

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in der zurzeit turbulenten Phase der Reform des Gesundheitssystems bietet sich für unsere Kammervertreter/innen reichlich Gelegenheit und Anlass, auf politischer Ebene zu intervenieren. Von Seiten der Politik werden wir als Ansprechpartner begrüßt und wir erfahren eine erstaunliche Offenheit unseren Argumenten gegenüber. Es ist uns dabei ein gemeinsames Anliegen, deutlich zu machen, dass Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als eigenständige Berufe ins Gesundheitsmodernisierungsgesetz aufgenommen werden müssen; nicht nur als zusätzliche Fachgebiete, neben den bisherigen. Mit welchem Ergebnis unsere Bemühungen im großen Interessengeflecht belohnt werden, wird sich erst später zeigen.

Trotz der brisanten politischen Situation wollen wir in diesem Heft inhaltliche Aspekte unserer vielfältigen Tätigkeitsbereiche zum Thema machen. Den Auftakt zu den Beiträgen aus dem Bereich der in Institutionen arbeitenden Kolleginnen und Kollegen macht **Michael Borg-Laufs**. Er vertritt die Position, dass in Beratungsstellen Psychotherapie durchgeführt wird, und er belegt dies mit neueren Definitionen von Psychotherapie, wie sie in der Fachwissenschaft verwendet werden und die Psychotherapie im Beratungskontext beschreiben. Er bezieht kritisch zur dichotomen Klassifizierung von „gesund“ und „krank“ Stellung, einer Klassifizierung, die in das PsychThG Eingang gefunden hat. Nur wer als „krank“ diagnostiziert ist, hat Anspruch auf Finanzierung im Gesundheitswesen. Psychosoziale Beratung hat eine andere Finanzierungsgrundlage und andere Störungsmodelle. Diese entstammen dem sozialwissenschaftlichen Kontext und bilden eine gute Grundlage, um umfassende ressourcen- und zielorientierte Interventionen zu begründen. Es ist sinnwidrig, die fachliche Definition der Psychotherapie von der Kostenträgerschaft abhängig zu machen. Psychotherapie muss aus der Tätigkeit heraus definiert werden. Mit dem Artikel von Borg-Laufs wollen wir eine solche Diskussion über Psychotherapie initiieren. Dies betrifft die fachlich-inhaltliche Schiene, aber auch die Frage nach den Finanzierungsgrundlagen. Daraus könnte sich auch die Frage ergeben, wie sich Krankenkassen und andere Träger anteilig an der Finanzierung von Psychotherapie beteiligen, die nicht in den klassischen Institutionen des Gesundheitswesens angesiedelt ist. Dass im Team einer Beratungsstelle mehr angeboten wird als nur Psychotherapie,

ist unstrittig, allerdings kann dies kein Argument dafür sein, dass im Beratungskontext keine Psychotherapie stattfindet.

Finanzierungsfragen spielen natürlich auch für die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen eine nicht unerhebliche Rolle. **Martin Stellpflug** behandelt die offenen Rechtsfragen im Zusammenhang mit dem Honorarbudget für den Bereich der niedergelassenen Psychotherapeuten im Jahr 1999 und in der Zeit ab 2000. Hier werden triftige Argumente dargelegt, die Widersprüche nicht zurückzuziehen.

Last but not least sollten Sie nicht versäumen, die erkenntnisreiche Studie von **Josef Brockmann, Thomas Schlüter** und **Jochen Eckert** zu lesen. Die Autoren vergleichen psychoanalytische und verhaltenstherapeutische Langzeittherapien, die in den Praxen der Behandler/innen durchgeführt wurden. Es konnte für beide Verfahren sowohl eine Reduzierung der Symptomatik als auch eine Veränderung der Selbstwertproblematik nachgewiesen werden. Bemerkenswerterweise gaben die Patientinn/en den Therapiezielen einer Verbesserung der Selbstwertproblematik und der sozialen Konflikte den Vorrang vor der Symptomreduktion. Mit dem praxisorientierten Wissenschaftsverständnis dieser Studie wurden interessante Ergebnisse vorgelegt, die eine einseitig symptomorientierte Forschung in ein kritisches Licht rücken. Psychotherapie ist immer ein komplexer Gegenstand, der in eine soziale Sinnhaftigkeit eingebettet ist. Es wäre wünschenswert, wenn aus dieser Untersuchung Impulse für weitere patientenorientierte und praxisorientierte Forschungsansätze erfolgen könnten.

Das Psychotherapeutenjournal ist wie angekündigt um ein weiteres Herausgebermitglied, die Bundespsychotherapeutenkammer, gewachsen. Es stehen nun noch die Konstituierung der Psychotherapeutenkammern im Saarland, in Schleswig-Holstein und die Etablierung der länderübergreifenden Kammer der fünf neuen Bundesländer aus. Das Psychotherapeutenjournal soll, wie die Kammergründung selbst, zu einer Identitätsfindung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beitragen. In diesem Sinne hoffen wir auf spannende Diskussionen im Leserforum. Bis zur Dezemberausgabe wünschen wir Ihnen eine gute Zeit!

Gisela Borgmann (Berlin)
für den Redaktionsbeirat des
Psychotherapeutenjournals

Inhalt

| | |
|--|-----|
| Editorial | 171 |
| Artikel | 173 |
| <i>Borg-Laufs, M.</i> | |
| Psychotherapie in Beratungsstellen | 173 |
| Die Frage, ob in Beratungsstellen Psychotherapie ausgeübt wird, wird in diesem Beitrag aus fachlicher Perspektive beantwortet. Demnach scheint gerade in diesem Setting eine zeitgemäße Konzeption von Psychotherapie im einzelfallangepassten Zusammenspiel mit anderen Hilfeleistungen verwirklicht zu werden. | |
| <i>Stellpflug, M.</i> | |
| Aktuelle Vergütungsfragen im GKV-Leistungssystem | 179 |
| In dem Artikel wird über noch offene Rechtsfragen zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen im Jahre 1999 und für die Zeit ab dem Jahre 2000 berichtet, die für die noch laufenden Widerspruchsverfahren bzw. Klagen vor den Sozialgerichten von Bedeutung sind. Auch auf die Vergütungsfrage für die psychotherapeutischen Behandlungen in Ausbildungsstätten wird eingegangen. | |
| <i>Brockmann, J., Schlüter, T. und Eckert, J.</i> | |
| Frankfurt-Hamburg Langzeit-Psychotherapiestudie | 184 |
| In einer prospektiven Studie wurden Patienten mit einer depressiven oder einer Angststörung verglichen, die mit Langzeitverhaltenstherapie oder mit psychoanalytischer Langzeitpsychotherapie behandelt wurden. Die Ergebnisse zeigen, dass Psychoanalytiker und Verhaltenstherapeuten zwar erfolgreich dieselben Störungsbilder, jedoch in vielfacher Hinsicht sehr unterschiedliche Menschen behandeln. Für die Veränderungen der Symptomatik und der interpersonalen Problematik werden Effektstärken mitgeteilt, die die Wirksamkeit der Behandlungen belegen. | |
| Recht: Aktuell | 195 |
| <i>Gerlach, H.</i> | |
| Aktuelles aus der Forschung | 199 |
| <i>Ripper, B.</i> | |
| Dokumentationen | 203 |
| <i>Gröger, W.</i> | |
| Vier Jahre Psychotherapie-Ausbildung – eine erste Bilanz | 203 |
| Bericht über ein Expertenhearing der DGVT am 15./16. Mai 2003 in Berlin | |
| Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern | 207 |
| Bundespsychotherapeutenkammer | 207 |
| Baden-Württemberg | 212 |
| Bayern | 216 |
| Berlin | 219 |
| Bremen | 223 |
| Hamburg | 228 |
| Hessen | 232 |
| Niedersachsen | 238 |
| Nordrhein-Westfalen | 242 |
| Rheinland-Pfalz | 248 |
| Leserbriefe | 252 |
| Impressum | 254 |

Psychotherapie in Beratungsstellen

Michael Borg-Laufs

Erziehungsberatungsstelle Essen-Frillendorf

Zusammenfassung: Obwohl viele PsychotherapeutInnen in Beratungsstellen arbeiten, wird immer wieder angezweifelt, ob in diesen Institutionen heilkundliche Psychotherapie angeboten wird oder gar angeboten werden darf. Die für diese Position vorgebrachten Argumente werden in diesem Beitrag näher betrachtet, wobei deutlich wird, dass sie aus fachlicher Perspektive nicht haltbar sind. Vielmehr scheint gerade in Beratungsstellen – eingebettet in ein breites Spektrum psychosozialer Hilfsangebote – eine Leistung angeboten zu werden, die zeitgemäßen Konzeptionen von Psychotherapie in besonderem Maße entspricht. Darüber hinaus wird dargestellt, dass eine fachlich begründbare Abgrenzung von Beratung einerseits und Psychotherapie andererseits ohnehin nur durch unterschiedliche Akzentsetzungen, nicht aber durch klare Trennungslinien vorgenommen werden kann. Die Sicherstellung und Förderung der in Beratungsstellen angebotenen komplexen – über Richtlinienpsychotherapie weit hinausgehenden – Hilfeleistung sollte ein wichtiges Ziel der Psychotherapeutenkammern darstellen.

Einführung: Psychotherapie in Beratungsstellen – eine umstrittene Frage?

Viele als Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen (KJP) oder Psychologische PsychotherapeutInnen (PP) approbierte Kolleginnen und Kollegen arbeiten in den etwa 12481 (DAJEB, 2003) von öffentlicher Hand oder freien Trägern finanzierten Beratungsstellen, die ein unverzichtbarer Bestandteil der psychosozialen Versorgung sind. Nach einer Hochrechnung von Vogel (1996) kann allein in den Bereichen Suchtberatung, Ehe-, Familien- und Lebensberatung sowie Erziehungsberatung von etwa 9500 Vollzeitstellen ausgegangen werden, die mit Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten besetzt sind. Im Bereich der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen leisten die

1076 Erziehungsberatungsstellen in Deutschland (bke, 2003) schon allein quantitativ einen herausragenden Beitrag. Die Besonderheiten der fachlichen Arbeit in diesen Einrichtungen werden in diesem Beitrag noch eine prominente Rolle spielen.

Es wird – trotz der Vielzahl der dort tätigen PsychotherapeutInnen – immer wieder in Frage gestellt, ob in Beratungsstellen überhaupt psychotherapeutisch gearbeitet werde bzw. ob dies überhaupt wünschenswert und/oder gar rechtens sei. In diesem Beitrag werden die Argumente, die immer wieder dafür vorgebracht werden, dass in Beratungsstellen *keine* Psychotherapie stattfindet, auf ihre Stichhaltigkeit und Folgerichtigkeit untersucht, und es wird eine fachlich begründete Position dazu dargestellt.

Psychotherapie in Beratungsstellen – warum soll das nicht gehen?

Die Argumente, die hier immer wieder zu hören sind, scheinen mir folgendermaßen zusammengefasst werden zu können:

1. Außerhalb des Gesundheitswesens werden keine heilkundlichen Tätigkeiten ausgeführt. Alles, was nicht in diesem Rahmen stattfindet, ist eine besondere, andere Form von Therapie, etwa pädagogisch-psychologische Therapie.
2. In Beratungsstellen, insbesondere in Erziehungsberatungsstellen, geht es um die Überwindung sozialer Konflikte und nicht um die Heilung von psychischen Krankheiten. In diesem Falle handelt es sich nicht um Psychotherapie im Sinne des Psychotherapeutengesetzes, in dem es eindeutig heißt: „Ausübung von Psychotherapie im Sinne dieses Gesetzes ist jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indi-

ziert ist. (...) Zur Ausübung von Psychotherapie gehören nicht psychologische Tätigkeiten, die die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte ... zum Ziel haben.“ (§ 3 PsychThG).

3. Es wird entweder Psychotherapie durchgeführt oder nicht. Dies kann sowohl einzelne Berater betreffen, die psychotherapeutisch arbeiten oder eben nicht, als auch ganze Institutionen, in denen die Durchführung von Psychotherapie ausgeschlossen ist und schließlich auch den ganzen Institutionstyp (Beratungsstellen).

4. Schließlich werden noch aus unterschiedlichen Motiven pragmatische Gründe angeführt. So wird etwa aus unterschiedlichen Kostenträgerschaften für die jeweiligen Tätigkeiten bzw. Bereiche geschlossen, dass wohl auch gänzlich unterschiedliche Hilfen für die Betroffenen geleistet werden.

Diese Argumente gehen z.T. ineinander über oder bauen aufeinander auf, aber um hier klar argumentieren zu können, wurde dennoch versucht, die Argumentationslinien anhand ihrer unterschiedlichen Akzentsetzungen zu differenzieren.

Ist das denn Psychotherapie? Zur Entwicklung der Psychotherapie außerhalb des Gesundheitswesens – historische und fachliche Erwägungen

Aus historischer Perspektive ist darauf hinzuweisen, dass Psychotherapie sich in weiten Teilen ohnehin außerhalb des Gesundheitswesens entwickelt und etabliert hat. Auch die Beratungsstellen bzw. ihre Vorläufer können hier als wesentlicher Motor der Innovation und Weiterentwicklung gesehen werden¹. Daher wurden Beratungsstellen von berufener Seite auch immer mit in die Betrachtung einbezogen, wenn fachkundige Stellungnahmen – etwa zur Versorgungslage – erstellt wurden (z.B. Vogel, 1996, 1999; Wittchen, o. J.). Insbesondere in dem im Auftrag der damaligen Bundesregierung erstellten „Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes“ (Meyer et al., 1991, S. 30 f.) werden Beratungsstellen wie selbstverständlich bei den Anbietern ambulanter Psychotherapie mit aufgeführt: „Gleichwohl sollen zuvor, quasi exemplarisch für ambulante psychotherapeutische Dienste und Einrichtungen, die Erziehungs- und Familienberatungsstellen und die sozialpsychiatrischen Dienste erwähnt werden, wohlwissend, dass vor allem in Großstädten auch in Psychosozialen Diensten,

AIDS-Beratungsstellen, Frauen-Therapie-Zentren, Pro-Familia-Beratungsstellen, Kriseninterventionsdiensten etc. psychotherapeutische Leistungen angeboten und insbesondere von solchen Menschen wahrgenommen werden, für die die Schwelle zur Praxis des niedergelassenen Psychotherapeuten zu hoch ist.“ Auch durch die Publikationen von therapeutischen Fallbeispielen in wissenschaftlichen Zeitschriften und Büchern ist belegt, dass in Beratungsstellen psychotherapeutisch gearbeitet wird (siehe Literaturhinweise in Borg-Laufs, 1999).

Verschiedentlich wird der Versuch unternommen, Psychotherapie in Beratungsstellen als nicht-heilkundliche Therapie von der heilkundlichen Therapie im Gesundheitswesen abzugrenzen, etwa indem darauf hingewiesen wird, dass Psychotherapie z.B. in Erziehungsberatungsstellen sich nicht an einem Krankheitsbegriff orientiert, sondern Kindeswohl bzw. -gefährdung als Ausgangspunkt der Handlungen ansieht und bei der Zielsetzung Ressourcenmobilisierung und die Entwicklung eigener Problemlösekompetenz im

Mittelpunkt stehen (Hundsatz, 1998, S. 163). Diese Beschreibungen sind richtig, aber sie machen auch deutlich, dass Psychotherapie in Beratungsstellen das verwirklicht, was in aktuellen Publikationen ohnehin als zeitgemäße Psychotherapie beschrieben wird. Schaut man z.B. in ein modernes Standardwerk wie etwa das Lehrbuch von Kanfer et al. (1996, S. 9), so heißt es dort über Psychotherapie: „Im wesentlichen geht es um eine professionelle Unterstützung von Klienten bei der Lösung von alltagsbezogenen Problemen, Konflikten und Lebensaufgaben, was meist erforderlich macht, situative Anforderungen und persönliche Ziele/Bedürfnisse in Einklang zu bringen.“ Diese Arbeit, so kann bei Kanfer et al. (1996) weiter nachgelesen werden, umfasst u.a. „... eine hohe Selbstverantwortung der Klienten für ihre Entscheidungen“ (ebenda), die Lenkung der Aufmerksamkeit auf die vorhandenen Ressourcen „... und vieles mehr, um Klienten selbst konstruktive Lösungsalternativen finden und umsetzen zu lassen“ (ebenda). Ebenso lässt sich übrigens auch bei anderen gängigen Definitionen von Psychotherapie nicht erkennen, dass die Arbeit in Beratungsstellen diese nicht zulässt. So wird Psychotherapie z.B. als „bewußter und geplanter interaktioneller Prozeß zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen ... mit psychologischen Mitteln ... in Richtung auf ein definiertes ... Ziel mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens“ (Strotzka, 1975, S. 4) beschrieben. Dies kann selbstverständlich in Beratungsstellen genauso geleistet werden wie in einer eigenen Praxis. Psycho-

¹ Vgl. z.B. die Übersicht zur Entwicklung der Kindertherapie bei Schmidtchen (2001) oder die Ausführungen von Bittner (2000) zu den psychotherapeutischen Wurzeln von Beratung.

therapie ist nicht dadurch definiert, dass sie von Krankenkassen bezahlt wird, sondern dadurch, dass eine den oben genannten Definitionen entsprechende Tätigkeit nach fachwissenschaftlichen Regeln durchgeführt wird.

Offensichtlich umfasst die Arbeit in Beratungsstellen Psychotherapie, lässt sich aber nicht darauf reduzieren (vgl. Haid-Loh et al., 1995; ausführlicher: Borg-Laufs, 1999, in Druck), vielmehr ergibt sich durch die in Beratungsstellen vorhandenen Kompetenzen die Möglichkeit, einzelfallbezogen die geeignete Hilfsmethode (Beratung oder Therapie in verschiedenen Settings) auszusuchen (siehe beispielsweise die Übersicht zur möglichen therapeutischen und nicht-therapeutischen Arbeit bei Schulproblemen in Borg-Laufs & Brack, 2001, S. 448).

Seelische Probleme und interpersonale Konflikte

Ein wesentliches Argument bezieht sich darauf, dass etwa in Erziehungs- oder Paarberatungsstellen die Überwindung sozialer Konflikte im Vordergrund stünde. Ist schon im Erwachsenenalter diese Unterscheidung bei näherer Betrachtung kaum konsequent durchzuhalten, da sich viele Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen zeigen, so ist diese Unterscheidung im Kindes- und Jugendalter gänzlich unmöglich. Kinder sind entwicklungsbedingt in so hohem Maße mit ihrer Umwelt verbunden und von ihr abhängig, dass Kinderpsychotherapie *immer* der Überwindung sozialer Konflikte dient. Diese Erkenntnis ist nun nicht spektakulär, vielmehr ist sie auch im maßgeblichen Kanon der Beschreibung psychischer Störungen zu finden. So heißt es in den Forschungskriterien zur ICD-10 der WHO: „Bei vielen kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen werden ... Störungen

der sozialen Rolle und in den sozialen Beziehungen als diagnostische Kriterien aufgeführt. ... Viele der unter F8 und F9 klassifizierten Störungen sind Beziehungsstörungen und können nur mit der Darstellung der Rollenveränderung in Familie, Schule und peer-group beschrieben werden.“ (WHO, 1999, S. 19).

Es erscheint ohnehin fraglich, wie klar „Krankheit“ (z.B. anhand der Frage, ob es sich um etwas der Person innewohnendes oder um soziale Konflikte handelt) definierbar ist und sein sollte. Nach Ansicht des Sozialmediziners Antonovsky wäre es sinnvoll, „... die dichotome Klassifizierung von Menschen als gesund oder krank zu verwerfen und diese stattdessen auf einem multidimensionalen Gesundheits-Krankheits-Kontinuum zu lokalisieren“ (Antonovsky, 1997, S. 29). Die hier wohl als wichtig empfundene Frage, inwieweit in Beratungsstellen Störungen mit Krankheitswert behandelt werden, ist ohnehin eine Frage, die sich nur aus der Sicht eines Betrachters stellt. „Ob eine Störung ‚Krankheitswert‘ besitzt, ist nicht abhängig von der Art und kaum abhängig von der Schwere eines Problems, es ist eine Frage der (Re-)Konstruktion eines Phänomens durch einen Beobachter.“ (Borg-Laufs, 2001a). In Beratungsstellen tauchen die gleichen Probleme auf wie in Ambulanzen und in Praxen. Ob ein Kind nun „aggressiv“ genannt wird oder die Diagnose „Störung des Sozialverhaltens“ (F91) erhält, ändert nichts daran, welche Symptome das Kind zeigt. Ebenso verhält es sich mit anderen Verhaltensweisen. So können die meisten Kinder, die in Erziehungsberatungsstellen vorgestellt werden, eine ICD-10-Diagnose erhalten (und in einigen Beratungsstellen wird auch so gearbeitet) – oder eben nicht. Es ändert nichts am Problem, ob ich ein Kind „schüchtern“ nenne oder ihm eine „Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters“ (F93.2) attes-

tiere usw. (vgl. ausführlicher: Borg-Laufs, 2001a).

Untersuchungen zur Frage der Klientel in Beratungsstellen zeigen klar auf, dass die KlientInnen häufig unter Störungen mit Krankheitswert leiden. Für Erziehungsberatungsstellen sei hier auf die Untersuchung von Kurz-Adam (1992) verwiesen, wonach 35% der Kinder und Jugendlichen wegen psychischen Problemen angemeldet werden, für die KlientInnen an Ehe-, Lebens- und Familienberatungsstellen belegten Klann und Hahlweg (1994), dass z.B. 51% der KlientInnen an Ängsten und Zwängen leiden, 41% an Depressionen und 10% an Störungen durch Substanzmissbrauch.

Tertium non datur?: Psychotherapie oder Nicht-Psychotherapie

Es wird häufig so getan, als ob Psychotherapie und Beratung zwei sich gegenseitig ausschließende Kategorien psychosozialer Tätigkeit seien, mithin eine Entscheidung getroffen werden müsse, welche denn nun durchgeführt werden solle. In Beratungsstellen findet – zum Wohle der KlientInnen – eine Menge statt, was nicht als Psychotherapie im Sinne der bereits zitierten bekannten Definitionen von Psychotherapie gelten kann. Ein Team mit verschiedenen Grundqualifikationen und verschiedenen Arbeitsansätzen versucht einem Klienten oder einem Klientensystem so zu helfen, wie dies aus fachlichen Erwägungen heraus hilfreich erscheint. Dazu gehört manchmal Psychotherapie, manchmal Psychoedukation, manchmal Sozialarbeit, manchmal Fördermaßnahmen usw. Insofern kann durchaus an vielen Stellen aufgezeigt werden, dass gerade keine Psychotherapie durchgeführt

² Ein Drittes ist nicht erlaubt.

wird. Ähnliches gilt aber auch für Krankenhäuser, in denen MitarbeiterInnen verschiedener Berufe (PsychotherapeutInnen, ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen, MotopädInnen u.v.a.) jeweils ihre berufsspezifischen Kenntnisse einbringen.

Dass in Beratungsstellen sowohl Psychotherapie als auch andere Hilfen angeboten werden, ergibt sich auch aus den Zusammensetzungen der Teams. So müssen z.B. in Erziehungsberatungsstellen laut § 28 KJHG (SGB VIII) „Fachkräfte verschiedener Fachrichtungen zusammenwirken“, um sicherzustellen, dass nicht ausschließlich pädagogische, sozialarbeiterische, psychologische oder psychotherapeutische Perspektiven eingenommen werden, sondern diese Kompetenzen gleichzeitig im Team vertreten sind, so dass jeder einzelne Fall genau die Hilfe bekommen kann, die gerade benötigt wird. Die häufig geforderte Lebensweltbezogenheit bzw. Gemeindeorientierung von Psychotherapie kann somit gerade innerhalb der Institution Beratungsstelle vorbildlich verwirklicht werden.

