lässt sich die Abgrenzung zwischen „Fortbildung“ und „Weiterbildung“ klar und eindeutig charakterisieren? Wir werden uns etwa mit bestehenden Fortbildungscurricula der Fachgesell-

schaften befassen und eigene Kriterien entwickeln, nach denen die Berliner Kammer Fortbildungscurricula anerkennen wird. Dabei sind gleichermaßen die Notwendigkeit einer sinnvollen Patienteninformation über Spezialqualifikationen und das berechtigte Interesse der Kollegen/innen zu berücksichtigen, die zusätzliche Qualifikation fachlich und wirtschaftlich nutzen zu können. Darüber hinaus richtet sich unser Augenmerk auf die Lage der Ausbildungskandidaten/innen.

*Inge Brombacher
(Sprecherin d. Ausschusses)*

Haushalt und Finanzen

Der Finanzausschuss überprüft regelmäßig jedes Quartal die Haushalts-situation. Bisher werden die Vorgaben des Haushaltsplans gut eingehalten. Darüber hinaus werden die vorangegangenen Jahresabschlüsse geprüft

und die Haushaltsentwicklung bis zum Jahr 2006 besprochen. Wir diskutieren auch die Höhe und Angemessenheit von Entschädigungen. Weil durch Reisen zur Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) erhebliche Kosten entstehen, wird gegenwärtig die Entschädigungsordnung überarbeitet.

Sorgen bereitet dem Ausschuss die Entwicklung des Postens „BPtK“. Durch die Mitgliedschaft unserer Kammer in der BPtK entsteht eine Zahlungsverpflichtung. Auf deren Höhe kann die Berliner Kammer nur über die entsprechenden Gremien der BPtK und somit nur sehr begrenzt Einfluss nehmen. Die dort getroffenen Beschlüsse führen dazu, dass im laufenden Haushalt der Berliner Kammer die Ausgaben für die BPtK die entsprechenden Haushaltsansätze überschreiten. Erhöhungen des Berliner Beitrages zur BPtK sind bisher nicht vorgesehen;

sie würden Verringerungen der Rücklagen oder weitere Einsparungen im Berliner Haushalt bedeuten. Zurzeit diskutieren wir, wie diesem „Haushaltsrisiko“ begegnet werden kann. Zweifelt man die mit großer Mehrheit der Delegierten beschlossene Mitgliedschaft in der BPTK nicht an, bleibt nur die Möglichkeit, allen politischen Einfluss zu mobilisieren, um auch innerhalb der BPTK auf eine strenge Sparpolitik und Ausgabendisziplin hinzuwirken. Gelingt das nicht, bleibt nur der Weg des Sparens innerhalb des Berliner Haushalts.

Christian Remmert
(Sprecher d. Ausschusses)

Wissenschaft, Forschung und Qualitätssicherung

Der Ausschuss wird sich in diesem Jahr vornehmlich dem Schwerpunkt Qualitätssicherung widmen und dazu differenzierte Empfehlungen erarbeiten. Bereits im vergangenen Jahr hatte sich der Ausschuss mit dem Thema „Gutachterverfahren und externe Qualitätssicherung“ befasst. In der öffentlichen Diskussion wird Qualitätssicherung fast nur als „externe Qualitätskontrolle“ diskutiert, obwohl ihre qualitätssichernde bzw. -steigernde Wirkung – im Gegensatz zu Mitteln der „internen Qualitätssicherung“ – wissenschaftlich nicht belegt ist. Zurzeit beschäftigt sich der Ausschuss mit dem Thema „Dokumentation“ als Bestandteil der Qualitätssicherung in der psychotherapeutischen Versorgung. Bereits entwickelte Modelle und Vorschläge werden vom Ausschuss gesichtet und – unter Berücksichtigung der Aspekte: Nutzen, Angemessenheit, Aufwand, Nebenwirkungen und Gefahren bei der Verwendung, als Mittel der externen Qualitätskontrolle versus interner Qualitätssicherung – reflektiert. Daraus sollen Empfehlungen abgeleitet werden.

Bernd Fliegener
(Sprecher d. Ausschusses)

Berufsordnung, Ethik, Patientenrechte

Der Ausschuss beschäftigt sich zurzeit mit Anfragen zur Berufsordnung bzw. -ethik. Es werden Kommentare erarbeitet, die an dieser Stelle veröffentlicht werden sollen. **Wir rufen die Kammermitglieder zur kritischen Auseinandersetzung mit der Berufsordnung auf und freuen uns über Nachfragen, Kommentare und Hinweise!**

Aus aktuellem Anlass haben sich die Themen der sexuellen Abstinenz nach Beendigung einer Therapie und der Berufseignung eines Psychotherapeuten ergeben, bei dem kinderpornographisches Material sichergestellt wurde. Dazu wird der Ausschuss Stellung beziehen. Die Frage der Auswirkung der Berufsordnung für Angestellte, das Verhältnis zum Dienstrecht, muss noch geklärt werden. Parallel dazu widmen wir uns der Stasimitarbeit von Psychotherapeuten/innen in der DDR und deren Auswirkung auf Betroffene. Wie kann eine Aufarbeitung der Geschichte stattfinden?

Nach wie vor suchen wir Kolleginnen und Kollegen, die als **ehrenamtliche Richterinnen und Richter beim Berufsgericht** mitarbeiten möchten. Auf der letzten Delegiertenversammlung am 6.11.03 wurde Eva-Maria Schweitzer-Köhn zur neuen Sprecherin des Ausschusses gewählt.

Eva-Maria Schweitzer-Köhn
(Sprecherin d. Ausschusses)

Satzung

Nachdem die Arbeit an der Hauptsatzung abgeschlossen und diese in der Delegiertenversammlung (DV) verabschiedet worden ist, überarbeitet der Ausschuss derzeit ihre Geschäftsordnung und passt sie an die Satzung an, wo dies erforderlich ist. Anschließend sollen die Ordnungen, die in der Sat-

zung benannt sind und die z. T. bereits von der DV beschlossen worden sind, durchgesehen und ggf. ebenfalls überarbeitet werden.

Erwin Kaiser
(Sprecher d. Ausschusses)

Öffentliche psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung

Nachdem 2003 im Ausschuss die fachliche Auseinandersetzung mit den Sparmaßnahmen in Berlin dominierte, soll jetzt eine neue Prioritätensetzung erfolgen. Der Ausschuss will die Kommunikation zwischen den Psychotherapeuten, die in der öffentlichen Versorgung als Angestellte tätig sind, und den niedergelassenen Kollegen verbessern. Der letzte Rundbrief mit dem Schwerpunkt „Psychotherapie in Institutionen“ ist ein erster Beitrag dazu.

Der Ausschuss möchte zukünftig zu notwendigen Servicefunktionen für alle Psychotherapeuten und „Kunden“ der Kammer beitragen; es geht um die drei Bereiche:

- PT in Institutionen und Interdisziplinarität
- Versorgungsfragen/neue Felder im Bereich der öffentlichen Versorgung
- Angestelltenfragen

Gerd Pauli
(Sprecher d. Ausschusses)

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

Geschäftsstelle

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



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Bremen

18. Mai: Nächste Kammerversammlung setzt Zeichen für die Zukunft

Kurz nach Ostern wird die schriftliche Einladung zur nächsten Kammerversammlung im Mai bei den Bremer Kammermitgliedern eintreffen. Im Mittelpunkt der Versammlung wird das Thema Fortbildung und Fortbildungsverpflichtung der Kammermitglieder stehen. Neben dem Entwurf der Fortbildungsordnung geht den Kammerangehörigen ebenfalls ein Entwurf zur Schlichtungsordnung zu. Das Bremer Heilberufsgesetz schreibt der Kammer vor, eine solche Ordnung zu verabschieden, in der das Verfahren zur Schlichtung von Streitigkeiten zwischen Mit-

gliedern der Kammer geregelt wird. Welche Bedeutung diese Schlichtungsaufgabe in Zukunft haben wird, lässt sich nicht abschätzen. In den zurückliegenden drei Jahren trat ein solches Erfordernis jedenfalls noch nicht auf. Ebenfalls wird auf der Kammerversammlung eine Vorschlagsliste für die Besetzung der ehrenamtlichen Mitglieder der Berufsgerichte beschlossen werden. Nach Verabschiedung unserer Berufsordnung im zurückliegenden Herbst kann es jetzt zu Verfahren wegen Berufsvergehen kommen. Geringfügige Berufsvergehen können von der

Kammer mit einer Rüge, die mit einer Geldbuße verbunden werden kann, geahndet werden. Schwerwiegendere Verletzungen der Berufspflichten wird vor dem Berufsgericht verhandelt (siehe auch Beitrag „Berufsgerichte und ihre Zusammensetzung“).

Die Kammerversammlung wird wieder Raum zur Diskussion aktueller Fragen bieten und – wie immer – mit einem geselligen Beieinander mit Sekt, Saft und Selters enden:

Ort: Bürgerhaus Weserterrassen

Termin: Dienstag, 18.05.04 – 20 Uhr

Neue Verpflichtungen bei der Fortbildung Kammer schafft organisatorische und inhaltliche Grundlagen

Im Bremer Heilberufsgesetz werden in § 28 Nr. 1 und § 30 Abs. 2 alle Kammerangehörigen verpflichtet, sich regelmäßig fortzubilden, um eine hohe Qualität der Berufsausübung auf der Grundlage aktueller wissenschaftlich begründeter Erkenntnisse sicherzustellen. Ab dem 1. Juli 2004 gilt zusätzlich die im Sozialgesetzbuch V festgelegte Fortbildungsverpflichtung für alle Psychotherapeuten, die zu Lasten der GKV tätig werden. Die Fortbildungsverpflichtung wurde auch für alle Fachärzte in Krankenhäusern (dazu zählen die approbierten Psychotherapeuten) postuliert. Wer dieser Pflicht innerhalb von 5 Jahren nicht nachkommt, muss mit erheblichen Sanktionen (von Kürzung des Honoraranspruchs bis zum Entzug der Zulassung) rechnen.

Gleichwohl haben die Kammern weiterhin die Möglichkeit, die Fortbildungsaktivitäten zu gestalten.

Hans-Otto Platte, Vizepräsident der Kammer und Vorsitzender des Ausschusses für Fort- und Weiterbildung hofft, dass der positive Aspekt einer qualitätssichernden Fortbildung über die neue gesetzliche Verpflichtung nicht verloren geht, zumal gerade in unseren Berufen die Fortbildung als etwas Selbstverständliches, Gewinnbringendes und als Instrumentarium für eine qualitative psychotherapeutische Arbeit für unverzichtbar angesehen wird.

Entwurf der Fortbildungsordnung liegt vor

Der Ausschuss für Fort- und Weiterbildung Bremen hat in Zusammenarbeit mit dem Vorstand der Kammer jetzt einen Entwurf für eine Fortbildungsordnung erarbeitet. Dieser gründete sich auf Erfahrungen der Ärztekammer und auf vorliegende Entwürfe anderer Psychotherapeutenkammern. Eingear-

beitet werden konnte auch die Vereinbarung der drei Bremer Heilberufskammern (Ärztekammer, Zahnärztekammer und Psychotherapeutenkammer), die Fortbildungsveranstaltungen gegenseitig anzuerkennen. Ebenso vereinbarten die vier norddeutschen Psychotherapeutenkammern, auf dem Gebiet der Fortbildung zu kooperieren, die gegenseitige Anerkennung der Zertifikate und darüber hinaus organisatorisch eng zusammen zu arbeiten.

Die gegenseitige Anerkennung im Rahmen der Zertifizierung von Fortbildungsveranstaltungen bedingt eine vergleichbare Systematik im Aufbau der formalen Anerkennungskriterien. So haben wir in unserem Entwurf, wie die Ärztekammer und die Zahnärztekammer auch, 250 Punkte in fünf Jahren vorgesehen und Kategorien und Begriffsbestimmungen, wo möglich, übereinstimmend abgefasst.

Besonders geachtet wurde darauf, dass die spezifischen reflektiven Instrumente unserer Berufsgruppen (Intervision, Supervision und Selbsterfahrung) als feste Bestandteile der Fortbildung aufgeführt sind.

Vorstand und Ausschuss für Fort- und Weiterbildung werden die Fortbildungsordnung als Entwurf der nächsten Kammerversammlung im Mai zur Zustimmung vorlegen.

Wir gehen davon aus, damit der gesetzlichen Auflage zeitgerecht nachzukommen, damit ab 1. Juli 2004 unsere Kammermitglieder ihre Fortbildungen im Rahmen einer gültigen Fortbildungsordnung zertifizieren lassen können.

Vorbereitung einer Weiterbildungsordnung

Der Ausschuss für Fort- und Weiterbildung hat sich lange mit der komplexen Thematik einer Weiterbildungsordnung befasst. Auf seiner Sitzung am 9. September 2003 hat er einen Entwurf zur Struktur einer Weiterbildungsordnung abschließend beraten und nach Rücksprache mit dem Vorstand an den Bundesvorstand weitergeleitet. Die inhaltlichen Überlegungen sollen der auf Bundesebene am 1. November 2003 gegründeten *Vorstandskommission für Weiterbildung* als Arbeitsmaterial für die Erarbeitung einer *Musterweiterbildungsordnung* dienen.

Wie schon im letzten Psychotherapeutenjournal ausführlich von U. Cramer-Düncher und W. Groeger dargestellt wurde, ist das ärztliche Weiterbildungsrecht nicht auf die Psychotherapeuten übertragbar, da die Approbation zum

Psychotherapeuten fachlich dem Weiterbildungsabschluss zum Facharzt entspricht.

Nach einhelliger Vorstellung des Ausschusses für Fort- und Weiterbildung soll eine Weiterbildung nicht zu einer Festlegung und Reduzierung des Arbeitsfeldes auf bestimmte störungsspezifische Krankheitsbilder führen, sondern im Gegenteil dem Weitergebildeten ein größeres qualitatives Spektrum an Möglichkeiten im Rahmen seiner Berufstätigkeit eröffnen.

Vorstand und Ausschuss halten *Weiterbildungen*, die zu weiteren Verfahrensbezeichnungen (z. B. Verhaltenstherapie, Psychoanalyse, Gesprächspsychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) sowie zu ankündigungsfähigen Zusatzbezeichnungen

(z. B. indikationsbezogen Schmerztherapie, Traumatherapie, Sexualtherapie oder settingbezogen Gruppentherapie, Paartherapie etc.) führen, für sinnvoll und notwendig. Gleichzeitig ist auch ein Modell vorstellbar, in dem der Erwerb ankündigungsfähiger Zusatzbezeichnungen im Rahmen einer *curricularen Fortbildung* möglich wird.

Die Weiterbildungsordnungen dürfen wegen der bundeseinheitlichen Bedeutung nicht von Bundesland zu Bundesland gravierend unterschiedlich sein. Deshalb erwartet die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden als bundesweites Koordinierungsgremium Vorschläge der BPTK für die einheitliche Änderung der Weiterbildungsbestimmungen in den Heilberufs- und Kammergesetzen der Länder.

Positive Resonanz bei Neujahrsempfängen

Erstmals luden in diesem Jahr in Bremen die Kassenärztliche und die Kassenzahnärztliche Vereinigung, die Ärzte-, die Zahnärzte- und die Psychotherapeutenkammer zu einem gemeinsamen Neujahrsempfang in den Räumen der KV Bremen ein. Mehrere hundert Gäste waren erschienen, darunter die Gesundheitssenatorin Karin Röpke, begleitet von ihrem Staatsrat Knigge

sowie Repräsentanten der Kassen, Krankenhäuser und anderer im Gesundheitswesen tätiger Institutionen. In seinem Grußwort betonte Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens die gewachsene Zusammenarbeit der einladenden Organisationen und setzte sich kritisch mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz aus Sicht der Psychotherapeuten auseinander.

Die Einladungen zum traditionellen Neujahrsempfang des Präsidenten des Senats zu Ehren des konsularischen Corps und zum Empfang des Landesverbandes der Betriebskrankenkassen Bremen-Niedersachsen nutzten Karl Heinz Schrömgens und sein Stellvertreter Hans-Otto Platte zu vielfältigen Gesprächen mit Entscheidungsträgern in der Politik und im Gesundheitswesen.

Empfehlung des Kammervorstandes zum Umgang mit Ausfallhonoraren und Urlaubszeiten

Anfragen bei der Unabhängigen Patientenberatung Bremen und bei der Psychotherapeutenkammer Bremen haben gezeigt, dass es bezüglich des Umgangs mit Ausfallhonoraren und

Urlabszeiten des Psychotherapeuten sehr viel Unsicherheit auf Seiten der Patienten und sehr unterschiedliche Umgangsweisen auf Seiten der Behandler gibt. Der

Kammervorstand hat sich intensiv mit den damit zusammenhängenden ethischen und juristischen Fragestellungen befasst.

Wegen der sehr persönlichen und intimen Bezogenheit aller psychotherapeutischen interaktiven Prozesse, die im Denken, Fühlen und Handeln des Psychotherapeuten zur Herstellung und zum Erhalt eines psychotherapeutischen Prozesses fortlaufend reflektiert werden, stellt Psychotherapie hohe Anforderungen an die Zuverlässigkeit und Disziplin des Psychotherapeuten. Unverzichtbar hierfür ist ein definierter äußerer Rahmen. So reserviert der Psychotherapeut für den gesamten Therapiezeitraum die erforderlichen Behandlungsstunden. Da er eine Bestellpraxis führt und psychotherapeutische Behandlungen über einen längeren Zeitraum durchgeführt werden, kann er lediglich in sehr begrenzter Weise kurzfristig neue Patienten im Sinne einer Krisenintervention oder einer diagnostischen Abklärung anneh-

men. Dabei sind Sitzungstermine zur Überprüfung der Indikationsstellung für eine Psychotherapie nur dann im Interesse des Patienten sinnvoll, wenn der Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung in einem angemessenen Zeitraum möglich ist. Dabei scheidet eine kurzfristige Vergabe von Terminen unabhängig von den inhaltlichen Gründen in aller Regel schon an organisatorischen Problemen. Entsprechend § 615 BGB kann für einen solchen fest vereinbarten Behandlungstermin, wenn der Patient die Dienstleistung nicht in Anspruch nimmt, die vereinbarte Vergütung als Honorar genommen werden, sofern diese Zeit nicht anderweitig zur Honorarerzielung verwendet werden konnte.

Der Kammervorstand empfiehlt, mit dem Patienten zu Beginn der Be-

handlung zu vereinbaren, dass ein Ausfallhonorar dann erhoben werden kann, wenn dieser innerhalb einer Frist von 48 Stunden oder zwei Werktagen einen vereinbarten Sitzungstermin absagt. Dies gilt in gleicher Weise für Urlaubszeiten. Zwar sollten im Interesse der Kontinuität einer psychotherapeutischen Behandlung längere Unterbrechungen vermieden und dies dem Patienten fachlich verdeutlicht werden, allerdings halten wir die Bindung des Patienten an Urlaubszeiten des Behandlers für nicht zulässig.

Weiterhin empfehlen wir, diese Absprachen im Rahmen eines schriftlichen Behandlungsvertrages niederzulegen. Muster für solche Verträge können in der Geschäftsstelle angefordert werden.

Berufsgerichte und ihre Zusammensetzung

Das Bremer Heilberufsgesetz sieht als erste Instanz das „Berufsgericht für die Heilberufe“ und als Beschwerdeinstanz den „Gerichtshof für die Heilberufe“ vor. In beiden Gerichten, dem Verwaltungsgericht bzw. dem Oberverwaltungsgericht angegliedert, sind neben einem bzw. drei Berufsrichtern jeweils zwei Beisitzer tätig, die der Berufsgruppe des Beschuldigten angehören. Die ehrenamtlichen Richter der Berufsgerichte werden von der Aufsichtsbehörde auf Vorschlag der Mitgliederversammlung der Psychotherapeutenkammer für die Dauer von vier Jahren berufen. Es sind jeweils zwei

Besitzer und jeweils zwei Stellvertreter von der Kammer zu benennen. An diese Kolleginnen und Kollegen werden bestimmte Anforderungen gestellt. Die wichtigsten lauten:

- Sie müssen Deutsche im Sinne des Grundgesetzes sein;
- sie dürfen nicht dem Kammervorstand, dem Vorstand der KV oder dem Beschwerde- und Schlichtungsausschuss angehören;
- sie dürfen nicht wegen einer Straftat zu einer Freiheitsstrafe von mehr als 6 Monaten verurteilt worden sein und nicht ihre Wählbarkeit zum Vorstand der Kammer verloren haben.