Dass also in Beratungsstellen mehr und anderes geleistet werden kann als im Rahmen von Psychotherapie in ambulanter Kassenpraxis, ist unbestritten. Aber dies heißt im Umkehrschluss eben nicht, dass dort gar keine Psychotherapie geleistet wird. Dieses Miteinander von Psychotherapie und anderen Hilfestellungen für die Betroffenen ist auf jeder Ebene möglich: Ebenso wie ein einzelner Mitarbeiter bzw. eine einzelne Mitarbeiterin in einer Beratungsstelle sowohl psychotherapeutisch als auch beratend oder pädagogisch u.ä. tätig sein kann (in demselben Fall oder in verschiedenen Fällen), kann natürlich auch auf eine Beratungsstelle als Institution bezogen ein Mix aus psychotherapeutischen und anderen Arbeitsformen verwirklicht werden, der vom Schwerpunkt der Be-

ratungsstelle, ihrer Eingebundenheit in das Netzwerk psychosozialer Hilfen in der Region und von der Qualifikation ihrer MitarbeiterInnen abhängt. Schließlich gilt dies nicht zuletzt auch für die Beratungsstellen als Einrichtung insgesamt: Es kann Beratungsstellen geben, die sich insgesamt schwerpunktmäßig als psychotherapeutische Institution verstehen, solche, die mög-

licherweise nur in bestimmten Fällen ein psychotherapeutisches Vorgehen wählen und überwiegend nicht-therapeutisch tätig sind und möglicherweise auch solche, in denen die Leistung Psychotherapie nicht angeboten wird. Aus diesem Grund ist es auch nicht zwingend notwendig, dass MitarbeiterInnen von Beratungsstellen approbiert sein müssen (vgl. bke, 2000).

Von der Zuweisung unterschiedlicher Problembeschreibungen zu verschiedenen Kostenträgern

Zuletzt sei auf eine Argumentationsfigur eingegangen, die eher formaler Natur ist. In Beratungsstellen werde – so heißt es gelegentlich – deshalb keine Psychotherapie gemacht, weil es sich um ein ganz anderes System als das Gesundheitssystem handle. Das Jugendamt etwa sei nicht zuständig für die Finanzierung von Psychotherapie im Sinne des Psychotherapeutengesetzes und deshalb finde in Einrichtungen, die von dieser Institution gefördert würden, auch keine Psychotherapie statt³. Die Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke) hat eine Stellungnahme zu der Frage veröffentlicht, ob die Arbeit in Beratungsstellen im Rahmen der Übergangsrichtlinien des Psychotherapeutengesetzes anerkennungsfähig ist; mit anderen Worten: ob es sich auch um Psychotherapie handeln kann, wenn der Kostenträger die Jugendhilfe ist. Darin heißt es (bke, 1998, S. 5): „Krankheit‘ wie auch ‚Erzieherischer Bedarf‘ sind zunächst sozialrechtliche Konstrukte, die die Probleme der Menschen in ihrem Lebensalltag nur sehr unzureichend abbilden. ... Diese Konstrukte dienen dazu, den Zugang zu Sozialleistungen zu operationalisieren.“ Hier wird deutlich, dass sozialrechtliche Konstrukte keine Aussagen darüber erlauben, welche Art von Tätigkeit ausgeführt wird. Was fachlich getan werden muss, wenn ein z.B. depressiver Klient in ei-

ner Beratungsstelle auftaucht, ergibt sich nun einmal nicht aus sozialrechtlichen Zuweisungskonstrukten. Ob es sich bei der jeweils angemessenen Hilfe um Psychotherapie im Sinne der genannten Definitionen handelt, ergibt sich ebenfalls nicht aus der Kostenträgerschaft, sondern aus der Art der Hilfe.

Was wird denn nun? – Schlussfolgerungen

Eine exakte Trennungslinie zwischen Therapie und Beratung zu ziehen, erscheint sowohl juristisch als auch fachlich kaum möglich, denn „jedem Kundigen ist klar, dass die Grenzlinie zwischen ‚heilkundlicher Psychotherapie‘ und ‚sonstigen psychologischen Tätigkeiten‘ nur auf dem Papier steht“ (Bittner, 2000). Nestmann (2002) stellt verschiedene Modelle des Verhältnisses von Beratung und Psychotherapie vor, die von völliger Kongruenz der Begriffe bis zu strikter Differenz der beiden Tätigkeiten reichen

³ Hier ist allerdings auch festzuhalten, dass etwa das System Jugendhilfe kein homogenes System darstellt, sondern „als Konglomerat von höchst verschiedenartigen gesellschaftlichen Reaktionen auf Notlagen von Kindern und Jugendlichen“ (Bittner, 2000, S. 15) zu sehen ist.

und stellt dann ein „Überschneidungsmodell“ in den Mittelpunkt seiner weiteren Überlegungen, welches davon ausgeht, dass beides – Beratung und Therapie – jeweils eigene Bereiche seien, die aber weitgehende Überschneidungen aufweisen. Demnach sind Psychotherapie und Beratung nicht prinzipiell gleichzusetzen, sondern sie sind hinsichtlich verschiedener Dimensionen unterschiedlich zu positionieren, etwa dass Beratung eher lebensereignisbezogen, netzwerkorientiert, präventiv, kurz und problemzentriert sei, während Therapie eher krankheitsbezogen, individuumorientiert, kurativ, lang und krankheitsbewältigungsorientiert sei. Angesichts der auch in dem vorliegenden Beitrag weiter oben vorgebrachten Argumente bleibt aber klar, dass eine strikte Dichotomisierung und Trennung dieser Bereiche nicht möglich ist, sondern dass es sich nur um Fragen von Schwerpunktsetzung und Akzentuierung handeln kann.

Vor diesem Hintergrund steht fachlich außer Frage: Das, was in Beratungsstellen gemacht wird, umfasst als komplexe Hilfeleistung neben anderen wichtigen Hilfen auch Psychotherapie entsprechend den gängigen Definitionen, und es geht auch gar nicht anders. Den Hilfesuchenden – und um die geht es doch allen Beteiligten – sind die hier aufgegriffenen Diskussionen völlig egal: Sie kommen mit einem häufig noch nicht ganz klaren, unstrukturiert dargebotenen Problem, an dem sie leiden, und dafür wollen sie die passende Hilfe erhalten. Ob dies nun Elterntraining, Fördermaßnahme, Beratung oder Psychotherapie heißt, geht an ihren Interessen vorbei. Sie wollen angemessene Hilfen erhalten, und es ist ein großes Glück, dass es Institutionen gibt, die in der Lage sind, die passende Hilfe aus einem breiten Spektrum von Interventionsmöglichkeiten anbieten zu können. Insofern wird in Beratungsstellen eine

komplexe Leistung angeboten, die gerade denjenigen KlientInnen zugute kommt, die aufgrund ihrer multiplen Problembelastetheit in einem rein psychotherapeutisch orientierten Setting nicht die für sie notwendige Hilfe erhalten könnten.

Dass berufs- und fachpolitisch weiter diskutiert werden muss, welche Folgerungen aus dem Gesagten zu ziehen sind, dürfte auch klar sein. Natürlich werden approbierte Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen in Beratungsstellen unterbezahlt, wenn sie nach BAT IV bezahlt werden, und ebenso offensichtlich ist die finanziell enge Lage der öffentlichen und freien Träger von Beratungsstellen, so dass sich Überlegungen anschließen müssen, wie z.B. sachgerechte tarifliche Veränderungen finanziert werden können. Dass hier Krankenkassen einen Teil der Kosten pauschal übernehmen könnten, wurde schon an anderer Stelle vorgeschlagen (vgl. Vogel, 1999), dies darf allerdings keinesfalls implizieren, dass dann in Beratungsstellen (nur noch) Richtlinienpsychotherapie angeboten werden darf, denn das geht am Auftrag der Beratungsstellen weit vorbei. Mit ein wenig Phantasie wären hier aber sicher Modelle möglich, die neue Möglichkeiten eröffnen, wie es etwa in anderen Bereichen mit den Gesundheitszentren in der Diskussion ist oder mit Sozialpsychiatrie-Vereinbarungen (bei allen Schwächen dieses Modells) verwirklicht wurde.

Dass zur Psychotherapie in Beratungsstellen zusätzliche, begleitende Beratungs- und Unterstützungsangebote sowie ein breiteres Spektrum einzelfallangepasster psychotherapeutischer Interventionsmöglichkeiten gehören, die im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie nicht bezahlt werden, muss – gerade angesichts aktueller Konzeptionen von Psychotherapie (etwa Kanfer et al., 1996; Grawe, 1998; Schmidtchen, 2001) als Vorteil dieser Institu-

tionen gewertet werden. Möglichkeiten etwa der Weiterentwicklung von Psychotherapie lassen sich gerade in diesem Praxisfeld versorgungsnah entwickeln (vgl. z.B. Schmidt, 1999).

Die Anerkennung von Beratungsstellen als mögliche Institutionen für die Praktische Tätigkeit von Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen und Psychologischen PsychotherapeutInnen in Ausbildung wäre ebenfalls sachlich angemessen und in hohem Maße wünschenswert (vgl. Borg-Laufs, 2001b), sofern in der jeweiligen Beratungsstelle die im Gesetz vorgegebenen inhaltlichen Anforderungen erfüllt werden. Die AusbildungsteilnehmerInnen hätten hier die Gelegenheit, Psychotherapie mit starkem Lebensweltbezug und Gemeindeorientierung kennenzulernen.

Es wäre wichtig, dass die Psychotherapeutenkammern auch diesem Arbeitsfeld ihre volle Aufmerksamkeit widmen und sich an der Sicherung und Fortentwicklung der psychotherapeutischen Arbeit in Beratungsstellen, ohne die es zu noch massiveren Versorgungsmängeln kommen würde, mit hohem Engagement beteiligen.

Literatur

- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung von Gesundheit*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Bittner, G. (2000). Erziehungsberatung – „Kleine Psychotherapie“ oder spezifisches Angebot der Jugendhilfe. *Informationen für Erziehungsberatungsstellen*, 3/00, 12-22.
- Borg-Laufs, M. (1999). Verhaltenstherapie in der Erziehungsberatung. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 1: Grundlagen* (S. 527-545). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Borg-Laufs, M. (2001a). Zur bisherigen und zukünftigen Entwicklung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*

mit Kindern und Jugendlichen, Band 2: Interventionsmethoden (S. 807-815). Tübingen: DGVT-Verlag.

Borg-Laufs, M. (2001b). Anerkennung von Beratungsstellen als mögliche Institutionen für praktische Ausbildung und praktische Tätigkeit in der Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 33, 164-166.

Borg-Laufs, M. (in Druck). Verhaltensberatung nach dem kognitiv-behavioristischen Modell. In Nestmann, F., Sickendiek, B. & Engel, F. (Hrsg.). *Handbuch der Beratung*. Tübingen: DGVT-Verlag.

Borg-Laufs, M. & Brack, U.B. (2001). Verhaltenstherapie in Beratungsstellen. In G.W. Lauth, U.B. Brack & F. Linderkamp (Hrsg.), *Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen* (S. 445-452). Weinheim: PVU.

Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke) (1998). Psychotherapie in Erziehungsberatungsstellen. *Informationen für Erziehungsberatungsstellen*, 2/98, 3-6.

Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke) (2000). Approbation als Einstellungsvoraussetzung für Fachkräfte in der Erziehungsberatung. *Informationen für Erziehungsberatungsstellen*, 1/00, 3-4.

Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke) (2003). *Verzeichnis der Erziehungs- und Familienberatungsstellen Stand 15.05.2003*. Verfügbar unter: <http://www.bke.de/ratsuchende.htm> (17.6.2003).

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung (DAJEB) (2003). *Beratungsführer online*. Verfügbar unter: <http://www.dajeb.de> (17.6.2003).

Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.

Hundsatz, A. (1998). Beratung, Psychotherapie oder Psychologische Beratung? Zum Profil therapeutischer Arbeit in der Erziehungsberatung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 47, 589-606.

Haid-Loh, A., Lindemann, F.-W. & Märten, M. (1995). *Familienberatung im Spiegel der Forschung*. (Untersuchungen aus dem Evangelischen Zentralinstitut für Familienberatung Nr. 17). Berlin: Eigenverlag.

Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996). *Selbstmanagementtherapie*. Berlin: Springer.

Klann, N. & Hahlweg, K. (1994). *Bestandsaufnahme in der institutionellen Ehe-, Familien- und Lebensberatung*. Stuttgart: Kohlhammer.

Kurz-Adam, M. (1992). Familiäre Problemlagen in der Beratungsarbeit. *Jugendwohl*, 73, 551-559.

Meyer, A.-E., Richter, R., Grawe, K., Schulenburg, J.-M. v. & Schulte, B. (1991). *Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes*. Hamburg: Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf.

Nestmann, F. (2002). Verhältnis von Beratung und Therapie. *Psychotherapie im Dialog*, 3, 402-409.

Schmidt, H.R. (1999). Familientherapie oder Kindertherapie? Ein Beitrag zur Differentialindikation in multiprofessionellen Teams. *Informationen für Erziehungsberatungsstellen*, 3/99, 16-20.

Schmidchen, S. (2001). *Allgemeine Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien. Ein Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.

Strotzka, H. (1975). Was ist Psychotherapie? In H. Strotzka (Hrsg.), *Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen* (S. 3-6). München: Urban & Schwarzenberg.

Vogel, H. (1996). Psychotherapie in der ambulanten Gesundheitsversorgung. Eine kritische Übersicht. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 28, 106-126.

Vogel, H. (1999). Verhaltenstheoretische Ansätze in der Gesundheitsversorgung. In H. Reinecker unter Mitarbeit von M. Borg-Laufs, A. Ehlert, D. Schulte, H. Sorgatz & H. Vogel (1999), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (S. 15-43). Tübingen: DGVT-Verlag.

WHO (1999). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*. Bern: Huber.

Wittchen, H.-U. (o.J.). Bedarfsgerechte Versorgung psychischer Störungen. Abschätzungen aufgrund epidemiologischer bevölkerungsbezogener Daten. *Stellungnahme für die Allianz psychotherapeutischer Berufs- und Fachverbände zur Befragung durch den Sachverständigen für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen*.

Dr. Michael Borg-Laufs

KJP und PP. Langjährige Tätigkeit als Leiter einer Erziehungsberatungsstelle, Fachleiter KJP des Ausbildungszentrums Krefeld der DGVT, außerdem Dozent und Supervisor an verschiedenen Instituten. Vorsitzender des Ausschusses KJP der Psychotherapeutenkammer NRW. Erziehungsberatungsstelle Essen-Frillendorf
Elisenstraße 64
45139 Essen
borg-laufs@freenet.de



**15. Kongress für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung
Brennpunkt Psychotherapie
05.03. bis 09.03.2004
an der Humboldt-Universität zu Berlin**

Bis 15.11.2003 gilt eine ermäßigte Teilnahmegebühr. Eine frühzeitige Anmeldung lohnt sich! Sie sparen bis zu 40,- Euro.

Online-Anmeldung möglich!

Informationen und Anmeldeunterlagen unter:
www.dgvt.de oder direkt bei
DGVT-Bundesgeschäftsstelle:

Tel: 07071 943494

Fax: 07071 943435

e-mail: kongress@dgvt.de

Aktuelle Vergütungsfragen im GKV-Leistungssystem

Martin H. Stellpflug

Zusammenfassung: Nachdem das BSG in mehreren Urteilen unter bestimmten Voraussetzungen für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen einen Mindestpunktwert von 10 Pfennig gefordert hatte¹, haben zahlreiche KVen – freiwillig oder nach Verpflichtung durch die Sozialgerichte – Honorarbescheide für die Zeit bis 1999 abgeändert und psychotherapeutische Leistungen nachvergütet². Für das Jahr 1999 und die Zeit danach allerdings gelten andere rechtliche Rahmenbedingungen, über deren Konsequenzen für die Frage des Mindestpunktwertes von 10 Pfennig bzw. 5,11 Cent noch nicht abschließend entschieden ist. Nachfolgend wird daher zunächst über noch offene Rechtsfragen zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen im Jahre 1999 (unten I.) und für die Zeit ab dem Jahre 2000 (unten II.) berichtet, die für die noch laufenden Widerspruchsverfahren bzw. Klagen vor den Sozialgerichten von Bedeutung sind. Daneben ergibt sich aufgrund einer Änderung im Fallpauschalengesetz³ eine besonders spannende Vergütungsfrage für die psychotherapeutischen Behandlungen in Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG. Darauf wird unter III. eingegangen. Unter IV. wird der Themenbereich zusammengefasst und der Rat gegeben, Abrechnungen und die zugrunde liegende Honorarverteilung auf ihre Rechtmäßigkeit zu prüfen und Honorarbescheide gegebenenfalls fristgerecht mit dem Widerspruch anzugreifen.

I.

Für das Jahr **1999** war die Besonderheit zu beachten, dass Art. 11 des PsychThG eine Sonderregelung für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen bzw. für das dazu zur Verfügung stehende Ausgabenvolumen enthielt. Da das Ausgabenvolumen für psychotherapeutische Leistungen gesetzlich geregelt war, haben die Gerichte überwiegend keine Möglichkeit gesehen, den Psychotherapeuten höhere Punktwerte zuzusprechen, sofern das insge-

samt dafür vorgesehene Vergütungsvolumen voll zur Auszahlung gelangte⁴.

Erfolg hatten allerdings Klagen von Psychotherapeuten, die sich darauf stützten, dass die Regelungen in **Art. 11 Abs. 2 PsychThG** unbeachtet geblieben waren. Denn der Gesetzgeber hatte zwar das Ausgabenvolumen definiert, gleichzeitig aber geregelt, dass die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen (Punktwerte) nicht mehr als 10% unter der Vergütung der Leistungen nach Kapitel B II des EBM (durchschnittlicher rechnerischer Punktwert der beteiligten Krankenkassen) sinken dürfe. Liege dieser Fall vor, so die Regelung, müssten die Vertragsparteien geeignete Maßnahmen zur Begrenzung der Punktwertdifferenz treffen.

So hat mit Urteil vom 07.11.2001 das **Sozialgericht Magdeburg**⁵ über einen Honorarbescheid zum Quartal II/99 entschieden. Das Sozialgericht hob den Honorarbescheid auf und verurteilte zur Neu- bescheidung. In den Urteilsgründen heißt es:

„Für die Entscheidung über die Rechtmäßigkeit des Honorarbescheides, die sich letztlich an der Höhe des Punktwerts entscheidet, kommt es maßgeblich auf die Frage an, ob die gesamtvertraglichen Vereinbarungen zwischen der Beklagten und den Krankenkassenverbänden über die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen im Jahre 1999 rechtmäßig sind. Diese nämlich bilden die Rechtsgrundlage, auf der sich der konkrete zur Vertei-

- 1 Vgl. z. B. die Urteile des BSG vom 20.01.1999 (B 6 KA 46/97 R) oder vom 25.08.1999 (B 6 KA 14/98 R).
- 2 Nach einem Urteil des SG Reutlingen vom 17.07.2002 (S 1 KA 3143/00) kann auch die Weigerung einer KV, bestandskräftige Honorarbescheide auf der Grundlage von § 44 Abs. 4 SGB X abzuändern, rechtswidrig sein.
- 3 Gesetz vom 23.04.2002 (BGBl. I S. 1412).
- 4 Vgl. Urteil des BSG vom 06.11.2002, B 6 KA 21/02 R (= MedR 2003, 424 ff. mit Anmerkung Steinhilper), Verfassungsbeschwerde wurde nicht angenommen.
- 5 Az.: S 7 KA 32/00, Berufung ist beim LSG Sachsen-Anhalt anhängig (L 4 KA 10/02).

lung stehende Punktwert jeweils aufbaut. (...)

Der Punktwert von (nur) 5,84 DPf. für psychotherapeutische Leistungen verletzt die betroffenen Leistungserbringer in ihrem Grundrecht der Berufsfreiheit nach Art. 12 Abs. 1 GG. Sie erhalten zu wenig Geld für ihre psychotherapeutischen Leistungen im Jahr 1999, und dies ist als Eingriff in das Grundrecht der Berufsfreiheit nicht – auch nicht durch den hohen Gemeinwohlbelang der Beitragssatzstabilität – zu rechtfertigen.“ (SG Magdeburg, Urteil vom 07.11.2001, S 7 KA 32/00)

Das Sozialgericht Magdeburg kommt zu dem Ergebnis, dass im vorliegenden Fall die Auswirkungen der Regelung des Art. 11 Abs. 1 PsychThG nicht mehr verhältnismäßig im engeren Sinne waren.

„Aus alledem folgt, dass Art. 11 Abs. 1 PsychThG wegen der Festsetzung einer zu geringen Vergütung einen verfassungswidrigen Eingriff in das Grundrecht der Berufsfreiheit der psychotherapeutischen Leistungserbringer darstellen würde, wenn die Regelung des Art. 11 Abs. 2 PsychThG ein „Abstandsgebot“ in der Weise beinhalten würde, dass der Punktwert psychotherapeutischer Leistungen 90% des durchschnittlichen Punktwerts der B II-Leistungen nicht überschreiten darf. In diesem Falle wäre die Bestimmung dem Bundesverfassungsgericht im Verfahren der konkreten Normkontrolle nach Art. 100 GG vorzulegen.“

Hingegen lässt sich die Bestimmung des Art. 11 Abs. 2 PsychThG verfassungskonform auslegen. (...)

Der Sinn und Zweck der Bestimmung des Art. 11 Abs. 2 PsychThG ist – anders als derjenige des Art. 11 Abs. 1 PsychThG – derjenige der Sicherstellung eines angemessenen Einkommens

der psychotherapeutischen Leistungserbringer. Auch in der Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit heißt es insoweit, die Vorschrift flankiere die in Abs. 1 getroffene Regelung dahingehend, dass etwaige ungewollte Auswirkungen auf die Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen durch geeignete Maßnahmen, jedenfalls bei Unterschreiten eines bestimmten Punktwerts vermieden werden. Ein anderer Zweck der Bestimmung wäre auch verfassungsrechtlich problematisch. Die Eingliederung der Psychotherapeuten in die vertragsärztliche Versorgung zum 1. Januar 1999 durfte nicht dazu führen, dass die Vergütung ihrer Leistungen wegbrach. Dies gebietet das Grundrecht der Berufsfreiheit des Art. 12 Abs. 1 GG. (...)

Im Ergebnis folgt aus dieser Auslegung, dass bei einer Überschreitung der Interventionsschwelle des Art. 11 Abs. 2 PsychThG vom Gesetzgeber Nachverhandlungen der Vertragspartner der Gesamtverträge über die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen gefordert werden, ohne dass aber deren Handlungsspielräume hier weitergehend als sonst eingegrenzt werden. Bei der vorzunehmenden Interessenabwägung ist zudem die Gefährdung der psychotherapeutischen Versorgung in Sachsen-Anhalt aufgrund massiver Unterversorgung zu berücksichtigen. Es kann insoweit nicht allein auf die Beitragssatzstabilität abgestellt werden; dies würde die Psychotherapeuten unzumutbar belasten und ist für die Versorgungslage geradezu existenzbedrohend. Auch daher ist eine weitergehende Auslegung geboten, die es den Partnern der Gesamtverträge und mithin dem Landesschiedsamt auch ermöglicht, bei Erreichen des Interventionspunktwertes verfassungskonforme Punktwerte für psychotherapeutische Leistungen festzusetzen.“ (Seite 23, 24 des Urteilumdrucks)

Auch das **Sozialgericht Kiel** hatte im Urteil vom 31.10.2001⁶ die Honorarbescheide für die Quartale II – IV/99 aufgehoben und die dortige KV zur Neubescheidung verurteilt mit der Begründung, die Festsetzung des Garantie-Punktwertes sei von den Vertragsparteien nicht in korrekter Weise vorgenommen worden.

Das **Sozialgericht München**⁷ hat mit der gleichen Begründung im Urteil vom 23.07.2003 Honorarbescheide des Jahres 1999 aufgehoben und die KV Bayerns zur Neuberechnung der Honoraransprüche verurteilt.

Interessant in diesem Zusammenhang ist noch eine Entscheidung des **Sozialgerichts Gotha** vom 29.01.2003. Auch hier ging es um die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen im Jahr 1999. Nachdem von der KV Thüringen festgestellt worden war, dass die Mindestpunktwerte nicht zur Auszahlung kommen könnten, wurde zusammen mit den Krankenkassenverbänden versucht, „geeignete Maßnahmen“ im Sinne des Art. 11 Abs. 2 Psychotherapeutengesetz zur Begrenzung der Punktwertdifferenz zu treffen. Weil aber eine Einigung nicht erzielt werden konnte, wurde das Schiedsamt angerufen. Das Schiedsamt verpflichtete die KV und die Krankenkassenverbände dazu, die Punktwertdifferenz bis zu einer Grenze von 90% des in Art. 11 Abs. 2 PsychThG festgelegten Schwellenpunktwertes auszugleichen und die Kosten hierfür jeweils zur Hälfte zu tragen. Das Sozialgericht Gotha hob diesen Schiedsstellenspruch im Urteil vom 29.01.2003⁸ auf und verurteilte zur Neubescheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts. Für rechtsfehlerhaft hielt das Sozialgericht den Schiedsstellenspruch insoweit, als

6 Az.: S 14 KA 206/00, Schleswig-Holsteinisches LSG (L 6 KA 7/02), BSG (B 6 KA 17/03 R).

7 Az.: S 33 KA 2681.

8 Az.: S 12 KA 924/00.

sowohl die KV als auch die Krankenkassenverbände die Kosten für die Mehrvergütung jeweils zur Hälfte tragen sollten. Nach Ansicht des Sozialgerichts Gotha ist eine notwendige Aufstockung des Budgets allein von den Krankenkassen zu finanzieren.

Unbeachtet blieb bisher – soweit ersichtlich – die Regelung in Art. 14 Abs. 3 S. 2 des Gesetzes zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz – GKV-SolG) vom 19.12.1998⁹. Dort ist geregelt, dass die psychotherapeutischen Leistungen der Ärzte und der Psychotherapeuten nicht unterschiedlich vergütet werden dürfen. Dies bedeutet, dass jeweils auch im Einzelfall genau zu überprüfen ist, ob nicht abweichend von dieser Regelung einzelne Leistungserbringer für psychotherapeutische Leistungen höhere Punktwerte im jeweiligen Quartal erzielt haben. Der einzelne Psychotherapeut hat also, soweit noch Widersprüche oder Klagen anhängig sind, auch zu überprüfen, ob Regelungen im HVM nicht dazu geführt haben, dass beispielsweise die probatorischen Sitzungen schlechter bezahlt wurden, als bei einem ärztlichen Psychotherapeuten oder einem anderen Arzt mit entsprechender Abrechnungsgenehmigung. Eine solche Differenzierung wäre mit der genannten Vorschrift nicht vereinbar.

II.

Für die **Jahre ab 2000** gibt es keine gesetzlichen Vorgaben zur Höhe des Ausgabenvolumens¹⁰ für psychotherapeutische Leistungen, mit der Konsequenz, dass zunächst auf die „10-Pfennig-Urteile“ des BSG zu verweisen ist. Trotz der klaren Vorgaben des BSG haben viele KVen in den Honorarbescheiden ab I/2000 geringere Punktwerte auch der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen zugrunde ge-

legt. Dies geschah u. a. mit Verweis auf einen Beschluss des Bewertungsausschusses vom 16.02.2000 zur Festlegung der angemessenen Höhe der Vergütung ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und -therapeuten mit Wirkung zum 01.01.2000 (Deutsches Ärzteblatt 2000, A-558). Inhalt dieses Beschlusses ist ein auf regionalisierten Daten beruhendes Rechenmodell, welches vorgibt, sicherzustellen, dass ein zeitlich voll ausgelasteter Psychotherapeut für genehmigungspflichtige Leistungen des Kapitels G IV EBM ein Honorar erziele, das nach Abzug der Praxiskosten dem Honorarerlös einer allgemeinmedizinischen Vertragsarztpraxis entspräche.

Dieser Beschluss des Bewertungsausschusses ist vielfach kritisiert worden, u. a. mit eingehender Begründung vom Bundesministerium für Gesundheit im Schreiben vom 30.11.2000.

Im **Urteil des Sozialgerichts Dortmund** vom 23.07.2002 (S 26 KA 274/00) heißt es dazu:

„Die in Ziff. 2.3 ff. des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 16.02.2000 vorgegebene Errechnung eines regionalen Mindestpunktwertes für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen des Abschnitts G IV EBM ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und -therapeuten und der Heranziehung des IST-Umsatzes dieser Leistungserbringer in DM des Jahres 1998 verstößt gegen die gesetzliche Bestimmung des § 85 Abs. 4 a S. 1 Halbsatz 2 SGB V i. V. m. § 85 Abs. 4 S. 4 SGB V.“

Insbesondere aber betont das Sozialgericht auch den gesetzlichen Auftrag aus § 85 Abs. 4 S. 4 SGB V, wonach im Honorarverteilungsmaßstab Regelungen zur Vergütung der Leistungen der Psychotherapeuten und der aus-

schließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen sind, **die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten:**

„Diese HVM-Regelung verstößt gegen die Verpflichtung der Beklagten aus § 85 Abs. 4 S. 4 SGB V, im Verteilungsmaßstab Regelungen zur Vergütung der Leistungen der Psychotherapeuten und der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten. Wie bereits die Aufsichtsbehörde der Beklagten zu Recht beanstandet hat, stellt die Beklagte mit § 11 Abs. 1 HVM nicht sicher, dass ab 01.01.2000 der erforderliche Mindestpunktwert nicht unterschritten wird. § 85 Abs. 4 S. 4 SGB V verteilt der Beklagten den Auftrag, im Interesse der Verteilungsgerechtigkeit bei der Ausgestaltung des HVM die Besonderheiten des Leistungsspektrums der Psychotherapeuten und der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu berücksichtigen (BT-Drucks. 14/1977, S. 165). Diesem gesetzlichen Auftrag wird die Beklagte durch die Bezugnahme auf die mit den Krankenkassen zu treffenden Vergütungsvereinbarungen nicht gerecht. Der Regelungsgehalt des § 85 Abs. 4 S. 4

⁹ Bundesgesetzblatt I 1998, Seite 3853, 3861.

¹⁰ Allerdings ist das in Art. 11 des Psychotherapeutengesetzes vorgegebene Ausgabenvolumen gemäß § 85 Abs. 3 SGB V Grundlage der Volumina in den Folgejahren. Im Urteil vom 06.11.2002 (B 6 KA 21/02 R) hat das BSG offen gelassen, ob aus diesen Folgewirkungen die Rechtswidrigkeit/Verfassungswidrigkeit von Art. 11 PsychThG folgen kann. Möglicherweise ist in diesem Zusammenhang insbesondere zu berücksichtigen, dass damit alle Berechnungen auf der Grundlage von Ausgaben für Psychotherapie im Jahre 1996 fußen, obwohl nach den „10-Pfennig-Urteilen“ des BSG gerade in diesem Zeitraum psychotherapeutische Leistungen zu gering vergütet wurden.

SGB V beschränkt sich auf die Verteilungsseite, so dass der HVM von der Einnahmesituation der KV unabhängige Verteilungsregelungen zur Gewährleistung der angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen je Zeiteinheit beinhalten muss.“ (Seiten 19, 20 des Urteilumdrucks)

Nach einer Pressemitteilung des Landessozialgerichts NRW vom 10.04.2003 hat auch das **Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen** (L 11 KA 133/02 und 134/02) die Vorgaben des Bewertungsausschusses für **rechtswidrig** gehalten. Dem Bewertungsausschuss sind nach Ansicht des 11. Senats des LSG bei seinen Vorgaben mehrere Fehler unterlaufen. Als besonders schwerwiegend sahen die Richter es an, dass der Betriebskostenanteil deutlich zu niedrig und zudem auf der Grundlage von Statistiken aus 1998 festgesetzt wurde. Für das Jahr 2000 sind diese jedoch nicht repräsentativ, unter anderem, weil Psychotherapeuten in diesem Zeitraum noch nicht Mitglieder der KV waren.

Wenn die Urteile rechtskräftig werden – der 11. Senat hat die Revision zugelassen –, muss der Bewertungsausschuss seine Vorgaben überarbeiten und die KV das Honorar der Kläger anschließend neu berechnen. Hiervon könnten im Bereich der KV Westfalen-Lippe rund 1000 weitere Psychotherapeuten profitieren, deren Verfahren im Hinblick auf die beiden Musterprozesse ruhend gestellt wurden. Allein bezogen auf diese Verfahren geht es um eine Nachforderung von etwa 20 Millionen DM für das Jahr 2000.

Auch das **Sozialgericht Reutlingen** hat im Urteil vom 23.10.2002¹¹ Honorarbescheide des Jahres 2000 aufgehoben, soweit darin die psychotherapeutischen Leistungen mit einem Punktwert von weniger als 10 Pfennig

vergütet worden waren. Gleiches gilt für das **Sozialgericht Magdeburg**¹². Die Sozialgerichte kommen zu dem Ergebnis, dass der Beschluss des Bewertungsausschusses gegen die gesetzliche Regelung des § 85 Abs. 4 S. 4 und Abs. 4 a S. 1 SGB V verstoße und einzelne Rechnungsvorgaben willkürlich seien.

III.

Nach § 117 Abs. 2 S. 3 SGB V (in der Fassung ab 01.01.2003) gilt für die Vergütung der ambulanten psychotherapeutischen Behandlungen der Versicherten in den **Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG § 120 SGB V** entsprechend.

Uneinheitlich wird die Frage beantwortet, ob dieser Verweis auf § 120 SGB V den Abs. 1 oder den Abs. 2 der Regelung (in der Fassung ab 01.01.2003) meint. Dies ist erheblich, da in § 120 Abs. 1 SGB V geregelt ist, dass die dort erfassten Leistungen nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen **aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung** vergütet werden, während § 120 Abs. 2 SGB V bestimmt, dass die dort genannten Leistungen unmittelbar **von der Krankenkasse vergütet** werden und die Leistungserbringer mit den Krankenkassenverbänden Vereinbarungen über die Vergütung zu treffen haben.

Das **Sozialgericht Hannover** hat in einem Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes die KV Niedersachsen verpflichtet, die in den Ausbildungsstätten erbrachten psychotherapeutischen Leistungen über den 31.12.2002 hinaus nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zu vergüten¹³. Eine ähnliche Verpflichtung hat das **Sozialgericht Kiel** ausgesprochen¹⁴. Dabei stützt das Sozialgericht Hannover seine Entscheidung auf die

Ansicht, die Ambulanzen der Ausbildungsstätten seien sowohl nach altem als auch nach neuem Recht die in § 120 Abs. 1 genannten „sonstigen ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen“. Das Sozialgericht Kiel stützt seine Entscheidung auf die Beobachtung, die Ausbildungsinstitute seien keine Hochschulambulanzen und für die im Gesetz nicht genannten Institutsambulanzen sei somit keine Änderung eingetreten. Darüber hinaus wird die Entscheidung mit dem unrichtigen Hinweis begründet, „im übrigen“ sei auch nach bisherigem Recht die Vergütung der Hochschulambulanzen von den Krankenkassen zu leisten gewesen.

Dagegen hat das **Sozialgericht Berlin**¹⁵ einen entsprechenden Antrag auf Einstweilige Anordnung gegen die KV Berlin zurückgewiesen, da nach seiner Ansicht die Vergütung unmittelbar durch die Krankenkassen zu erfolgen hat. In Auseinandersetzung mit den Entscheidungen des SG Kiel und des SG Hannover kommt das SG Berlin zu dem Ergebnis, es ergebe sich aus dem Gesetz eine Gleichbehandlung zwischen den Institutsambulanzen der Hochschulen (früher: Polikliniken, heute: Hochschulambulanzen) und den Ambulanzen an den Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG. Es sei nicht erkennbar, dass der Gesetzgeber diese bisherige Gleichbehandlung, die im Übrigen auch für die Vergütung galt, habe ändern wollen. Für die vergütungsrechtliche Gleichbehandlung der an Hochschulen und Ausbildungsstätten im Rahmen der Ausbildung erbrach-

11 Az. S 1 KA 1627/01, Sprungrevision: B 6 KA 23/03 R.

12 Urteil vom 26.02.2003 – S 17 KA 486/00, Sprungrevision: B 6 KA 25/03 R.

13 Beschluss vom 18.02.2003 – S 16 KA 443/02 ER.

14 Beschluss vom 19.02.2003 – S 15 KA 64/02 ER.

15 Beschluss vom 27.03.2003 – S 71 KA 381/02 ER, rechtskräftig.

ten Leistungen spreche auch, dass sowohl die Ermächtigungen für die Hochschule als auch die Ermächtigungen für die Ausbildungsinstitute nach § 6 Abs. 1 PsychThG nicht aus Sicherstellungsgründen erteilt würden und somit ohne Bedarfsprüfung auszusprechen seien. Wegen dieser Gleichbehandlung – nach altem und nach neuem Recht – seien nunmehr die Leistungen sowohl der Hochschulambulanzen nach § 117 Abs. 1 als auch der Institutsambulanzen nach § 117 Abs. 2 SGB V direkt von den Krankenkassen zu vergüten. Dieses Ergebnis sei durch die Gesetzesbegründung zum FPG (BT-Drucks. 14/6893, Seite 30) bestätigt. Dort sei als Grund für die Änderung der Vergütungsform bei poliklinischen Leistungen angegeben, dass die Gesamtvergütung von solchen Leistungen zu entlasten sei, die nicht aus Gründen der Sicherstellung erbracht würden. Dies treffe auch für die in den Ambulanzen der Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG erbrachten Leistungen zu.

Ebenso hat im Hauptsacheverfahren das **SG Hamburg**¹⁶ entschieden (und die Sprungrevision zugelassen).

§ 120 Abs. 4 SGB V regelt, dass auf Antrag einer Vertragspartei die **Schiedsstelle** nach § 18 a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes die Vergütung festzusetzen hat, sofern eine Vereinbarung ganz oder teilweise nicht zustandekommt. Da Vergütungsvereinbarungen mit den Krankenkassen in Berlin nicht zustandegekommen sind, wurde im Dezember 2002 die Schiedsstelle mit dem Antrag auf Festsetzung der Vergütung angerufen. In einem Zwischenbeschluss vom 31.01.2003 hat sich die Schiedsstelle für die Festsetzung der Vergütung der Ausbildungsstätten für zuständig erklärt und diese Entscheidung eingehend begründet. Die Festsetzung der Vergütung

erfolgte am 17.04.2003 mit einem einheitlichen Punktwert, der z. T. deutlich über den Auszahlungspunktwerten der KV Berlin liegt¹⁷.

IV.

Zusammengefasst zeigt dieser Überblick, dass – insbesondere nach der Freude und Genugtuung über die „10-Pfennig-Urteile“ – eine gewisse Ernüchterung eintreten musste. Die Fachgruppe der Psychologischen Psychotherapeuten kämpft in einer fast unübersehbaren Vielzahl von Rechtsstreitigkeiten in verschiedenen Instanzenzügen für eine angemessene Vergütung, wobei regional unterschiedlich und zwischen Vergütungszeiträumen differenzierend verschiedene rechtliche Argumente zum Tragen kommen. Der Blick zu der besonderen Vergütungsproblematik der Ausbildungsambulanzen zeigt, dass nicht nur der Bewertungsausschuss und die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen der Honorarverteilung den Psychotherapeuten das Leben schwer machen, auch der Gesetzgeber sorgt durch unklare und womöglich unüberlegte Gesetzesänderungen für existentiellen Notstand.

Ein Rat kann daher nur lauten, jeweils fristgerecht Honorarbescheide mit dem Widerspruch anzugreifen und genau zu prüfen, ob die Abrechnung und die hier zugrunde liegende Honorarverteilung mit Recht und Gesetz in Einklang steht. Insbesondere bei sog. „Musterprozessen“ ist Vorsicht geboten: Regionale Besonderheiten der Honorarverteilung können – wenn überhaupt – nur durch die regional zuständigen Sozialgerichte überprüft werden. Und selbst hier sollte sich der Betroffene durch Einsicht in möglicherweise bereits vorliegende Urteilsgründe Gewissheit verschaffen, ob tatsächlich alle Argumente geprüft und gewürdigt wurden.

Dr. Martin H. Stellpflug, M.A.
(Lond.)

Rechtsanwalt, Fachanwalt für
Sozialrecht
Dierks & Bohle
Walter-Benjamin-Platz 6
10629 Berlin
Tel.: +49 (0) 30/327 787-0
Fax: +49 (0) 30/327 787-77

16 Urteil vom 30.04.2003 – S 3 KA 438/02.

17 Nachzutragen bleibt, dass sich im Gesetzentwurf der Fraktion SPD und Bündnis 90/Die Grünen eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG – Stand: 02.06.2003) das Ministerium klar dahingehend geäußert hat, dass mit den Änderungen im Fallpauschalengesetz beabsichtigt war, eine direkte Vergütung der Ausbildungsstätten durch die Krankenkassen zu erreichen: „Bereits nach geltendem Recht erfolgt lediglich der Zugang zur Versorgung durch Ermächtigungen der Zulassungsausschüsse (§ 117 Abs. 1 und 2). Die Vergütung erfolgt nach geltendem Recht nicht im Rahmen der zwischen kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen vereinbarten Gesamtvergütung, sondern wird durch direkte Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern geregelt (§ 120 Abs. 2).“ (Gesetzentwurf, Stand: 02.06.2003, Seite 266).

Frankfurt-Hamburg Langzeit- Psychotherapiestudie

Eine naturalistische Studie – Verlauf und Ergebnisse psychoanalytischer und verhaltenstherapeutischer Langzeitpsychotherapien in der Praxis niedergelassener Psychotherapeuten¹

Josef Brockmann¹, Thomas Schlüter² und Jochen Eckert³

¹Freie Praxis Frankfurt, ²Freie Praxis Hamburg und ³Universität Hamburg

Zusammenfassung: In einer prospektiven Studie mit einem naturalistischen Design wurden 31 Patienten mit Langzeitverhaltenstherapie (im Mittel 63 Sitzungen) und 31 Patienten mit psychoanalytischer Langzeitpsychotherapie (im Mittel 185 Sitzungen) verglichen. Alle Patienten wurden vor Aufnahme in die Studie durch externe Interviewer mit einem strukturierten klinischen Interview (SKID) diagnostisch untersucht. In die Studie wurden ausschließlich Patienten aufgenommen, die die DSM-III-R-Kriterien für das Vorliegen einer depressiven Störung oder einer Angststörung erfüllten. Symptomatik (SCL-90-R), interpersonale Probleme (IIP-D) sowie Therapieziele und deren Erreichung wurden zu vier Zeitpunkten erhoben: Bei Behandlungsaufnahme, nach einem Jahr, nach 2,5 und nach 3,5 Jahren. Nach 3,5 Jahren fand ein Katamneseinterview statt. Obwohl die verhaltenstherapeutisch und psychoanalytisch behandelten Patienten diagnostisch vergleichbar sind, unterscheiden sie sich bezüglich einer Reihe von anderen Merkmalen, u.a. in der Schulbildung, im Zugangsmodus zur Psychotherapie (ärztliche Überweisung vs. Selbstanmelder), im Konsum psychotroper Medikamente und in der Symptombelastung. Die Ergebnisse unterstreichen, dass Therapievergleichsstudien mit parallelisierten Stichproben der Realität nicht in jedem Fall gerecht werden: Auch wenn Psychoanalytiker und Verhaltenstherapeuten dieselben Störungsbilder behandeln – und das jeweils außerordentlich erfolgreich, wie wir zeigen konnten – so handelt es sich doch um in vielfacher Hinsicht unterschiedliche Menschen.

Für die Veränderungen der Symptomatik und der interpersonalen Problematik werden Effektstärken mitgeteilt, die die Wirksamkeit der Behandlungen belegen. Die Symptomatik als Zielkategorie hat in beiden Behandlungsgruppen nicht die höchste Priorität, sondern die Kategorie „Selbstwertproblematik“. Etwa 1/3 der Therapieziele wird von den Patienten nach einem Jahr neu definiert.

Zur empirischen Erforschung von Langzeitpsychotherapien

Langzeitpsychotherapien spielen in der psychotherapeutischen Praxis eine große Rolle. Dabei ist die Notwendigkeit und Wirksamkeit von Langzeitpsychotherapien unter Praktikern unbestritten, wenn auch über Indikation, angemessene Therapiedauer und Sitzungsfrequenz Uneinigkeit herrscht. Die empirische Psychotherapieforschung hingegen beschäftigt sich wenig mit Langzeitpsychotherapien. Etwa 1/3 der bei den Krankenkassen beantragten verhaltenstherapeutischen Behandlungen sind Langzeittherapien, d.h. Behandlungen mit einem Therapieumfang von 25 – 80 Behandlungsstunden. Die mittlere Behandlungsdauer von Verhaltenstherapiestudien, die in Meta-Analysen Eingang gefunden haben, liegt dagegen deutlich unter 20 Sitzungen (Wittmann & Matt, 1986; Grawe et al., 1994). Von den psychoanalytisch orientierten Be-

¹ Modifizierte Fassung eines Artikels, erschienen in: Psychotherapeut, 2002, 47.

Die Untersuchung wurde von der Deutschen Gesellschaft für Individualpsychologie (DGIP) mitfinanziert.

handlungen sind ebenfalls 1/3 der beantragten Therapien Langzeittherapien mit einer Stundenzahl von 25 – 300 Stunden (Nissen, 2001; Janssen et al., 1997). Es besteht die Gefahr, dass der aus der geringen empirischen Erforschung von Langzeitpsychotherapien resultierende Mangel an Ergebnissen unter der Hand gegen den Nutzen und die Wirksamkeit von Langzeitpsychotherapien gewendet wird. Die geringe empirische Erforschung von Langzeitpsychotherapien schlägt sich z.B. in den zurzeit vorgeschlagenen Qualitätssicherungssystemen nieder (z.B. Psychotherapeutische Basisdokumentation (Psy-BaDo), Heuft et al., 1998), die für Kurzzeitpsychotherapien erprobt sind, für die der Nachweis ihrer Eignung auch für Langzeittherapien bisher aber noch aussteht.

Während prospektive Studien zu Kurzzeittherapien für beide Behandlungsformen in großer Anzahl vorliegen (Orlinsky et al., 1994), gibt es nur wenige prospektive Studien von Langzeittherapien. Wir fanden bis zum Jahr 2000 17 Studien, davon 9 prospektive, in denen psychoanalytisch orientierte Langzeittherapien (Einzeltherapien mit mehr als 40 Sitzungen) untersucht wurden, wenn Studien mit psychotischen Störungen und Suchtmittelabhängigkeit ausgeschlossen wurden. Eine Übersicht über die Studien findet sich bei Brockmann (2000). Ebenso fanden wir 5 prospektive Studien, in denen verhaltenstherapeutische Langzeittherapie mit mehr als 40 Stunden Gegenstand der Untersuchung war. Bereits eingeschlossen sind hier Studien mit gruppentherapeutischer Behandlung. Eine Übersicht dieser Studien liefert Schlüter (2000).

Der Mangel an empirischen Langzeittherapiestudien in der Psychoanalyse hat u.a. wissenschaftstheoretische Gründe (z.B. Zepf & Hartmann, 2002). Der generelle Mangel an randomisierten, kontrollierten Wirksamkeitsstudien

(RCT-Studien), die von vielen Psychotherapieforschern als unverzichtbar für einen Wirksamkeitsnachweis im Sinne von Effizienz („efficacy“) für notwendig gehalten werden (z.B. Buchkremer & Klingberg, 2001), hat bei Langzeitbehandlungen dann auch methodischen Gründe: Die in der Kurzzeittherapieforschung üblichen Kontrollgruppen (unbehandelte oder Wartelisten-Kontrollgruppen) sind praktisch nicht durchführbar oder verbieten sich aus ethischen Gründen. Vor diesem Hintergrund haben wir uns dazu entschlossen, die Wirksamkeit (Effektivität) von Langzeittherapien unter Praxisbedingungen zu untersuchen, d.h., eine prospektive naturalistische Studie durchzuführen, die die Möglichkeit bieten sollte, die Effekte von verhaltenstherapeutischer (VT) und psychoanalytischer (PA) Langzeittherapie bei Patienten mit Angststörungen und/oder Depressionen zu vergleichen.

Untersuchungsdesign

Ausgang der Untersuchung war die Frage nach Unterschieden und Gemeinsamkeiten im Verlauf und in den Ergebnissen verhaltenstherapeutischer und psychoanalytischer Langzeittherapie unter naturalistischen Bedingungen, durchgeführt von erfahrenen Psychotherapeuten dieser Behandlungsformen in freier Praxis. Bei der Untersuchungsplanung gingen wir davon aus, dass beide Therapieverfahren vergleichbare Patienten behandeln. Die Vergleichbarkeit sollte dadurch sichergestellt werden, dass nur Patienten mit einer Störung in den Bereichen Depression oder Angst in die Untersuchung aufgenommen wurden. Diese Störungen wählten wir aus, weil sie die häufigsten psychotherapeutisch behandelten psychogenen Erkrankungen sind. Zur Begrenzung der „natürlichen Varianzquellen“ wurden das Alter der Patienten auf

* Opfer brauchen Hilfe



2., korr. u. erg. Aufl. 2003.
Etwa 450 S., 90 Abb. Geb.
€ 39,95; sFr 64,00
ISBN 3-540-00070-4

Nach dem Trauma ...