Entschädigt wird diese Tätigkeit nach der einvernehmlich von allen Heilberufskammern verabschiedeten Entschädigungsordnung. Wünschenswert wäre, wenn im Kreis der ehrenamtlichen Richter alle Tätigkeitsbereiche und Verfahrensschwerpunkte der Kammermitglieder vertreten sein könnten. Der Kammervorstand bittet darum, Vorschläge für diese Ämter möglichst bald an den Vorstand zu richten, damit der Kammerversammlung eine gut zusammengestellte Liste vorgelegt werden kann.

Norddeutsche Kammern verabreden verstärkte Zusammenarbeit

Im Dezember 2003 trafen sich erstmals die Kammervorstände aus Hamburg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein und Bremen zu einer gemeinsa-

men Tagung auf Einladung der Hamburger Kammer. Ziel der Beratung war, Möglichkeiten der Zusammenarbeit auszuloten und gemeinsame Projek-

te zu verabreden. Auf der Tagesordnung standen zahlreiche Punkte, in denen Kooperationen denkbar waren. Das von Niedersachsen gegründete

Versorgungswerk, dem die Bremer Kammer über einen Staatsvertrag beigetreten ist, galt als erstes gelungenes Beispiel einer länderübergreifenden Zusammenarbeit. Übereinstimmung bestand darin, sich eng über die jeweiligen Aktivitäten der Vorstände und Ausschüsse/Arbeitskreise auszutauschen. Konkret verabredet wurden zunächst fünf Felder, in denen die Möglichkeiten der Kooperation eruiert werden sollen:

- Zusammenarbeit in Angestelltenfragen: Federführung Niedersachsen
- Austausch im Umgang mit berufsrechtlichen Fragen und Patientenbeschwerden: Federführung Hamburg
- Aufbau eines Internet-Suchdienstes für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, dem besondere Bedeutung für die grenz-

nahen Regionen beigemessen wurde: Federführung Hamburg

- Gemeinsame Anerkennung von Fortbildungsveranstaltungen und gemeinsame Zertifizierung von Fortbildungsaktivitäten der Mitglieder: Federführung Bremen in Zusammenarbeit mit dem Geschäftsführer der Kammer Niedersachsen
- Planung eines norddeutschen Psychotherapeutentages: Federführung Schleswig-Holstein.

Politik zeigt sich beratungsresistent

Trotz Proteste Kürzungen in der Erziehungs- und Schülerberatung

Die Sozial- und Gesundheitsbehörde hält weiterhin an den Kürzungen von psychologisch-psychotherapeutischen Fachkräften in der Erziehungsberatung und im schulpseudologischen Dienst Bremens fest. Obwohl alle Fachgremien innerhalb und außerhalb der Behörde sich im vergangenen Jahr gegen eine Reduzierung ausgesprochen hatten, setzt die Behörde unverdrossen die Vorgabe der Koalitionsvereinbarung zwischen Bremer SPD und CDU um, die Dienste an vier

Standorten zusammenzulegen und in diesem Zuge sechs Beraterstellen einzusparen.

Axel Janzen vom Vorstand der Bremer Psychotherapeutenkammer: „Mittelbis langfristig ist es teurer, die Stellen einzusparen. Steigende Desintegration in Schulen und in der Familie, Jugenddelinquenz, Suchtproblemen etc. erfordern präventive Maßnahmen. Die Beratungsstellen leisten einen wichtigen Beitrag zur Kostenverringereung, weil sie niedrigschwellige Ange-

bote machen, eine frühzeitige Diagnostik betreiben und angemessenen Hilfsangebote anbieten und organisieren.“

Die Psychotherapeutenkammer Bremen sei bereit, den von der Sozial- und Gesundheitssenatorin eingeleiteten Prozess der Qualitätssicherung und –erweiterung zu unterstützen. Die Reduzierung von psychologisch-psychotherapeutischem Personal sei jedoch der falsche Weg.

Arbeitskreis niedergelassener PsychotherapeutInnen in Bremerhaven

Der Arbeitskreis psychotherapeutisch tätiger PsychologInnen und ÄrztInnen in Bremerhaven ist eine bereits langjährig bestehende Einrichtung. Die Zusammenkünfte dienen dem gegenseitigen Kennenlernen und Austausch, wobei es schwerpunktmäßig um berufspolitische wie auch therapierrelevante Themen geht. Da sich der AK als Diskussionsforum versteht, kann jeder sein Wissen, Vorschläge, Anregungen und Fragen einbringen.

Ein ganz praktisches Ergebnis des AK ist die „Psychotherapeutentafel“, die jetzt jährlich im Örtlichen Telefonbuch erscheint und zu einen wichtigen Wegweiser für die Patienten und Institutionen geworden ist. Ein zentraler inhaltlicher Schwerpunkt ist das Bemü-

hen um Kontakt zu den für den Therapiebereich relevanten Institutionen und Organisationen in der Region. Hierfür werden Mitarbeiter aus diesen Bereichen als Referenten zu den Treffen eingeladen. Für dieses Jahr sind weitere Referenten aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der allgemeinen Psychiatrie eingeladen.

Die AK-Treffen finden vierteljährlich statt, jeweils am 1. Mittwoch des letzten Quartalsmonats um 20⁰⁰ Uhr. Tagungsort ist der Konferenzraum des ZKH-Reinkenheide. Weitere interessierte Kolleginnen und Kollegen sind gerne gesehen.

Redaktion Bremer Kammerseiten

An diesen Seiten arbeiteten mit:

Marianne Büthe-Tietel, Axel Janzen
Hans-Otto Platte, Karl Heinz Schrömgens

Geschäftsstelle

Psychotherapeutenkammer Bremen
Lüder-von-Bentheim-Straße 47
28209 Bremen
Tel. 0421/27 72 000
Fax 0421/27 72 002
Öffnungszeiten:
Mo, Di, Do, Fr 10.00-14.00 Uhr
Mi 13.00-17.00 Uhr
Sprechzeit des Präsidenten:
Di 12.30-13.30 Uhr
psychotherapeutenkammer.bremen@nord-com.net
www.psychotherapeutenkammer-hb.de



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hamburg

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

ein neues Layout soll Ihnen die Arbeit Ihrer Kammer noch übersichtlicher präsentieren. Dass dies notwendig geworden ist, dürfen Sie als Hinweis darauf werten, in welchem Ausmaß die Aktivitäten der für die und in der Kammer Verantwortung

Tragenden in den letzten Monaten zugenommen haben.

Ihrer besonderen Aufmerksamkeit möchte ich das Treffen des Vorstandes mit Dr. Kirchhoff zum Versorgungswerk, das Treffen der Nordkammern,

den Bericht des Schlichtungsausschusses sowie die Informationen zur Fortbildungspflicht empfehlen.

Frohe Ostern wünscht Ihnen

für die Redaktion

Harry Askitis

Aktivitäten des Vorstandes

Geschäftsstelle

Zur Verbesserung des Arbeitsablaufs in der Geschäftsstelle hat Dr. Riedel eine Analyse der dort anfallenden Arbeiten erstellt. Die neue Struktur wird mit einer neuen, verwaltungserfahrenen Geschäftsführung ab 2004 realisiert werden. Der Vertrag mit der bisherigen Geschäftsführerin wurde in der Probezeit beendet. Zum 1.1.04 wurden Herr Thomas Grabenkamp (Dipl.-Volkswirt) als Geschäftsführer eingestellt und Frau Vogel als weitere Büroangestellte. Der Vorstand hat schon in der kurzen Zeit seit Jahresbeginn den Eindruck, dass er deutlich von Büroarbeiten entlastet werden konnte und damit mehr Zeit für politische Aktivitäten bekommt.

Widersprüche

Jeder Widerspruch gegen die Mitgliedschaft oder Beitragshöhe wird im Vorstand nach ausführlicher Beratung entschieden. Der größte Teil der insgesamt ca. 95 Widersprüche musste aufgrund der Rechtslage zurückgewiesen werden. Zustimmungsründe waren u.a. die Aufgabe der Berufstätigkeit, lange Auslandsaufenthalte oder eine Berufstätigkeit, die eindeutig keinerlei psychotherapeutische Kenntnisse oder Fähigkeiten verlangt.

Der Vorstand traf sich mit verschiedenen Gruppen von Kammermitgliedern, insbesondere aus dem Angestellten- und KJP-Bereich, um die Anliegen der Mitglieder zu besprechen und die ge-

setzlichen Grundlagen der Mitgliedschaft zu verdeutlichen. So erläuterte der Vorstand einerseits, dass jeder approbierte Psychotherapeut (PP oder KJP) Pflichtmitglied der Kammer ist, sofern er/sie psychotherapeutisch tätig ist. Dabei meint psychotherapeutische Tätigkeit im Sinne des Kammergesetzes jede Arbeit, in der psychotherapeutische Kenntnisse und Fähigkeiten eingesetzt werden. Das kann also auch Erziehungs-, Lebens- oder Paarberatung, Supervision, Coaching, u.v.a. sein. Der Vorstand ermutigte in den Gesprächen die KollegInnen, auch ihre Wünsche an die Kammerarbeit sowie ihre Interessen, soweit sie durch die Kammer gefördert werden können, zu artikulieren.

Folgende Gesprächstermine nahm der Vorstand wahr:

Mit Frau Brinkmann (MdBü, SPD, Vorsitzende des Sozialausschusses und Mitglied im Gesundheitsausschuss):

Die Stellungnahme der Kammer zur Antwort des Senats auf die große Anfrage der SPD-Fraktion und die weitere Zusammenarbeit waren Hauptthemen.

Mit der Abteilungsleiterin im Amt für Gesundheit, Frau Esser:

Es wurde über die Beteiligung der Psychotherapeutenkammer an verschiedenen Hamburger Gremien im Gesundheitsbereich gesprochen, die Beteiligung der PP und KJP an der Landesgesundheitsberichterstattung, über

die Kürzungen im Sozialhaushalt der Stadt, die Heilpraktikerüberprüfung und weitere versorgungsrelevante Fragen. Ein regelmäßiger Austausch wird von beiden Seiten gewünscht.

Mit der Verbraucherzentrale:

Der Vorstand traf sich auch mit der Patientenberatungsstelle der Verbrau-

cherzentrale Hamburg. Über eine Zusammenarbeit im Rahmen der Schlichtung bei Patientenbeschwerden wird nachgedacht.

Mit RA Dr. Kirchoff,

dem Vorstandsvorsitzenden der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen:

Um eine sachkundige Entscheidung darüber vorbereiten zu können, ob und wenn ja, welchem Versorgungswerk Hamburg beitreten sollte, war Herr Dr. Kirchoff eingeladen worden. Es zeigte sich schnell, welchen Schatz an Kompetenz und Erfahrung der seit 1964 ununterbrochen in diesem Bereich tätige Gründer diverser Versorgungswerke den Anwesenden bieten konnte. Die Diskussion drehte sich sowohl um allgemeine Vorteile von Versorgungswerken (bei gleichen Beiträgen deutlich höhere Rentenhöhe als in der gesetzlichen Rentenversicherung; Kapital bildende Systeme sind deutlich weniger anfällig für den demographischen Wandel; Versorgungswerke haben eine dynamische Erhöhung auch in der Leistungsphase) als auch um demographische Besonderheiten der Freiberufler im Vergleich zum Durchschnitt der Bevölkerung. Weitere Diskussionspunkte waren: Vor- und Nachteile der Pflichtmitgliedschaft für den Anfangsbestand, die Notwendigkeit, eine föderale Zuständigkeit zu erhalten, die die Gründung eines bundesweiten Versorgungswerkes aller Psychotherapeuten als nicht opportun erscheinen lässt sowie die Leistungsverbesserungen, die sich

ergeben, wenn die Rendite den Rechnungszins überschreitet oder die Invalidität geringer ausfällt als das von vorsichtigen Mathematikern geschätzt wurde, waren weitere Inhalte der Diskussion. Der Vorstand setzte eine Arbeitsgruppe (Wirth, Ulrich, Gieseke, Askitis) ein, klären sollte.

Die Kammerversammlung am 25.2. traf die Entscheidung, dem Versorgungswerk der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen beizutreten.

Treffen der Norddeutschen Landeskammern

Am 5.12.03 fand auf Einladung der Psychotherapeutenkammer Hamburg das 2. Treffen der Vorstände der Norddeutschen Landeskammern statt. Es nahmen Mitglieder der Kammervorstände aus Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein teil. Ziel des Treffens war es, Kooperationsmöglichkeiten auszuloten, um Synergieeffekte nutzen zu können. Regelungen und Ordnungen auf Länderebene sollen möglichst überregional aufeinander abgestimmt werden.

Es wurde eine intensivere Zusammenarbeit bezüglich Meldewesen, Schlichtung und Angestelltenfragen diskutiert. Jeweils unter der Federführung einer Kammer sollen hier Vereinheitlichungen geschaffen und Fachkompetenzen in anderen Kammern genutzt werden. Insbesondere im Bereich der Fort- und Weiterbildung wird eine enge Abstimmung angestrebt. So sollen die Fortbildungsordnungen möglichst angegli-

chen werden und die Fortbildungsangebote möglichst wechselseitig anerkannt werden. Um die Zertifizierung der Fortbildungsangebote anzugleichen und effektiver zu gestalten und dadurch finanzielle Einsparungen zu ermöglichen, wird über die Einrichtung einer gemeinsamen „Norddeutschen Akkreditierungsstelle“ nachgedacht. Diese Akkreditierungsstelle soll die Fortbildungsangebote der Anbieter prüfen und entsprechend ihres Umfangs mit Punkten bewerten. Auch die Idee gemeinsam veranstalteter „Norddeutscher Psychotherapietage“ stieß bei den Kammervorständen auf Interesse. Das Treffen fand in äußerst kollegialer und freundlicher Atmosphäre statt. Die Treffen der Nordkammern sollen fortgesetzt werden, das nächste Treffen wird die Psychotherapeutenkammer Bremen ausrichten.

Öffentlichkeitsarbeit

Der Vorstand befasste sich mit der Frage, wie der Berufsstand der Psychologischen Psychotherapeutinnen und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen zukünftig in den Medien und in der Öffentlichkeit besser dargestellt werden kann. Zu diesem Zweck traf der Vorstand sich mit Kennern und Experten aus dem Medienbereich. Als ausgesprochen hilfreich erwies sich ein informelles Gespräch mit Bernd Seguin, dem langjährigen NDR-Moderator, der dort für die Berichterstattung in der Gesundheits- und Sozialpolitik zuständig ist. Herr Seguin informierte den Vorstand über seine grundsätzlichen Überlegungen bezüglich einer professionellen Öffentlichkeitsarbeit.

Berichte aus den Ausschüssen

Der Ausschuss für Fort- und Weiterbildung hat sich konstituiert. Seine Aufgabe ist es, bis zum Frühjahr einen Entwurf einer Fortbildungsordnung zu erstellen, damit Fortbildungsanbieter bis zum Sommer ihre Angebote zertifizieren lassen können.

Ausschuss für Berufsordnung Der Ausschuss stellt z.Zt. die vorliegenden Berufsordnungen zusammen. Die vom Justitiar der Bundespsychotherapeutenkammer zugesagte Synopse bestehender Berufsordnungen wird als Arbeitserleichterung begrüßt.

Frau Elke Visser (KJP) legte ihren Ausschusssitz nieder. Die Kammerversammlung beschloss eine Aufstockung des Ausschusses auf 6 Mitglieder. Frau Mechthild Endruweit und Herr Rainer Geerken wurden einstimmig als neue Ausschussmitglieder gewählt.

Der Haushaltsausschuss legte der Kammerversammlung 11/03 die bisherigen Haushaltszahlen für 2002 und 2003 vor: Die zu erwartenden Ausgaben von 117.000,- Euro für den Erziehungsausschuss sollten durch die zu erwartenden Einnahmen gedeckt werden können. Von den erwünschten Einnahmen von 468.000,- Euro für das erste Kammerjahr 2003 können die Ausgaben gedeckt werden, zumal das Haushaltsjahr 2003 mit Februar bis No-

vember nur 11 Monate umfasst und manche Ausgaben, etwa für Personal, erst im Laufe des Jahres anliefen. So ist die finanzielle Basis für die Kammer auch bis zum Einzug der nächsten Beiträge im März 2004 gesichert. Der Haushaltsplan 2004 soll im März verabschiedet werden. Zwar fallen im Jahr 2004 nur noch geringe Beträge für Einrichtungen an, dafür aber die vollen Gehälter der MitarbeiterInnen und Ausgaben für die Ausschüsse. Die Kammerversammlung

11/03 verabschiedete den Nachtragshaushalt ohne Gegenstimmen. Zudem beschloss sie ebenfalls einstimmig die Entschädigungsordnung. Ebenfalls einstimmig wurde eine (auch in anderen Bundesländern so beschlossene) Stichtagsregelung beschlossen: Der Jahresbeitrag für Mitglieder, die im Verlauf des Kalenderjahres von einer Landeskammer in eine andere wechseln, wird dort fällig, wo das Mitglied am 1.2. des Kalenderjahres Mitglied ist.

Der Schlichtungsausschuss – erste Erfahrungen

Von Manfred Bogun und Angela Niedtfeld-Kortmann

Der Schlichtungsausschuss der Hamburger Psychotherapeutenkammer arbeitet nun seit ca. einem Jahr – wie wir finden, durchaus erfolgreich. Um allen Kollegen/innen erste Einblicke in unsere Ausschussarbeit zu geben, möchten wir einige Grundsätze und das Procedere darstellen sowie über erste Erfahrungen berichten.

Im Gesetz für die Hamburger Psychotherapeutenkammer wird im § 7 der Schlichtungsausschuss definiert. Er hat sich demnach „mit der Schlichtung zwischen Kammerangehörigen sowie zwischen Kammerangehörigen und Dritten“ zu befassen, „soweit sich die Streitigkeiten auf den Bereich des Berufes der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten beziehen.“ Damit ist der Schlichtungsausschuss ein Qualitätssicherungsorgan der Kammer.

Der gesetzliche Auftrag eines Schlichtungsausschusses setzt in der konkreten Fallbearbeitung unbedingte Neutralität voraus. Er ist damit keine Interessenvertretung der Kammerangehörigen, z. B. gegen sich beschwerende Patienten/innen, sondern er hat die Interessen und Sichtweisen beider Seiten angemessen und gleichberechtigt in die Schlichtung einzubeziehen.

Neben der Neutralität ist die Verschwiegenheit ein sehr hohes Gebot in der

Schlichtungsarbeit. Die jeweiligen Fälle werden ausschließlich im Ausschuss und mit dem zuständigen Vorstandsmitglied erörtert. Niemand sonst erhält Zugang zum Inhalt der Beschwerde oder zum Ausgang des Verfahrens.

Die Schlichtungsarbeit in einem konkreten Fall beginnt mit einer Beschwerde bei der Kammer. Ein Ausschussmitglied oder ein beauftragter Vertreter übernimmt die Bearbeitung. Es folgt ein Telefonat mit dem/der Beschwerdeführer/in zwecks Klärung der Beschwerde und Erläuterung des Verfahrens. Dann wird der/die Beschwerdeführer/in um Zustimmung zu einem Schlichtungsverfahren gefragt. Die/der von der Beschwerde betroffene PP oder KJP wird von der Beschwerde in Kenntnis gesetzt und ebenfalls um Zustimmung zum Schlichtungsverfahren gebeten. Das Verfahren ist also für beide Seiten freiwillig.

Im weiteren Verlauf versucht die/der für den Fall Zuständige, durch Moderation zwischen den Parteien eine gemeinsam akzeptierte Sicht des Konfliktes zu erreichen und gegebenenfalls einen Interessensausgleich herbei zu führen. Wenn dieses nicht möglich ist, kann der Ausschuss nach vorheriger Zustimmung beider Parteien „unter Verzicht auf anderweitige Rechtsverfolgung“ (§7, Abs. 3, Kammergesetz) einen bindenden Schiedsspruch fällen.

Nach erfolgreichem Abschluss oder nach Abbruch des Verfahrens durch eine der beiden Parteien stellt der Ausschuss beiden gegenüber das Ende der Schlichtung in schriftlicher Form fest. Die Akte wird nach Abschluss des Verfahrens unter besonderen Sicherheitsbedingungen aufbewahrt. Zu den Akten haben nur die Ausschussmitglieder und ein Vorstandsmitglied Zugang.

Eine konkrete Erfahrung aus der Ausschussarbeit können wir bereits benennen: Wir sehen, dass die Aufklärungspflicht zu Beginn einer Psychotherapie nicht hoch genug eingeschätzt werden kann. Das betrifft sowohl den Charakter psychotherapeutischer Arbeit, den Sinn probatorischer Sitzungen, den Ablauf, aber auch die Honorarfragen.

In einem Schlichtungsfall stehen folgende AnsprechpartnerInnen zur Verfügung (p.A. Geschäftsstelle):

Ausschussmitglieder:

Dr. Manfred Bogun (Vorsitzender)

Angela Niedtfeld-Kortmann

Heidede Schneider

Vertreter:

Dr. Hartwig Rogge

Barbara Stuhlmann-Laeisz

Elke Visser

Zuständiges Vorstandsmitglied:

Petra Rupp

Patienten/innen, die nicht hinreichend über den besonderen Charakter und die Rahmenbedingungen einer psychotherapeutischen Behandlung aufgeklärt sind, können fälschlicherweise das ihnen bekannte Procedere aus somatisch-ärztlicher Be-

handlung übertragen. So kommt es zu Fehleinschätzungen und Unzufriedenheit. Durch aktive und genaue Erläuterungen im Erstkontakt kann ein/e PP oder KJP einiges zur vorbeugenden Verhinderung eines Schlichtungsverfahrens tun.

Ganz am Schluss noch eine wichtige Ergänzung: Die Anrufung des Schlichtungsausschusses verhindert nicht zwingend ein Berufsordnungsverfahren und natürlich auch nicht ein mögliches Straf- oder zivilrechtliches Verfahren.

Informationen

Information aus der Bundeskammer

Die Hamburger Kammerversammlung begrüßte es, dass die Bundespsychotherapeutenkammer mit der Einstellung einer Geschäftsführerin und eines Justitiars weiter an Kompetenz und Arbeitsfähigkeit gewinnt. Die Bundeskammer wird durch Beiträge der Länderkammern finanziert. Sie erhält für 2003 und 2004 pro Kammermitglied 30,- Euro (im Kammerbeitrag enthalten). Schon jetzt ist absehbar, dass nach der Aufbauphase ab 2005 dieser Beitrag erhöht werden muss. Der Bundesvorstand sagte zu, dass er

eine mögliche Erhöhung um 9,- Euro pro Mitglied als Obergrenze ansieht, die er zu unterschreiten versucht.

Neues Hamburgisches Kammergesetz für die Heilberufe

Die Aufsichtsbehörde unterrichtete die Kammerversammlung darüber, dass das neue Heilberufekammergesetz, das die bisherigen Einzelgesetze für die einzelnen Berufsgruppen ablösen und vereinheitlichen soll, am 9.12. dem Senat zugeleitet wurde. Ziel des Gesetzentwurfes ist es, dem seit Inkraft-Treten der einzelnen Kammergesetze entstandenen Reformbedarf, der durch zwischenzeitlich ergangene Gerichtsurteile sowie durch bundes- und europarechtliche Vorgaben erwuchs, Rechnung zu tragen.

Der Entwurf wurde am 22.12.03 an die Psychotherapeutenkammer zur Stellungnahme weitergeleitet. Im März wird eine mündliche Anhörung der Heilberufekammern stattfinden.

Die Kammerversammlung 1/04 forderte jeweils mit großer Mehrheit,

- dass analog der Regelung bei Ärzten und Pharmazeuten bereits die praktisch tätigen Ausbildungsteilnehmer Mitglied der Kammer werden können, um so das Engagement der Kammer für ihren Nachwuchs weiter intensivieren zu können. Dazu lud der Kammervorstand AusbildungsteilnehmerInnen zu einer Veranstaltung ein.

- dass das bisher für die Psychotherapeutenkammer geltende Wahlsystem (Listenwahl und Persönlichkeitswahl gemischt) fortbestehen und nicht durch ein reines Listenwahlrecht ersetzt werden soll.

Versorgungslage in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Mit Genugtuung nahm die Kammer zur Kenntnis, dass der Antrag eines Kammermitgliedes auf Sonderbedarfszulassung in Dulsberg-Süd vom Berufungsausschuss befürwortet und für sofort vollziehbar erklärt wurde. Damit kann der Kollege trotz eingereicherter Klage der KVH gegen die Zulassung seine Arbeit umgehend beginnen. Ein umfassender Überblick ist in Kürze aus der von der Kammer in Auftrag gegebenen Studie über Versorgungsbedarf und -angebot im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Hamburg zu erwarten.

Gesetzliche Fortbildungspflicht ab Juli 2004

Für alle Kammermitglieder der Hinweis: Innerhalb von 5 Jahren, also zwischen Juli 2004 und Juni 2009, müssen entsprechend der zu erarbeitenden Fortbildungsordnung Nachweise erbracht werden, um den Anforderungen des Gesetzes nachzukommen. Es besteht also keinerlei Zeitdruck, da erst im Jahre 2009 die erste Überprüfung der seit Juli 2004 bis dahin erbrachten Fortbildungen vorgenommen wird! Über Details der für Hamburg geltenden Regelungen werden die Kammermitglieder in wenigen Monaten ausführlich unterrichtet werden. Bitte lesen Sie auch die Seiten der Bundespsychotherapeutenkammer zu diesem Thema.

Geschäftsstelle

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



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hessen

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

Die Kammer hat als neue Institution langsam Gestalt gewonnen und die Aufgaben sind klarer geworden. Doch je mehr wir uns in einzelne Gebiete einarbeiten, umso deutlicher wird, was es alles noch zu tun gibt, um die beiden neuen Berufe in der Öffentlichkeit, auch der fachlichen, zu etablieren.

Trotz unseres Bemühens, Funktion und Arbeitsweise der Kammer für die Mitglieder transparent zu machen, erreichen uns immer wieder Beschwerden – selten mit Fragen verbunden –, dass es zu wenige Informationen über Sinn und Zweck der Kammer gebe. Wir werden nicht nachlassen, Informationen anzubieten und bitten unsere Leser, andere Kollegen und Kolleginnen über die Kammer zu informieren und für ihre

eigenen Angelegenheiten zu interessieren.

In Klagen über Kammerbeiträge sowie in Versuchen, sich von der Kammermitgliedschaft zu befreien, kommt zum Ausdruck, dass der große gesellschaftliche Wert von Kammern von den betreffenden Personen verkannt wird: Bei aller Unzulänglichkeit unseres Bemühens sollten wir Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nicht vergessen, dass die Psychotherapeutenkammer vom Staat die Aufsicht über die beiden Berufsgruppen übertragen bekommen hat, die ansonsten staatlich über die Gesundheitsbehörden erfolgen würde. Kosten, die dann entstehen würden, müssten zwar von der Allgemeinheit, aber schließlich doch von allen getragen werden. Auch eine

Staatsaufsicht würde Sachkenntnis berücksichtigen, aber wichtige Bereiche der Selbstverwaltung – Selbstkontrolle und Selbstregulation – wären verloren.

Ein Blick in die Geschichte zeigt, wie umkämpft Kammergründungen waren und dass sie Schritte der Demokratisierung und Emanzipation „freier“ Berufe waren, die nur nach langen Kämpfen mit der Staatsgewalt gestattet wurden. Diese demokratische Errungenschaft ist im Prozess der Vereinheitlichung europäischen Rechts bedroht. Es wird an uns allen liegen, in welche Richtung sich unsere Berufe entwickeln: Ob wir die Rahmenbedingungen unseres Arbeitens eigenverantwortlich mitgestalten können oder von staatlicher Seite verwaltet werden.

Vorgänge und Vorhaben

Der Vorstand der Kammer hat eine Arbeitsgruppe zur **Errichtung eines Versorgungswerkes** für die Kammermitglieder eingerichtet. Um ein für unsere spezifischen Belange sinnvolles Versorgungswerk aufzubauen, wurden verschiedene Modelle gesichtet, Vor- und Nachteile gegeneinander abgewogen. Die Entscheidung ist noch nicht getroffen, aber noch in diesem Jahr soll die Delegiertenversammlung zum finanziellen Vorteil der Mitglieder die vertragliche Errichtung beschließen.

Wir wissen bisher nur sehr wenig über die Kammermitglieder. Deshalb planen wir im nächsten Jahr, **Daten zur**

psychotherapeutischen Versorgung durch unsere Mitglieder zu erheben (siehe auch den Bericht zur 6. Delegiertenkonferenz). Wir brauchen diese Daten, um politisch argumentieren zu können, und zwar was die ambulante Versorgung, aber auch, was die Arbeitsplatzsituation der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Institutionen angeht. Selbstverständlich werden wir alle datenschutzrechtlichen Bestimmungen einhalten und sind bemüht, nicht mehr an Information zu erheben, als unbedingt zur Erfüllung unserer Aufgaben notwendig ist.

Von der Bundesregierung ist die Verabschiedung eines **Präventionsgesetzes** geplant. Auch dort werden wir unsere Fachkenntnis anbieten (damit Sie die Situation klar sehen, wir werden nicht oft von selbst um unsere Fachkenntnis gefragt, meist müssen wir sie feilbieten, manchmal sogar aufdrängen). Das Gleiche gilt für die Ausarbeitung von so genannten **DMPs** (Disease Management Program), die in der Kassenversorgung eine zunehmende Rolle spielen werden. Auch dort ist die Berücksichtigung psychotherapeutischer Gesichtspunkte völlig ungenügend. Auch bei der **psychosomatischen Grund-**

versorgung sowie der Weiterentwicklung der **psychiatrischen Versorgung** müssen unseres Erachtens psychologisch-psychotherapeutische und kinder- und jugendlichenpsychotherapeutische Gesichtspunkte mehr berücksichtigt werden.

Im Bereich der gesetzlich vorgeschriebenen **Qualitätssicherung** beansprucht die Techniker Krankenkasse in Bezug auf Psychotherapie eine Vorreiterrolle und hat deswegen ein **Modellprojekt** vorgelegt. In vielen Verhandlungen mit Fachverbänden ist es gelungen, grobe Unzulänglichkeiten des Modells zu beheben. Gegen Ende des Jahres hat die Techniker Krankenkasse den Vorstand der Kammer um eine Begutachtung des Modells und ggf. eine Befürwortung für einen Probelauf in der hessischen Versorgung gebeten. Nach kritischer Würdigung des Modells durch die Ausschüsse für Qualitätssicherung und für Wissenschaft und Forschung sowie einer Beratung im Vorstand wurde vereinbart, dass die Techniker Krankenkasse zusammen mit dem Vorstand der Kammer schriftlich feststellt, welche Gefahren in der neuen Fassung ausgeräumt sind, die vorher mit dem Modell verbunden waren. Beim Vorliegen einer bindenden Absichtserklärung wird sich die Kammer vermittelnd für die Etablierung des Modells beim beratenden Fachausschuss für Psychotherapie der Kassenärztlichen Vereinigung einsetzen.

Im Dezember letzten Jahres hat die Kammer zusammen mit der Landesärztekammer ein **Presse-Hearing zum Thema Essstörungen** veranstaltet; leider war das Interesse der Presse gering, was zum Teil mit der Veränderung in den Redaktionen zusammenhing, zum Teil am ungünstigen Termin. Erfreulich waren die gemeinsame Präsentation, das gute kollegiale Klima und auch die gelungene Zusammenarbeit der verschiedenen Ansätze. Trotz der geringen Resonanz planen wir

ähnliche Aktivitäten zu weiteren Themen.

Für den 24. und 25. September ist der **Zweite Hessische Psychotherapeutentag** vorgesehen. Am Freitag, den 24. September soll ein öffentlicher Vortrag zum Rahmenthema „Psychotherapie als gesellschaftliche Aufgabe“ die Tagung am Abend eröffnen. Wir versuchen, einen Referenten zu finden, der einen Blick von außen auf die psychotherapeutische Landschaft werfen kann. Für Samstag, den 25. September sind verschiedene thematische Stränge vorgesehen: Beziehung von Wissenschaft und Praxis in der Psychotherapie; Arbeit von PP und KJP in Institutionen; Aktuelle Probleme und Informationen psychotherapeutischer Praxis. Wir bitten Sie, Anregungen und Wünsche an die Geschäftsstelle zu senden.

Ein Thema, das uns viel Anstrengung abverlangen wird, ist die **rechtliche Stellung von PP und KJP in Institutionen**. PP und KJP haben in der Vergangenheit wesentlich zur Institutionsreform in der psychotherapeutischen, beratenden und psychiatrischen Versorgung beigetragen. Darüber hinaus haben sie seit über 30 Jahren therapeutisch weitgehend selbständig gearbeitet und dabei den Sinn ihrer Arbeit vielfach unter Beweis gestellt. Nicht zuletzt ihr ungesicherter rechtlicher Status als Psychotherapeuten war einer der Gründe, die das Psychotherapeutengesetz erforderlich machten.

Viele KollegInnen haben aufgrund von Tätigkeit in den Kliniken, die ihnen von den ärztlichen Vorgesetzten bescheinigt worden sind, die Approbation erlangt. Diese Tätigkeiten führen sie in rechtlich neugeregelter Form weiter. Jetzt gilt es, die Arbeitsverhältnisse aus der institutionellen Grauzone herauszuheben und entsprechend der neuen Regelung der selbstständigen Heilkunde neu zu formulieren.

Psychiatrische Institutionen und ihre Träger tun sich schwer mit den notwendigen Veränderungen. Erstens muss ein neuer selbstständiger sowie gleichberechtigter Heilberuf in die Institutionen eingegliedert werden. Es müssen Qualifizierungen, Zuständigkeiten, Weisungsbefugnisse, Verantwortlichkeiten etc. geklärt werden. Zweitens müssen die neuen Qualifikationen im BAT und damit in der Honorierung der Tätigkeit Niederschlag finden.

Die meisten Institutionen berufen sich auf das ungeregelte, angeblich bisher komplikationslose Miteinander der Heilberufe in den Institutionen und scheuen sich, die neue Gesetzeslage anzuerkennen. Außerdem befürchten die Träger, dass eine Klarstellung Kosten verursachen wird – bei angespannter Haushaltslage. So kommt es, dass verleugnet wird, dass die neue Gesetzeslage Veränderungen dringend erforderlich macht. In einzelnen Fällen wurde sogar aktiv gegen den Einsatz von Psychologischen Psychotherapeuten vorgegangen, indem PPs verboten wurde, den ihnen zustehenden Titel zu führen. Gleichzeitig haben die Leitungen einiger Kliniken darauf bestanden, dass psychologisch-psychotherapeutische Tätigkeiten durchgeführt werden, die dann als psychologische Tätigkeiten gelten sollten. Diese PPs sollten sich auf solche psychologische Tätigkeiten beschränken, für die sie eingestellt worden seien.

Dadurch ist eine paradoxe Situation entstanden. Psychologen, die aufgrund approbationsrelevanter Tätigkeit die Approbation erreicht haben, sollen als Psychologen Tätigkeiten ausüben, die an die Approbation gebunden sind. Nach dem Psychotherapeutengesetz gehören auch diagnostische Tätigkeiten, die im Rahmen von Heilbehandlungen erbracht werden, zu den Tätigkeiten, für die eine Approbation erforderlich ist. Sie sollen psycho-

therapeutisch tätig sein, dürfen aber nicht den ihnen zustehenden Titel führen. Die vor der Approbation in Aussicht genommene Strukturierung psychotherapeutischer Tätigkeit durch Diplom-Psychologen und Kinder- und Jugendlichenpsychologen, für die ausgearbeitete Papiere vorliegen, werden nun als unverbindliche Gedankenspiele bezeichnet und sollen keinerlei Bedeutung mehr haben.

Wir meinen, dass die Berufsgruppe derer, die jetzt als Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in den therapeutischen Institutionen tätig sind, einen wesentlichen Anteil an den Reformen der letzten dreißig Jahre gehabt hat! Es geht nicht an, dass ihre Tätigkeit, die früher außerhalb der Gesetzesregelungen lag und jetzt zu einer Tätigkeit geworden ist, die mit der Approbation geregelt ist, weiterhin in einer Grauzone verbleibt.

Trotz der gespannten Haushaltslage im sozialen und im therapeutischen Be-

reich müssen institutionelle Neuregelungen und Veränderungen des BAT verabschiedet werden. Andernfalls wird die Intention des Psychotherapeutengesetzes konterkariert. Die Kammer wird sich an vielleicht nicht zu vermeidenden rechtlichen Auseinandersetzungen beteiligen. Noch besteht eine geringe Hoffnung, dass Einsicht siegt.

Nach langem Ringen ist es gelungen, den Rechtsanspruch auf eine **angemessene Honorierung der Kassentätigkeit niedergelassener PPs sowie KJPs** durchzusetzen – obwohl die Auszahlung vielleicht noch einige Zeit auf sich warten lassen wird. Es ist angebracht, den Fachverbänden, die nicht locker ließen, diesen Missstand anzumahnen, an dieser Stelle für ihren Einsatz zu danken. Wir sollten aber nicht übersehen, dass die zu Grunde gelegten Berechnungen schon längst überholt sind – so dass die Höhe der Honorare weiterhin ungenügend ist. Sie alle wissen, dass psychotherapeutische Leistungen unterbezahlt sind. In

einer Gesellschaft, die meist nur materielle Werte anerkennt und zum alleinigen Maßstab macht, dürfen wir nicht aufhören, darauf hinzuweisen; wir laufen sonst selbst Gefahr, dass wir uns diese gesellschaftliche Positionierung selbst zu Eigen machen.

Es gibt viele **Grauzonen psychotherapeutischer Tätigkeit**, mit denen wir uns aufgrund unseres gesetzlichen Auftrages beschäftigen müssen. Es handelt sich um offensichtlich heilkundliche Tätigkeit, die unter einem anderen Titel kaschiert wird, für deren Kontrolle wir aber die Aufsicht übernehmen müssen. Das drückt sich dann entweder darin aus, dass die Kammermitgliedschaft eingefordert werden muss, oder aber, dass diese Tätigkeit unter dem Titel psychotherapeutischer Heilpraxis unter Aufsicht des zuständigen Gesundheitsamtes durchgeführt wird. Hier ist eine enge Zusammenarbeit mit der Gesundheitsverwaltung geplant, die schon begonnen hat.

Jürgen Hardt für den Vorstand

Nachrichten aus den Gremien

Bericht zur 6. Delegiertenkonferenz

Mit Befriedigung konnten die Delegierten der 6. Kammerversammlung zur Kenntnis nehmen, dass die Stellungnahmen der hessischen Kammer zur **Neuropsychologie** im Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen zum Thema wurden.

Alle **Ausschüsse** berichteten über ein umfangreiches Arbeitspensum, über das sich die Mitglieder auf der Homepage der Kammer (www.psychotherapeutenkammer-hessen.de) informieren können.

Die **Vorstandskonstruktion** mit 10 Vorstandmitgliedern führte immer

wieder zu kritischen Diskussionen, vor allem im Hinblick auf die entstehenden Kosten. Diese erweisen sich jedoch als mäßig, da der durchschnittliche hessische Kammerbeitrag bei 334 € im Jahre 2004 (365 € in 2003) liegen werde, also im Mittelbereich aller deutschen Psychotherapeutenkammern. Der Antrag auf Verkleinerung des Vorstandes auf 5-6 Personen wurde mit großer Mehrheit abgelehnt.

Eine größere Rolle sollen in der Kammerarbeit die **Interessen der Angestellten** spielen, z. B. indem die Ausendung eines anonymisierten Fragebogens an die Kammermitglieder beschlossen wurde, um zuverlässige Daten zu erhalten. Der Angestelltenaus-

schuss wurde in „Ausschuss für Psychotherapie in Institutionen“ umbenannt.

In der Diskussion um die **Aufwandsentschädigungsordnung** (AEO) waren die Gegensätze der Gruppen schließlich geringer als die heftige Diskussion vermuten ließ: die Anträge differierten maximal um 10 Prozent. Der Arbeitsaufwand der Beteiligten ist erheblich und alle waren sich einig, dass die Einnahmeausfälle zumindest teilweise ausgeglichen werden sollen. Die AEO wurde schließlich ohne Gegenstimme bei einer Enthaltung angenommen.

Um eine geänderte **Beitragsordnung** wurde mit knappen Mehrheiten gerungen. Sie sieht eine Beitragshöhe von

1% bei gestaffeltem Beitrag bis zu einem Höchstbeitrag von 700 € vor. Alternativ stand ein Beitrag von 0,9 % und die verschiedensten Höchstbeiträge zwischen 600 und 1.000 € zur Abstimmung. Die Einführung eines Staffelp Beitrags soll den Wünschen vieler Mitglieder nach mehr Beitragsgerechtigkeit Rechnung tragen. Die Abstimmung über die gesamte Beitragsordnung zeigte dann wieder eine große Einmütigkeit: mit nur zwei Enthaltungen und zwei Gegenstimmen wurde die Beitragsordnung beschlossen.