Extremereignisse wie z.B. sexueller Missbrauch, Unfälle, Katastrophen, Kriege oder Folter können zu schweren posttraumatischen Belastungsstörungen führen.

Psychologen und Mediziner finden hier fundierte Informationen zum Krankheitsbild und den Behandlungsmöglichkeiten:

- Konkrete Anleitung für die Diagnosestellung (ICD-10- und DSM-IV-Klassifikation)
- Relevante Therapiemethoden
- Praktische Hinweise zur Psychopharmakotherapie
- Patienteninformationssysteme

Neu in dieser Auflage:

- Akutinterventionen
- Posttraumatische Belastungsstörungen bei Kindern

Die übersichtliche Gliederung, viele Graphiken und konkrete Beispiele zum Vorgehen dienen der schnellen Orientierung und erleichtern Ihnen die Arbeit.

... die Patienten adäquat versorgen!

Springer Fachbücher. *
Die spannenden Seiten der Medizin.

Bestellen Sie jetzt bei Ihrer Buchhandlung!
Weitere Infos unter www.springer.de/medizin

Die €-Preise für Bücher sind gültig in Deutschland und enthalten 7% MwSt. Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten. d&p · 009588x



Springer

die Spanne zwischen 18 und 45 Jahre festgelegt.

Die Therapieveränderungsmaße bezogen sich schwerpunktmäßig auf die Bereiche Symptomatik, interpersonale Problematik und individuelle Therapieziele. Die Patienten wurden zu Behandlungsbeginn, nach einem, zweieinhalb und dreieinhalb Jahren befragt.

Zur Feststellung der DSM-III-R-Diagnose wurde zu Behandlungsbeginn das strukturierte klinische Interview SKID (Wittchen et al., 1990) von Fremdin-terviewern durchgeführt. Zur Selbsteinschätzung der Symptome wurde die Symptomcheckliste SCL-90-R (Franke, 1995) und zur Selbsteinschätzung der zwischenmenschlichen Probleme das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme IIP-D (Horowitz et al., 1994) vorgelegt. Die beiden Erhebungsinstrumente sind heute die Grundlage vieler Qualitätssicherungssysteme, für die in prospektiven Langzeittherapiestudien bisher wenige Ergebnisse vorliegen. Ferner wurde die Goal-Attainment-Scale (GAS) zur Einschätzung der Zielerreichung eingesetzt. Die Therapieziele wurden zu Beginn der Therapien von den Patienten selbst formuliert (VT) oder vom Interviewer festgehalten (PA). Die Patienten hatten weiter die Möglichkeit, zu jedem Befragungszeitpunkt Therapieziele fallen zu lassen und neue zu nennen.

Ein Katamneseinterview wurde nach 3,5 Jahren durchgeführt, in dem die Veränderungen in den Bereichen Arbeit, Freizeit, Partnerschaft, Erleben und Verhalten, Symptomatik und interpersonale Problematik erfragt wurden. Die Interviewer waren über die Diagnose oder andere Patientendaten nicht informiert. Die Interviews wurden zum größeren Teil auf Tonband festgehalten. Die Interviewer gaben nach Abschluss des Interviews eine Einschätzung der Veränderungen der Patienten in mehreren Dimensionen ab.

Patienten, Therapeuten und Therapien

Die 16 beteiligten Psychotherapeuten hatten sich verpflichtet, bis zum Abschluss der Untersuchung allen Patienten im Alter zwischen 18 und 45 Jahren mit einer Angst- und/oder depressiven Störung, bei denen sie eine Langzeittherapie für indiziert hielten und diese auch selbst durchführen wollten, ein Behandlungsangebot unter Studienbedingungen zu machen. Die klinische Diagnose der Therapeuten wurde zu Behandlungsbeginn überprüft. Dazu wurden die Patienten von geschulten, unabhängigen Interviewern an einem gesonderten Termin mit dem strukturierten klinischen Interview (SKID) untersucht. Nur wenn die Diagnose im Bereich von Angst und/oder Depression anhand der Kriterien des DSM-III-R bestätigt werden konnte, wurde der Patient in die Studie aufgenommen. In ca. 10% der Fälle konnte die Therapeutendiagnose nicht bestätigt werden.

Die konsekutive Aufnahme der Patienten in die Studie wurde beendet, als die vorgesehene Zahl von 31 Patienten für jede Behandlungsgruppe erreicht war. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das Auswahlverfahren nicht zu einer nennenswerten Selektion von Patienten geführt hat.

Die Behandlungen wurden von 12 Psychoanalytikern und 4 Verhaltenstherapeuten durchgeführt. Alle Therapeuten hatten eine Kassenzulassung entsprechend ihrer Therapierichtung und eine Praxis in Frankfurt (PA) oder Hamburg (VT). Die mittlere Berufserfahrung war fast identisch: $M(s) = 9,7$ (4,5) Jahre für die Psychoanalytiker und $M(s) = 9,2$ (3,7) Jahre für die Verhaltenstherapeuten.

Die 31 psychoanalytischen Behandlungen dauerten im Mittel 185 Stunden. Nach 3,5 Jahren waren 58% der Behandlungen abgeschlossen. Die 31

verhaltenstherapeutischen Langzeittherapien dauerten im Mittel 63 Stunden. Überraschend war, dass in Fällen der Verhaltenstherapie nach 2,5 Jahren 55% der Behandlungen und nach 3,5 Jahren immer noch 16% der Behandlungen nicht abgeschlossen waren. Die Quote der Patienten, die an der 3,5-Jahres-Katamnese teilnahmen, war hoch: 95% der Patienten beantworteten die Fragebögen (PA: 100%, VT: 90%) und 77% nahmen am Katamneseinterview teil (PA: 90%, VT: 64%).

Die Schwerpunkte der Behandlungstechniken wurden am Ende jeder Therapie (bzw. nach 3,5 Jahren) auf einer Skala von 0 (nicht) bis 3 (überwiegend) eingeschätzt. Die Skalen für die Verhaltenstherapeuten und die Psychoanalytiker sind unterschiedlich formuliert, um die Begrifflichkeit dem schulenabhängigen Denken der Therapeuten anzupassen. Über die 31 Behandlungen der 12 Psychoanalytiker fanden wir die folgenden therapeutischen Techniken in der Reihenfolge ihres mittleren Ausprägungsgrades: „Klarifikationen“ 2,0, „deutendes Vorgehen“ 2,0, „Bearbeitung der Therapeut-Patient-Beziehung (Übertragung)“ 1,8, „konfrontierendes Vorgehen“ 1,2, „pädagogisches, übendes, stützendes Vorgehen“ 0,7, „Sonstiges“ 0,1. Bei den 31 Behandlungen der 4 Verhaltenstherapeuten fanden wir: „kognitiv-verhaltenstherapeutisches Vorgehen“ 2,4, „konfrontativ-verhaltenstherapeutisches Vorgehen“ 1,5, „gesprächstherapeutisches Vorgehen“ 1,4, „hypnotherapeutisches Vorgehen“ 0,7, „rational-emotives Vorgehen“ 0,5, „Bearbeitung der Therapeut-Patient-Beziehung“ 0,4, „NLP-orientiertes Vorgehen“ 0,03, „psychoanalytisches Vorgehen“ 0,0 (wurde nicht angegeben). Danach variierten die Psychoanalytiker der Studie ihr therapeutisches Handeln innerhalb des psychoanalytischen Konzepts, während die Verhaltenstherapeuten auch auf Techniken aus anderen Konzepten zurückgegriffen haben.

| | PA | VT |
|---|--|--------|
| Alter der Patienten in Jahren | 31,5 | 33,0 |
| Geschlechtsverteilung (weiblich : männlich) | 24 : 7 | 29 : 2 |
| Diagnosen | | |
| Angst | 9 | 10 |
| Depression | 22 | 19 |
| Angst und Depression | 0 | 2 |
| Erwartung Therapiedauer | jeweils zwei Drittel aller Patienten rechneten mit einer Therapiedauer von 1-2 Jahren | |
| Vorhergehende psychotherapeutische Behandlungen | jeweils ein Drittel der Patienten hatten psychotherapeutische Vorerfahrungen mit einer oder mehreren Therapien | |

Tab. 1: Patientencharakteristika ohne signifikante Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen.

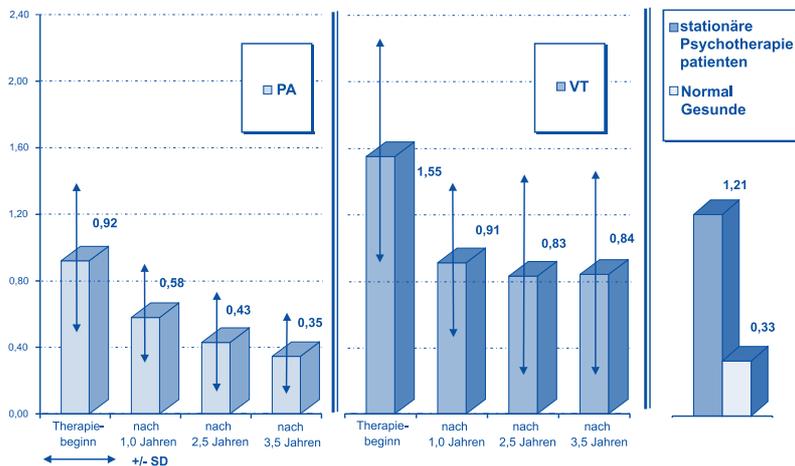


Abb. 1: Verlauf des Kennwerts GSI und der Standardabweichungen SD der SCL-90-R über die Messzeitpunkte, jeweils für die psychoanalytischen (PA) und die verhaltenstherapeutischen (VT) Langzeittherapien (sowie Vergleichswerte). Vergleichswerte: „Normal Gesunde“ = Wert der durchschnittlichen Symptombelastung in der Allgemeinbevölkerung, „stationäre Psychotherapiepatienten“ = Wert der Symptombelastung einer Stichprobe von stationären Psychotherapiepatienten (Franke, 1995).

Ergebnisse

Es wurden die Zugangswege und Ausgangsdaten der Patienten erhoben und für die beiden Behandlungsgruppen auf signifikante Unterschiede überprüft, um Aussagen über die Vergleichbarkeit der beiden Stichproben machen zu können.

Vergleichbare Anfangsbedingungen

Zwischen den beiden Behandlungsgruppen fanden wir keine signifikanten Unterschiede in den Variablen Alter, Geschlecht, Diagnose, Anzahl der vorhergehenden psychotherapeutischen Behandlungen und persönliche Erwartungen bezüglich der The-

rapiedauer (Tab. 1). Auch in der interpersonalen Problematik, gemessen im IIP-D, fanden wir keine signifikanten Unterschiede in allen Skalen und im Gesamtwert, ebenso in der Anzahl der Kuren vor der Behandlung sowie der Anzahl der Therapieziele.

Unterschiedliche Anfangsbedingungen

Signifikante Unterschiede fanden wir trotz gleicher Diagnose der Patienten in den folgenden Variablen:

- Patienten, die eine psychoanalytische Behandlung aufsuchten, hatten einen signifikant höheren Bildungsstatus als Patienten, die sich verhaltenstherapeutisch behandeln ließen (Volksschule oder mittlere Reife: PA 19%, VT 58%, Abitur oder Studium: PA 81%, VT 42%) (Chi-Quadrat-Test $p = 0.002$).
- Patienten, die eine verhaltenstherapeutische Behandlung aufsuchten, nahmen signifikant häufiger aufgrund eines Rates vom Arzt, Psychologen etc. die Behandlung auf (und weniger aufgrund von eigenen Informationen oder Rat von Freunden) als Patienten, die psychoanalytisch behandelt wurden.
- die Patienten, die verhaltenstherapeutisch behandelt wurden, stellten sich signifikant stärker symptombelastet dar als Patienten, die sich psychoanalytisch behandeln ließen (signifikante Unterschiede in allen 9 SCL-90-R Skalen und im Gesamtwert) (t-Test $p = 0.05$).
- die Anzahl der Patienten, die ein psychotropes Medikament einnahmen, war bei den verhaltenstherapeutischen Behandlungen (35%) signifikant größer als bei den psychoanalytischen Behandlungen (0,06%) (Chi-Quadrat-Test $p = 0.005$).

Veränderungen in der Symptombelastung (SCL-90-R)

In beiden Behandlungsgruppen fanden wir signifikante Veränderungen über die Zeit in allen Skalen und im Gesamtwert (einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung), d.h. in beiden Gruppen verringerte sich das Ausmaß der Symptombelastung (Abb. 1).

Die Symptombelastung, gemessen mit dem Gesamtwert GSI, sank in der PA-Behandlungsgruppe kontinuierlich, auch noch im letzten Jahr des Untersuchungszeitraums. In der VT-Behandlungsgruppe reduzierte sich die Symptombelastung bis zum 2,5-Jahres-Zeitpunkt sehr stark und blieb auf diesem Niveau bis zum 3,5-Jahres-Zeitpunkt. Das kann auch damit zusammenhän-

gen, dass zum 2,5-Jahres-Zeitpunkt bereits 45% der VT-Behandlungen beendet waren.

Auf einen direkten Vergleich der beiden Behandlungsgruppen mittels zweifaktorieller Covarianzanalysen wurde wegen der mangelnden Vergleichbarkeit beider Gruppen (siehe „Unterschiedliche Anfangsbedingungen“) verzichtet.

Veränderung in der inter-personalen Problematik (IIP-D)

Nach 3,5 Jahren fanden wir bei den Patienten der Behandlungsbedingung PA in 6 von 8 Skalen und im Gesamtwert signifikante Veränderungen über die Zeit; bei den Patienten der Behandlungsbedingung VT ließen sich in 3 von 8 Skalen und im Gesamtwert

signifikante Veränderungen nachweisen (Prä- und Post-Werte in Brockmann et al., 2002).

Effektstärken der Symptomveränderungen und der Veränderungen in der inter-personalen Problematik

Eine Darstellung der Effektstärken in den verschiedenen Untersuchungszeiträumen mit einer Berechnungsvariante, die eher zu konservativen Ergebnissen führt (Hartmann & Herzog, 1995), findet sich in Abb. 2 (weitere Ergebnisse zu den Effektstärkenberechnungen siehe Brockmann et al., 2002).

Zielerreichung, Zieländerungen und Zielkategorien

Die Zielerreichung zu den einzelnen Messzeitpunkten im Goal-Attainment-Scaling (GAS) für die bei Behandlungsaufnahme genannten Ziele ist in Tabelle 2 wiedergegeben.

Bei einer für jede Behandlungsgruppe getrennt durchgeführten nonparametrischen einfaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung über die drei Zeitpunkte ergab sich für beide Gruppen ein signifikanter Anstieg im Grad der Zielerreichung (Friedmann-Two-Way-Anova PA: $p = 0,0000$; VT: $p = 0,0002$).

Die Unterschiede zwischen beiden Behandlungsgruppen in der Anzahl der Ziele zu Beginn der Behandlung und auch zum 1-Jahres-Zeitpunkt sind nicht signifikant. 35% der Ziele, die zum 1-Jahres-Zeitpunkt angegeben werden, sind neue Ziele. Für die aufgegebenen bzw. beendeten Ziele ist der Grad der Zielerreichung höher als für die beibehaltenen Ziele (GAS-Wert für beendete Ziele: 64%, GAS-Wert für weitergeführte Ziele: 42%). Dies gilt für beide Behandlungsgruppen (VT 61% vs. 36%, PA 70% vs. 47%).

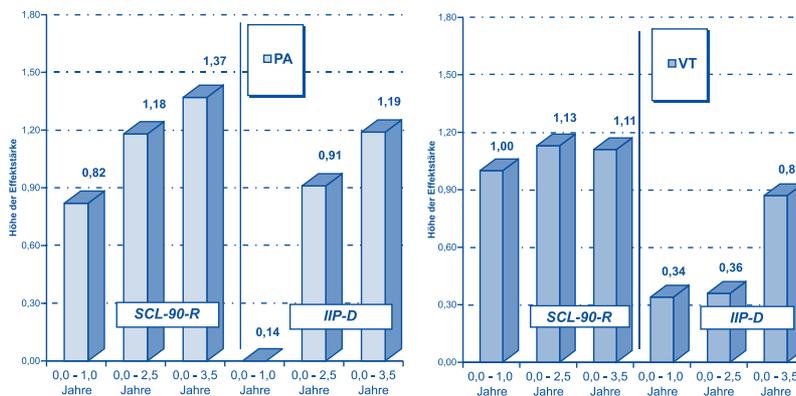


Abb. 2: Effektstärkenverlauf des Kennwertes GSI des SCL-90-R und des Gesamtwertes des IIP-D, jeweils für die psychoanalytischen (PA) und die verhaltenstherapeutischen (VT) Langzeitpsychotherapien (Effektstärke nach Formel: $ES1 = (M(post) - M(Prä)) / s(Prä)$).

| Gruppe | Zielerreichung (%) nach einem Jahr | | Zielerreichung (%) nach 2,5 Jahren | | Zielerreichung (%) nach 3,5 Jahren | |
|--------|------------------------------------|----|------------------------------------|----|------------------------------------|----|
| | M | SD | M | SD | M | SD |
| PA | 53% | 18 | 63% | 20 | 75% | 13 |
| VT | 43% | 25 | 58% | 20 | 63% | 25 |

0 % = nicht, 50 % = mittel, 100 % = sehr

Tab. 2: Mittlere Zielerreichung in % für die bei Behandlungsaufnahme genannten Ziele (Goal-Attainment-Scaling).

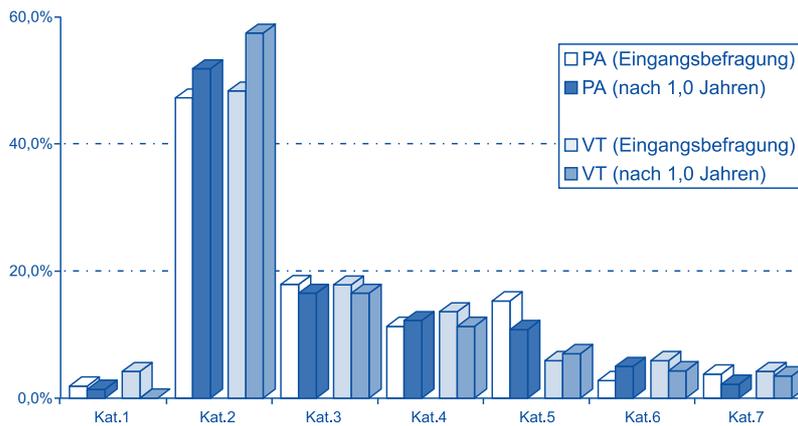


Abb. 3: Häufigkeit der Ziele in % zu Beginn und nach einem Jahr, unterteilt in die Kategorien 1 – 7 für beide Patientengruppen:

Kat. 1: körperliche Symptome, Kat. 2: Selbstwertproblematik, Kat. 3: psychische Symptomatik, Kat. 4: zwischenmenschliche Konflikte, Kat. 5: eigene Geschichte aufarbeiten, Kat. 6: Orientierung im Leben finden, Kat. 7: kann nicht zugeordnet werden.

Um die individuellen Therapieziele vergleichen zu können, definierten wir unter Berücksichtigung der Forschungsliteratur sieben Zielkategorien. Für die Kategorien konnte eine gute bis sehr gute Rater-Übereinstimmung erreicht werden (Cohens-Kappa-Koeffizient: 0,83 – 0,74) (zum Procedere siehe Brockmann et al., 2003). Die von uns gewählten Zielkategorien stimmen inhaltlich recht gut mit denen des inzwischen erschienenen „Berner Inventar für Therapieziele“ (Grosse Holtforth, 2001) überein.

Die Patienten gaben am Anfang der Behandlung ihre Therapieziele an. Sie konnten beliebig viele Therapieziele nennen. Die durchschnittliche Anzahl der Ziele zu Therapiebeginn betrug bei den PA-Patienten $N = 3,4$ ($s = 1,3$; range = 1-6). Sie unterschied sich damit nicht signifikant von der der VT-Patienten, die durchschnittlich $N = 3,8$ ($s = 1,5$; range = 2-8) betrug. Die Anzahl der genannten Therapieziele zur 1-Jahres-Befragung setzen sich zusammen aus der Anzahl der Therapieziele, von denen die Patienten angaben,

dass sie weiter gelten, und aus der Anzahl der neu genannten Therapieziele. Die Häufigkeit der verschiedenen Ziele in den beiden Behandlungsgruppen – zu Beginn und nach einem Jahr – ist in Abbildung 3 dargestellt.

Es konnte lediglich ein signifikanter Unterschied in der Häufigkeit der Ziele zwischen den Behandlungsgruppen gefunden werden und zwar für die Kategorie 5 „eigene Geschichte aufarbeiten“. Die Patienten, die eine psychoanalytisch orientierte Behandlung gewählt hatten, gaben hier signifikant mehr Ziele an ($p = 0,02$ Mann-Whitney-Test). Auffällig ist die im Vergleich zu den anderen Zielkategorien hohe Bedeutung der Kategorie 2 „Aspekte des Selbst“. Die Patienten beider Behandlungsgruppen nennen deutlich mehr Therapieziele aus diesem Bereich als aus den Bereichen körperlicher oder psychischer Symptome. Generell ist festzustellen, dass sich beide Behandlungsgruppen hinsichtlich der Therapieziele weder unter qualitativen noch unter quantitativen Gesichtspunkten wesentlich unterscheiden.

Bei der Analyse der zu den einzelnen Befragungszeitpunkten neu genannten

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

DiagnoPro
Schnelle, individuelle und sichere Erstellung von Kassengutachten per PC

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

Psydea
Fragebogendiagnostik schnell und einfach am Computer

- Generieren von Fragebogenbatterien
- Drucken formatierter Paper-Pencil-Formulare
- Automatisches Erstellen von Normtabellen
- Grafische und numerische Auswertungen
- Ausführliche Berichte zum Ausdrucken

alle Informationen auf www.psychoholic.de

PSYCHOHOLIC - Rheindorfer Str. 55 - 53125 Bonn - Tel.: 0228-9469780 - Fax: 0228-9469778 - info@psychoholic.de

ten Ziele fiel auf, dass in der Kategorie „Zwischenmenschliche Konflikte“ in beiden Behandlungsgruppen der Prozentsatz der neuen Ziele von der Anfangsbefragung bis zum 2,5-Jahres-Zeitpunkt anstiegen: 0 Jahre: PA 11%, VT 14% (N = 224); 1 Jahr: PA 19%, VT 16% (N = 90); 2,5 Jahre: PA 29%, VT 30% (N = 40).

Aus den Ergebnissen der Katamneseinterviews

Die Patienten schätzten rückblickend ein, wie hoch der Anteil der Behandlung an den von ihnen wahrgenommenen Veränderungen seit Behandlungsbeginn war. Auf einer von +2 („einen großen Anteil“) bis -2 („überhaupt keinen Anteil“) ergaben sich so für die beiden Behandlungsgruppen Mittelwerte von PA: $M(s) = 1,3 (0,5)$ und VT: $M(s) = 1,2 (1,2)$ (PA: N = 18; VT: N = 26; nur Patienten mit abgeschlossenen Behandlungen). Das heißt, die Patienten beider Behandlungsgruppen schätzten den Anteil, den die Behandlung an den von ihnen wahrgenommenen Veränderungen hat, gleich und zwar als relativ hoch ein. Im Katamneseinterview wurden die Patienten von einem unabhängigen Interviewer ferner gefragt: „Es gibt die Aussage: Die Wirksamkeit von Psychotherapie ist am größten in den ersten 30 Sitzungen. Wie war ihre Erfahrung?“ Den Patienten wurde die Alternative ja/nein angeboten, und sie wurden zu einem Kommentar aufgefordert. 11% der Patienten, die eine psychoanalytische Behandlung aufgesucht hatten, und 50% der Patienten, die eine verhaltenstherapeutische Behandlung gemacht hatten, stimmten der Aussage zu. Die Zustimmungsrate bei den VT-Patienten war signifikant höher als bei den PA-Patienten ($p = 0,02$; Chi-Quadrat-Test).

Diskussion

Vergleichbarkeit der Patientengruppen

Die verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten unterschieden sich von den psychoanalytisch behandelten Patienten in folgender Hinsicht: Sie hatten einen niedrigeren Schulabschluss, waren häufiger zu Psychotherapeuten überwiesen worden, stellten sich stärker als symptombelastet dar und hatten bei Behandlungsbeginn häufiger eine psychotrope Medikation.

Auch wenn offen bleiben muss, ob und in welchem Ausmaß diese Unterschiede Einfluss auf den Therapieverlauf und das Therapieergebnis nehmen, sahen wir eine Gleichheit der Patienten in den beiden Behandlungsgruppen trotz derselben Diagnosen nicht gewährleistet und somit einen direkten Vergleich der Ergebnisse in den beiden Behandlungsgruppen als nicht zulässig an.

Das Ergebnis lässt erneut (z.B. Strauß & Kächele, 1998) Zweifel an der Generalisierbarkeit der Ergebnisse von Vergleichsstudien aufkommen, die diese Unterschiede durch randomisierte Zuweisung bzw. Stichprobenparallelisierung ausschalten (vgl. McPherson, 1998; Torgerson, 1998).

Die von uns gefundenen Unterschiede zwischen verhaltenstherapeutisch und psychoanalytisch behandelten Patienten sind keine neuen Befunde: Der von uns festgestellte Bildungsunterschied zwischen den Patientengruppen fand sich auch in der Untersuchung von Rüger und Leibing (1999), die in ihrer Diskussion auch auf ähnliche Ergebnisse in den Studien von Linden et al. (1993) und Linden und Pasatu (1998) hinweisen.

Möglicherweise erklärt sich die höhere Symptombelastung der VT-Patienten durch den generellen Zusammen-

hang zwischen dem Auftreten von psychogenen Erkrankungen und dem Bildungsstand (Schepank, 1987). Er hat sich auch in der Normstichprobe der von uns eingesetzten SCL-90-R gezeigt: Personen mit höherer Schulbildung haben eine geringere Symptombelastung als solche mit niedrigerer Schulbildung (Franke, 1995).

Vermutlich kann auch die höhere Medikation der VT-Patienten nicht isoliert betrachtet werden, sondern ist Folge der deutlich höheren Symptombelastung.

Patienten mit einer hohen Symptombelastung wenden sich eher an einen Verhaltenstherapeuten bzw. werden dorthin überwiesen, denn von Verhaltenstherapeuten erwartet man, dass sie symptom- und zielorientierter behandeln und dass ihre Therapien kürzer sind als psychoanalytische Standardbehandlungen.

Diese Indikationsregel wird auch von überweisenden Ärzten angewendet (Blaser, 1977).

Veränderungen in der Symptombelastung und der interpersonalen Problematik

In beiden Bereichen zeigten sich signifikante positive Veränderungen in beiden Behandlungsgruppen. Die PA-Patienten hatten zu Beginn der Therapie eine Symptombelastung von 0,92, gemessen im Gesamtwert GSI des SCL-90-R (Abb. 1). Das ist ein Wert, der als typisch für ambulante Psychotherapiepatienten gilt. Die Symptombelastung verringerte sich über den Zeitraum von 3,5 Jahren signifikant in allen Skalen und im Gesamtwert. Sie erreichte nach 3,5 Jahren einen Wert (GSI = 0,35), der als typisch für die Normalbevölkerung angesehen werden kann. Diesem Wert wird in US-amerikanischen Untersuchungen ein Wert für symptomfreie

Probanden zur Seite gestellt (GSI = 0,19; Tingey et al., 1996), der berücksichtigt, dass die Normalbevölkerung nicht gänzlich symptomfrei ist und dass in epidemiologischen Untersuchungen (z.B. Schepank, 1987, 1990 und Saunders et al., 1988) in der Normalbevölkerung häufig erhebliche Symptombelastungen nachgewiesen wurden.

Die VT-Patienten gaben zu Beginn der Therapie eine erheblich stärkere Symptombelastung an: GSI = 1,55. Das ist ein sehr hoher Wert. Die Symptombelastung verringerte sich in den 3,5 Jahren signifikant in allen Skalen und im Gesamtwert des SCL-90-R. Nach 3,5 Jahren erreichte die Gruppe einen Gesamtwert von 0,84 und entsprach damit in etwa dem Wert, den die PA-Patienten zu Behandlungsbeginn aufwiesen (GSI = 0,92). In den beiden Gruppen verringert sich die Symptombelastung in ähnlichem Ausmaß, so dass der bei Behandlungsbeginn bestehende Niveauunterschied erhalten bleibt.

Ihre interpersonale Problematik haben die Patienten zu den einzelnen Messzeitpunkten im IIP-D beschrieben. Die PA-Patienten unterschieden sich am

Anfang der Behandlung in den einzelnen Skalen und im Gesamtwert nicht signifikant von den VT-Patienten. Nach 3,5 Jahren hatten sich beide Patientengruppen signifikant im Gesamtwert und in einzelnen Skalen in Richtung Normpopulation verändert (Brähler et al., 1999). Über die klinisch und statistisch signifikanten Veränderungen berichteten wir an anderer Stelle (Brockmann et al., 2002).

Die Effektstärken für die Veränderungen in der Symptomatik und der interpersonalen Problematik, jeweils gemessen mit den Gesamtwerten GSI der SCL-90-R und IIP_{Ges} des IIP-D, erreichten bei beiden Behandlungsgruppen Werte, die nicht nur über den mittleren Effektstärken von minimaler Behandlung/Placebo (ES = 0,42), sondern auch deutlich über der mittleren Effektstärke für Psychotherapie (ES = 0,82) liegen (Lambert & Bergin, 1994, S. 151). Die Effektstärken für den IIP_{Ges} sind im Vergleich zu Werten, die mit diesem Messinstrument in anderen Untersuchungen ermittelt wurden, als sehr hoch anzusehen (z.B. Davies-Osterkamp et al., 1996, S. 170, ES = 0,30).

Bei den PA-Patienten waren substantielle Veränderungen im IIP-D erst nach

einem und nach 2,5 Jahren nachweisbar. Bei den VT-Patienten waren sie zunächst gering und erst nach 2,5 bzw. 3,5 Jahren substantiell. Die Veränderungen in der interpersonalen Problematik traten in beiden Behandlungsgruppen später auf als die Veränderungen in der Symptombelastung. Die Entwicklung von Veränderungen in unserer Untersuchung von Langzeittherapien zeigt einen ähnlichen phasenhaften Verlauf, wie der im Phasenmodell psychotherapeutischer Veränderungen, das an Patienten in Kurzzeittherapien evaluiert wurde (Howard et al., 1993; Howard et al., 1996; Lueger et al., 1993; Hilsenroth et al., 2001). Der Phasenverlauf wurde sowohl für Individuen als auch für Behandlungsgruppen untersucht. Es ist erstaunlich, dass das Phasenmodell, evaluiert für Behandlungen bis zu 50 Std., hier auch für die wesentlich längeren psychoanalytischen Behandlungen zu gelten scheint. Dies bedarf weiterer Klärung.

Ziele, Zieländerung und Zielerreichung

Entgegen unserer Erwartung unterschieden sich die Patienten der beiden Behandlungsgruppen bezüglich ihrer Therapieziele zu Behandlungsbeginn

nicht wesentlich. Wir fanden nur in einer von sechs Kategorien einen signifikanten Unterschied: Zu Therapiebeginn nannten PA-Patienten signifikant mehr Ziele in der Kategorie „eigene Geschichte aufarbeiten“ im Vergleich zu VT-Patienten. Entgegen unserer Erwartung war auch für die Patienten beider Behandlungsgruppen eine Veränderung der Symptomatik (Symptomkategorien: „körperliche Symptome“ und „psychische Symptome“) nicht das vorrangige Therapieziel (siehe Abb. 3). Vorrangig waren Ziele, die zur Kategorie „Aspekte des Selbst“ gehörten. Ihre Anzahl ist doppelt so hoch wie die Anzahl der Ziele in den beiden Kategorien „körperliche Symptome“ und „psychische Symptome“ zusammen. Dies ist unseres Ermessens ein überraschendes Ergebnis, auch wenn man in Rechnung stellt, dass ca. 2/3 der Patienten eine depressive Symptomatik hatten und bei dieser Symptomatik die Selbstwertproblematik (u.a. Schuldvorwürfe) ein zentrales Thema ist. Daten über die von den Patienten gesetzten Prioritäten in den Behandlungen stützen diese Ergebnisse (Brockmann et al., 2003).

Ca. 1/3 der Ziele wurden nach einem Jahr von den Patienten neu genannt. Dies galt für beide Behandlungsgruppen. Weil die Vergleichbarkeit der beiden Behandlungsgruppen zu Therapiebeginn nicht gegeben war, wurde der Grad der Therapiezielerreichung in jeder Behandlungsgruppe getrennt untersucht (einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung). In beiden Behandlungsgruppen zeigte sich ein signifikanter Zuwachs im Grad der Therapiezielerreichung über die Zeit.

Vor dem Hintergrund des empirisch gut belegten Befundes, dass die wesentlichen Therapieeffekte innerhalb der ersten dreißig Therapiesitzungen erzielt werden (Howard et al., 1986; Kopta et al., 1994), hatten wir die Pa-

tienten dazu bei der 3,5-Jahres-Katamnese direkt gefragt. 89% der PA-Patienten und 50% der VT-Patienten verneinten die Aussage „Die Wirksamkeit der Therapie war am größten in den ersten 30 Sitzungen.“ Der deutliche Unterschied zwischen PA- und VT-Patienten lässt vermuten, dass die Dauer der eigenen Behandlung die Urteilsbildung zu dieser Frage nicht unerheblich beeinflusst. Die Antwort auf die Frage, ob sich in 11% der PA-Therapien und in 50% der VT-Therapien die wesentlichen therapeutischen Effekte tatsächlich in den ersten 30 Sitzungen eingestellt haben, muss offen bleiben.

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Erfassung der Veränderung von Therapiezielen bei Langzeitbehandlungen sinnvoll ist und dass ambulante Psychotherapie unter naturalistischen Bedingungen sowohl eine Symptomreduktion als auch eine Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus bewirkt.

Bemerkenswert in seiner Eindeutigkeit finden wir das Ergebnis, dass Patienten, die für sich von vornherein eine längerfristige Behandlung ins Auge gefasst haben, als vorrangiges Behandlungsziel nicht nur die Behebung ihrer Symptomatik (Depression oder/und Angst) angeben. Sie möchten auch, dass ihre Selbstwertprobleme und zwischenmenschlichen Konflikte erfolgreich behandelt werden (Die Patienten hatten dabei alle eine von unabhängigen Interviewern im klinischen Interview SKID (Wittchen et al., 1990) bestätigte Störung im Bereich von Depression oder Angst!). Zu einem vergleichbaren Befund kommt auch Seligman (1995) bei der Bewertung der Ergebnisse der Consumer Reports – Study. Neben Besserungen in der Symptomatik wurden hier bedeutsame Veränderungen in den Dimensionen Arbeit, zwischenmenschlicher Bereich, Lebensfreude und persönli-

ches Wachstum gefunden. „Since improvement in general functioning, as well as symptom relief, is almost always a goal of actual treatment but rarely of efficacy studies, the CR study adds to our knowledge of how treatment does beyond the mere elimination of symptoms“ (Seligman, 1995, S. 970)².

Abschließend soll noch auf einen weiteren Umstand eingegangen werden, der die Interpretation der Ergebnisse erschwert, nämlich die Unterschiede in der Therapiedosis: Die PA-Patienten haben durchschnittlich dreimal mehr Therapiestunden erhalten als die VT-Patienten.

Da die höhere Stundenzahl keinen eindeutigen und durchgängigen Vorteil im Hinblick auf die berichteten Effekte zu haben scheint, könnte man den Schluss ziehen, dass die Verhaltenstherapie das vom erforderlichen Zeitaufwand ökonomischere und somit auch kostengünstigere Verfahren sei. Ein solcher Schluss ist aber erst dann zu ziehen, wenn der Nachweis erbracht wird, dass auch die langfristigen Kosten unterschiedlich bleiben.

Auch wenn sich Verfahren bezüglich ihrer Kosten unterscheiden, ist bei einer Indikationsstellung zur berücksichtigen, dass das ökonomischere Verfahren für bestimmte Patienten das weniger geeignete sein kann: Nach dem „Allgemeinen Modell von Psychotherapie“ (Orlinsky & Howard, 1986; Orlinsky, 1994) besteht eine Wechsel-

2 „Die Verbesserung psychischer Funktionen ist neben einer Symptombesserung immer auch ein Ziel von konkreten Behandlungen, aber selten Untersuchungsgegenstand in Wirksamkeitsstudien. Die Consumer Reports Studie fügt unserem Wissen über die Wirksamkeit von Behandlungen etwas hinzu, was jenseits der Beseitigung von Symptomen liegt.“ (Übers. v. Verf.)

wirkung zwischen dem therapeutischen Angebot und der „Aufnahmebereitschaft“ bzw. „Ansprechbarkeit“ eines Patienten (patient-self-relatedness). Diese Wechselwirkung beeinflusst die Wirksamkeit einer Psychotherapie, was auch empirisch bestätigt wurde (Ambühl & Grawe, 1988; Eckert & Biermann-Ratjen, 1990). Das therapeutische Angebot (hier: das Therapieverfahren) und die Aufnahmebereitschaft/Ansprechbarkeit des Patienten (hier: soziale Auffälligkeiten und Krankheitsmerkmale der Patienten) bilden eine „Passung“, in der sich die beiden Therapieverfahren voneinander unterscheiden. Diese Passung bestimmt unter naturalistischen Bedingungen die Entscheidung für eine bestimmtes therapeutisches Verfahren mit, sei es durch den Einfluss, den beratende Fachleute nehmen oder durch den informierten bzw. gebildeten Patienten selbst.

Die Frage ist also nicht, welches das bessere und ökonomischere Therapieverfahren ist, sondern welches das für einen bestimmten Patienten geeigneter ist.

An der Studie waren bzw. sind Forscher unterschiedlicher therapeutischer Richtungen beteiligt: ein Psychoanalytiker, ein Verhaltenstherapeut und ein Gesprächspsychotherapeut. Während der Psychoanalytiker für die Akquirierung und Betreuung der psychoanalytischen und der Verhaltenstherapeut für die verhaltenstherapeutischen Behandlungen verantwortlich waren, war die Rolle des Gesprächspsychotherapeuten die des Projektsupervisors. Diese Funktionsaufteilung sollte einer Tendenz entgegenwirken, auf die Luborsky et al. bereits 1975 hingewiesen hatten: In Publikationen von Psychotherapiestudien erscheint häufig die von den Forschern selbst bevorzugte Psychotherapie als „Gewinner“. Smith et al. (1980) konnten diese Tendenz auch empirisch nach-

weisen. Luborsky et al. (1999) zeigten, dass 69% der Varianz der Effektstärken von Outcome-Studien auf die „therapy allegiances“ zurückzuführen sind.

Da die Studie keinen Gewinner und somit auch keinen Verlierer aufweist, erübrigt sich an dieser Stelle die Diskussion, welche Rolle die Parteilichkeit der Forscher gespielt haben könnte.

Literatur

- Ambühl, H. & Grawe, K. (1988). Die Wirkungen von Psychotherapien als Ergebnis der Wechselwirkung zwischen therapeutischem Angebot und Aufnahmebereitschaft der Klient/inn/en (Therapy outcome as a result of the interaction between therapeutic offer and patient openness). *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 36, 308-327.
- Blaser, A. (1977). *Der Urteilsprozess bei der Indikationsstellung zur Psychotherapie*. Bern: Huber.
- Brähler, E., Horowitz, L. M., Kordy, H., Schumacher, J. & Strauß, B. (1999). Zur Validierung des Inventars zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP-D). Ergebnisse einer Repräsentativbefragung in Ost- und Westdeutschland. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.*, 49, 422-431.
- Brockmann, J. (2000). *Psychoanalytisch orientierte Langzeittherapien in der Praxis niedergelassener Therapeuten. Eine empirische Studie: Verlauf, Effekte und Vergleiche*. Universität Hamburg: Dissertation.
- Brockmann, J., Schlüter, T., Brodbeck, D. & Eckert, J. (2002). Effekte psychoanalytisch orientierter und verhaltenstherapeutischer Langzeittherapien. Eine vergleichende Studie aus der Praxis niedergelassener Psychotherapeuten. *Psychotherapeut*, 47, 347-355.
- Brockmann, J., Schlüter, T. & Eckert, J. (2003). Therapieziele, Zielerreichungen und Zielerreichung im Verlauf psychoanalytisch orientierter und verhaltenstherapeutischer Langzeittherapie. Eine vergleichende Untersuchung aus der Praxis niedergelassener Psychotherapeuten. *Psy-*

chother Psychosom Med Psychol, 53, 163-170.

- Buchkremer, G. & Klingberg, S. (2001). Was ist wissenschaftlich fundierte Psychotherapie? Zur Diskussion der Leitlinien für die Psychotherapieforschung. *Nervenarzt*, 72, 20-30.
- Davies-Osterkamp, S., Strauss, B. & Schmitz, N. (1996). Interpersonal Problems as Predictors of Symptom Related Treatment Outcome in Longterm Psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 6, 164-176.
- Eckert, J. & Biermann-Ratjen, E.-M. (1990). Ein heimlicher Wirkfaktor: Die „Theorie“ des Therapeuten. In V. Tschuschke & D. Czogalik (Hrsg.), *Psychotherapie – Welche Effekte verändern?* (S. 272-287). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Franke, G. H. (1995). *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis. Deutsche Version*. Weinheim: Beltz Test-Gesellschaft.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Grosse Holtforth, M. (2001). Was möchten Patienten in ihrer Therapie erreichen? – Die Erfassung von Therapiezielen mit dem Berner Inventar für Therapieziele (BIT). *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 34, 241-258.
- Hartmann, A. & Herzog, Th. (1995). Varianten der Effektstärken Berechnung in Meta-Analysen: Kommt es zu variablen Ergebnisse? *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 24, 337-343.
- Heuft G., Senf W. (1998). *Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Das Manual zur PsychoBaDo*. Stuttgart: Thieme.
- Hilsenroth, M. J., Ackerman, S. J. & Blagys, M. D. (2001). Evaluating the phase model of change during short-term psychodynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 11, 29-47.
- Horowitz, L. M., Strauß, B. & Kordy, H. (1994). *Das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme – Deutsche Version*. Weinheim: Beltz Test-Gesellschaft.
- Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M. S. & Martinovich, Z. (1993). A phase

- model of psychotherapy outcome: casual mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 678-685.
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S. & Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship on psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 159-164.
- Howard, K. I., Moras, K., Brill, P., Martinovich, Z. & Lutz, W. (1996). Evaluation of psychotherapy: Efficacy, effectiveness, and patient progress. *American Psychologist*, 51, 1059-1064.
- Kopta, S. M., Howard, K. I., Lowry, J. L. & Beutler, L. E. (1994). Patterns of symptomatic recovery in psychotherapy. *J Consult Clin Psychol*, 62, 1009-1016.
- Janssen, P. L., Kächele, H., Rüger, U. & Schneider, W. (1997). Nach-Denken tut Not. Gegendarstellung zum Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPN). *Psychotherapeut*, 42, 244-255.
- Lambert, M. J. & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Hrsg.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4th ed., S. 143-189). New York: Wiley.
- Linden, M., Förster, M. O. & Schlötelborg, R. (1993). Verhaltenstherapie in der kassenärztlichen Versorgung: Eine versorgungsepidemiologische Untersuchung. *Verhaltenstherapie*, 3, 101-111.
- Linden, M. & Pasatu, J. (1998). The integration of cognitive and behavioral interventions in routine behavior therapy. *J Cogn Psychother*, 12, 27-38.
- Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that „everybody has won and all must have prizes“? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Luborsky, L., Diguier, L., Seligman, D. A., Rosenthal, R., Johnson, S., Halperin, G., Bishop, M. & Schweizer, E. (1999). The researcher's own therapeutic allegiances – A „wild card“ in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 95-132.
- Lueger, R. J., Tan, L. & Howard, K. I. (1993). A meta-analysis of the psychotherapy outcome studies using the phase model. *Paper presented at the Annual Meeting of the Society for Psychotherapy research*, Pittsburg PA.
- McPherson, K. & Chalmers, I. (1998). Incorporating patient preferences into clinical trials. *BMJ*, 317, 78.
- Nissen, G. (2001). Kurzzeitpsychotherapie. *Psycho*, 27, 19-24.
- Orlinsky, D. E. (1994). Learning from many masters. *Psychotherapeut*, 32, 2-9.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, B. (1994). Process and outcome in psychotherapy – Noch einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Hrsg.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4th Ed., S. 270-376). New York: Wiley.
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Hrsg.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (3th Ed., S. 311-381). New York: Wiley.
- Rüger, U. & Leibing, E. (1999). Bildungsstand und Psychotherapieindikation – Der Einfluß auf die Wahl des Behandlungsverfahrens und die Behandlungsdauer. *Psychotherapeut*, 44, 214-221.
- Saunders, S. M., Howard, K. & Newman, F. L. (1988). Evaluating the clinical significance of treatment effects: Norm and normality. *Behavioral Assessment*, 10, 207-218.
- Schepank, H. (1987). *Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung*. Berlin: Springer.
- Schepank, H. (1990). *Verläufe. Seelische Gesundheit und psychogene Erkrankungen heute*. Berlin: Springer.
- Schlüter, T. (2000). *Verhaltenstherapeutische Langzeittherapie in der Praxis niedergelassener Therapeuten – Verlauf, Wirkung und differenzielle Effekte*. Universität Hamburg: Dissertation.
- Seligman, M. (1995). The Effectiveness of Psychotherapy – The Consumer Reports Study. *American Psychologist*, 50/12, 965-974.
- Smith, M. L., Glass, G. V. & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Strauß, B. & Kächele, H. (1998). The writing on the wall – comments on the current discussion about empirically validated treatments in Germany. *Psychother Res*, 8, 158-170.
- Tingey, R. C., Lambert, M. J., Burlingame, G. M. & Hansen, N. B. (1996). Assessing clinical significance: proposed extensions to method. *Psychotherapy Research*, 6, 109-23.
- Torgerson, D. & Sibbald, B. (1998). Understanding controlled trials: What is a patient preference trial? *BMJ*, 316, 360.
- Wittchen, H. U., Zaudis, M., Schramm, E., Spengler, P., Mombour, W., Klug, J. & Horn, R. (1990). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-III-R*. Weinheim: Beltz Test-Gesellschaft.
- Wittmann, W. W. & Matt, G. E. (1986). Meta-Analyse als Integration von Forschungsergebnissen am Beispiel deutschsprachiger Arbeiten zur Effektivität von Psychotherapie. *Psychologische Rundschau*, 37, 20-40.
- Zepf, S. & Hartmann, S. (2002). Wissenschaftliche Prüfung und wissenschaftliche Anerkennung psychotherapeutischer Verfahren. *Psychotherapeut*, 47, 278-284.

Prof. Dr. Jochen Eckert

Universität Hamburg
Psychologisches Institut III
Von-Melle-Park 5
20146 Hamburg
jeckert@uni-hamburg.de

Recht: Aktuell

Praxistipps – Hinweise – Informationen

Hartmut Gerlach

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

BAT-Recht

Die Approbation – Sprungbrett für eine Höhergruppierung?

„Angestellt im öffentlichen Dienst. Gut. Seit 1999 approbiert. Auch gut. Aber – was habe ich davon? Ich bin Pflichtmitglied in der Psychotherapeutenkammer und muss einen Kammerbeitrag bezahlen. Schon weniger gut. Hilft mir wenigstens die Approbation – immerhin *das* Qualifikationsmerkmal – zu einer Höhergruppierung? Wenn nein – hat vielleicht eine Klage bei Gericht Aussicht auf Erfolg?“ Das sind Fragen, die Kammermitglieder, die angestellt sind, umtreiben.