Eine **Kostenordnung** wurde beschlossen, die für Leistungen der Geschäftsstelle wie z.B. Bescheinigungen oder Mahnungen Gebühren vorsieht (siehe im Einhefter für Hessen in diesem Heft).

Der **Haushalt 2004** wurde detailliert und kritisch unter die Lupe genommen. Die Ansätze für die Ausschussarbeit waren im Ansatz bereits erheblich gesenkt worden, weil sie in 2003 weniger als geplant in Anspruch ge-

nommen worden waren. Eine Verbesserung der Öffentlichkeitsarbeit in Person einer/s journalistischen Professionellen wird geplant. Zunächst wird auf Honorarbasis der Bedarf ausgelotet und eine Konzeption entwickelt. Der Haushaltsentwurf wurde ohne Gegenstimmen verabschiedet.

Der Entwurf einer **Fortbildungsordnung**, für deren Ausarbeitung der Ausschuss viel Anerkennung erntete, stieß auf einige Änderungsvorstellungen vor allem zur Gleichbehandlung bei der Punktevergabe zwischen Ärzten und Psychologen. Unstrittig war die Notwendigkeit einer Fortbildungsordnung angesichts des gesetzlichen Zwanges durch das GMG und die Vorgaben des Hessischen Heilberufsgesetzes. Darüber hinaus gehend wurde die schließlich verabschiedete Ordnung als eine gute Orientierung für kompetente Arbeit der Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen angesehen, die die bisher schon üblichen Fortbildungsanstrengungen fort-

schreibt und eine Balance der drei Bereiche Theorie, Praxis und Supervision/Selbsterfahrung gewährleistet. Mit nur einer Gegenstimme ohne Enthaltung wurde die Fortbildungsordnung nach langer Diskussion verabschiedet.

Zu guter Letzt wurden noch die **Schlichtungsstelle** (zuständig für Streitfälle zwischen PatientInnen und TherapeutInnen) und die **Berufsgerichte** besetzt, die bei den Verwaltungsgerichten angesiedelt sind und Verstöße gegen die Berufspflichten ahnden, die von Kolleginnen und Kollegen angezeigt werden.

Die Delegierten haben in intensiver zweitägiger Debatte weitere Grundsteine für die zukünftige Arbeit von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Hessen gelegt. Eine Hoffnung der Delegierten ist, dass die Beschlüsse von den Kammermitgliedern in ihrer Bedeutung wahrgenommen werden.

Dirk Fiedler

Schlichtungsstelle

Auf der DV vom 14. und 15.11.2003 wurden die Mitglieder der Schlichtungsstelle ernannt:

Vorsitzender Richter: Ingo Scholz
Stellvertreter: Horst Häuser

Patientenvertreter: Daniela Hubloher
Stellvertreterin: Andrea Schnurr

Psychologische Psychotherapeuten:
Jochen Lendle
Stellvertreterin: Else Döring

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten: Hannelore Viertel
Stellvertreterin: Beate Kunze

Die Schlichtungsstelle kommt zu ihrer ersten Sitzung am 31.01.04 in der Geschäftsstelle der Psychotherapeutenkammer zusammen.

Ausschuss für Aus-, Fort- und Weiterbildung¹

Fortbildungsordnung soll Identität von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten stützen.

Bei den Überlegungen für eine Fortbildungsordnung, die einerseits den Vorgaben des Gesetzgebers und andererseits den fachlichen Bedürfnissen unserer Berufsgruppe entsprechen soll, erschienen uns folgende Aspekte berücksichtigungswert: Jede Ordnung ist ein Reglementierungssystem und kann im besten Fall nur einen Rahmen bilden, in dem sich die jeweils individuelle berufliche Fortbildung und Entwicklung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten entfaltet. Jede Form der Fortbildung ist in einem hohen Maß ein persönlicher Entwicklungs- und Bildungsprozess, der weder in seine

Abfolge noch in seinen Inhalten primär von außen steuerbar ist.

Gleichzeitig ist die lebenslange Fortbildung ein Teil der beruflichen Identität von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, der viele nicht aus äußerer, sondern aus innerer Verpflichtung nachkommen. Die Reflektion der fachlichen Tätigkeit stellt eine elementare Voraussetzung für psychotherapeutisches Handeln dar; viele verantwortungsvolle Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beanspruchen in dieser besonderen Weise Fortbildung und betrachten sie zu ihrem Berufsalltag als zugehörig.

¹ Gekürzte Fassung. Den vollständigen Text finden Sie im Internet unter www.psychotherapeutenkammerhessen.de

In den neuen gesetzlichen Regelungen spiegelt sich einerseits das gesellschaftliche Interesse an einer qualitativ hochwertigen Versorgung wider, die unter anderem auch durch eine kontinuierliche Fortbildung mit dem Ziel der Sicherung, Erweiterung und Aktualisierung des Wissens und Könnens der Psychotherapeuten sichergestellt werden soll. Andererseits implizieren diese Regelungen neben der Motivierung zu und der Unterstützung von Fortbildung auch Aspekte von Prüfung und Kontrolle. Ein weiterer wesentlicher Aspekt ist daher, dass jede Psychotherapeutin und jeder Psychotherapeut die Möglichkeit hat, seine Fortbildung in eigener Kompetenz und Selbstverantwortung eigenständig zu strukturieren.

Wir haben uns daher für ein System der Anerkennung von einzelnen Fortbildungsveranstaltungen entschieden und nicht die Anerkennung von Akademien, Ausbildungsstätten und Instituten festgeschrieben. Es war uns dabei ein zentrales Anliegen mit der Erstellung der Fortbildungs-

ordnung einen Rahmen bereitzustellen, der das gesamte Spektrum unterschiedlicher Formen von Fortbildung sowie die Vielfalt therapeutischer Verfahren und Methoden aufzunehmen vermag und darüber hinaus problemlos die Integration künftiger Entwicklungen offen lässt. So ist die Möglichkeit der Aufnahme curricularer Fortbildungsformen ebenfalls im Rahmen dieser Fortbildungsordnung gewährleistet.

Ein wesentliches Prinzip der Fortbildungsordnung besteht darin, dass jede Kollegin und jeder Kollege je nach seiner bisherigen Aus- und Fortbildungssituation, seinem Erfahrungshintergrund, seinem Berufsfeld etc. perspektivisch weiterhin in der Lage sein soll, im Rahmen seiner Fortbildung eigene Schwerpunkte zu setzen und zu wählen, ob er in einer bestimmten Phase seines Berufslebens verstärkt fachliche Kenntnisse im Rahmen von Theorieveranstaltungen erwirbt, seine praktischen Fertigkeiten für die psychotherapeutische Arbeit vertieft oder sich und seine Fähigkeiten durch Super-

oder Intervention weiterentwickelt. Begrenzungen bestehen im Rahmen der Zertifizierung nur hinsichtlich einer einseitigen, längerfristigen Konzentration auf ausschließlich gleiche Fortbildungsformen. Insofern betrachten wir die Schaffung eines freiwilligen Fortbildungszertifikates der Landeskammer als ein interessantes Angebot für einen großen Teil unserer Mitglieder, um den Nachweis ihrer Fortbildung in dieser Form erbringen zu können.

Redaktion Hessische Kammerseiten:

Uta Cramer-Düncher, Stefan Baier

Geschäftsstelle

Gutenbergplatz 3
65187 Wiesbaden
Tel. 0611/7249387
Fax 0611/7249523
post@psychotherapeutenkammer-hessen.de
www.psychotherapeutenkammer-hessen.de

Hessen

Stoppt Kinderhandel

Kinder sind keine Ware

Wie Ware werden Kinder jeden Alters weltweit verkauft. Sie enden als Arbeitssklaven, Prostituierte, Drogenkuriere oder Bettler in einem fremden Land. International organisierte Kinderhändler verdienen damit Milliarden.

Die Internationale Kampagne gegen Kinderhandel von terre des hommes klärt weltweit über diesen Skandal auf, setzt sich für einen besseren Schutz der Kinder und für die Bestrafung der Täter ein. Informationen senden wir Ihnen gerne kostenlos zu. Schicken Sie uns dazu diese Anzeige mit Ihrer Anschrift.

terre des hommes
Ruppenkampstr. 11a
Postfach 4126
49 031 Osnabrück

Telefon: 05 41/71 01-0
Telefax: 05 41/70 72 33
eMail: terre@t-online.de
Internet: www.tdh.de

Spendenkonto
700 800 700
Volksbank Osnabrück eG
BLZ 265 900 25

11502 sec 2002



terre des hommes

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

neben dem Alltagsgeschäft gab es in den vergangenen Monate einige Entwicklungen und Ereignisse, die die Arbeit der Kammer stark geprägt haben und über die wir hier berichten.

Neuer Geschäftsführer

Am 01.01.2004 hat der Diplom-Ökonom Ekkehard Mittelstaedt seine Arbeit als neuer Geschäftsführer der PKN aufgenommen. Herr Mittelstaedt, Jahrgang 1968, hat nach seinem Abitur zunächst in Oldenburg, dann in Hannover Ökonomie studiert und mit der Erreichung des akademischen Grades „Diplom-Ökonom“ sein Studium 1997 erfolgreich beendet. Bereits im Studium selbst sowie im Zuge seiner Diplomarbeit hat Herr Mittelstaedt sich intensiv mit dem bundesdeutschen Gesundheitswesen befasst. Seit 1997 war er zunächst als Referent, zuletzt als Hauptgeschäftsführer in einem Bundesverband für die private ambulante Pflege tätig. In dieser Funktion hat Herr Mittelstaedt neben dem Auf- und Ausbau des Verbandes zu einem Dienstleister für Pflegedienste die politischen Interessen der Unternehmen auf Bundes- und Landesebene vertreten.



Der neue Geschäftsführer der PKN: Ekkehard Mittelstaedt

Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen erwartet von Herrn Mittelstaedt als neuem Geschäftsführer, dass er – seine bisherigen Erfahrungen einbringend – dazu beiträgt, die Interessen der Kammermitglieder in Niedersachsen engagiert zu vertreten. Dabei geht es nicht nur um die Vertretung der politischen Interessen, sondern auch darum, die Kammer noch deutlicher als bisher als Dienstleister für ihre Mitglieder erfahrbar zu machen und die administrativen Abläufe effizient zu gestalten.

Novellierung des Heilkammer-Gesetzes

Wie schon angekündigt, hat der Niedersächsische Landtag am 11. Dezember 2003 das Kammergesetz für die Heilberufe geändert. Damit sind gleich mehrere Initiativen der PKN berücksichtigt worden:

- Künftige Kolleginnen und Kollegen sind nunmehr Mitglieder der PKN, wenn sie sich in der praktischen Ausbildung befinden, also Psychotherapie unter Supervision durchführen.
- Das Psychotherapeutenversorgungswerk erhält die so genannte „Teilrechtsfähigkeit“ – was das bedeutet, erläutern wir im nächsten Abschnitt genauer.
- Das HKG sieht jetzt vor, dass Ärzte und PP/KJP zur Weiterbildung auch im Bereich der jeweils anderen Kammer ermächtigt werden können.
- Als Fachrichtungen werden jetzt beschrieben „Psychologische Psychotherapie“ und „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ – das die

Systematik irritierende „Öffentliche Gesundheitswesen“ wurde herausgenommen.

Außerdem erlaubt das HKG den Kammern jetzt, ihre Wahlordnungen so zu ändern, dass bei der Wahl zur Kammerversammlung jedes Mitglied bis zu drei Stimmen – bisher nur 1 Stimme – vergeben kann. Der Ausschuss „Satzung und Geschäftsordnung“ ist bereits beauftragt, zur nächsten Sitzung der Kammerversammlung am 17. März einen entsprechenden Vorschlag zur Änderung unserer Wahlordnung vorzulegen.

Und: Die Kammerversammlungen werden nicht mehr auf 4, sondern auf 5 Jahre gewählt.

Teilrechtsfähigkeit des PVW

Die Novellierung des HKG in diesem Punkt bringt eine stärkere Trennung von PKN und PVW mit sich: Das PVW kann nunmehr im Rechtsverkehr unter seinem eigenen Namen handeln. Das bedeutet u. a., dass PKN und PVW anders als bisher nicht mehr gegenseitig für Verbindlichkeiten haften.

Gleichzeitig wurden Regelungen aufgenommen, die es anderen Kammern erleichtern, sich dem PVW anzuschließen: Tritt eine Kammer bei, hat sie Anspruch auf mindestens 1 Sitz im Verwaltungsrat des PVW; außerdem wird dann eine Delegiertenversammlung, die nur aus Mitgliedern des PVW besteht, wesentliche Kompetenzen von der Kammerversammlung der PKN übernehmen. Damit wird gewährleistet, dass diejenigen die Aufgaben in der Selbstverwaltung wahrnehmen

(z.B. die Wahl des Verwaltungsrats), die als Mitglieder des Versorgungswerks auch von Entscheidungen betroffen sind – bisher war dafür die Kammerversammlung der PKN zuständig, also möglicherweise Personen, die selbst nicht einmal Mitglieder des PVW sind.

Die Vertretung nach außen erfolgt nicht mehr durch den Präsidenten der PKN, sondern durch den Vorsitzenden des Verwaltungsrats – auch darin drückt sich die stärkere Selbständigkeit des PVW gegenüber der Kammer aus.

Mit diesem Heilkammergesetz in seiner novellierten Fassung hat Niedersachsen als erstes Bundesland die **Teilrechtsfähigkeit** für seine berufsständischen Versorgungswerke erreicht. In Umsetzung des Gesetzes wird der Verwaltungsrat des PVW am 17.03.2004 einen entsprechenden Satzungsänderungs-Antrag in die Kammerversammlung der PKN einbringen, um die Teilrechtsfähigkeit im oben beschriebenen Sinne auch in der Satzung des PVW zu verankern. (Weitere Informationen zu diesem Thema finden Sie auf der Homepage der PKN).

Nachwuchsförderung

Ein zentrales Anliegen des Vorstands ist die Förderung unseres Nachwuchses. Das war auch bisher schon so, stieß aber auf Grenzen, weil Ausbildung zum PP/KJP – anders als die Weiterbildung zu Fachärzten – nicht in die Kompetenz der Kammer fiel. Mit der Neuregelung im HKG, die die PP/KJP zumindest im praktischen Teil ihrer Ausbildung zu Kammermitgliedern macht, hat sich die rechtliche Basis verändert, als Kammer die Anliegen der Ausbildungsteilnehmer zu vertreten. Der Vorstand ist dabei in mehreren Richtungen aktiv:

(1) Es ist eine Analyse der Mitgliederstruktur in Arbeit, die Daten über die

Entwicklung der Zahl der Kammermitglieder geben soll: Auf Grund der Altersstruktur ist absehbar, dass in den nächsten Jahren eine größere Zahl von Kolleginnen und Kollegen in den Ruhestand gehen wird; unsere Sorge ist, dass dieser Verlust nicht durch die nachrückenden Kolleginnen und Kollegen ausgeglichen wird, weil – so der Eindruck aus vielen Quellen – die Nachfrage nach Ausbildungsplätzen zurückgeht und bereits das Interesse der Psychologiestudenten und -studentinnen an einer klinischen Ausbildung sinkt. Der Entwicklung der Zahl der Kammermitglieder wird daher die Entwicklung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer in niedersächsischen Ausbildungsstätten gegenübergestellt. Bestätigt sich unsere Sorge, liefern uns die Daten die erforderliche Basis, zur Förderung des Interesses an einer Ausbildung und damit zur Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung politisch aktiv zu werden und auf eine Verbesserung der Ausbildungsbedingungen hinzuwirken.

(2) Gleichzeitig erkundet der Vorstand verschiedene Möglichkeiten, Ausbildungsteilnehmer finanziell zu unterstützen und damit eine Hürde für die Entscheidung zu einer Ausbildung zum PP oder KJP zu senken.

(3) Dem gleichen Ziel dienen Initiativen des Vorstands, auf die Vergrößerung der Zahl finanzierter Ausbildungsplätze im „Psychiatrischen Jahr“ hinzuwirken. Der Abschluss eines Kooperationsvertrages mit dem Niedersächsischen Landeskrankenhaus Königslutter (siehe unten) setzt mit der Vereinbarung von 3 – 4 solcher Plätze ein Signal, von dem der Vorstand der PKN hofft, dass es inspirierend auf andere Krankenhäuser ausstrahlt.

Kooperationsvertrag

Am 22.12.2003 hat die PKN mit dem Niedersächsischen Landeskrankenhaus einen Kooperationsvertrag ge-

schlossen, dem zuvor die Kammerversammlung der PKN mit großer Mehrheit zugestimmt hatte.

Gegenstand dieses Vertrages ist – außer der bereits erwähnten Vereinbarung über tariflich abgesicherte (1/2 BAT IIa) Ausbildungsplätze – die Zusammenarbeit vor allem bei der Entwicklung von Curricula für die Fort- und Weiterbildung der Kammermitglieder im Bereich der Forensischen Psychologie sowie der psychotherapeutischen Behandlung von Straftätern, insbesondere von Sexualstraftätern. Im Vordergrund steht dabei die spezifische Qualifizierung von Psychologischen Psychotherapeuten, die im Maßregelvollzug arbeiten (wollen), sowie die Fortbildung zu psychologisch-forensischen Gutachtern.

Hierzu wird eine paritätisch besetzte Arbeitsgruppe gebildet, der von Seiten der PKN Herr Dr. Borchard (Vorstandsbeauftragter für Forensik), Herr Nunnendorf und Herr Prof. Hahlweg angehören, von Seiten des Landeskrankenhauses Herr Dr. Hasan und die Psychologischen Psychotherapeutinnen Frau Peters und Frau Tiedtke.

Treffen der Nord-Kammern

Die Vorstände der 4 norddeutschen Psychotherapeutenkammern (Bremen, Hamburg, Schleswig-Holstein und Niedersachsen) haben sich am 05.12.03 in Hamburg zu einer ersten gemeinsamen Sitzung getroffen. Ziel dieses Treffens war auszuloten, in welchen Feldern eine Zusammenarbeit oder auch eine Arbeitsteilung sinnvoll und möglich ist. Vereinbart wurde

- ein Austausch zu Schlichtungsfragen,
- Kooperation in Fragen der Einbindung von angestellten PP/KJP in Landesgesetze,
- Erkundung der Zweckmäßigkeit einer gemeinsamen Fort- und Weiterbildungszentrale,
- Entwicklung eines gemeinsamen PP/KJP-Suchdienstes.

Wenn Sie dieses Heft in den Händen haben, wird die PKN mit einer gewählten Kammerversammlung schon mehr als 3 Jahre „alt“ sein. D.h. Ende 2004 oder Anfang 2005 wird zum zweiten Mal eine Wahl zur Kammerversammlung stattfinden, die dann für 5 Jahre

zusammentritt. Nach den Sommerferien, spätestens im Herbst werden dafür die Weichen gestellt. Wir möchten Sie schon jetzt aufrufen, sich mit der Frage zu beschäftigen, ob Sie sich eine Kandidatur bei dieser Wahl vorstellen können. Wenn sie nähere Informatio-

nen dazu brauchen, setzen Sie sich mit einem Berufsverband in Verbindung – oder wenden Sie sich direkt an uns.

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

Berufsordnung der PKN – kommentiert: § 12 Abstinenz

Die Forderung nach Abstinenz (§ 12 der *Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen*) zwischen Therapeut/in und Patient/in, vor allem auch die nach sexueller Abstinenz zwischen diesen Personen, die eine spezifische professionelle Beziehung zueinander haben, war nicht immer eine Selbstverständlichkeit für alle psychotherapeutischen Schulen und Richtungen und auch nicht für alle Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen. Mittlerweile gehört die Forderung nach dieser Abstinenz aber zumindest im deutschen Sprachraum zu den allgemein akzeptierten Standardforderungen der Scientific Community.

Dennoch wird teilweise mit Überraschung und Erstaunen reagiert, wenn diese Abstinenzregel auch auf den Kontakt zwischen Therapeut/in und Angehörigen seines Patienten/seiner Patientin ausgeweitet wird (§ 12, Absatz 6: „*Abstinenz muss auch gegenüber Personen, die den Patientinnen und Patienten nahe stehen, eingehalten werden.*“).

Dass diese Abstinenzforderung nicht kleinlich oder kleinkariert, sondern genauso dringend notwendig ist wie die nach Abstinenz zwischen Therapeut/in und Patient/in, soll mit folgenden berufsethischen Überlegungen anhand von zwei fiktiven Fallbeispielen verdeutlicht werden.

(1) Eine Therapeutin erfährt im Laufe eines psychotherapeutischen Prozes-

ses, dass sich ihre psychosomatisch gestörte Patientin vom Ehemann trennen will, den die Patientin vorher aber immer als äußerst charmanten, fürsorglichen und liebevollen Partner beschrieben hat und den die Therapeutin auch als attraktiven Mann kennen gelernt hat, wenn der seine Frau von der Therapie abholte. In mehreren Sitzungen wird das Thema Trennung besprochen, und es kommt zu der Trennung. Wenige Wochen später trifft die Therapeutin den Mann zufällig während einer öffentlichen Veranstaltung. Da sich beide kennen, nehmen sie Kontakt zueinander auf, in dessen Verlauf sie sich näher kommen, sympathisch finden, weitere Kontakte verabreden, Zärtlichkeiten austauschen und sexuelle Kontakte aufnehmen. Die Patientin erfährt davon, fühlt sich von ihrer Therapeutin hintergangen, bricht die Therapie ab, entwickelt jedoch verstärkt weitere psychosomatische Beschwerden.

(2) Ein Kinder und Jugendlichenpsychotherapeut, der einen zwölfjährigen Sohn einer allein erziehenden Mutter in Behandlung hat, entwickelt im Laufe der begleitenden Elterngespräche Sympathie für die alleinstehende Mutter, die ihrerseits auch von der Person des Therapeuten und seinem positiven Einfluss auf ihren Sohn sehr angetan ist. Der Therapeut nimmt eine Einladung zum Essen mit seinem jugendlichen Patienten und dessen sympathischer Mutter an. Es kommt zu häufigeren Besuchen und zu sexuellen

Kontakten zwischen der Kindesmutter und dem Therapeuten, die der Zwölfjährige jedoch nicht mitbekommt, da sie an den Wochenenden stattfinden, an denen er seinen leiblichen Vater besucht.

Patienten und Patientinnen, auch und gerade jugendliche Patientinnen und Patienten, haben einen Anspruch darauf, dass der therapeutische Kontakt zwischen Therapeut/in und Patient/in eine gewisse, sicherlich schwer zu definierende, nichtsdestotrotz aber notwendige Exklusivität im sozialen Umfeld des Patienten/der Patientin hat:

Die psychotherapeutische Beziehung zeichnet sich vor allem auch dadurch aus, dass der Patient in ihr die Loyalität des Therapeuten und dessen ganz besonderen Schutz genießt, der ihm das sanktions- und folgenlose Aus- und Besprechen auch tabubelegter Themen, Gedanken und Gefühle erlaubt, die natürlich auch und gerade seine Bezugspersonen zum Inhalt haben. Hätte der Therapeut zu diesen Personen ebenfalls enge oder gar persönlich-intime Beziehungen, könnte der Patient/die Patientin gerade nicht von diesem Raum tabufreier Offenbarung Gebrauch machen. Damit würde ein therapeutischer Prozess unmöglich gemacht, zumindest aber unverhältnismäßig stark eingeschränkt werden.

Der Patient muss sich auch deutlich beeinträchtigt und gefährdet fühlen,

wenn der doch eigentlich mit ihm loyale Therapeut plötzlich als Akteur mit eigenen Interessen und in eigener Sache im sozialen Feld des Patienten agiert, also potentiell auch mit dem Patienten Konflikte hat, rivalisiert o.ä.

An dem ersten fiktiven Beispiel ist uns schwer zu erkennen, dass die Psychotherapeutin durch ihr nicht-abstinentes Verhalten den therapeutischen Reflektionsprozess mit ihrer Patientin nachhaltig beeinträchtigt und letztendlich unmöglich gemacht hat und dass die Patientin dabei sogar schwer traumatisiert wird. Durch das Agieren der Therapeutin wird die Therapeutin Beteiligte und Partei im sozialen Feld und in den sozialen Konflikten ihrer Patientin. Dass der persönliche Kontakt zwischen Therapeutin und Ehemann der Patientin erst *nach* der von der Patientin initiierten Trennung von ihrem Ehemann zustande kommt, ist dabei für die Bewertung unerheblich.

Die Patientin hat ihre Therapeutin zur Vertrauten gemacht. Sollte die Therapeutin ihrer Patientin von einer Trennung abgeraten haben, muss die Patientin trotzdem davon ausgehen können, dass ihre Therapeutin der Entscheidung ihrer Patientin loyal gegenüber steht. Sollte sich die Patientin durch die therapeutischen Interventionen ihrer Therapeutin in ihrer Trennungsabsicht sogar bestärkt gesehen haben, muss die Patientin nun davon ausgehen, dass die Therapeutin dies lediglich getan hat, um ihre eigenen persönlichen und sexuellen Interessen an dem Ehemann der Patientin besser verfolgen zu können.

Zudem ist es in dieser Situation natürlich auch völlig unmöglich, dass die Patientin eventuell auftretende Zweifel an ihrer Trennungsentscheidung

erneut mit der Therapeutin erörtert und dann eventuell den Versuch unternimmt, die Trennung zurückzunehmen.

Nach Ansicht des Kommentators müsste sich die Therapeutin daher im Fall einer Klage ihrer Patientin den Vorwurf eines schweren Vertrauensbruchs gefallen lassen. Die Therapeutin hätte das psychische Leiden ihrer Patientin weder geheilt noch gelindert, sondern hätte im Gegenteil neues Leiden hervorgerufen.

Auch im zweiten fiktiven Beispiel kommt es zu einem schwerwiegenden Vertrauensbruch. Auch der jugendliche Patient muss davon ausgehen können, dass sein Kontakt zu dem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zumindest so exklusiv ist, dass nicht ein paralleler intim-persönlicher Kontakt zwischen dem Therapeuten und der Mutter des Patienten stattfindet. Selbst wenn der Therapeut bei den Kontakten mit der Patientinmutter überhaupt nicht über den Patienten und über Therapieinhalte sprechen würde, würde der Patient doch bei Gewährwerden von Kontakten zwischen seiner Mutter und seinem Therapeuten bezüglich der Wahrhaftigkeit und der Loyalität seines Therapeuten schwer und nachhaltig verunsichert werden.

Auch das Verheimlichen der Intimkontakte vor dem Patienten kann den Therapeuten nicht exkulpieren. Im Gegenteil, es potenziert seinen Kunstfehler. Es versteht sich wohl von selbst, dass der Therapeut nicht zur Verfolgung eigener Interessen zum Geheimnisträger gegenüber seinem Patienten werden darf: Der therapeutische Prozess schließt ein, dass der Therapeut sein therapeutisches Handeln gegenüber seinem Patienten durchsichtig macht,

damit der Patient es reflektieren und prüfen und danach eigenständige Entscheidungen treffen kann.

Inhaltlich kommt im zweiten fiktiven Beispiel noch hinzu, dass der Therapeut den Patienten, in dessen wahrscheinlich sowieso latent bestehenden Loyalitätskonflikten zwischen Mutter und Vater noch weiter verstrickt, wenn der Therapeut Partner der Mutter ist, und Vater und Therapeut dadurch potentielle Rivalen werden. Nicht zuletzt bringt der Therapeut durch sein Agieren den Jugendlichen in neue *zusätzliche* Loyalitätskonflikte (zwischen leiblichem Vater und Therapeut; zwischen leiblicher Mutter und Therapeut; zwischen eigenen Interessen des Jugendlichen und den Interessen des neuen Liebespaares etc.).

Alle (auch weniger enge) Beziehungen zwischen Therapeut oder Therapeutin und einer der Patientin oder dem Patienten nahe stehenden Person beeinflussen die therapeutische Beziehung und können sie erheblich beeinträchtigen. Sinngemäß gilt daher auch für diese Kontakte der Inhalt von § 12, Absatz 4 der Berufsordnung: *„Sie sollen soziale und andere außertherapeutische Kontakte zu Patientinnen und Patienten gering halten und so gestalten, dass sie die therapeutische Beziehung und die eigene Unabhängigkeit möglichst wenig beeinträchtigen.“*

Hans-Jürgen Barthe

Geschäftsstelle

Roscherstr. 12
30161 Hannover
Tel. 0511/850304-30
Fax 0511/850304-44
info@pk-nds.de
www.pk-nds.de



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

Die Geschäftsstelle des Versorgungswerks der Psychotherapeutenkammer NRW

Das Versorgungswerk der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen hat sich dafür entschieden, die Verwaltung des Versorgungswerkes durch die Geschäftsstelle des Versorgungswerks der Steuerberater im Land Nordrhein-Westfalen in Düsseldorf über einen Geschäftsbesorgungsvertrag durchführen zu lassen. In der Geschäftsstelle des Versorgungswerkes arbeiten 12 Personen einschließlich der Geschäftsführung.

Seit Beginn ihrer Tätigkeit hat die Geschäftsstelle elektronische Archivierung und elektronisches Dokumentenmanagement eingesetzt.

Die Geschäftsstelle wird geleitet von dem Geschäftsführer, Herrn Rechtsanwalt Volker Schmidt-Lafleur, MBA (Wales), sowie von seiner Stellvertreterin Frau Rechtsanwältin Ariane Dohle.



V. Schmidt-Lafleur, A. Dohle

Herr Schmidt-Lafleur ist in allen betreuten Versorgungswerken neben der Gesamtleitung zuständig für die Vermögensanlagen. Vor dem Beginn seiner Tätigkeit für das Versorgungswerk der Steuerberater im Land Nordrhein-Westfalen war er von 1992 bis 1999 bei dem Spitzenverband aller berufsständischen Versorgungswerke in Deutschland, der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen e.V. (ABV) in Köln, als Justitiar tätig. Im Anschluss daran wechselte Herr Schmidt-Lafleur zum Versorgungswerk der Steuerberater in Nordrhein-Westfalen und hat mit seinen Mitarbeitern im Jahr 1999 dieses Versorgungswerk sowie zwei weitere Versorgungswerke der Steuerberater (2000 Rheinland-Pfalz, 2002 Hessen) aufgebaut.

Die stellvertretende Geschäftsführerin, Frau Dohle, ist seit Anfang 2003 für das Versorgungswerk tätig. Zuvor war sie von 1998 bis 2002 als stv. Geschäftsführerin bei der Steuerberaterkammer Westfalen-Lippe in Münster tätig. Sie leitet im Versorgungswerk die Mitgliederverwaltung.

Insgesamt werden von der Geschäftsstelle derzeit ca. 8000 Mitglieder (ohne

die Mitglieder des Versorgungswerkes der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen) betreut. Auf Grund der noch zu schaffenden programmtechnischen Voraussetzungen wird die Beitragsfestsetzung voraussichtlich erst gegen Ende März, Anfang April durchgeführt werden können. Kommt es in dieser Zeit zu Verzögerungen bei der Bearbeitung von Mitgliedsangelegenheiten, insbesondere auch der Beitragsfestsetzung, bittet die Geschäftsstelle um Verständnis. Da bei den Gründungsmitgliedern, die sich für eine Mitgliedschaft entscheiden, die Beitragsfestsetzung rückwirkend ab dem 1.1.2004 erfolgt, empfiehlt die Geschäftsführung eine entsprechende Bildung von Rücklagen.

Versorgungswerk der Psychotherapeutenkammer NRW

Postanschrift:
Postfach 10 52 41
40043 Düsseldorf
Tel. 0211/179369-0
Fax 0211/179369-55
versorgungswerk@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de
Telefonische Sprechzeiten:
Mo-Do 9.00-12.00 Uhr u.
14.00-6.00; Fr 9.00-12.00 Uhr

Bericht von der 9. Kammerversammlung

Am 12.12.2003 fand in der historischen Stadthalle Wuppertal die 9. Kammerversammlung statt. Die Präsidentin, Monika Konitzer, hob im **Vorstandsbericht** hervor, dass sich das Gesundheitssystem weiter zu einem

„Konsumentensystem“ verändern wird. Die Gesundheitsberufe stehen unter einem Anpassungsdruck, Qualität nachzuweisen, Transparenz zu ermöglichen und interdisziplinär zu kooperieren. Gesundheitswirtschaft, in-

tegrierte Versorgung, Prävention und Früherkennung werden Themen der Zukunft sein.

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) werden Änderungen des be-



Verabschiedung der Satzung durch die Kammerversammlung

rufflichen Alltags verbunden sein. Im Zusammenhang mit der Einrichtung eines Instituts für Qualität in der Medizin wird sich die einzelne Behandlung stärker an Leitlinien orientieren müssen. Nicht nur Krankenhäuser, sondern auch Praxen werden nunmehr zur Qualitätssicherung verpflichtet. Richtlinien werden durch den gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt. Case-Management- und strukturierte Behandlungsprogramme sind zu erwarten. Durch das GMG bestehen für PP/KJP in der Gesundheitsversorgung eine Fortbildungsverpflichtung. Für die Kammer und auch die Mitglieder ist das eines der zentralen Themen, wie aus zahlreichen Anfragen bei der Geschäftsstelle zu schließen ist.

Haushalt, Satzung und Ordnungen verabschiedet

Die Vorstandsvorlage des Haushaltsplans 2004 wurde nach engagierter Debatte verabschiedet.

Psychosoziale Versorgung gerettet?

Die an die Landtagsabgeordneten aller Parteien in NRW übersandte Resolution der Kammerversammlung hatte ein großes Echo gefunden. Die Mitglieder des Landtages waren sich in ihren Stellungnahmen dahingehend einig,

Satzung, Geschäftsordnung und Gebührenordnung wurden einstimmig bzw. mit großer Mehrheit angenommen und sind mittlerweile vom Ministerium (MGSFF) genehmigt.

Auslegung des Haushaltsplans:

Der Haushaltsplan 2004 liegt vom 19. bis 27. April 2004 jeweils von 9.00 bis 16.00 Uhr in der Kammergeschäftsstelle zur Einsicht für die Kammermitglieder aus.

Bericht des QS-Ausschusses

Der Ausschuss für Qualitätssicherung legte zum TK-Modellvorhaben „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“ eine kritische Analyse der geplanten Untersuchung vor, die die Ausschussvorsitzende Anni Michelmann ausführlich begründete. Nach intensiver Debatte wurde ein Antrag des QS-Ausschusses mehrheit-

lich angenommen: „Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer NRW möge eine gemeinsame Erklärung von Psychotherapeutenkammer und TK aushandeln, in die die vom QS-Ausschuss formulierten Bedenken und Forderungen einfließen.“ Mit der Techniker Krankenkasse wurde zu diesem Zweck bereits Kontakt aufgenommen.

Ausschuss-Wahlen

Barbara Lubisch wird als stellvertretendes Mitglied in den Ausschuss Berufsordnung und -ethik gewählt. **Wolfgang Schreck** wird als stellvertretendes Mitglied in den Finanzausschuss der BPTK gewählt.

Resolution

Durch den knappen Haushalt des Landes und der Kommunen drohten Stellenkürzungen im psychosozialen Bereich. Die Diskussion über die Bedeutung der Jugendhilfe und die psychosoziale Beratung wurde erfolgreich in die Öffentlichkeit gerückt mit dem Ziel, die Kürzungen zurückzunehmen. Dazu wurde die auf der folgenden Seite wiedergegebene Resolution einstimmig verabschiedet.

Resümee

Der Verlauf der letzten Kammerversammlung im Jahr 2003 hat gezeigt, dass durch konstruktive Arbeit und sachorientierte Entscheidungen die Konsolidierung der Kammer deutlich fortgeschritten ist.

Die beabsichtigten Kürzungen von 5,8 Mio. Euro pro Jahr bei den Erziehungs-, Ehe- und Lebensberatungsstellen wurden doch als zu einschneidend angesehen und Nachbesserungsbedarf zum Ausdruck gebracht.

Gleiches gilt für die Bekämpfung von Suchtgefahren. Hier wurde die Kürzung um 3 Mio. Euro im Vergleich zum Haushaltsansatz 2003 problematisiert.

Nach erneuten Beratungen sieht der am 28.01.04 verabschiedete Haushalt der Landesregierung NRW für die Erziehungs-, Ehe- und Lebensberatungsstellen jetzt nur noch Kürzungen von 1,6 Mio. Euro vor. Die Kürzungen bei der Bekämpfung von Suchtgefahren belaufen sich jetzt auf 845.200 Euro.

Die bereitgestellten Mittel sind an strukturelle Änderungen gebunden. Die Förderung der Erziehungs-, Ehe- und Lebensberatungsstellen soll in Richtung auf eine Kooperation bzw. Vernetzung mit Jugendhilfe- und anderen Regeleinrichtungen umgesteuert werden. Der Prozess wird 2004 eingeleitet und soll 2005 für ein Drittel der Förderung umgesetzt werden. Weitere Schritte sind für 2006 und 2007 vorgesehen. Ab 2007 soll die Förderung vollständig im Rahmen vernetzter Strukturen erfolgen. Damit konnte zumindest ein Großteil der geplanten Kürzungen im psychosozialen Bereich verhindert werden.

Bekanntmachungen des Hauptwahlleiters Dr. jur. Paul Springer

Gemäß § 23 Abs. 3 i.V.m. § 21 Abs. 9 der Wahlordnung für die Wahl zu den Kammerversammlungen der Heilberufskammern in der Fassung der Verordnung vom 11. Juli 1996 gebe ich bekannt:

Frau **Ellen Kreft-Mänz**, PP, Wahlkreis Köln, Vorschlag „Allianz psychotherapeutischer Berufs- und Fachverbände“, hat am 02.11.2003 den Verzicht auf ihren Sitz in der Kammerversammlung erklärt. Nachgerückt ist Herr **Hubertus Stief-Küchler**.

Resolution der Kammerversammlung vom 12.12.03

Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW verfolgt mit Sorge die Absicht der Landesregierung, bei ihren Bemühungen um Konsolidierung der Finanzsituation des Landes, die finanzielle Unterstützung von psychosozialen Beratungsstellen und anderen psychosozialen Projekten massiv einzuschränken. Dabei sind sowohl Beratungsstellen in kommunaler Trägerschaft betroffen, die bereits im letzten Jahr gravierende Einschränkungen hinnehmen mussten, die nunmehr fortgeschrieben werden, als nun auch Beratungsstellen in freier Trägerschaft.

Es ist nicht damit zu rechnen, dass die Träger die fehlenden Landesmittel durch Eigenmittel werden ausgleichen können. Daher würden die vorgesehenen Streichungen zu gravierenden Einschränkungen bei den psychotherapeutischen und psychosozialen Angeboten der Erziehungsberatung, der Ehe- und Lebensberatung, aber z. B. auch der Suchtberatung und der psychosozialen Beratung von Frauen führen.

Psychosoziale Beratungsstellen bilden mit ihrem niedrigschwelligen Angebot eine wesentliche Säule der psychosozialen Versorgung, die aufgrund ihrer spezifischen, flexiblen und lebensweltorientierten Struktur nicht durch andere Versorgungsformen ersetzt werden kann. Sie haben bereits bisher einen wesentlichen Beitrag zur Prävention psychischer Erkrankungen und zur Krisenintervention geleistet.

Die gesundheitlichen und gesellschaftlichen Auswirkungen mangelnder psychischer und sozialer Integration sind vielfältig nachgewiesen. Die Notwendigkeit umfassenderer Anstrengungen, durch Prävention und gezielte Unterstützung in Krisensituationen Menschen zu einer eigenverantwortlichen, gesundheitsfördernden Lebensweise zu befähigen, steht in den gesundheits- und sozialpolitischen Debatten immer mehr im Vordergrund. Vor diesem Hintergrund erscheint die Kürzung der Gelder für psychosoziale Beratungsstellen und die damit verbundene Arbeitslosigkeit von erfahrenen Fachkräften in der psychosozialen Prävention und Kurzintervention kurzsichtig, ja verantwortungslos.

Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW appelliert daher an die verantwortlichen Politiker in Landesregierung und Landtag:

Setzen Sie sich im Sinne einer verantwortungsbewussten, zukunftsorientierten Sozial- und Gesundheitspolitik, gerade in Zeiten sozialpolitischen Umbruchs, im Interesse des Wohles von Kindern und Jugendlichen und deren Familien wie auch zur Förderung der Integration von gesundheitlich und sozial benachteiligten Gruppen für eine nachhaltige Sicherstellung der Förderung von psychosozialen Beratungsstellen im Landeshaushalt NRW ein!

Sorgen Sie dafür, dass auch in Zukunft ein vielfältiges, erreichbares und niedrigschwelliges Beratungs- und Therapieangebot für alle diejenigen zur Verfügung steht, die psychosoziale Unterstützung benötigen und deren Selbsthilferessourcen zur Überwindung von sozialen und psychischen Krisen nicht ausreichen!