Während die *niedergelassenen* Psychotherapeuten virtuos mit Begriffen wie „Punktzahlen, Punktwerten, 10-Pfennig-Rechtsprechung oder angemessene Vergütung“ jonglieren, führen die *angestellten* Psychotherapeuten ganz andere Begriffe im Munde: „Eingruppierung, Höhergruppierung oder Bewährungsaufstieg“. Alles Begriffe aus dem Bundesangestelltentarif (BAT), einem Tarifvertrag, zwischen den Gewerkschaften des Öffentlichen Dienstes (ver.di und dbb-tarifunion) auf der einen und den Mitgliedern der Tarifgemeinschaft Deutscher Länder (TdL), dem Bund und der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA) auf der anderen Seite. Seit 1961 bestimmt der BAT, bislang 88 mal geändert (zuletzt am 10. Januar 2003) die Geschicke der **Angestellten im öffentlichen Dienst**. Geplant ist, bis zum Jahr 2005 ein neues und einheitliches Tarifrecht zu schaffen. Eine Remedur ist auch bitter nötig: Denn der BAT entwickelte sich im Laufe der Jahre zu einem hoch komplexen und nur schwer zu durchschauenden Konvolut an Vorschriften, Sonderregelungen, Protokollnotizen, Verweisungen und unübersehbarer Rechtsprechung. Selbst Richter des Bundesarbeitsgerichts (BAG) gerieten darob in Verzweiflung. So seufzten

sie angesichts einer Klage auf Höhergruppierung, die Vergütungstarife im öffentlichen Dienst seien derart kompliziert, dass einen Arbeitgeber bei falscher Eingruppierung von Mitarbeitern kein Verschulden treffe. Eine Haftpflichtversicherung setzte gar noch eins drauf und erklärte die Anwendung des BAT zur „gefahrneigten Tätigkeit“. – Wenn also hierzulande von Reformstau und Regulierungswut gesprochen wird, dann eignet sich der BAT als wunderbares Beispiel. Einer der führenden Kommentare zum BAT füllt zehn prall gefüllte Ordner. Bedarf es da eines sinnfälligeren Beweises, wie notwendig Verschlankung und Reform sind?

Heiner Vogel hat in seinem Beitrag „Der angestellte Psychotherapeut – das in den Kammern (noch) unbekannte Wesen“ (siehe Psychotherapeutenjournal 2/2003, S. 112) zu Recht darauf hingewiesen, dass etwa die Hälfte aller Pflichtmitglieder der Kammern Angestellte und Beamte seien. Folglich kommt dem BAT für die Angestellten zentrale Bedeutung zu. Als eine für die Vergütung wichtigste Bestimmung gilt der § 22 BAT (**Eingruppierung**).

Wenn man an die Mühen erinnert, die es kostete, die **Approbation** zu erlangen, dann stellt sich mancher Angestellte zwangsläufig die Frage: Warum findet diese bei meiner Eingruppierung eigentlich keine Berücksichtigung? Was kann ich denn dafür tun – vielleicht vor dem Arbeitsgericht klagen?

Für die meisten im öffentlichen Dienst Angestellten gilt die **Anlage 1a** („Allgemeine Vergütungsordnung“ – **Bund/Länder** bzw. die „Allgemeine Vergütungsordnung für den Bereich der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände“ – **VKA**) zum BAT. Im Einzelnen werden dort die sog. **Tätigkeitsmerkmale** (= Tätigkeitsbeschreibungen) der verschiedenen Vergütungsgruppen aufgelistet. Unterschieden wird zudem innerhalb der Vergü-

tungsordnung nach **Vergütungsgruppen**; diese wiederum sind in **Fallgruppen** aufgeteilt.

Der o. e. § 22 Abs. 1 BAT bestimmt: „Die Eingruppierung der Angestellten richtet sich nach den Tätigkeitsmerkmalen der Vergütungsordnung (Anlage 1a ...). Der Angestellte erhält Vergütung nach der Vergütungsgruppe, in der er eingruppiert ist“. Seine Eingruppierung hängt dabei von der Wertigkeit der ihm auf Dauer übertragenen Tätigkeit (= **auszuübende Tätigkeit** – s. u.) ab. Die zitierte Bestimmung sorgt für eine korrekte Eingruppierung bei der Einstellung, bei der Übertragung einer höherwertigen Tätigkeit und schließlich beim Eintritt bestimmter persönlicher Voraussetzungen. Das „ist“ in der Vorschrift macht deutlich, dass es nicht etwa auf die Einschätzung des Arbeitgebers ankommt, in welcher Vergütungsgruppe der Angestellte eingruppiert *wird*, sondern allein darauf, welche Tätigkeit der Angestellte „auszuüben“ hat (= „... eingruppiert ist.“). Hierin zeigt sich die oft zitierte sog. „**Tarifautomatik**“. Für Nicht-Juristen nur schwer verständlich: Die im Arbeitsvertrag anzugebende und angegebene Vergütungsgruppe hat also lediglich deklaratorische (= rechtsfeststellende) und keine konstitutive (= rechtsbegründende) Bedeutung. Selbst dann, wenn der Arbeitgeber mitteilt, der Arbeitnehmer falle unter eine bestimmte Eingruppierung, so handelt es sich dabei lediglich um seine Rechtsmeinung (BAG-Urteil – 4 AZR 447/93) – mehr nicht. Allerdings: Die tarifliche Eingruppierung (z. B. bei unterschiedlicher Auffassung, in welcher Vergütungsgruppe der Angestellte denn nun tatsächlich eingruppiert *ist*) kann vom Arbeitsgericht voll überprüft werden.

Die Tarifvorschrift des § 22 BAT stellt auf die **auszuübende, nicht** auf die tatsächlich **ausgeübte Tätigkeit** ab. Unter auszuübender Tätigkeit ist der ganze Aufgabenkreis zu verstehen, der dem Angestellten vom Arbeitgeber im

Rahmen des Direktionsrechts zugewiesen („übertragen“) ist. Dabei ist vor allem vom Arbeitsvertrag auszugehen, welche Tätigkeiten dort festgelegt sind. Die „auszuübende“ Tätigkeit bestimmt die maßgebende Vergütungsgruppe. Diese Tätigkeit ändert sich nicht etwa dadurch, dass dem Angestellten nur vorübergehend eine andere Tätigkeit oder – ohne wirksame Änderung des Arbeitsvertrages – eine höher oder niedriger zu bewertende Tätigkeit übertragen wird. Beim sog. **Bewährungsaufstieg** (§ 23a BAT) ist für die Bewährungszeit, für den Zeitaufstieg der Tag maßgeblich, an dem die vom Angestellten vorwiegend auszuübende Tätigkeit die Tätigkeitsmerkmale der Vergütungsgruppe erfüllt, aus der er in die höhere Gruppe aufrücken kann. Die Vergütungsgruppen sind gemäß ihrer Wertigkeit noch in aufsteigende **Fallgruppen** gegliedert, zwischen denen nach verschiedenen Tätigkeitsmerkmalen unterschieden wird. Die Zuordnung zu den jeweiligen Fallgruppen richtet sich nach diesen Merkmalen und ggf. nach den dort genannten Beispielstätigkeiten. Diese Tätigkeiten wiederum gliedern sich in konkrete und/oder abstrakte Merkmale.

Welche Wirkung entfaltet denn nun eine Approbation – im Rahmen der o. e. Tarifautomatik – auf die Eingruppierung Psychologischer Psychotherapeuten/innen (PP) und **Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/innen** (KJP)? Antwort: Derzeit keine! Der Einfachheit halber sei mit den KJP begonnen: In der Vergütungsordnung 1a (*Bund, Länder*) „G. Angestellte im Sozial- und Erziehungsdienst“, und „VI. Angestellte im Sozial- und im Erziehungsdienst“ (*VKA*), Vergütungsgruppe III, Ziffer 8, heißt es jeweils: „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/Psychologen mit staatlicher Anerkennung oder staatlich anerkannter Prüfung und entsprechender Tätigkeit“. Bestimmt also der Arbeitsvertrag, die Dienstweisung, dass der/dem

Angestellten die Tätigkeit „als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in“ übertragen wird (= „auszuübende Tätigkeit“, s. o.), dann *ist* jene/er in BAT III („automatisch“) eingruppiert – und entsprechend zu vergüten. Denn seine/Ihre auszuübende Tätigkeit *ist* Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Heißt es hingegen im Arbeitsvertrag: Angestellt „als Sozialarbeiter/in/Sozialpädagoge/in“ (= auszuübende Tätigkeit), dann ist zu prüfen, ob in irgendeiner Dienstweisung, mündlich oder schriftlich, festgelegt ist, er/sie habe „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie auszuüben“. Findet sich nichts dergleichen, dann ist der/die approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in nicht in BAT III, sondern in einer „schlechteren“ Vergütungsgruppe eingruppiert. Fazit: Ein/e (approbierte/r) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in, im Grundberuf Sozialpädagoge/in, *ist* nicht *per se* in der Vergütungsgruppe III eingruppiert. Entscheidend ist eben seine/Ihre ihm/ihr übertragene auszuübende Tätigkeit. Die Unterscheidung zwischen auszuübender und ausgeübter Tätigkeit bietet im Übrigen immer wieder Anlass für Missverständnisse und fehlgeleitete Hoffnungen. Aus dem Gesagten wird deutlich: Die Approbation spielt (noch) keine Rolle.

Allerdings muss diese *auszuübende* Tätigkeit mindestens die Hälfte seiner/Ihrer Arbeitszeit in Anspruch nehmen (§ 22 Abs. 2 Satz 2 BAT). Unterschreitet seine/Ihre auszuübende Tätigkeit diese 50 %, so *ist* er/sie nicht in BAT III, sondern anders eingruppiert.

Die **Psychologischen Psychotherapeuten/innen** hingegen finden sich nirgendwo in der o. e. Vergütungsordnung 1a aufgeführt, stattdessen zeigt sich in der Vergütungsgruppe II a (*Bund/Länder*) und in der Vergütungsgruppe II (*VKA*) folgende Festlegung: „Angestellte mit abgeschlossener wissenschaftlicher Hochschulbildung und

entsprechender Tätigkeit ... ". Nur bei *Bund/Länder* ist noch ein * angefügt (= **Bewährungsaufstieg** möglich!, sog. „Sternchenaufstieg“). Hierunter fallen regelmäßig die Diplom-Psychologen, wenn ihre auszuübende Tätigkeit den Vorgaben entspricht. *Extrembeispiel* zur Verdeutlichung: Dem Diplom-Psychologen, zugleich approbierter PP, der „als Pförtner“ (= auszuübende Tätigkeit) eingestellt ist, fehlt es an der „entsprechenden Tätigkeit“. Er *ist* nicht in Vergütungsgruppe IIa eingruppiert. Übt der/die Diplom-Psychologe/in hingegen eine „entsprechende Tätigkeit“ aus, dann *ist* er/sie in IIa bzw. II. eingruppiert. Aber auch hier gilt: Mindestens die Hälfte seiner/ihrer Tätigkeit muss der abgeschlossenen wissenschaftlichen Hochschulbildung entsprechen. Ist der Diplom-Psychologe z. B. mit Leitungsaufgaben befasst und sind ihm „mindestens drei Angestellte mit mindestens der Vergütungsgruppe IIa bzw. II durch ausdrückliche Anordnung ständig unterstellt“ (also bspw. der Leiter einer Beratungsstelle), dann *ist* der/die Diplom-Psychologe/in in der Vergütungsgruppe 1b eingruppiert, selbst dann, wenn er (fehlerhaft) nach Vergütungsgruppe IIa oder II vergütet wird oder sein Arbeitsvertrag eine andere Eingruppierung aufweist (s. o.).

Wenn sich keine seiner/ihrer auszuübenden Tätigkeiten unter eines der tariflichen Tätigkeitsmerkmale subsumieren lassen, so besteht eine Regelungslücke, die im Wege sinngemäßer Lückenausfüllung geschlossen werden kann, wobei sich dann die Eingruppierung nach solchen Tätigkeiten beurteilt, die der vom Angestellten auszuübenden Tätigkeit unter Berücksichtigung des Aufbaus der Vergütungsordnungen vergleichbar ist. Allerdings darf das Tarifgefüge dadurch nicht gestört werden. Eine sinngemäße (gerichtliche) Lückenausfüllung ist nur bei **unbewussten Regelungslücken** zulässig, d. h. in einem solchen Falle kann ein Gericht diese Regelungslücke füllen. Bei **bewussten Regelungslücken** (*Tariffücke*)

darf diese durch ein Gericht für Arbeits-sachen nicht geschlossen werden (BAG ZTR 97, 459). Denn die Arbeitsgerichte sind nicht befugt, einen Tarifvertrag korrigierend auszulegen.

Was bedeuten die Ausführungen nun für die KJP und für die PP? Die KJP sind im BAT (s. o.) berücksichtigt; eine Regelungslücke kann sich niemals auf-tun. Ein Arbeitsgericht wird mithin bei einer sog. **Eingruppierungsfeststellungsklage** kaum zu dem Schluss gelangen, der KJPler sei anders als in BAT III eingruppiert, es sei denn, sein Arbeitsvertrag überträgt ihm höhere Aufgaben. Daran dürfte auch die inzwischen notwendige Approbation, um sich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut nennen zu dürfen, nichts ändern. Bei den PP hingegen wird ein Gericht feststellen, dass inzwischen aufgrund des PsychThG eine Approbation für die Durchführung von Psychotherapie zwar Voraussetzung ist, dass sich aber im BAT dadurch nicht ohne Weiteres eine Regelungslücke aufgetan habe. Denn (s. o.) die Diplom-Psychologen sind zumindest unter IIa oder II eingruppiert, und die auszuübende Tätigkeit hat sich durch die Approbation auch nicht geändert. Mit hoher Wahrscheinlichkeit wird also eine solche Eingruppierungsfeststellungsklage vom Arbeitsgericht abgewiesen werden. „Für die Eingruppierung eines Psychologischen Psychotherapeuten besteht keine unbewusste Regelungslücke, die dadurch auszufüllen ist, dass er wie ein Facharzt mit entsprechender Tätigkeit zu vergüten ist (LAG Hamburg ZTR 2001, 418; Hessisches LAG ZTR 2002, 32 – zitiert nach: *Schelter* „Das Tarifrecht der Angestellten in Krankenhäusern und Heimen“, 7. Aufl., S. 440. Ähnlich auch LAG Baden-Württemberg – 2 Sa 10/02). Wörtlich führt das baden-württembergische Landesarbeitsgericht aus: „Einen Tätigkeitsbereich ‚Psychotherapie‘, der allenfalls nach In-Kraft-Treten des PsychThG hätte neu bewertet werden müssen, gibt es im ... Tarifvertrag nicht. Der Kläger ist des-

Video-Expo™

Filmbibliothek zur
Angstkonfrontation

NEU:

Flugangst



Band 5 mit typischen
Szenen: Einchecken,
Rollfeld, Innenraum,
Flughafenumfeld

Video-Expo™

Kompakt

6 Filme

(aus jedem Band 1 Film)

+

Informationen zu
Ängsten und
Angstbehandlung
auf einer DVD.

Kompaktpreis:

50 €

Psycho-Vision GmbH

Tel: 08304 - 932 212

Fax: 08304 - 932 213

E-Mail: info@psycho-vision.de

Web: www.psycho-vision.de

halb zu Recht in den Tätigkeitsbereich ‚Psychologie‘ eingruppiert“. Im entschiedenen Fall handelte es sich um einen dem BAT ähnlichen Tarifvertrag.

Tarifpartner müssen ran ...

PP und KJP, die sich aufgrund ihrer Approbation eine höhere Eingruppierung wünschen und eine Eingruppierungsfeststellungsklage einzureichen beabsichtigen, sollten sehr sorgfältig abwägen und einen spezialisierten „Fachanwalt für Arbeitsrecht“ hinzuziehen, der auf Erfahrungen im Bereich des BAT zurückgreifen kann. Aber selbst dann sind die Klageaussichten eher als gering einzustufen, es sei denn, beim Antragsteller liegen vom Üblichen abweichende Besonderheiten vor. Die realistischste Chance besteht darin, dass die Tarifvertragsparteien sich der PP und der KJP annehmen. Erste Schritte sind von einer Arbeitsgruppe von ver.di bereits eingeleitet (siehe Psychotherapeutenjournal 2/2003, S. 117).
(Wird fortgesetzt)

Ganz Recht:

Wissen Sie eigentlich, dass

■ der **Verzicht auf Ihre Approbation** (§ 4 PsychThG), um den Beiträgen an die Psychotherapeutenkammer zu entgehen, bedeuten kann, dass Sie Ihre Approbation nicht wieder bekommen, wenn Sie sie nun doch einmal wieder brauchen sollten? Deshalb eine **Warnung**: „Wird eine aufgrund des § 12 PsychThG erteilte Approbation zurückgegeben, bringt der Betroffene damit zum ... Ausdruck, dass er keinen Bedarf mehr für einen zu schützenden Bestand hat ... Da der Gesetzgeber ... nicht zu dauerhaftem Bestandsschutz verpflichtet ist, ... kann ein erneuter Antrag auf Erteilung der Approbation ... nicht mehr auf § 12 PsychThG gestützt

werden“. Diese Meinung (ein Gerichtsurteil gibt es dazu noch nicht) vertritt das Sozialministerium Rheinland-Pfalz – in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Schreiben vom 07.05.2003 an die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz; siehe auch *Becker* in: „Management-Handbuch für die psychotherapeutische Praxis“, Nr. 540, Randnummer 147 a).

- die Entlassung einer Arbeitnehmerin auch dann nicht zulässig ist, wenn sie eine Schwangerschaft bei Abschluss des Arbeitsvertrages bewusst verschwiegen hatte (EuGH NJW 2002, S. 123)?
- sich das Bundesarbeitsgericht (BAG) mit der Berechtigung eines Betriebsrats/Personalrats befasst hat, dem Gewerbeaufsichtsamt die tatsächlichen Arbeitszeiten namentlich benannter Arbeitnehmer zu übermitteln? Bei einzelnen Arbeitnehmern war es zu Überschreitungen der zulässigen Höchstarbeitszeit gekommen. Daher wandte sich der Betriebsrat an das Amt. Die Arbeitgeberin sah die Weitergabe als unzulässig an, der Betriebsrat indes als zulässig. Die vom Betriebsrat eingeleitete Feststellungsklage ergab im Tenor, dass der Betriebsrat jedenfalls nicht in jedem Falle eine Befugnis zur **Weitergabe der ihm zugänglichen Arbeitnehmerdaten** habe. Aus Gründen des **Datenschutzes** komme es vielmehr darauf an, ob die Übermittlung zur Wahrung der berechtigten Interessen des Betriebsrats oder der Aufsichtsbehörde erforderlich war. Auch müssten die schutzwürdigen Interessen der betroffenen Arbeitnehmer beachtet werden (Beschl. v. 03.06.2003 – 1 ABR 19/02).
- das Bundesarbeitsgericht (BAG) entschieden hat (MDR 13/2003 – R 9), dass das Arbeitszeitgesetz im Hinblick auf die Behandlung von **Bereitschaftsdiensten** gegen die

EG-Arbeitszeitrichtlinie verstößt? Auf das Arbeitsverhältnis fand der **BAT** Anwendung. Der Kläger war im Schichtdienst eingesetzt. Während des Bereitschaftsdienstes hatte sich der Kläger in einem Ruheraum neben seinem Arbeitsplatz aufgehalten. Für die Entgegennahme von Notrufen musste er sofort zur Verfügung stehen. Aus diesem Grunde trug der Kläger vor, der Bereitschaftsdienst unterscheide sich nicht von der sonstigen Arbeitszeit. Dem stimmte das BAG in der Revision zu. Auch wenn das Arbeitszeitgesetz gestatte, gemäß § 15 Abs. 6 Buchstabe a BAT eine Bereitschaft anzuordnen, so **genüge das Arbeitszeitgesetz jedenfalls nicht den Anforderungen der EG-Arbeitszeitrichtlinie – 93/103**. Es handele sich um Arbeitszeit, wenn ein Arbeitnehmer in den Räumlichkeiten des Arbeitgebers während seiner Bereitschaft anwesend sein müsse.

- Sie gegenüber Leistungsträgern (z.B. Berufsgenossenschaften, Krankenkassen) **auch dann auskunftspflichtig** sind, **wenn keine Schweigepflichtentbindung** vorliegt (§ 100 SGB X), soweit diese Leistungsträger Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch (I-X) wahrnehmen, und es gesetzlich zugelassen ist? Sie haben allerdings einen (bescheidenen) Anspruch auf Entschädigung (BSG Urteile v. 9.2.2000, B 9 SB 10/98 R, B 9 SB 8/98 R), etwa für einen anzufertigenden Befundbericht.

RA Hartmut Gerlach

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

Aktuelles aus der Forschung

Barbara Ripper

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Zur Epidemiologie depressiver Störungen

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., Rush, A. J., Walters, E. E. & Wang, P. S. (2003). *The Epidemiology of Major Depressive Disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)*. *JAMA*, 289 (23), 3095-3105.

In der National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) wurden 5.554 Personen, die bei einer ersten Befragung Anzeichen einer psychischen Erkrankung gezeigt hatten, erneut epidemiologisch untersucht. Die Ergebnisse weisen auf eine Lebenszeitprävalenz von 16,2% und eine 12-Monats-Prävalenz von 6,6% für depressive Störungen hin. Dabei erfüllten 10,4% die Kriterien ei-

ner leichten, 38,6% einer mittelgradigen, 38,0% einer schweren und 12,9% die einer sehr schweren depressiven Episode. Die mittlere Episodendauer betrug 16 Wochen. Die Personen berichteten von substantiellen Beeinträchtigungen in ihrer Lebensführung (59,3% gaben schwere oder sehr schwere Einbußen an). Bei den meisten Lebenszeit- (72,1%) und 12-Monats-Fällen (78,5%) wurden zusätzliche psychische Störungen diagnostiziert. Obwohl bei 51,6% der 12-Monats-Fälle die Depression behandelt wurde, wurde die Art dieser Behandlung nur bei 41,9% als adäquat eingeschätzt. Dies bedeutet, dass nur bei 21,7% aller 12-Monats-Fälle eine qualitativ hochwertige Behandlung zur Verfügung stand.

Kommentar: Das Survey macht deutlich, wie weit Depressionen verbreitet sind, wie schwer die damit verbundenen Einschränkungen sind, und dass zudem die Versorgung Depressiver bei weitem nicht den Anforderungen entspricht. Da die Befunde aus den USA stammen, ist die Übertragbarkeit auf deutsche Verhältnisse nicht unbedingt gesichert. Vergleichbare epidemiologische Untersuchungen weisen aber auch für die Bundesrepublik auf ähnlich hohe Prävalenz von Depressionen hin (vgl. Wittchen & Jacobi in *Psychotherapeutenjournal* 0/2002: 12-Monats-Prävalenz = 8,3%). Ob die Versorgung in Deutschland besser ist als in den USA ist fraglich.

Wie wirksam ist die übliche Behandlung bei Depressionen?

Horvitz-Lennon, M., Normand, S. L., Frank, R. G. & Goldman, H. H. (2003). „Usual care“ for major depression in the 1990s: characteristics and expert-estimated outcomes. *Am J Psychiatry*, 160(4), 720-726.

Wie effektiv sind die am häufigsten angewendeten psychotherapeutischen Behandlungsformen bei akuten schweren Depressionen in der Praxis? Die Autoren analysierten Daten von Angestellten von vier großen Firmen. Insgesamt wurden dabei Merkmale von 9.054 depressiven Episoden untersucht. Dafür wurden die Behandlungsform, die Diagnose sowie Charakteristika der Patienten erhoben. Drei Viertel der behandelten Patienten waren Frauen zwischen 18 und 49 Jahren ohne komorbide Suchterkrankungen. Die 10 am häufigsten angewendeten Behandlungsformen

wurden von Experten hinsichtlich ihrer Wirksamkeit beurteilt. Dabei wurden nur drei als erfolgreich eingestuft: Antidepressiva (SSRI) über mehr als 59 Tage kombiniert mit 1-3 psychotherapeutischen Sitzungen oder kombiniert mit mehr als 3 psychotherapeutischen Sitzungen und 10-24 psychotherapeutische Sitzungen ohne Antidepressiva. Die Wirksamkeit von zwei Verfahren (alleinige Einnahme von SSRIs über mehr als 59 Tage und 4-9 psychotherapeutische Sitzungen ohne Antidepressiva) wurden als moderat eingestuft, während fünf der zehn am häufigsten angewendeten Therapiemethoden (kurze bis zu 2-3 Sitzungen) psychotherapeutische Interventionen und kurze Behandlungen mit Antidepressiva) nur zu minimalen Verbesserungen führten. Bei der Gesamtzahl der 10 verglichenen Interventionen erfolgte nach 16 Wochen bei

24% keine Veränderung, 48% reagierten auf die Behandlung und nur bei 23% zeigte sich eine Remission (aber auch ohne Behandlung zeigte sich bei 15% der Patienten eine spontane Remission).