Frau **Annette Köster**, PP, Wahlkreis Düsseldorf, Vorschlag „Qualität durch Methodenvielfalt“, hat am 06.11.2003

den Verzicht auf ihren Sitz in der Kammerversammlung erklärt. Nachgerückt ist Herr **Karl Lichter**.

Frau **Gabriele Krämer**, PP, Wahlkreis Arnsberg, Vorschlag „Allianz psychotherapeu-

tischer Berufs- und Fachverbände“, hat am 18.11.2003 den Verzicht auf ihren Sitz

in der Kammerversammlung erklärt. Nachgerückt ist Herr **Wolfgang Dube**.

Neue Mitgliederdatenbank – Meldeaktion

Für die Mitgliederverwaltung, die Statistiken der Gesundheitsberichterstattung und die Bedarfsplanung ist eine neue Mitgliederdatenbank angelegt worden. Dazu wurde am 7.11.2003 ein Meldebogen an alle Kammermitglieder verschickt mit der Bitte um Rücksendung der ausgefüllten Bögen innerhalb der folgenden 3 Wochen. Von den 6.515 verschickten Meldebögen wurden bis Mitte Januar 2004 über 5200 Bögen zurückgesandt, was einer Rücklaufquote von 79,8% entspricht. Bei ca. 30% der Meldebögen waren telefonische Rückfragen erfor-

derlich. Bis Mitte Februar konnten 4.700 Bögen EDV-technisch bearbeitet werden. Zwischenzeitlich wurden noch ausstehende Bögen angemahnt. Nach Plausibilitätsprüfung wurde im Dezember auf Basis der bereits erfassten Mitglieder eine erste Auswertung der Kerndaten vorgenommen.

Die Stichprobe besteht aus 1.113 Approbierten, davon 102 Doppeltapprobierte mit einer Gesamtzahl von 943 PP- und 272 KJP-Approbationen. Weibliche Mitglieder stellen 60,4% mit einem Durchschnittsalter von 46,8 Jahren (SD 7,4);

entsprechend 39,6% männliche Mitglieder, mittleres Alter 48,8 Jahre (SD 7,2). Hinsichtlich der Berufsausübung sind 65,6% der Mitglieder in eigener Praxis niedergelassen, 23,8% abhängig beschäftigt, 4,9% sind primär nicht psychotherapeutisch, d.h. anderweitig freiberuflich tätig. Keine Berufstätigkeit, da bereits im Ruhestand, wurde in 5,7% der Fälle angegeben.

Die Rückmeldungen und Kommentare der Mitglieder zu der Meldeaktion waren überwiegend wohlwollend und verständnisvoll. Wir werden weiter berichten.

Zertifizierung von Fortbildungsveranstaltungen – aktueller Stand

Ab dem 1.1.2004 besteht für die KV-zugelassenen Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen eine Pflicht zur beruflichen Fortbildung. Bei fehlendem Fortbildungsnachweis drohen (allerdings erstmalig ab dem Jahr 2009) empfindliche Honorarkürzungen bis hin zum Zulassungsentzug. Der Gesetzgeber hat hierfür weiter geregelt, dass der Umfang der erforderlichen Fortbildung von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemeinsam mit den zuständigen Arbeitsgemeinschaften der Kammern auf Bundesebene, also der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer, festzulegen ist. Bis Redaktionsschluss lag eine derartige Vereinbarung noch nicht vor.

Für Angestellte in Krankenhäusern besteht ebenfalls die Pflicht zur fachlichen Fortbildung. Hier liegt die Nach-

weispflicht allerdings beim Krankenhausträger.

Bei der Bundespsychotherapeutenkammer wurde eine Kommission eingerichtet, die die Aufgabe hat, baldmöglichst eine Rahmenfortbildungsordnung zu erarbeiten, die es ermöglicht, dass Anforderungen an und Kriterien für die Fortbildung für alle Psychologischen PsychotherapeutInnen, Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen gleichermaßen gelten und Fortbildungsveranstaltungen in verschiedenen Bundesländern wechselseitig anerkannt werden.

Darüber hinaus wird angestrebt, dass auch Fortbildungsveranstaltungen für ärztliche PsychotherapeutInnen nach den gleichen Anforderungen und Kriterien zertifiziert werden, um hier gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen

und wechselseitige Zertifizierungen zu ermöglichen.

Nach der Durchführung der notwendigen Beschlussfassung und Vereinbarungen auf Bundes- und Landesebene wird dann zukünftig die Teilnahme an akkreditierten Fortbildungsveranstaltungen kammerseitig zertifiziert und kann gegenüber Arbeitgebern und Kassenärztlichen Vereinigungen als Fortbildungsnachweis geltend gemacht werden. Wir gehen davon aus, dass dies in der PTK NRW zeitnah umgesetzt werden kann. Der Ausschuss Fort- und Weiterbildung und der Vorstand sind bereits intensiv mit der Vorbereitungsarbeit beschäftigt. Über den Stand der Entwicklung in Sachen Fortbildung/Zertifizierung werden wir Sie fortlaufend im Psychotherapeutenjournal und auf unserer Homepage informieren.

Kommission Maßregelvollzug

Im Jahr 1984 – novelliert 1999 – wurde das Maßregelvollzugsgesetz (MRVG NW) verabschiedet. Durch klare Definition der Behandlungsstrukturen und Verantwortlichkeiten genießt das Gesetz unter Fachleuten außerordentlich hohes Ansehen. Die Verantwortung für die Behandlung liegt bei den Behandlungseinrichtungen, nicht mehr ausschließlich bei den Gerichten oder Staatsanwaltschaften. Das Gesetz rückt die Therapie in den Vordergrund und ordnet so den Maßregelvollzug eindeutig dem Gesundheitsbereich zu. Es ermöglicht auch, dass Angehörige beider Heilberufe (Psychologen, Ärzte) leitende Funktionen in den MRV-Einrichtungen übernehmen können. Vergleichbare Gesetzesregelungen bestehen noch nicht in allen Bundesländern.

Nach §16 Abs. 3 MRVG NW sind Gutachten zur Legalprognose alternierend von unabhängigen ärztlichen oder psy-

chologischen Sachverständigen anzufertigen. Entsprechend § 16 Abs. 4 führen die Heilberufskammern Sachverständigen-Listen. So führt die PTK NRW eine Liste der in NRW tätigen *psychologischen Sachverständigen*, die Begutachtungen von Straftätern nach § 16 Abs. 3 MRVG-NW durchführen. Die PTK NRW hat seit dem Jahr 2002 u. a. dafür eine ständige Kommission „Maßregelvollzug“ eingerichtet. Zusammen mit dem zuständigen Ministerium, dem Landesbeauftragten für MRV, den MRV-Trägereinrichtungen und Experten wurden die fachlichen Kriterien für die Zulassung als sachverständiger psychologischer Gutachter überarbeitet und Leitlinien für die Gutachtenerstellung nach aktuellem wissenschaftlichen Stand entwickelt, die abschließend vom Vorstand genehmigt wurden. Voraussetzungen für die Antragstellung zur Zulassung als psychologischer Sachverständiger (Gutachter) sind:

- Approbation als PP oder Nachweis der Anerkennung als Fachpsychologin/Fachpsychologe für Rechtspsychologie,
- Nachweis einer dreijährigen Vollzeitätigkeit im Bereich des Maßregelvollzugs oder vergleichbarer Behandlungserfahrungen,
- sowie regelmäßige fachspezifischer Fortbildungen von mindestens 40 Stunden jährlich.
- Weiterhin müssen insgesamt zehn Gutachten aus den Bereichen Prognose und Schuldfähigkeit (§§ 20, 21 StGB) vorgelegt werden. Die Gutachten sollten den Kriterien der Leitlinien entsprechen.

Interessierte KollegInnen mit entsprechenden Berufserfahrungen und Voraussetzungen können die Antragsunterlagen mit Kriterienliste und Gutachtenleitlinien bei der Geschäftsstelle schriftlich anfordern.

2. Landespsychotherapeutentag NRW

Der 2. Landespsychotherapeutentag wird am Samstag, dem **10. Juli 2004**, stattfinden. Unter dem Leitthema „Aus der Forschung in die Praxis – Aus der

Praxis in die Forschung“ werden Vorträge und Workshops geboten. Eine Podiumsdiskussion problematisiert mit Vertretern der Krankenkassen und

Gesundheitspolitik die Bedeutung von Leitlinien und Qualitätsanforderungen für die Psychotherapie.

Leserbriefe zum 1. Landespsychotherapeutentag (PTJ 4/03, S. 338-339)

Die Redaktion der Kammerseiten NRW behält sich vor, Leserbriefe verkürzt wiederzugeben.

Zum Workshop „Psychotherapie in stationären Einrichtungen bei reduzierter Aufenthaltsdauer. Kürzer, billiger, besser?“

„Kürzer“ muss nicht bedeuten „schlechter“. Der aus Kostenersparnisgründen kürzer werdenden Auf-

enthaltsdauer wird in Kliniken unterschiedlich begegnet. Krisenintervention, Psychoedukation und Flexibilisierung der Psychotherapiemethoden sind einige Möglichkeiten.

Alle im Workshop vertretenen PPTs berichteten übereinstimmend, dass das Psychotherapeutengesetz nichts Wesentliches an Verbesserung und Anerkennung der in einer psychiatrischen/psychotherapeutischen Klinik tätigen Psychologischen Psycho-

therapeuten gebracht habe. Dies zeigt sich z. B. daran, dass Medizinische Dienste der Krankenkassen Kostenverlängerungsanträge von einem Psychologischen Psychotherapeuten nur dann anerkennen, wenn ein Arzt gegengezeichnet hat.

Beide Punkte machen es dringend notwendig, dass sich die Psychotherapeutenkammer auch mit den Bedingungen befasst, unter denen die KollegInnen in Kliniken arbeiten.

Zudem:

Was könnten Kammer und Verbände tun, damit wir in der Klinik arbeitenden Psychologischen Psychotherapeuten uns auch weiterhin in der Weiterbildung und Weiterentwicklung einer Methode engagieren können, die nicht als Regelverfahren anerkannt ist?

Oder heißt es für uns in Zukunft, dass wir uns entscheiden müssen: Teilnahme an Fortbildung in einer als Regelverfahren anerkannten Methode (und wir behalten unsere Approbation) oder Teilnahme an einer Fortbildung „unserer“ Methode (und wir verlieren die Approbation, wenn wir es nicht zusätzlich schaffen, noch ca. 50 Stunden in einem anerkannten Verfahren abzu leisten)?

*Barbara Purschke-Heinz,
Bedburg-Hau*

Fortbildung zur qualifizierten psychotherapeutischen Arbeit im DMP Brustkrebs und anderen DMPs

Bei der Teilnahme am 1. Landespsychotherapeutentag in Neuss wurde mir bewusst, dass ich mich sehr gut mit „meiner“ Kammer identifizieren kann – die Arbeit, die in den wenigen Monaten seit ihrer Gründung geleistet wurde, hat schon hervorragende Ergebnisse gebracht, z. B. die Gründung des Versorgungswerks.

Der interessante Vortrag von Herrn Dr. Kusch aus Herford sowie der Workshop von Herrn Prof. Dr. Tschuschke haben mein Interesse für Psychoonkologie geweckt. Ich möchte, dass die Psychotherapeutenkammer NRW für Kammermitglieder Angebote entwickelt.

Beim DMP Koronare Herzerkrankung sollten wir Psychologische Psychotherapeuten auch rechtzeitig an die Einbeziehung unserer Unterstützungsmöglichkeiten für betroffene Patienten denken – ich habe sporadisch auch in meiner Praxis mit Patienten gearbeitet, die nach einem Herzinfarkt mit Selbstwertstörungen und anderen psychischen Symptomen reagierten; vielleicht ist dort aber auf gesundheitspolitischer Ebene noch nicht so viel Bereitschaft wie beim DMP Brustkrebs gegeben – aber daran ließe sich ja arbeiten!

Das Argument von Herrn Dr. Kusch, dass die Arbeit im Bereich Psychoonkologie auch einen Beitrag zur weiteren Akzeptanz unseres Berufsfeldes leisten könnte, kann ich voll unterstützen. Von daher finde ich es außerordentlich wichtig, dass wir dafür sorgen, uns rechtzeitig entsprechend fortzubilden, damit dieser Bereich qualifiziert besetzt wird.

Karin Brackhagen, Münster

Geschäftsstelle

Willstätterstr. 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211/522847-0
Fax 0211/522847-15
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Beratung am Telefon
**Beratung durch den
Geschäftsführer der Kammer
(Rechtsanwalt)**
Mi.: 14.00-15.00 Uhr
Telefon 0211/52 28 47-0
**Mitgliederberatung
durch den Vorstand**
Mo: 12.30-13.30 Uhr;
17.30-18.00 Uhr
Di: 12.30-13.30 Uhr;
18.30-19.00 Uhr
Fr: 11.00-12.00 Uhr;
12.30-13.30 Uhr
Telefon 0211/52 28 47-27
Sprechstunde der Präsidentin
Mo: 12.00-13.00 Uhr
Telefon 0211/52 28 47-0
**Beratung von Angestellten
für Angestellte:**
Mi: 13.00-14.00 Uhr
Telefon 0211/52 28 47-0

Gruppenanalyse

nach S. H. Foulikos

Berufsbegleitende Fortbildung:

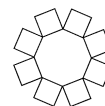
Gruppenleitung in der Psychotherapie

- Gruppenanalytische Selbsterfahrung
82 Doppelstunden
- Theorieseminar
32 Doppelstunden
- Beobachtung
30 Doppelstunden
- Supervision
20 Doppelstunden

Laufzeit: 2 ½ Jahre

Beginn: September 2004

Information und Prospekte:



**Institut für Therapeutische
und Angewandte Gruppenanalyse**
Spiekerhof 5
48143 Münster
Telefon 02 51 / 27 47 89
Telefax 02 51 / 982 99 24
www.gruppenanalyse-muenster.de

Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz

Bericht aus der Vertreterversammlung am 31.01.2004

Bericht aus dem Ausschuss Qualitätssicherungsfragen einschließlich Bedarfsplanungsfragen

Konstituierung im Mai 2002.

Vorsitzender: Priv.-Doz. Dr. U. Porsch

Stellvertreterinnen:

Dr. B Albs-Fichtenberg,
E. Götzinger, Dr. S. Murken,

vom Kammervorstand:

Dr. A. Scharfenstein

Qualität und Qualitätssicherung stellen keine neuartigen Forderungen für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens sowie für die Leistungserbringer in der Niederlassung und in Institutionen dar. Durch die GKV-Gesundheitsreform 2000 wird jedoch der Qualitätsgedanke im deutschen Gesundheitswesen gestärkt.

Die **gesetzliche Verpflichtung zur Qualitätssicherung** ist in § 135a SGB V für Leistungserbringer und zugelassene Krankenhäuser, stationäre Vorsorgeeinrichtungen und stationäre Rehabilitationseinrichtungen festgelegt für das jeweilige einrichtungsinterne Qualitätsmanagement.

Im § 137 SGB V werden grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsübergreifendes Qualitätsmanagement aufgeführt.

Die anderen Heilberufskammern haben Richtlinien für Verfahren zur Qualitätssicherung (QS), auch QS-Satzungen beschlossen.

Über Literaturrecherchen zum Thema QS und den Austausch mit den Kammerratsausschüssen Aus-, Fort- und Weiterbildung, Berufsordnung, Angestellte PsychotherapeutInnen und KJP entwickelte der Ausschuss folgende **Tätigkeitsschwerpunkte:**

- Ambulante Neuropsychologische Versorgung,
- Stellungnahme zum Gutachterverfahren (Vorschläge zur Weiterentwicklung),
- Sozialrechtliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie
- Positionierung von spezifischen Fortbildungen,
- Dokumentation von Behandlung
- Welche QS-Modelle sind in Einrichtungen bereits umgesetzt?
- Anstöße zur Leitliniendiskussion.

In einer empirischen Erhebung soll die Versorgung in Rheinland-Pfalz (stationär und ambulant, in der Niederlassung und in Institutionen) erfasst werden als Grundlage für weitere Schritte zur Bedarfsklärung.

Zertifizierte Fortbildung könnte in der Kammer etabliert werden. Um hier zu Absprachen zu kommen, wurde eine **gemeinsame Sitzung mit dem Ausschuss Aus-, Fort- und Weiterbildung** durchgeführt. Bei diesem Treffen war jedoch der Entwurf einer Weiterbildungsordnung vordringlich.

Die beiden großen thematischen Bereiche des Ausschusses, Bedarfspla-

nung und Qualitätssicherung, sind langjährige Aufgabenstellungen, da die noch junge Körperschaft der Landespsychotherapeutenkammer (LPK) zunächst grundlegende Ausgangszahlen zu ermitteln hat. Die LPK hat erstmals die Voraussetzungen, verlässliche Zahlen erheben zu können.

Bezüglich der **Bedarfsplanung** erfahren PatientInnen wie PsychotherapeutInnen, dass es in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sehr lange Wartezeiten gibt.

In der ambulanten neuropsychologischen Versorgung erscheint die Lage besonders prekär, desgleichen für alte Menschen und Menschen mit Persönlichkeitsstörungen

Im stationären bzw. institutionellen Bereich sind QS-Systeme bereits vielfältig installiert. Wie arbeiten diese, wie ist darin speziell die Psychotherapie abgebildet?

Um dies zu erfahren haben wir eine **Befragung** ausgearbeitet, die in Abstimmung mit dem Kammervorstand im Januar 04 an die Kammermitglieder verschickt wurde.

Auf der Vertreterversammlung am 31.01.04 hat der QS-Ausschuss einen Antrag zur Beurteilung und **Weiterentwicklung des Gutachterverfahrens** vorgelegt.

Elisabeth Götzinger

Bericht aus dem Ausschuss für die besonderen Belange der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Die Vorsitzende des Ausschusses, Frau Luzia Schneider, hat aus gesundheitlichen Gründen im Dezember 2003 ihr Amt niedergelegt. Für sie hat die Vertreterversammlung am 31.1.2004 Frau Ada van der Auwera-Meinhardt, Kaiserslautern, in den Ausschuss gewählt. Damit sind alle Therapieverfahren im Ausschuss vertreten und ein ausgewogenes Verhältnis zwischen angestellten und niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten hergestellt.

Die Auswertung der Fragebogenaktion ist jetzt abgeschlossen. Bevor wir auf einzelne Ergebnisse eingehen, wollen wir festhalten, dass die geringe Zahl der Rückläufer (ca. 20% der Angeschriebenen) insgesamt die Auswertung problematisch erscheinen lässt. Teilweise sind auch nicht alle Fragen beantwortet worden. Eine Tendenz kann man aber durchaus ableiten. Vergleicht man die Angaben zur Person, so ist festzustellen, dass die Antwortenden sich genau proportional zu der Gesamtmitgliedschaft aufteilen. Etwas mehr als ein Drittel der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und der Doppelapprobierten ist männlich, das Durchschnittsalter liegt bei 48 Jahren. Die durchschnittliche Berufserfahrung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wurde mit 15 Jahren angegeben, von den Doppelapprobierten mit 20 Jahren. Zu denken gibt, dass lediglich 20% der KJP geantwortet haben und 27% der Doppelapprobierten. Der Ausschuss stellt die Frage, ob diejenigen, die nicht geantwortet haben, ihre Situation als unproblematisch ansehen, so dass sie deshalb keine Angaben gemacht haben, oder ob das politische Bewusstsein noch nicht geweckt wurde, dass man für eine Verbesserung der Situation kämpfen sollte und auch kann. Hierzu benötigt die Kammer aber die

tätige Mithilfe der Betroffenen, denn ohne valide Zahlen ist ein Engagement nicht sinnvoll!

Mehr als 82% der Doppelapprobierten arbeiten überwiegend therapeutisch mit Erwachsenen; davon knapp 40% mit über 70% der Arbeitszeit; nur etwas mehr als 17% arbeiten überwiegend mit Kindern.

76% der KJP haben eine KV-Zulassung; 16% arbeiten auf privatrechtlicher Basis, dagegen sind die Doppelapprobierten alle zugelassen.

Im ländlichen Bereich scheint nach wie vor die Versorgungskapazität deutlich geringer zu sein als in der Stadt. 17% der KJP und 26% der Doppelapprobierten sind auf dem Land niedergelassen gegenüber mehr als der Hälfte der KJP in kleineren Städten und 28% in größeren Städten. Bei den Doppelapprobierten ist das Verhältnis von Niederlassungen in den kleineren und größeren Städten fast ausgeglichen. Bei der Auswertung der wöchentlich erbrachten Therapiestunden wurden die Kinder bis 14 zusammengefasst: KJP haben Kinder bis 14 Jahren zu 61% zwischen 16 und 25 Stunden in Behandlung, 8,7% auch länger, während bei Jugendlichen sich ein anderes Bild ergibt. Die Mehrzahl der Jugendlichen, nämlich 43,5%, sucht den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten lediglich bis zu 5 Stunden auf, 26% nehmen 6 – 10 Stunden in Anspruch und knapp 22% werden zwischen 11 und 15 Stunden therapiert. Doppelapprobierte erbringen bei 70% der Kinder bis 14 Jahren und bei 91,7% der Jugendlichen maximal bis 10 Stunden Psychotherapie; lediglich bei 8,3% der bis 14-Jährigen wird eine Therapiedauer von bis zu 25 Stunden bestätigt, bei Jugendlichen sind

es gar nur noch 4,2%. Es bestätigt sich, dass nicht nur eine reduzierte Patientenzahl angenommen wird, sondern diese auch nur in geringerer Stundenzahl behandelt werden. Die Ursachen hierfür sind (noch) nicht erklärbar.

Interessant ist auch die Aufteilung der Arbeitszeiten nach Therapie, Diagnostik, Verwaltung etc. Die KJP gaben folgende Werte an:

Diagnostik: 14,6%
Psychotherapie: 58,4%
Krisenintervention: 6,2%
Beratung: 7,1%
Verwaltung: 13,7%,

wohingegen die Doppelapprobierten eine stärkere Verschiebung von Diagnostik zu Gunsten der Therapie erkennen ließen:

Diagnostik: 9,5%
Psychotherapie: 62,1%
Krisenintervention: 5,8%
Beratung: 4,3%
Verwaltung: 18,3%

Richtlinienverfahren: Die Hälfte der antwortenden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten arbeiten analytisch, 34,6% sind ausschließlich auf der Basis tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und 15,4% verhaltenstherapeutisch tätig. Zusätzlich werden noch von 11,5% Gesprächspsychotherapie und von 3,8% systemische Therapie als eingesetzte Behandlungsverfahren angegeben. Bei den Doppelapprobierten verschiebt sich alles zu Gunsten der VT. 78,8% erbringen Verhaltenstherapie, 6,1% arbeiten analytisch und 18,1% tiefenpsychologisch fundiert. An anderen Verfahren geben 18,2% systemische Familientherapie und 12,1% Gesprächspsychotherapie an. Ob eine

Verbindung zwischen den angewendeten Verfahren und der Verteilung der Behandlungsstunden und Behandlungsgruppen herzustellen ist, müsste untersucht werden.

Auf die teilweise doch dramatischen Wartezeiten haben wir bereits in dem ersten Bericht im PTJ 04/2003 hingewiesen. Dem dort veröffentlichten Ergebnis ist nichts hinzuzufügen.

Dementsprechend verneinen 79% der befragten KJP die Bedarfsdeckung, wobei nach ihren Angaben die Versorgung in kleineren Städten am günstigsten ist. Von den Doppelapprobierten geben alle an, dass sie den Bedarf nicht decken können.

40% der KJP erklären, dass sie 50% und mehr der Anfragenden weiter verweisen; von denjenigen, die den Bedarf nicht decken können, müssen 75% der Anfragen negativ beantwortet werden. Auch die Hälfte der Doppelapprobierten kann mehr als 50% der Anfragenden nicht annehmen.

Edith Kreuß, Margit Holzer-Herzhauser, Gabriele Kunz

Geschäftsstelle

Landespsychotherapeutenkammer
Rheinland-Pfalz
Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30
55130 Mainz
Tel. 06131/5703813
Fax 06131/5700663
E-Mail: service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de
Mo-Fr 10.00-12.30 Uhr
Di und Do 14.00-16.00 Uhr

Wir gedenken unserer verstorbenen Mitglieder:

Dipl.-Psych. Dr. Marianne Ackermann
Wilhelmstraße 10
57610 Altenkirchen
geb. am 16.08.1953
gest. am 12.10.2003

Dipl.-Psych. Ralph Schwarz
Hauptstraße 1
66849 Landstuhl
geb. am 07.10.1963
gest. am 10.01.2004

Dipl.-Psych. Uta Deinzer
Nordweg 10
55768 Hoppstädten-Weiersbach
geb. am 06.03.1945
gest. am 13.01.2004

Präsentieren Sie Ihr Unternehmen im Psychotherapeuten- journal!

Anzeigenschluss für
Ausgabe 02/2004

(ET 01.07.2004) ist der
02.06.2004.

Ihre Ansprechpartnerin
für Anzeigen:

Tanja Schott

Tel.: 06221/489-154, Fax: -323,

t.schott@huethig.de



Arbeitsgemeinschaft für
Verhaltensmodifikation e.V.

Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten (VT)

Würzburg – München (Frühjahr 2004)
Zum Kursbeginn 03/2004 sind noch wenige Plätze frei.
Einführungsseminar 12.03.2004.

Weiterbildung in Psychologischer Schmerztherapie

Curriculumstart: 21.03.2004 – 80 Stunden
mit Abschlusszertifikat anerkannt von DGSS u. DGPSF
„Einstieg jederzeit möglich“

Zusatzqualifizierung Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (VT) – PT-Richtlinie

Würzburg – Bamberg – München (Herbst 2004)

Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (VT)

Bamberg (Herbst 2004)

Info, Anmeldung & ServiceFon • DI & DO 10.00 – 12.00 Uhr

Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation Deutschland e.V. (AVM-D)
Bundesgeschäftsstelle • Dr.-Haas-Straße 4 • 96047 Bamberg
Fon (09 51) 2 08 20 39 • Fax (09 51) 2 08 20 49
e-mail: info@avm-d.de • Internet: www.avm-d.de

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

die aktuelle Ausgabe des Psychotherapeutenjournals ist für uns Schleswig-Holsteiner etwas Besonderes: Unsere Kammerversammlung hatte auf ihrer Sitzung am 28. November 2003 beschlossen, dass alle Kammermitglieder in Schleswig-Holstein in Zukunft das Psychotherapeutenjournal (PTJ) erhalten. Über alle für Sie im Rahmen Ihrer Berufsausübung relevanten Fragen werden Sie unter der Rubrik „Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein“ informiert werden. Das Psychotherapeutenjournal wird somit zum offiziellen Mitteilungsorgan der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein.

Zuerst möchten wir jedoch die Gelegenheit nutzen, die Mitarbeiter der Geschäftsstelle Herrn Borowski, Frau Bajorat und Frau Lürken vorstellen, die unsere Arbeit tatkräftig in der Geschäftsstelle unterstützen. Herr Kühnelt steht uns als nebenamtlicher Justiziar zur Verfügung.



Thomas Borowski, Geschäftsführer; Jahrgang 1959, eine Tochter (10) und zwei Söhne (13 und 16), wohnhaft im Kreis Plön, Sozialversicherungsfachangestellter, Verwaltungsleiter einer Wohneinrichtung, Betriebswirtschaftler, Dipl. Sozialpädagoge, Lehrbeauftragter, Bildungsreferent, Weiterbildung Sozialmanagement, über 10 Jahre Landesgeschäftsführer eines Verbandes der Sozialarbeit



Doris Bajorat, Verwaltungsangestellte, geboren 1961 in Kiel, verheiratet, zwei Kinder, Ausbildung zur Rechtsanwalts- und Notarfachangestellten, Sekretärin in einer Kieler Rechtsanwaltskanzlei, nach Weiterbildung per Fernstudium im Bereich Sekretariat mehrjährige Tätigkeit in Organisation und Verwaltung



Hannelore Lürken, Verwaltungsangestellte; geb. in Kiel, eine Tochter, Ausbildung zur Industriekauffrau, danach ein Jahr Abendschule Sekretärinnen-Akademie mit Abschluss als diplomierte Sekretärin, langjährige Tätigkeit als Chefsekretärin bzw. -assistentin in einem Industriebetrieb



Andreas Kühnelt, Justiziar; 44 Jahre, verheiratet, ein Kind, Ausbildung zum Bankkaufmann, Studium der Rechtswissenschaften in Berlin und Kiel, Tätigkeit als Rechtsanwalt seit 1989, seit 1995 in eigener Kanzlei, 1997 Ernennung zum Notar

Bericht aus dem Ausschuss für Fort- und Weiterbildung

Der Anfang

In der ersten Kammerversammlung der PKS H am 29.8.2003 wurden die Mitglieder für den Fort- und Weiterbildungsausschuss gewählt und zwar: Sabine Boenert, Cornelia Franke, Dr. Bert Heinemann, Dr. Angelika Nierobisch, Theo Schneider, Dr. Uwe Speckenbach und Rolf Waßhausen.

Zum Vorsitzenden des Ausschusses wurde in der ersten Sitzung am 24.10.2003 Theo Schneider gewählt. In der Annahme, schon zu wissen, was unter Fort- und Weiterbildung zu verstehen sei, machten wir uns an die Arbeit.

Die Aufgaben

Schon in der ersten Sitzung dämmerte uns, warum wohl für diese Arbeit ein Ausschuss vorgesehen war. Außer mit unserer persönlichen Meinung – so wurde uns bald klar –, hatten wir uns mit einer Vielzahl von Begriffsbestimmungen und rechtlichen Abgrenzungen zu beschäftigen.

Zu unserer ersten Aufgabe zählte die Sichtung der gesetzlichen Grundlagen. So ist zwar zum einen die berufliche Fortbildung auf Landesebene zu regeln und hier u.a. das Heilberufegesetz (HBG) aus Schleswig-Holstein maßgeblich, das z. B. in § 3 die Aufgaben der Kammer, in § 5 die Qualitätssicherung durch die Pflicht zur Fortbildung und in den §§ 29 bis 53c die Pflichten der Kammer zur Überprüfung der Fort- und Weiterbildung regelt.

Zum anderen gilt es jedoch, das zum damaligen Zeitpunkt noch nicht verabschiedete neue Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG/SGB V) zu beachten, das wesentliche Veränderungen auf Bundesebene mit sich bringt, welche auch auf Landesebene zu berücksichtigen sind. Dazu zählt vor allem auch die neue Pflicht zum Nachweis der erbrachten Fortbildung nach § 95 d GMG. Hier fiel es uns nicht schwer, sich vorzustellen, auf welche Skepsis oder gar Empörung diese neue Nachweispflicht insbesondere bei den niedergelassenen KollegInnen angesichts der teilweise desaströsen Honorargestaltung stoßen würde. Dies führte auch zu lebhaften Diskussionen in unserer Runde, die sich vor allem um die Rolle der (noch nicht von allen begrüßten) Kammer bei der „Überbringung der Botschaft“ und der eventuellen Überprüfung der Fortbildungsnachweise drehte.

Nachdem klar wurde, dass die Überprüfung der Fortbildungspflicht durch die KV durchgeführt würde, wurde uns deutlich, dass eine weitere Aufgabe des Fort- und Weiterbildungsausschusses (bzw. der Kammer) also darin bestehen würde, unsere Mitglieder sowohl bei dem formellen Nachweis ihrer Fortbildungspflicht zu unterstützen wie auch dafür Sorge zu tragen, dass ein geeignetes Fortbildungsangebot zur Verfügung steht. Mittels der Auswahl und Akkreditierung vielfältiger Fortbildungsangebote soll durch ein breites Spektrum gewährleistet werden, dass jede/r entsprechend seinem persönlichen Interesse die für sich geeigneten Veranstaltungen vorfindet.

Die rechtlichen Voraussetzungen dazu sollen durch eine Fortbildungsordnung geschaffen werden, welche zu erstellen, eine weitere Aufgabe des Fort- und Weiterbildungsausschusses (bzw. der Kammer) ist, derer wir uns in-

zwischen auch angenommen haben. Hierbei gilt es zum einen, den Spielraum zu nutzen, den uns die Tatsache lässt, dass die Erstellung einer Fortbildungsordnung Ländersache ist, zum anderen ist es jedoch auch sinnvoll, durch den Kontakt zu anderen Landes-Psychotherapeutenkammern die Entwicklung auf Bundesebene zu berücksichtigen.

Um unsere Mitglieder bei dem Nachweis ihrer Fortbildungspflicht zu unterstützen, wird die PKS H ein Fortbildungszertifikat einführen. Dieses Fortbildungszertifikat kann die Teilnahme an einer bestimmten Anzahl akkreditierter Veranstaltungen bescheinigen und zum Nachweis der KV gegenüber dienen. Bei Bewerbungen kann es die Chancen auf dem Arbeitsmarkt verbessern.

Um dieses Fortbildungszertifikat einzuführen, wollen u. a. folgende Aufgaben gemeistert sein:

- Auswahl von Kriterien zur Akkreditierung von Fortbildungsveranstaltungen,
- Erarbeitung formeller (wie viel Fortbildung?) und inhaltlicher Voraussetzungen zum Erwerb des Zertifikats (z. B. Verhältnis rezeptiver Fortbildungen – Wie z. B. Vorträge – zu aktiveren Fortbildungen wie Supervision oder Workshops,
- Erstellung pragmatischer und praxisgerechter Werkzeuge zum Procedere der Akkreditierung wie auch der Zertifizierung.

Die Gegenwart

Derzeit wird sowohl in den Sitzungen des Ausschusses wie in unserer Freizeit an all diesen Aufgaben parallel gearbeitet. Dazu zählt zum einen die Auswertung der Kontakte zu anderen Landesspsychotherapeutenkammern, zur Ärztekammer Schleswig-Holstein,

zum Sozialministerium und nicht zuletzt zu den KollegInnen im Lande, zum anderen die Arbeit an diversen Entwürfen zu einer Fortbildungsordnung und zu dem Fortbildungszertifikat.

Da die angestellten KollegInnen zwar auch zur Fortbildung verpflichtet sind, aber noch unklar ist, inwiefern und wem gegenüber sie ihre Fortbildungen nachweisen müssen, werden hier auch entsprechende Differenzierungen eingearbeitet werden.

Die Zukunft

Nachdem im Frühjahr 2004 ein erster Entwurf zur Fortbildungsordnung der Kammerversammlung vorgelegt werden wird, kann sie nach dortiger Abstimmung noch in diesem Jahr verabschiedet werden. Auch die Entwicklung und Einführung des Fortbildungszertifikats ist vermutlich noch in diesem Jahr zu realisieren. Die Einführung und Umsetzung der neuen gesetzlichen Vorgaben zur Fortbildung, die Nachweisführung und die Etablierung und praktische Umsetzung des Fortbildungszertifikats werden nicht ohne Turbulenzen einhergehen. Wir sind jedoch zuversichtlich, dass es uns gelingt, Grundlagen zu schaffen, um die Verbindung zwischen gesetzlichen Anforderungen und persönlichem Interesse an der Auswahl geeigneter Fortbildungsveranstaltungen einigermaßen zufrieden stellend zu ermöglichen. Diesem Ziel fühlen wir uns verpflichtet und für dieses Vorhaben erscheint die Prognose ausreichend günstig.

Von telefonischen und schriftlichen Anfragen zur Fortbildungsordnung bitten wir die Kollegen noch abzusehen. Beachten Sie bitte, dass Fortbildungen gemäß GMG erst ab dem 01.07.04 anerkannt werden können. Die PKS H wird Sie zu Einzelheiten zeitnah informieren.

Theo Schneider

Bericht aus dem Finanzausschuss

Als Mitglieder des Finanzausschusses (FA) sind Christiane Foerster, Bert Heinemann, Peter Koch und Lea Webert gewählt worden. In der ersten FA-Sitzung am 5.9.03 wurde Bert Heinemann als Vorsitzender des Finanzausschusses gewählt. Insgesamt tagte der Ausschuss zwischen September und November 2003 sechsmal.

Die Aufgaben des Finanzausschusses bestanden darin, Vorschläge für einen Haushaltsplanentwurf, für eine Beitragsordnung und eine Entschädigungsordnung zu erarbeiten. Dies musste unbedingt noch im Jahr 2003 stattfinden, da der Errichtungsausschuss der PKS H Ordnungen nur für die Jahre 2002 und 2003 erlassen hatte. Die Arbeit des Finanzausschusses stand also unter einem enormen Zeitdruck, um es Vorstand und Kammerversammlung zu ermöglichen, über die vorgelegten Entwürfe zu beraten und Änderungen vorzunehmen. Zudem musste genügend Zeit vorhanden sein, damit die von der

Kammerversammlung beschlossenen Ordnungen in Kraft treten können.

Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein hat hierbei als oberstes Ziel vorgegeben, eine Erhöhung der Kammerbeiträge unbedingt zu vermeiden.

Der Finanzausschuss hat für seine Aufgaben Haushaltspläne, Beitrags-, Aufwandsentschädigungs- und Reisekostenordnungen anderer Psychotherapeutenkammern durchgearbeitet. Es war zu berücksichtigen, daß die gesetzlichen Bestimmungen der Länder zum Teil deutlich voneinander abweichen und nicht eins zu eins auf Schleswig-Holstein zu übertragen sind.

Weiterhin wurde der Schwerpunkt darauf gelegt, Psychotherapeutenkammern zum Vergleich heranzuziehen, die in etwa der Mitgliederstärke der PKS H entsprechen. Je weniger Mitglieder eine Kammer hat, desto größer

wird der umgelegte Beitrag für das einzelne Mitglied ausfallen.

Ein Vergleich: die Ärztekammer Schleswig-Holstein hat einen durchschnittlichen Jahresbeitrag von 398,90 Euro bei ca. 12.000 Mitgliedern!

Dieses Beispiel soll aufzeigen, dass die PKS H – gemessen an ihrer Größe – einen ausgesprochen günstigen Jahresbeitrag erhebt.

Diesen günstigen Jahresbeitrag zu halten, erwies sich als schwierige Aufgabe.

Dementsprechend nahm auch die Arbeit am Entwurf des Haushaltsplans den mit Abstand größten Raum im Finanzausschuss ein.

Es ist aber dank gemeinsamer Anstrengungen trotz aller Schwierigkeiten gelungen, einen Haushaltsentwurf vorzulegen, der ohne Beitragserhöhung auskommt!

Lea Webert

Rückgabe der Approbation

Das Landesamt für Gesundheit und Arbeitssicherheit des Landes Schleswig-Holstein teilt mit, dass eine zeitweise Rückgabe der Approbation nicht möglich ist, wenn sie im Rahmen der Übergangsregelung nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes erlangt wor-

den ist. Wer neben den geforderten Ausbildungsinhalten nachweisen konnte, dass er vor Inkrafttreten des PTG psychotherapeutisch tätig war, sollte diese Tätigkeit auch weiter fortführen können (Bestandsschutz). Gibt jemand seine Approbation zurück, ver-

liert er nach Aussage des Landesamtes seinen Bestandsschutz. Er kann die Approbation unter den Bedingungen des § 12 später nicht wiedererlangen, sondern muss dann noch einmal die volle Ausbildung absolvieren.

Angemessene Vergütung aller Approbierten

Die Kammerversammlung hat sich einer Resolution der Kammer Berlin zur angemessenen Bezahlung der Approbierten Angestellten entsprechend Vergütungsgruppe Ib BAT/BAT-O angeschlossen. Die dreijährige Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten muss sich in einer angemessenen Bezahlung niederschlagen.

Des Weiteren hat sich die Kammerversammlung zwei Resolutionen des 2. Deutschen Psychotherapeutentages angeschlossen, in denen auf die unhaltbaren Zustände in der Bedarfsplanung und die unzureichende Finanzierung von öffentlichen Beratungsstellen hinweisen wird. Darin wird an die gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen sowie an das

Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit und an die zuständigen Landesministerien appelliert, Maßnahmen zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung zu ergreifen und für eine nachhaltige Sicherung der Finanzierung von psychosozialen Beratungsstellen zu sorgen.

Punktwertentwicklung ambulanter psychotherapeutischer Leistungen

Mit großer Sorge hat die Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein die Punktwertentwicklung der nicht-antragsgebundenen psychotherapeutischen Leistungen in den beiden letzten Abrechnungsquartalen zur Kenntnis genommen und in Schreiben an die Kassenärztliche Vereinigung SH und die beteiligten Krankenkassen auf die fatalen Auswirkungen dieser Entwicklung hingewiesen.