Kommentar: Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass auch bekannte Behandlungsansätze ausführlicherer Überprüfung bedürfen, und auch Therapeuten selbst diese Prüfung vornehmen sollten. Auch wurde deutlich, dass bei weitem nicht von allen Behandelnden tatsächlich wissenschaftlich erprobte Verfahren eingesetzt werden. So ist für die verhaltenstherapeutische Behandlung von Phobien bekannt, dass nur ein kleiner Teil der Verhaltenstherapeuten tatsächlich das empirisch als am erfolgreichsten einzustufende Verfahren (Reizkonfrontation in Vivo) einsetzen.

Welche Patientenvariablen beeinflussen die Entscheidung für eine Behandlung bei Angststörungen?

Issakidis, C. & Andrews, G. (2003). Rating of health care: Clinical decision making in an outpatient clinic for anxiety disorders. Journal of Anxiety Disorders, 17, 59-74.

Mittels einer logistischen Regression wurden an 550 in eine Klinik für Angststörungen eingewiesenen Patienten die Prädiktoren für die Entscheidung über eine Behandlung untersucht. Dabei wurden demografische Daten, depressive Symptome und Angstsymptome, die Schwere der phobischen Vermeidung, Neurotizismus, körperliche und soziale Behinderungen und die DSM-IV Diag-

nosen erhoben. Auch der überweisende Arzt und das Datum (als Maß für die Auslastung der Klinik) wurden erfasst. Als stärkste Prädiktoren für die Aufnahme der Patienten zu einer Behandlung in der Klinik erwiesen sich die Diagnose (Angststörungen ohne Persönlichkeitsstörungen), das Ausmaß der Einschränkungen durch die Angst und die Verfügbarkeit von Ressourcen in der Klinik. Aber auch demografische Daten wie weibliches Geschlecht und ein höherer Bildungsgrad machten eine Aufnahme in eine Klinik wahrscheinlicher. Einige andere Faktoren (Alter, Bildung, Diagnose und individueller Behandler) waren in

Interaktion miteinander ausschlaggebend. So zeigten verschiedene Behandler unterschiedliche Schwellenwerte hinsichtlich des Bildungsgrades für eine Aufnahme.

Kommentar: Die Ergebnisse dieser Studie weisen deutlich darauf hin, dass nicht nur klinische Merkmale der Angststörung sondern auch nicht spezifische Merkmale der Person einen Einfluss auf die Verfügbarkeit angemessener Behandlung haben. Die Reflexion im klinischen Kontext und in Versorgungseinrichtungen kann der Benachteiligung einzelner Patientinnen und Patienten vorbeugen.

Katamnesestudie zur Langzeitwirkung von Psychoanalysen und psychoanalytischen Therapien

Leuzinger-Bohleber M., Stuhr, U., Rüger, B. & Beutel, M. E. (2001). Langzeitwirkungen von Psychoanalysen und Psychotherapien: eine multiperspektivische, repräsentative Katamnesestudie. Psyche, 3, 193-276.

In einer Katamnesestudie wurde die Langzeitwirkung (Erfassung 5-9 Jahre nach Behandlungsende) von Psychoanalysen und psychoanalytischen Therapien untersucht. Die Daten von Patientinnen und Patienten, die zwischen 1990 und 1993 bei DPV-Analitikern ihre Behandlung beendet hatten, wurden katamnestisch erfasst. Dafür wurden sowohl qualitative psychoanalytische Beobachtungen als auch quantitative psychometrische Verfahren (standardisierte Fragebögen) und Daten aus den vor Therapiebeginn eingereichten Kassengutachten berücksichtigt. In der

Arbeit werden erste Ergebnisse der Analysen berichtet: 75% der Teilnehmer der Katamnesestudie waren vor der Therapie in ihrem Gesamtbefinden deutlich beeinträchtigt, während zum Zeitpunkt der Katamnese 65% ein gutes Befinden angaben. Zwei Drittel der Patienten berichteten, ihr Befinden sei vom Behandlungsende bis zum Zeitpunkt der Katamnese stabil geblieben. Während 76% der Patienten mit der Behandlung sehr zufrieden waren (9% waren unzufrieden, 6% sehr unzufrieden), waren die Analytiker selbst mit nur 64% Zufriedenheit deutlich kritischer. Diese Ergebnisse zur Behandlungszufriedenheit der Patienten galten unabhängig vom Umfang der Behandlung, also gleichermaßen für Psychoanalysen und (kürzere) psychoanalytische Psychotherapien. Die Autoren berichten jedoch ihren aus den Katam-

neseinterviews gewonnenen Eindruck, ehemalige Analysepatienten zeigten (neben anderen Faktoren) umfassendere Selbstreflexion, analysierten die erzielten Erfolge differenzierter und entfalteten ihre potentiellen Ressourcen kreativer.

Die Autoren diskutierten die Messbarkeit von Erfolgen in der Psychotherapie.

Kommentar: Diese aufwändige Studie bezieht eine Vielzahl von Aspekten der Behandlungseffizienz in die Untersuchung ein und macht die Interpretationen der Autoren durch Falldarstellungen deutlich. Die Studie stellt einen der wenigen Ansätze einer Überprüfung der Wirksamkeit psychoanalytischer Therapie unter Berücksichtigung der besonderen Rahmenbedingungen dieser Therapieform dar.

Die Wirksamkeit der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen

Beelmann, A. & Schneider, N. (2003). Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 32(2), 129-143.

In einer Meta-Analyse wurde die Wirksamkeit verschiedener Methoden der Psychotherapie bei Kindern und

Jugendlichen im deutschsprachigen Raum untersucht. Die Metaanalyse schließt 47 deutschsprachige Studien ein, in denen jeweils eine psychotherapeutisch behandelte Gruppe mit einer Kontrollgruppe verglichen wurde. Über all diese Studien hinweg ergab sich ein mittlerer Behandlungseffekt von 0.54, was mit amerikanischen Analysen vergleichbar ist. Es wird deutlich, dass Ergebnisse der Psychotherapieforschung in diesem wichtigen Bereich weitgehend nur in Form von Berichten zu Einzelfällen und unkontrollierten Studien vorliegt. Das Gros der kontrollierten Wirksamkeitsforschung beschränkt sich auf verhaltenstherapeutische Interventionen.

Aber auch für die nicht-direktive Spieltherapie ist eine Reihe kontrollierter Therapiestudien verfügbar. Im Bereich der psychoanalytischen/tiefenpsychologischen und in eltern- und familienorientierten Therapiekonzepten sind empirische Untersuchungen rar. Auch die Bandbreite der in den Studien untersuchten Störungsformen und Altersstufen ist sehr gering. Nur wenige Therapiemethoden (wie etwa die kognitiv-behaviorale Therapie bei Lernstörungen, die Verhaltenstherapie bei Angststörungen und die klientenzentrierte Spieltherapie bei verschiedenen Indikationen) werden von den Autoren als ausreichend evaluiert beurteilt.

Kommentar: Meta-Analysen beziehen sich auf Daten aus mehreren Untersuchungen mit teilweise sehr unterschiedlichen Versuchsdesigns, weshalb solche Ergebnisse vorsichtig interpretiert werden müssen. Trotzdem sprechen auch die deutschsprachigen Studien insgesamt für den Erfolg psychotherapeutischer Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen. Ein deutlicher Bedarf an Untersuchungen besteht vor allem für psychoanalytische und familientherapeutische Verfahren. Auch gibt es einen deutlichen Mangel an Studien, die fundierte Hinweise auf eine differentielle Indikation geben.

Senken kognitive Aktivitäten das Alzheimer-Risiko?

Wilson, R. S., Bennett, D. A., Bienias, J. L., Aggarwal, N. T., Mendes De Leon, C. F., Morris, M. C., Schneider, J. A. & Evans, D. A.. (2002). *Cognitive activity and incident AD in a population-based sample of older persons. Neurology, 59(12), 1910-1914.*

Schon länger ist bekannt, dass ein höherer Bildungsgrad und eine geistig anspruchsvollere Arbeit das Risiko, an Alzheimer zu erkranken, senken können. Um der Frage nachzugehen, ob generell kognitiv stimulierende Aktivitäten das Risiko für Alzheimer-Erkrankungen senken, wurden 6.158 Personen über 65 Jahren untersucht. Dabei wurde in einem Interview die aktuelle Häufigkeit von sieben verschiedenen

kognitiven Aktivitäten und neun verschiedenen körperlichen Aktivitäten erfasst und als Werte für körperliche und kognitive Aktivität angegeben. Die Werte für kognitive Aktivität bewegten sich im Bereich zwischen 1.28 und 4.71, wobei höhere Werte eine höhere Frequenz angeben. Vier Jahre später wurden 842 Personen noch einmal untersucht. Von diesen erfüllten 139 Personen die Kriterien für eine Alzheimer-Erkrankung. Eine logistische Regression konnte zeigen, dass ein Zuwachs des Wertes für kognitive Aktivität um einen Punkt das Risiko an Alzheimer zu erkranken um 64% reduziert. Auch zwischen einem höheren Bildungsgrad und einer kognitiv anspruchsvolleren Arbeit bestand ein

(geringer) Zusammenhang mit einem verringerten Risiko an Alzheimer zu erkranken. Das Ausmaß der physischen Betätigung stand jedoch in keinem Zusammenhang mit dem Alzheimer-Risiko.

Kommentar: Der bekannte Zusammenhang zwischen Bildungsgrad und Arbeitssituation und dem Risiko an Alzheimer zu erkranken, ist möglicherweise durch eine höhere Frequenz geistiger Aktivitäten bei diesen Personen mit bedingt. Da zu erwarten ist, dass Personen mit höherer Bildung, die ihr Leben lang einer geistig anspruchsvollen Arbeit nachgegangen sind, auch im Alter geistig aktiv sind, erscheint dieses Ergebnis nachvollziehbar.

Depressionen durch Folsäure-Mangel

Bjelland, I., Tell, G. S., Vollset, S. E., Refsum, H. & Ueland, P. M. (2003). *Folate, vitamin B12, homocysteine, and the MTHFR677->T polymorphism in anxiety and depression: the Hordaland Homocysteine Study. Arch. Gen. Psychiatry, 60(6), 618-626.*

Depressionen könnten auch durch einen Mangel an Folsäure mit bedingt

sein. Darauf weisen Ergebnisse einer norwegischen Untersuchung an 5.948 Patienten hin, bei denen die Konzentration der Aminosäure Homocystein im Blut erhoben wurde. Viel Homocystein im Blut kann auf einen Mangel an Folsäure hindeuten. Personen bei denen Depressionen ohne komorbide Angststörungen diagnostiziert worden waren, zeigten ei-

nen erhöhten Homocystein-Wert. Die im Blutplasma direkt erhobenen Folsäure-Werte korrelierten jedoch nur bei Frauen im mittleren Alter mit einer Depression. Keine der erhobenen Werte korrelierte mit den Werten für Angststörungen. Auch eine DNA-Analyse derselben Forschergruppe zeigte, dass bei depressiven Personen besonders häufig ein für den Folsäu-

re-Stoffwechsel wichtiges Gen verändert war.

Kommentar: Frühere Ergebnisse

konnten auch zeigen, dass Folsäure die Wirkung von Antidepressiva verstärken kann. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass Folsäure an der Bildung

von Neurotransmittern beteiligt ist, deren Mangel an der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Depression beteiligt sein kann.

Veränderte Hirnanatomie bei Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung

Yamasue, H., Kasai, K., Iwanami, A., Ohtani, T., Yamada, H., Abe, O., Kuroki, N., Fukuda, R., Tochigi, M., Furukawa, S., Sadamatsu, M., Sasaki, T., Aoki, S., Ohtomo, K., Asukai, N. & Kato, N. (2003). Voxel-based analysis of MRI reveals anterior cingulate gray-matter volume reduction in posttraumatic stress disorder due to terrorism. Proc Natl Acad Sci USA., 100(15), 9039-9043.

Die Verarbeitung traumatischer Erlebnisse scheint eng mit der Hirnanatomie von Patienten verknüpft zu sein. Die japanische Forschergruppe unter-

suchte mit Hilfe eines hochauflösenden Kernspin-Gerätes die Hirnstruktur von neun Opfern des Gas-Attentates in der Tokioter U-Bahn und verglich sie mit der von 16 gesunden Personen. Die Ergebnisse zeigen, dass bei Patienten mit Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) der linke anteriore Gyrus Cinguli im Vergleich zu gesunden Personen deutlich kleiner ist. Der Schweregrad der Erkrankung korrelierte mit dem Ausmaß der Abweichung von der normalern Größe des Gyrus Cinguli. Dieses Areal liegt in der Region zwischen den beiden Hemisphären und ist an der Regulierung von Gefüh-

len, der Aufmerksamkeit und an der Konditionierung von Angst beteiligt.

Kommentar: Die Ergebnisse machen deutlich, dass psychische Erkrankungen auch mit anatomischen Veränderungen der verarbeitenden Hirnregionen einhergehen können. Eine Aussage über Ursache und Wirkung kann jedoch aufgrund der Daten nicht zweifelsfrei gemacht werden. So könnten auch Personen mit verringertem Hirnvolumen im Gyrus Cinguli für die Entwicklung einer PTBS besonders vulnerabel sein.

Fragebogen zur Eltern-Kind-Beziehung aus Sicht der Eltern

Steinmetz, M. & Hommers, W. (2003). Das „Parent-Child Relationship Inventory“ als deutschsprachiges Eltern-Diagnostikum. Diagnostica, 49(3), 120-128.

Das amerikanische Parent-Child-Relationship Inventory (PCRI) wurde in seiner Anwendbarkeit für die Erziehungspsychologie und für die familienrechtliche Begutachtung in Deutschland getestet. Mit diesem Fragebogen kann die Eltern-Kind-Beziehung aus Sicht der Eltern erfasst werden.

Die Mittelwerte der sieben Inhaltsskalen erwiesen sich in der Prüfung an einer Stichprobe von 334 Elternpaaren als anders und die internen Konsistenzen des Testverfahrens als schlechter als bei der amerikanischen Eichstichprobe. Auch die Faktorenstruktur scheint für die deutsche Stichprobe anders zu sein, wobei sich die Antworten von Vätern und Müttern diesbezüg-

lich nicht unterscheiden. Ein Vergleich mit zwei anderen Erziehungsverhaltensskalen ergab konsistente Ergebnisse. Wenn der PCRI-Test hinsichtlich der Fragestellung zu einem alleinigen Sorgerecht eines Elternteils ausgewertet wird, führt er zu einem deutlichen Ungleichgewicht des Ergebnisses in Richtung einer Diagnose einer besonders guten Eltern-Kind-Beziehung. Dieses Ergebnis konnte auch durch ein Erfassen der sozialen Erwünschtheit der Antworten nicht kontrolliert werden. Bei einer vertrauensvollen Eltern-Kind-Beziehung ist die Validität des Fragebogens jedoch recht gut.

Kommentar: Im Vergleich zur amerikanischen Version des Inventars ist das an der deutschen Stichprobe untersuchte Verfahren weniger zuverlässig und valide. Dies weist auf die mögliche Bedeutung kultureller Unterschiede zwischen dem amerikanischen und

dem deutschen Erziehungsverhalten hin, die hier mit berücksichtigt werden müssen. Die Einsatzmöglichkeiten dieses Fragebogens im deutschen Raum sind daher sicherlich eingeschränkt. Voraussetzung für die Verwendung ist eine neue Normierung des Tests an einer deutschen Stichprobe. Die Gefahr einer als besonders positiv dargestellten Eltern-Kind-Beziehung bei Sorgerechtsentscheidungen muss bei der Anwendung besonders berücksichtigt werden.

Dr. Barbara Ripper

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

Vier Jahre Psychotherapie-Ausbildung – eine erste Bilanz¹

Bericht über ein Expertenhearing der DGVT vom 15./16. Mai 2003
in Berlin

Wolfgang M. Groeger

Ruhr-Universität Bochum, Zentrum für Psychotherapie

Zusammenfassung: Das Jahr 1999 hat den Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen zugleich mit ihrer Anerkennung als neue Heilberufe eine Ausbildungs- und Prüfungsverordnung beschert, die die Psychotherapieausbildung gesetzlich regelt. Nicht nur die Bedingungen der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung haben sich seitdem einschneidend verändert, sondern auch die Situation der Ausbildungsinstitute – und noch viel mehr die der AusbildungsteilnehmerInnen. Vier Jahre nach dieser Zäsur und nachdem die ersten TeilnehmerInnen die mindestens dreijährige Ausbildung erfolgreich absolviert haben, hat die DGVT Vertreter aller Beteiligten – Ausbildungsstätten, Ausbilder, Auszubildende, Landesprüfungsämter, Gesundheitsministerien, Gesundheitspolitiker – eingeladen, um eine erste Bilanz der Erfahrungen mit dem neuen Regelwerk der Psychotherapieausbildung zu ziehen. Rückblicke auf die bisherigen Erfahrungen, genauere Betrachtungen zur Ausbildung und Abschlussprüfung und zusammenfassende Überlegungen zur inhaltlichen Weiterentwicklung einer „guten“ Psychotherapieausbildung und zu einer Novellierung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung werden berichtet.

Gesamtschau aus unterschiedlichen Perspektiven

Den Auftakt der Veranstaltung bildeten exemplarische Rückblicke auf die bisherigen Erfahrungen aus den Perspektiven der Aufsichtsbehörden, der Ausbildungsstätten, der Juristen, der Krankenkassen und der Gewerkschaften; er mündete in eine Po-

diumsdiskussion mit den gesundheitspolitischen SprecherInnen der CDU, FDP, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (der SPD-Vertreter musste leider kurzfristig absagen), die sich allerdings mehr den aktuellen Fragen des Gesundheitsstruktur-Moderisierungs-Gesetzes als der Thematik des Hearings zuwandten. Bereits in dieser ersten Runde wurden deutliche Mängel aufgezeigt, die in ihrer Konsequenz die Ausbildung insbesondere für die AusbildungsteilnehmerInnen erschweren und damit den erforderlichen „Nachwuchs“ neuer PsychotherapeutInnen gefährden.

In vorderster Linie der Kritik und der Reformüberlegungen standen die **ökonomischen Ausbildungsbedingungen**, die durch hohe Ausbildungskosten bei geringfügigen bis gänzlich fehlenden Verdienstmöglichkeiten gekennzeichnet sind. Ministerialrat Dr. Horn, Niedersächsisches Gesundheitsministerium: „Dies trägt nicht zur Attraktivität der Ausbildung bei und könnte sich als Hindernis bei der Rekrutierung eines ausreichenden Berufsnachwuchses erweisen.“ Die Überlegungen zur Reform dieser schwer erträglichen Situation reichten von einer angemessenen Bezahlung aufgrund des ersten berufsqualifizierenden Ausbildungsabschlusses als PsychologIn oder (Sozial-)PädagogIn, über die Bezahlung aus den im Gesundheitssystem neu gebildeten Ausbildungsfonds (Vorschlag Hr. Dielmann, Gewerkschafter), staatlicher Ausbildungsförderung und ungekürzten Honoraren aus den Leistungen

¹ Die Tagungsdokumentation ist zwischenzeitlich erschienen: Kuhr, A. & Ruggaber, G. (Hrsg.). (2003). Psychotherapieausbildung. Der Stand der Dinge. Tübingen: DGVT-Verlag.

der Ausbildungsambulanzen, bis hin zur grundsätzlichen Umgestaltung der postgradualen Ausbildung auf eine rein universitäre Ausbildung (Vorschlag Dr. Horn).

Für die **vertiefte Ausbildung** griff Dr. Horn eine Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats nach § 11 Psychotherapeutengesetz auf, die verfahrensbezogene Orientierung an *einem* der wissenschaftlich anerkannten Verfahren aufzugeben zugunsten einer störungsspezifischen Orientierung an den Erkenntnissen und Erfordernissen der unterschiedlichen Krankheitsbilder.

Änderungsbedarf wurde darüber hinaus in wichtigen strukturellen Bereichen erkannt, etwa bei den heterogenen Zulassungsvoraussetzungen bei der pädagogischen Grundqualifikation. Aus Sicht der Aufsichtsbehörde ging Dr. Horn so weit, zu fordern, die Psychotherapie zukünftig auf *einen* Beruf (Psychologische PsychotherapeutIn) und *eine* Zugangsvoraussetzung (Psychologiestudium) zu beschränken; altersbezogene Spezialisierungen wären dann über Weiterbildungsordnungen der Kammern zu regeln.

In der Zusammenarbeit der Landesprüfungsämter und Aufsichtsbehörden mit den Ausbildungsstätten mahnte Dr. Fliegel (Ausbildungsleiter DGVT) flexiblere, für AusbildungsteilnehmerInnen kundenfreundlichere Lösungen an in Fragen der Anerkennung kooperierender Institutionen der Ausbildungsstätten, der Absolvierung praktischer Tätigkeit auf Planstellen, sowie der Zuständigkeit bei Quereinstiegen beim Wechsel von einer Ausbildungsstätte in eine andere. Bei einer Novellierung des Psychotherapeutengesetzes und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung wurden darüber hinaus vordringlich die Anrechenbarkeit von Vorleistungen aus Studium und Beruf, verbesserte Unterbrechungsmöglichkeiten der Ausbildung, Aufga-

be der überflüssigen Unterscheidung zwischen Voll- und Teilzeitausbildung sowie eine Kürzung der Zeiten praktischer Tätigkeit und der so genannten „freien Spitze“ gefordert.

Betrachtung der Details

Im mittleren Teil der Veranstaltung nahmen Experten die einzelnen vorgeschriebenen Bausteine der Ausbildung und der Abschlussprüfung genauer unter die Lupe.

Für die **theoretische Ausbildung** der Psychologischen PsychotherapeutInnen wurden Überschneidungen mit den Lerninhalten des Psychologiestudiums aufgezeigt, die Forderungen nach Anerkennung solcher nachgewiesener Inhalte untermauern, und zwar sowohl bei den Grundkenntnissen als auch bei der vertieften Ausbildung. Für die theoretische Ausbildung der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen kommen erschwerend die Heterogenität der Eingangsqualifikationen und die Erweiterung der Lerninhalte um pädagogische Wissensvermittlung hinzu.

Besondere Kritik konzentrierte sich auf die Regelungen der **praktischen Tätigkeit**, und zwar sowohl auf das so genannte „psychiatrische Jahr“ mit seinen 1.200 Stunden in einer stationären psychiatrischen Einrichtung als auch auf die anschließenden 600 Stunden in einer Einrichtung i.d.R. der ambulanten Versorgung. Für diesen Ausbildungsteil fehlt es sowohl an jeglichen inhaltlichen curricularen Vorgaben als auch an allen formalen berufs- und tarifrechtlichen Voraussetzungen.

Für das psychiatrische Jahr gibt es keinerlei Vorgaben, in welchen Bereichen, wie lange, mit welchen Aufgaben, mit welchen Kompetenzen und mit welchen Ansprüchen eine PsychotherapeutIn in Ausbildung tätig wird. Im Er-

gebnis hat diese fatale Regelungslücke dazu geführt, dass in viel zu vielen Fällen Sinn und Zweck des psychiatrischen Jahres – Kompetenzerwerb in der Diagnostik und Behandlung von PatientInnen mit schweren psychischen Störungen – durch gleichbleibenden Einsatz bei irgendeiner Spezialaufgabe wie z.B. einem diagnostischen Projekt bei chronisch Suchtkranken verfehlt wurde. Noch häufiger ist nach der Erfahrung der AusbildungsteilnehmerInnen der Fall, dass die PsychotherapeutIn in Ausbildung nach kurzer Einarbeitungszeit das volle Aufgabenspektrum einer Klinischen Psychologin in der psychiatrischen Regelversorgung zu übernehmen hat – ein Hinweis darauf, dass ein ganzes Jahr offensichtlich nicht erforderlich ist, um die angestrebten Kompetenzen zu erwerben. Skandalös werden diese Verhältnisse dann, wenn sie von Seiten der Einrichtungen oder Einrichtungsträger ohne Bezahlung, ohne Vertrag, ohne rechtliche Absicherung in Anspruch genommen werden.

All dies gilt entsprechend auch für das letzte Drittel der praktischen Tätigkeit, die anschließenden 600 Stunden in einer Einrichtung i.d.R. der ambulanten Versorgung, nur dass die Konsequenzen für die AusbildungsteilnehmerInnen hier weniger einschneidend sind, weil dieser Teil der praktischen Tätigkeit i.d.R. während der praktischen Ausbildung „nebenher“ geleistet werden kann. Er trägt damit „nur noch“ zur Überlastung der AusbildungsteilnehmerInnen bei, ohne dass erkennbar wäre, was damit erreicht werden soll.