Bei den Primärkassen wurde in den beiden letzten Quartalen ein Punktwert von 0,05 Cent und bei den Ersatzkassen von 1,34 bzw. 1,50 Cent ausbezahlt. Eine 50-minütige probatorische Sitzung bei einem Primärkassenpatienten wurde demnach mit 0,73 Euro vergütet, eine testpsychologische diagnostische Leistung mit einem Zeitaufwand von 2 bis 3 Stunden mit ganzen 0,35 Euro. Auch wenn bei den Ersatzkassen die Vergütung für eine probatorische Sitzung bei 19,43 Euro bzw. 21,75 Euro lag, so werden derartige Punktwerte dem Zeitaufwand dieser Leistungen in keiner Wei-

se gerecht. Sie führen dazu, dass die erforderliche Diagnostik und Indikationsstellung in der ambulanten Psychotherapie nicht mehr kostendeckend erbracht werden können.

Die Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein sah sich in der Pflicht, auf die absehbaren Folgen dieser unbefriedigenden Honorierung bei den zuständigen Stellen (KV und Kassen) hinzuweisen. So führen einerseits derart niedrige Punktwerte zu Umsatzverlusten in Höhe von 25 bis 35% (je nachdem wie groß der Anteil probatorischer Leistungen am Gesamtumsatz ist). Andererseits wird hierdurch aber auch eine Praxisneugründung wegen des naturgemäß überproportional hohen Anteils an diagnostischen Leistungen zu Praxisbeginn geradezu unmöglich gemacht, was wiederum den neuen Berufsstand der Psychotherapeuten in seiner Berufsausübung insgesamt gefährdet.

Neben diesen existentiell bedrohlichen Auswirkungen des Punktwert-

verfalls für die niedergelassenen Psychotherapeuten sieht die Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein aber auch die psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung bedroht. Wenn probatorische Leistungen nicht mehr kostendeckend erbracht werden können, entfällt damit u. a. auch die Grundlage für die Durchführung akuter Kriseninterventionen. Die Konsequenz wird sein, dass zum wirtschaftlichen Überleben der Praxen mittelfristig eine Ausweitung der Langzeittherapien zu Lasten von Kurzzeittherapien und von Kriseninterventionen die Folge sein wird. Dies führt den effektiven Einsatz von psychotherapeutischen Ressourcen bei gleichzeitig drastischer Zunahme der Morbidität für psychische Störungen ad absurdum.

Weder von Seiten der Kassenärztlichen Vereinigung, noch von Seiten der Krankenkassen gibt es bisher eine Stellungnahme zu dem Schreiben der Kammer.

Treffen der Nordkammern

Am 5. Dezember 2003 trafen sich die Vorstände der vier norddeutschen Psychotherapeutenkammern (Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein) in Hamburg, um Möglichkeiten der Kooperation und der Nutzung von Synergieeffekten auszuloten. Das Gespräch fand in einer sehr angenehmen und konstruktiven Atmosphäre statt.

Es wurden konkrete Arbeitsfelder diskutiert, in denen eine Kooperation der Landeskammern untereinander in Frage kommen könnte, ohne dass dafür im Vorfeld gesonderte Staatsverträge erforderlich wären. Bei diesen Arbeitsfeldern handelt es sich um die Bereiche der Angestellten, der Berufsordnung, der Fort- und Weiterbildung, des

Meldewesens und der juristischen Grundsatzfragen.

Da die den jeweiligen Landeskammern zugrunde liegenden Heilberufesetze z. T. sehr unterschiedlich sind, wurde vereinbart, einen intensiven Informationsaustausch miteinander zu pflegen und in kleineren Arbeitsgruppen konkrete Möglichkeiten für Synergieeffekte zu prüfen.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

*Dr. Oswald Rogner,
Dr. Angelika Nierobisch,
Heiko Borchers,
Lea Webert
und Peter Koch*

Geschäftsstelle

Walkerdamm 17
24103 Kiel
Tel. 0431/661199-0
Fax 0431/661199-5
info@pksh.de
www.pksh.de

Leserbriefe

Die Redaktion begrüßt es sehr, wenn sich Leser in Briefen zu den Themen der Zeitschrift äußern; sie macht aber zugleich darauf aufmerksam, dass sie sich vor allem angesichts der erfreulich zunehmenden Zahl von Zuschriften das Recht vorbehält, eine Auswahl zu treffen oder gegebenenfalls Briefe auch zu kürzen. Als Leser der Briefe beachten Sie bitte, dass diese die Meinung des Absenders und nicht die der Redaktion wiedergeben.

Leserbrief zum Beitrag „Berufspolitische Weichenstellungen“ von W. Groeger, Heft 4/2003

Groegers Weichenstellung in eine evidenzbasierte störungsspezifische Psychotherapie bedeutet eine unnötige und letztlich für den Berufsstand der Psychotherapeuten schädliche Einengung dessen, was Psychotherapie ist und weiterhin bleiben muss.

Es gibt keinen Grund sich Bange machen zu lassen durch das Schreckgespenst einer evidenzbasierten Psychotherapie, wie sie Groeger an die Wand malt. Einer angeblich aus dem SGB V ableitbaren Unausweichlichkeit störungsbezogener strukturierter Behandlungsprogramme sollte man gelassen entgegensehen, da die Behandlung einer Neurose und die Behandlung des Diabetes immer noch zwei Paar Schuhe sind.

Niemand bestreitet, dass kontrollierte störungsspezifische Studien bei vereinfachten Ausgangsbedingungen und Zielkriterien zu vorzeigbaren Ergebnissen führen. In Frage gestellt werden muss jedoch die Praxisrelevanz dieser

auf hohem Niveau evidenzbasierten Standardverfahren, die der Komplexität realer psychotherapeutischer Anforderungssituationen nicht gerecht werden. Zudem: Was helfen störungsspezifische Ansätze, wenn Komorbidität der Regelfall ist.

Groeger möchte das Schulendenken in der Psychotherapie durch eine „verfahrensübergreifende“ Leistungserbringung überwinden, die sich konsequent an sogenannter wissenschaftlicher Bestätigung orientiert. Dies klingt harmlos, wird jedoch den Grabenkrieg zwischen Verhaltenstherapie und Psychoanalyse weiter anheizen. Denn selbstverständlich wären die tiefenpsychologischen Verfahren die Verlierer eines reduktiven Psychotherapie- und Wissenschaftsverständnisses. Groeger spricht von der Psychotherapie, er meint jedoch die Verhaltenstherapie. Er suggeriert eine schulenverbindende Zielvorstellung über einheitliche störungsspezifische Leitlinien und Qualitätsstandards, er meint jedoch die Wunschvorstellung einer bestimmten universitär geprägten Richtung der Verhaltenstherapie, über störungsspezifische Leitlinien ihren Einfluss auf Aus-, Fort- und Weiterbildung zu sichern. Für mehr hermeneutisch orientierte Therapieverfahren läuft das Angebot auf das hinaus, was man in der Wirtschaft eine „feindliche Übernahme“ nennt.

Störungsspezifische Leitlinien bedeuten noch mehr Reglementierung eines freien Berufes – u.a. über dann noch weiter verfeinerte Begutachungskriterien. Störungsspezifische Ausbildung bedeutet die Selbstbeschneidung eines Berufs mit breiterer Qualifikation zum spezialisierten Psychotechniker, der keine Patienten mehr behandelt, sondern manualgeleitete Störungen repariert.

Warum den Hebel nicht umlegen und den Zwang zur Schulentrennung in Ausbildung und therapeutischer Praxis beenden? Dies setzt allerdings eine Haltung voraus, die von wechselseitigem Respekt geprägt ist, wozu einseitige Ausschlusskriterien nun überhaupt nicht passen. Ich bin selbst Verhaltenstherapeut und in der Ausbildung von Verhaltenstherapeuten tätig. Über den Tellerrand zu schauen, habe ich immer als Bereicherung erlebt.

Natürlich soll und wird es den Wettstreit der Therapierichtungen weiterhin geben – allerdings mit dem Unterschied, dass es ein freier und offener Diskurs sein wird. Ausbildungsinstitute erhalten Spielraum, sich unterschiedlich zu profilieren. Die Wissenschaft kommt wieder vom Kopf auf die Füße, weil sie nicht mehr erklären und evident machen muss, was letztlich mehr mit Berufspolitik, Ökonomie und den Strukturen des Wissenschaftsbetriebes zu tun hat als mit der Sache selbst. Der Druck, eine harmonisierende Universaltheorie der Psychotherapie zu entwickeln, wird sich auflösen, weil man die Erfahrung machen wird, dass es nebeneinander ganz gut geht. Dass eine nicht nur friedliche sondern ausgesprochen produktive Koexistenz unterschiedlicher Theorieansätze funktioniert, macht die Psychiatrie seit langem vor.

Um der von Groeger geforderten und unbestritten notwendigen Qualitätssicherung Genüge zu tun, sind neue Wege zu beschreiten. Nichts benötigen wir dabei jedoch weniger als einen Katechismus richtiger Psychotherapieausübung.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. phil. Gerd Möhlenkamp
Warfer Landstraße 5g
28357 Bremen
gerd.moehlenkamp@t-online.de

GMC – alles auf einer Scheibe!



GMC-Produktionsprogramm
Das GMC-Produktionsprogramm
besteht aus:
- dem GMC-Produktionsprogramm
- dem GMC-Produktionsprogramm
- dem GMC-Produktionsprogramm
- dem GMC-Produktionsprogramm

Das GMC-Produktionsprogramm enthält die
Anweisungen der GMC-Produktionsprogramm
- dem GMC-Produktionsprogramm
- dem GMC-Produktionsprogramm
- dem GMC-Produktionsprogramm
- dem GMC-Produktionsprogramm
- dem GMC-Produktionsprogramm
- dem GMC-Produktionsprogramm

Das GMC-Produktionsprogramm enthält die
Anweisungen der GMC-Produktionsprogramm
- dem GMC-Produktionsprogramm
- dem GMC-Produktionsprogramm
- dem GMC-Produktionsprogramm
- dem GMC-Produktionsprogramm
- dem GMC-Produktionsprogramm
- dem GMC-Produktionsprogramm

Das GMC-Produktionsprogramm enthält die
Anweisungen der GMC-Produktionsprogramm
- dem GMC-Produktionsprogramm
- dem GMC-Produktionsprogramm
- dem GMC-Produktionsprogramm

GMC-Produktionsprogramm
GMC-Produktionsprogramm

Artikelverzeichnis 2002/2003

Borg-Laufs, M. Psychotherapie in Beratungsstellen	3/2003	173 – 178
Brockmann, J., Schlüter, T. & Eckert, J. Frankfurt – Hamburg Langzeit-Psychotherapiestudie	3/2003	184 – 194
Buchholz, M. Relation und Konvergenzen – neue Perspektiven der Psychoanalyse	2/2003	87 – 96
Cramer-Düncher, U. Weiterbildungsregelungen der Kammern – ein komplexes Feld	4/2003	280 – 285
Doebert, J. Die Kassenärztliche Vereinigung – Machtmonopol der Ärzte und Psychotherapeuten oder zahnloser Tiger?	2/2003	105 – 111
Döpfner, M. Wie wirksam ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie?	4/2003	258 – 266
Groeger, W. Berufspolitische Weichenstellungen	4/2003	267 – 279
Heisig, U. & Littek, W. Der schwierige Weg zur Profession	1/2003	7 – 19
Kommer, D. & Wittmann, L. Auf dem Weg zu einer Bundespsychotherapeutenkammer	0/2002	22 – 35
Köthke, W. Psychotherapeutenversorgungswerk (PVW) gegründet	1/2003	20 – 27
Sonntag, U. Gender Mainstreaming: Einführung in ein Konzept und seine Rezeption	0/2002	16 – 21
Stellpflug, M. Aktuelle Vergütungsfragen im GKV-Leistungssystem	3/2003	179 – 183
Vogel, H. Der angestellte Psychotherapeut – das in den Kammern (noch) unbekanntes Wesen	2/2003	112 – 114
Wittchen, H.-C. & Jacobi, F. Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland	0/2002	6 – 15
Zurhorst, G. Eminenz-basierte oder ökologisch-basierte Psychotherapie?	2/2003	97 – 104

Praxisverkauf/-kauf

KV-Sitz f. psychol. Psychoth. in Berlin **gesucht**.
Kauf, Jobsharing, Vertretung.
Tel: 030-494 85 96

PP-KV-Sitz (VT)
Kauf oder Tausch
Biete Köln. Suche Bremen.
Tel./Fax: 0221/9416766

KV-Sitz (VT)
Bühl/Baden
Verkauf ab sofort und günstig
Tel. 07223/2 45 77

Ärztlicher/Psychologischer Psychotherapeut/in als Job-Sharing-Partner für bestehende psych. Praxis im Kreis Aachen gesucht. AB Tel.: 0241/155865

KV-Praxis (Sitz), gut eingeführt psychologische Psychotherapie (TP) in **Pforzheim zu veräußern**. Schöne, zentral gelegene Praxisräume Penthousewohnung mit Blick auf die gesamte Stadt können dazu gemietet werden. Pieter Loomans, Steinbachstr. 15. 79809 Weilheim-Remetschwil
Tel.: 0 77 55 - 91 93 70

Biete KV-Sitz in Bochum (PP, VT) suche KV-Sitz in Köln
Tel. 02 34 - 4 62 90 92

PP (w.) sucht **KV-Sitz** im Raum Koblenz-Bonn-Köln.
Tel. 02 28 / 91 06 80

PP(VT) zur Mitarbeit in KV-Praxis (Erw./KJ) im Kreis Böblingen gesucht. Umfang: 30-40%; später evtl. Jobsharing/Übernahme. Chiffre PTPJ 04 01 02

Praxisverkauf/-kauf

Bielefeld: **KV-Sitz** von PP gesucht.
Evtl. Tausch mit KV-Sitz Osnabrück möglich.
Chiffre PTPJ 04 01 03

Verschiedenes

Neue Kräfte finden – Aufblühen – Qi-Gong-Tai Chi-Seminare in wunderschöner naturnaher Umgebung z.F. Pyrenäen am Mittelmeer, Inf. + Progr. 00 33 / 468 88 33 44, e-mail:campadiou@wanadoo.fr

Stellengesuche

Märkisches Institut für Psychotherapie, Ausbildung für Psychologische PsychotherapeutInnen staatlich anerkannt – tiefenpsychologisch fundiert
Nächster Ausbildungsbeginn 1. Oktober 2004
www.maerkisches-institut.de

Dieser Ausgabe liegt eine Beilage des Helm-Stierlin Institutes, Heidelberg, bei. Wir bitten um freundliche Beachtung.

Stellengesuche

Dipl. Psychologe/in mit Zulassungsvoraussetzung für eine Gemeinschaftspraxis mit multiprofessionellem Team in **Cuxhaven** gesucht.
Tel.: 0 47 21 – 39 36 50

Suche Jobsharing in **Bonn** (PP, TP, Erw.)
Tel.: 02 28 - 3 69 18 51

Berlin, Psychologische Psychotherapeutin (Schwerpunkt TP) sucht Praxis zum Kauf oder Einstieg in eine Gemeinschaftspraxis.
Tel.: 0 30 / 48 09 52 99

Psycholog. Psychotherapeutin (TP) sucht Jobsharingmöglichkeit/Praxisübernahme im Raum Mainz-Bingen-Wörrstadt-Wiesbaden.
Chiffre: PTPJ 040101

Inserentenverzeichnis

APV, Münster	56
AVM, Bamberg	95
Caritas Suchtambulanz, Bad Reichenhall	60
DIMENSIONE, I-Bologna	4.US
Kanzlei Düsing, Münster	33
Ergosoft, Hassloch	2.US
GNP-Akademie, Würzburg	37
Institut für Therapeutische und angewandte Gruppenanalyse, Münster	92
Psychoholic, Bonn	3

Impressum

Das „Psychotherapeutenjournal“ publiziert Beiträge, die sich – direkt oder indirekt – auf die Prävention, Therapie und Rehabilitation psychischer Störungen und auf psychische Aspekte somatischer Erkrankungen sowie auf wissenschaftliche, gesundheitspolitische, berufs- und sozialrechtliche Aspekte der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Berufspraxis von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beziehen. Das „Psychotherapeutenjournal“ ist der Methodenvielfalt in der Psychotherapie und ihren wissenschaftlichen Grundlagendisziplinen sowie der Heterogenität der Tätigkeitsfelder der Psychotherapeuten verpflichtet.

Herausgeber

Bundespsychotherapeutenkammer, Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, Bayerische Landeskommission der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin, Psychotherapeutenkammer Bremen, Psychotherapeutenkammer Hamburg, Landeskommission für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen, Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein

Redaktionsbeirat

Detlev Kommer (Baden-Württemberg), Siegfried Schmieder (Baden-Württemberg), Dr. Nikolaus Melcop (Bayern), Dr. Heiner Vogel (Bayern), Gisela Borgmann (Berlin), Anne Springer (Berlin), Karl Heinz Schrömgens (Bremen), Prof. Dr. Rainer Richter (Hamburg), Harry Askitis (Hamburg), Jürgen Hardt (Hessen), Uta Cramer-Düncher (Hessen), Dr. Lothar Wittmann (Niedersachsen), Prof. Dr. Hans-Jochen Schwartz (Niedersachsen), Karl Wilhelm Hofmann (NRW), Dieter Best (Rheinland-Pfalz), Dr. Angelika Nierobisch (Schleswig-Holstein), Peter Koch (Schleswig-Holstein).

Anschrift Redaktion

Dr. Barbara Ripper
Landespsychotherapeutenkammer B-W
Hauptstätter Str. 89
70178 Stuttgart
Tel.: 0711/674470-40
Fax: 0711/674470-15
ripper@psychotherapeutenkammer-b-w.de

Verlag

R. v. Decker, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Im Weiher 10, 69121 Heidelberg, Annette Kerstein, Tel. 06221/489-318; Fax: 06221/489-529, annette.kerstein@hjr-verlag.de

Anzeigen

Tanja Schott, Tel. 06221/489-154, Fax: 06221/489-323, tanja.schott@hjr-verlag.de

Satz

Strassner ComputerSatz,
69181 Leimen

Druck

Druckhaus Darmstadt GmbH
64295 Darmstadt

Bezug und -bedingungen

Inland € 72,- (inkl. Versandkosten)
Ausland € 75,- (inkl. Versandkosten)
Studenten € 34,- (inkl. Versandkosten)
Alle Preise verstehen sich inkl. Mehrwertsteuer. Der Abonnementpreis wird im Voraus in Rechnung gestellt und umfasst 4 Ausgaben jährlich. Das Abonnement verlängert sich zu den jeweils gültigen Bedingungen um ein Jahr, wenn es nicht mit einer Frist von 8 Wochen zum Ende des Bezugszeitraumes gekündigt wird.

Erscheinungsweise

Das „Psychotherapeutenjournal“ erscheint viermal jährlich. Für Mitglieder der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz ist der Bezugspreis durch den Kammerbeitrag abgegolten.

Urheber- und Verlagsrechte

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten.

Manuskripte

Manuskripte sind schriftlich in dreifacher Ausfertigung oder elektronisch (Diskette; Email) im Word- oder rtf-Format an die Redaktion zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (tif-Format, mind. 300 dpi), Tabellen in getrennten Dateien einzureichen. Bei Einreichung in schriftlicher Form wenden Sie sich bitte zu den Formalitäten zu Abbildungen und Tabellen an die Redakteurin. Der Umfang des Manuskripts sollte im Regelfall 10 Seiten (zweizeiliger Abstand incl. Abbildungen und Tabellen) nicht überschreiten, während der Titel des Beitrages nicht länger als 70 Zeichen sein sollte.

Die verwendete Literatur ist nach den „Richtlinien zur Manuskriptgestaltung“, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Göttingen: Hogrefe Verlag, 1997), im Text zu zitieren und am Schluss des Manuskripts zu einem Literaturverzeichnis zusammenzustellen. Jedem Manuskript ist eine Zusammenfassung von maximal 120 Worten und eine Kurz-

beschreibung mit bis zu 50 Worten (für das Inhaltsverzeichnis) beizulegen. Die Redaktion behält sich das Recht auf Kürzungen vor.

Autoren erhalten jeweils zwei Belegexemplare der Ausgabe des „Psychotherapeutenjournal“, in der ihr Beitrag erschienen ist.

Rechtseinerklärung

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 Fernsendsendungen;
- das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z.B. Diskette, CD-Rom, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm – sei es unmittelbar oder im Wege der Datenfernübertragung –, sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte;
- das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z.B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sog. Kopienversandes auf Bestellung;
- das Recht zur Vergabe der vorgenannten Nutzungsrechte an Dritte im In- und Ausland sowie die von der Verwertungsgesellschaft WORT wahrgenommenen Rechte einschließlich der entsprechenden Vergütungsansprüche.

Verantwortlich für den allgemeinen Teil ist der Redaktionsbeirat. Für die Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern sind deren Vorstände verantwortlich.