Die Forderungen angesichts dieser Bilanz der praktischen Tätigkeit waren dementsprechend radikal. Sie reichten von der Vorgabe verbindlicher Curricula bis zur Halbierung des psychiatrischen Jahres auf ein halbes Jahr bei gleichzeitiger berufs- und tarifrechtlicher Regelung des Arbeitsverhältnisses sowie der völligen Streichung der

anschließenden weiteren 600 Stunden und der inhaltlich unbestimmten 930 Stunden der so genannten „freien Spitze“.

Ein deutlich positiveres Fazit wurde für die weiteren Ausbildungsbestandteile gezogen. Für die **praktische Ausbildung**, d.h. für die psychotherapeutische Tätigkeit der AusbildungsteilnehmerInnen unter Supervision, einem Kernbestandteil der vertieften Ausbildung, wurden Verbesserungsmöglichkeiten v.a. hinsichtlich des Zeitpunkts gesehen, zu dem gemäß § 8 der Psychotherapie-Vereinbarung ambulante psychotherapeutische Leistungen abgerechnet werden dürfen – nicht erst nach der Hälfte der Ausbildung –, sowie bezüglich der Honorierung dieser Leistungen, die von Seiten der KVen bisher nur mit Kürzungen in Höhe von 10, 20 oder gar 30% erfolgte.

Supervision und **Selbsterfahrung** wurden als wesentliche, überwiegend gelungene und unterstützende Bestandteile der Ausbildung benannt, die inhaltlich noch weiter ausgestaltet werden können, aber keiner rechtlichen Novellierung bedürfen. Probleme können in diesem Bereich insbesondere aus Rollenkonfusionen AusbildungsleiterIn/SupervisorIn/SelbsterfahrungsleiterIn resultieren.

Die ersten Erfahrungen mit dem **Staatsexamen** ergaben ein gemischtes Bild. Vom Ergebnis her konnten für die bisherigen **schriftlichen Prüfungen** zufrieden stellende Bewertungen berichtet werden (Median besser als „gut“; niemand durchgefallen). Von der Struktur her gab es vor allem Kritik an den Inhalten und am Umfang des **Gegenstandskatalogs** des IMPP (Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen). Die vorgeschriebene Beschränkung auf die Prüfung der in der theoretischen Ausbildung vermittelten Grundkenntnisse wurde in großer Übereinstimmung als

1. Zulassungsvoraussetzungen

- Verbesserung insbesondere bei Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen
- Berücksichtigung der bereits im Studium erworbenen Kenntnisse bei Psychologischen PsychotherapeutInnen
- Anpassung an die neuen Bachelor- und Masterabschlüsse

2. Ausbildungsstrukturen

- Abschaffung der „freien Spitze“
- Abschaffung der Zeitvorgabe für die berufs begleitende Ausbildung
- Zulassung von Ausbildungsunterbrechungen
- Vereinheitlichte Anforderungen der Länder
- Anrechenbarkeit von Vorleistungen
- Anerkennung von Vorleistungen durch die Ausbildungsstätten

3. Theorieausbildung

- Anrechenbarkeit von bis zu 200 Stunden Theorie aus dem Grundstudium
- Beschränkung des Gegenstandskatalogs auf Inhalte und Umfang der Grundkenntnisse

4. Praktische Tätigkeit

- Angemessene, tariflich abgesicherte Vergütung
- Erlaubnis der Absolvierung auf Planstellen auf der Grundlage der Eingangsberufsqualifikation
- Anrechenbarkeit praktischer Tätigkeit aus der Zeit vor Ausbildungsbeginn
- Kürzere Dauer des „Psychiatrischen Jahres“
- Ersatzlose Streichung der darauf folgenden 600 Stunden praktischer Tätigkeit
- Vereinfachte, flexible und über die Ländergrenzen hinweg einheitliche Zulassung kooperierender Einrichtungen

5. Praktische Ausbildung

- Regelung des berufsrechtlichen Status
- Vorläufige Approbation
- Abrechnungsmöglichkeit psychotherapeutischer Leistungen in vollem Umfang bereits nach einem Jahr

6. Supervision und Selbsterfahrung

- Prüfung der vorgegebenen Regularien (Umfänge, Aufteilung Einzel-/Gruppensupervision, Mindestzahl an Supervisoren)

7. Prüfungen

- Begrenzung des Gegenstandskatalogs auf Inhalte und Umfang der Grundkenntnisse
- Beschränkung auf eine mündliche (Einzel-)Prüfung
- Kostenübernahme für das Staatsexamen wie bei anderen staatlichen Prüfungen durch das Land

verletzt betrachtet; in besonderem Maße gilt dies für eine Übergewichtung der Bereiche Diagnostik, medizinische und pharmakologische Grundkenntnisse sowie Methoden psychotherapeutischer Verfahren – hier gehen die

Fragen zu sehr in den Vertiefungsreich – und für eine Vernachlässigung der pädagogischen Grundkenntnisse, wie sie für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie erforderlich sind. Hier wurde dringender Hand-

lungsbedarf gesehen, weil die Prüfungsansprüche des Gegenstandskatalogs weit über das hinaus gehen, was in der 200-stündigen Grundausbildung vermittelt werden soll und kann. Hinsichtlich der **mündlichen Prüfungen** gab es Voten, diese auf eine Prüfung, und zwar die Einzelprüfung, zu reduzieren, da nur diese durch ihren Bezug auf eine Fallbehandlung inhaltlich spezifiziert ist.

Ausblick und Resümee

Den Abschluss der Tagung bildeten zusammenfassende Betrachtungen bezogen auf die inhaltliche Weiterentwicklung einer „guten“ Psychotherapieausbildung und auf die Novellierung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung.

Prof. Caspar (Universität Freiburg) konzentrierte sich in seinem Ausblick auf die Optimierung der Wissensvermittlung vor allem im Bereich des Regel- und Handlungswissens, dort vor allem bezogen auf therapeutische Urteils- und Entscheidungsprozesse. Das Einüben und Automatisieren solcher Prozesse sollte systematisch nach den Prinzipien der modernen Lerntechnologie und Expertisenforschung ausgebaut werden; dies erfordert vor allem schnelles Feedback mit unmittelbar anschließender Gelegenheit zur Verbesserung. Gesichertes, über Leitlinien und Manuale transportiertes Wissen bedarf darüber hinaus der Entwicklung einer fundierten Expertenintuition in der Anwendung auf den Einzelfall. Dringend

auszubauen wäre im Weiteren die Integration und der intelligente Gebrauch von Qualitätssicherung bereits in der Ausbildung.

In einem abschließenden Resümee fasste Dr. Vogel (Vorstand DGVT) die Forderungen an den Gesetzgeber, die Gesundheitsministerien und die Landesprüfungsämter zusammen. Orientiert an den Zielen einer qualifizierten Psychotherapieausbildung, einer gesicherten Versorgung und einer Beschränkung auf das Notwendige, die Redundanzen vermeidet und bereits erworbene Qualifikationen flexibel berücksichtigt, ergibt sich dringender Handlungsbedarf (siehe Kasten). Dr. Vogel: „Was jetzt fehlt (und bereits für 2001 in Aussicht gestellt war): Novellierung von Gesetz und Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen. Was bereits jederzeit möglich ist: Vereinfachungen/Verbesserungen auf der untergesetzlichen Ebene bzw. bei der Gesetzesumsetzung.“

Vier Jahre nach der Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen, eine erste Bilanz zu einer mindestens dreijährigen Ausbildung zu ziehen ist sicherlich ein früher Zeitpunkt. Dass er trotzdem nicht zu früh, sondern gerade richtig gewählt wurde, zeigte die auf Seiten aller Beteiligten offen und engagiert geführte Diskussion. Auszubildende, Ausbilder und Vertreter der zuständigen Behörden trugen ihre Erfahrungen zu einem Gesamtbild zusammen, das in der Rundumsicht den

Horizont erweiterte, im Detail den Blick auf Ungereimtheiten schärfte und ein gemeinsames Interesse daran förderte, sich über Mängel und mögliche Verbesserungen zu verständigen, um die derzeitige Gefährdung der Zukunft der neuen psychotherapeutischen Heilberufe und der psychotherapeutischen Versorgung zu überwinden.

Insgesamt gesehen war also von einer sehr gelungenen und sehr notwendigen Veranstaltung zu berichten, um die sich die DGVT und die Organisatoren Prof. Kuhr (Vorstand DGVT) und Dipl.-Psych. Ruggaber (Ausbildungsleitung DGVT) verdient gemacht haben. Bleibt zu hoffen, dass die gewonnenen Einsichten auf den Ebenen des Verwaltungshandelns, der Rechtsverordnungen, der Gesetzgebung und – nicht zuletzt – der Lehrpraxis Früchte tragen und die erforderlichen Schritte in Richtung auf eine qualifizierte, finanzierbare und zukunftsfähige Psychotherapieausbildung bald getan werden, auf dass ein wichtiger und attraktiver, zugleich anspruchsvoller und anstrengender Beruf die ihm gebührenden Eingangsbedingungen findet.

Dipl.-Psych. Dr. phil. Wolfgang M. Groeger

Mitglied im Vorstand der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen.

Zentrum für Psychotherapie
Ruhr-Universität Bochum
44780 Bochum
groeger@kli.psy.ruhr-uni-bochum.de

Innovative Psychotherapie-Ausbildung

ganzheitlich - praxisorientiert - kompetent - interdisziplinär

- Staatlich anerkanntes Ausbildungsinstitut mit KV-Zulassung
- Tiefenpsychologischer Schwerpunkt mit positivem Menschenbild
- 30 Jahre Erfahrung und über 40 Dozentinnen und Dozenten
- Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Ärztliche Weiterbildung zum Zusatztitel Psychotherapie
- Fachkundenachweis für KV-Zulassung (für bereits Approbierte)
- Ausbildung in zentraler Lage und berufsbegleitend in Blockform an Wochenenden
- Ausbildung zum diplomierten Familien- und Konfliktberater und tiefenpsychologischen Kunsttherapeuten

Information und Anmeldung bei: Wiesbadener Akademie für Psychotherapie, Prof. Dr. med. Nossrat Peseschkian
Langgasse 38-40, 65183 Wiesbaden, Tel.: 0611 - 37 37 07, Fax: 0611 - 39 990, info@wiap.de, www.wiap.de

Gründungsempfang der Bundespsychotherapeutenkammer am 08. Juli 2003 im Grand Hyatt Hotel in Berlin

(fp/wn) Nach Gründung der Bundespsychotherapeutenkammer hat der neu gewählte Vorstand nicht nur den Infrastrukturaufbau zu bewältigen. Es hieß, sehr schnell Flagge zeigen – z. B. durch Präsenz bei den Anhörungen zum Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz. Es war aber auch wichtig, sich der Berliner Politik- und Verbändeszene möglichst noch vor den Sommerferien gesellschaftlich zu präsentieren. Dazu hatte der Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer ca. 120 Gäste aus Politik, Verwaltung, Wissenschaft, Presse und allen Bereichen des Gesundheitswesens geladen.

Die Vizepräsidentin der Bundespsychotherapeutenkammer, **Monika Konitzer**, konnte am 08. Juli 2003 um 19.00 Uhr im festlichen Ambiente des Ballrooms im Grand Hyatt Hotel am



Die Vizepräsidentin der BPTK Frau **Monika Konitzer** bei der Eröffnungssprache

Potsdamer Platz, dem neuen Kraftzentrum Berlins, annähernd 100 Gäste begrüßen. Nur die Politik war schwach vertreten, denn die eingeladenen Abgeordneten steckten zum Zeitpunkt des Empfangs mitten in den kurzfristig anberaumten Konsensgesprächen zur Gesundheitsreform.

Frau Konitzer begrüßte alle Gäste aufs Herzlichste und bedankte sich für die große Resonanz auf die Einladung zu diesem Empfang. Sie hob hervor, wie farbenreich sich die Gästeliste lese. Die Gäste erwiesen der Bundesvertretung unserer Berufsgruppen ihre Reverenz und zeigten damit, dass die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im politischen Berlin angekommen sind. Persönlich begrüßte Frau Konitzer sodann die Gäste, die Grußworte sprechen wollten. Zunächst musste sie dabei den Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung kurzfristig entschuldigen, da auch seine Anwesenheit bei den laufenden Verhandlungen zur Gesundheitsreform verlangt war.

Der **Staatssekretär für Gesundheit und Verbraucherschutz** des Landes Berlin, **Herr Dr. med. Hermann Schulte-Sasse**, eröffnete den Reigen der Grußworte. Er übermittelte Glückwünsche der Senatorin zur Gründung, hieß die BPTK in Berlin willkommen und wies darauf hin, dass die bereits verabschiedeten Eckpunkte eine solide Grundlage für die weitere Arbeit

der Bundespsychotherapeutenkammer seien. Sie könnten dazu dienen, dass psychologisches und psychotherapeutisches Fachwissen in der Zukunft einen höheren Stellenwert als bisher einnehmen werde.

Ministerialrat Arno Goßmann vom **Hessischen Sozialministerium** gratulierte zur Gründung der Bundespsychotherapeutenkammer und wies dabei auf die vielen Schwierigkeiten hin, die seit dem PsychThG-Referententwurf von 1993 aufgetreten seien. Er betonte, dass die Psychotherapeuten nunmehr 10 Jahre danach zu einem erstzunehmenden Gesprächspartner geworden sind und dass ihre Kammern in den Ländern eine gute Entwicklung genommen haben.

Danach folgte ein Grußwort des 1. Vorsitzenden der **Kassenärztlichen Bundesvereinigung**, **Herr Dr. med. Manfred Richter-Reichhelm**. Er beglückwünschte zunächst die Berufsgruppe dazu, dass auch sie jetzt mit der Bundespsychotherapeutenkammer eine angemessene Organisationsform zur Interessenvertretung auf Bundesebene gefunden hat. In diesem Zusammenhang wies Herr Dr. Richter-Reichhelm darauf hin, dass die Bundespsychotherapeutenkammer angesichts der anstehenden Gesundheitsreformen vor großen Herausforderungen stehe. So müsse – auch nach Ansicht der KBV – ein direkter Erstzugang zu einer bedarfsorientierten psychotherapeutischen Versorgung erhalten bleiben und der angedachte „Strafzoll“ bei



Der 1. Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Herr Dr. med. Manfred Richter-Reichhelm, im Gespräch mit RA Herrn Dr. Stellpflug.

unmittelbarer Konsultierung eines Facharztes verhindert werden. Der KBV-Vorsitzende versicherte, dass auch die KBV für eine angemessene Bezahlung psychotherapeutischer Leistungen eintrete – dies allerdings mehr mit Blick auf die Krankenkassen denn an die eigenen Reihen gerichtet. Letztendlich spreche sich auch die KBV dafür aus, dass die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten bei der jetzt anstehenden Strukturreform der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie der Kassenärztlichen Vereinigungen auf Landesebene mehr Mitwirkungsrechte erhalten. An der Durchsetzung dieses Zieles könne die jetzt etablierte Bundespsychotherapeutenkammer konstruktiv, innovativ und mit viel Erfolg arbeiten.

Im Anschluss daran übermittelte **Frau Vera Ries** in Vertretung für Herrn Staatssekretär a.D. Jung die Glückwünsche zur Gründung der Bundespsychotherapeutenkammer von der **Geschäftsstelle des Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen**.

Zur Unterhaltung der anwesenden Gäste folgte ein Intermezzo von **Clas- sic Brass Berlin**, die mit ihrem besonderen Bläsersound und Stücken von klassisch bis modern aufwartete.

Die zweite Grußwortrunde leitete danach der stellvertretende Vorsitzende der **AOK Baden-Württemberg, Herr Dr. Christopher Hermann**, ein, der 1998 maßgeblich auf Seiten der SPD an den damaligen Verhandlungen im Vermittlungsverfahren zwischen Bundesrat und Bundestag zum PsychThG beteiligt war. Er wies insbesondere darauf hin, dass die Gründung einer Bundespsychotherapeutenkammer noch vor einigen Jahren kaum absehbar war und den erfolgreichen Abschluss eines steinigen, oftmals nicht klar erkennbaren Weges markiere. Herr Dr. Hermann vertrat im Hinblick auf die beim 1. Deutschen Psychotherapeutentag verabschiedeten Eckpunkte die Ansicht, dass viele der dort formulierten Forderungen bereits 1997 auf der Agenda gestanden haben, mit der Gründung der Bundespsychotherapeutenkammer jedoch nunmehr die Voraussetzungen geschaffen wurden, um die nötige Nachhaltigkeit für eine legitime Interessenvertretung zu gewährleisten.

Der nächste Redner, **Herr Dr. med. Diethard Sturm** vom **Deutschen Hausärzterverband**, wünschte der neu gegründeten Bundespsychotherapeutenkammer viel Erfolg und sicherte zu, dass der Deutsche Hausärzterverband eine Kooperation auf gleicher Augenhöhe anbiete. Dies sei insbesondere deshalb erforderlich, weil die Psycho-

therapeutinnen und Psychotherapeuten viele unklare Grenzen bzw. gemeinsame Arbeitsfelder mit anderen Berufen wie Hausärzten, Psychiatern oder ärztlichen Psychotherapeuten haben. Unklare Grenzen führten aber zu Grenzstreitigkeiten. Man müsse daher immer wieder das Gespräch suchen, die Arbeitsfelder besprechen und die Beziehungen langfristig ordnen.

Prof. Dr. Dietmar Schulte sprach für den **Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie**. Seine Gratulation war zugleich ein Angebot der engen Zusammenarbeit mit dem Vorstand der BPTK. Er hob in seinem Grußwort die Rolle der Forschung für die gesellschaftliche und politische Akzeptanz der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten hervor und unterstrich die Wichtigkeit des Wissenschaftlichen Beirats als Partner der BPTK.

Ein weiteres Grußwort und Glückwünsche aus der Wissenschaft kamen von **Frau Prof. Dr. Bettina Hannover** für die **Deutsche Gesellschaft für Psychologie**. Frau Prof. Hannover bekannte in ihrer Glückwunschsbotschaft freimütig, dass das Verhältnis zwischen Wissenschaft und Praxis besser sein könnte, bot jedoch gleichzeitig jegliche Kooperation zur Optimierung dieses Verhältnisses an. Sie sah Chancen für die Kooperation an expliziten Fragen wie z. B. Qualitätssicherung und hoffte auf die Unterstützung der Bundespsychotherapeutenkammer zum Wohle des ganzen Berufsstandes.

Herr Uwe Dönisch-Seidel, **Landesbeauftragter für den Maßregelvollzug** des Landes NRW, der eine enge Zusammenarbeit mit der Kammer in NRW pflegt, überbrachte als letzter Redner der Bundespsychotherapeutenkammer seine Glückwünsche zur vollzogenen Gründung. Als Leiter einer Landesoberbehörde, die damit beschäftigt sei, sechs neue Kliniken zu

etablieren, zeigte er auf, dass der Maßregelvollzug eine Chance für den Berufsstand ist, in verantwortliche Positionen aufzurücken, denn Psychologische Psychotherapeuten stellen die maßgebliche Ressource im Maßregelvollzug dar.

Die Vizepräsidentin der Bundespsychotherapeutenkammer, Frau Monika Konitzer, die mit den Mitarbeitern der Geschäftsstelle NRW den Empfang organisiert hatte, bedankte sich bei allen Sprechern und ihren Helfern sehr herzlich und zeigte sich insbesondere davon angetan, dass jeder Redner eine eigene „Geschichte aus der Geschichte“ zur Bereicherung des Empfangs bieten konnte.

Ein weiteres Mal war dann die **Classic Brass Berlin** an der Reihe, die mit der Sopranistin **Frau Ursula Bambuch** einige Stücke brachte, die reich mit Beifall bedacht wurden.

Daran anschließend brachte **der Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, Herr Detlev Kommer**, in einem interessanten, abwechslungsreichen und zugleich aktuellen Vortrag den Gästen des Empfangs „Die

Entwicklung der Psychotherapie in Deutschland und die Agenda der Bundespsychotherapeutenkammer“ näher. Von den Wurzeln der Psychotherapie in der Psychiatrie und in der psychologischen Forschung über bedeutende Pioniere wie Sigmund Freud, Wilhelm Wundt, Emil Kraepelin bis in die jüngste Zeit reichte der historische Bogen. Auch die Nazizeit mit der Vertreibung der meisten produktiven Forscher und die mühsame Wiederknüpfung an internationale Standards nach dem Krieg blieben nicht ausgespart. Als Meilensteine auf dem Weg zum Anlass der heutigen Feier, zur Bundespsychotherapeutenkammer, kennzeichnete Herr Kommer die Psychiatrie-Enquête des Deutschen Bundestages aus der Mitte der 70-er Jahre und das Psychotherapeutengesetz von 1998. Mit einem Hinweis auf das große Innovationspotential der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und auf ihre noch unausgeschöpften Beiträge für eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung schloss der Vortrag.

Damit endete gegen 21.30 Uhr der offizielle Teil des Empfangs und Frau

Monika Konitzer eröffnete sodann das im Foyer des Ballrooms aufgebaute Buffet. Bei ausgewählten italienischen Vorspeisen, schmackhaften Fisch- und Fleischvariationen und einer abwechslungsreichen Nachspeisenauswahl wurden auch die Gourmets unter der Empfangsgästen vollauf zufrieden gestellt. Die von den Redebeiträgen ausgehende positive Grundstimmung und der aufmerksame Service des Grand Hyatt Personals sorgte dafür, dass bald eine ungezwungene Atmosphäre Einzug hielt. Die dezente Hintergrundmusik von der Classic Brass Berlin tat ihr Übriges. Diskutierend kamen sich die Gäste näher und befanden sich bald in regem Austausch untereinander und mit den Vorstandsmitgliedern der Bundespsychotherapeutenkammer. Die anregende Unterhaltung und die anstehende politische Agenda führten zu einer lebhaften Diskussion. So verließen letzte Gäste erst nach Mitternacht den Empfang.

Die Bundespsychotherapeutenkammer hat sich im Mai eindrucksvoll gegründet, und hat sich nun, im Juli, auf dem Berliner Parkett ebenso eindrucksvoll eingeführt. Ein guter Anfang für einen allerdings noch weiten Weg!

Erste Sitzung des Länderrats am 8. Juli 2003

(dk) Am 8. Juli fand die erste Sitzung des Länderrats der BPTK in Berlin statt. Zum Vorsitzenden für die Dauer eines Jahres wurde der Präsident der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, Herr Kappauf, gewählt. Weiter standen auf der Tagesordnung die möglichen Servicefunktionen der BPTK

für die Länderkammern, die anstehende Gesundheitsreform, die im Oktober beginnende neue Amtsperiode des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie, die Haushaltsentwürfe für die Jahre 2003 und 2004 sowie die Terminfestlegung für den 2. Deutschen Psychotherapeutentag. Als Ter-

min wurde einvernehmlich der 1. November festgelegt, als Tagungsort wurde Düsseldorf bestimmt. Das Protokoll der Sitzung des Länderrats wird nach Fertigstellung auf der Homepage der BPTK einzusehen sein, die unter www.bundespsychotherapeutenkammer.org zu erreichen ist.

Aus dem Terminkalender des Vorstands der BPTK

27. Mai: Vorstandssitzung in Berlin: Besprochen werden u.a. die Haushalts- und Personalplanung für die Jahre 2003 und 2004, der Empfang der Bundespsychotherapeutenkammer im Juli und die Gestaltung des Briefpapiers. Auf Vorschlag

der Kammererrichtungsausschüsse der Neuen Länder wird Frau Mrazek aus Raabeul zur Strukturbeauftragten für Ostdeutschland und Herr Pabel aus Halle zu ihrem Stellvertreter ernannt. Herr Lehnendorfer wird bis auf weiteres die Er-

stellung und Betreuung der Homepage der BPTK übernehmen.

29. Mai: Eröffnung des Workshop-Kongresses der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen

Gesellschaft für Psychologie: Herr Kommer überbringt die Grußworte des Vorstands der BPTK.

03.-4. Juni: Frühjahrsempfang der Berliner Kammer: Herr Kommer spricht über die Vorstellungen der Psychotherapeuten zur Gesundheitsreform. Am 4. Juni nimmt er mit Kolleginnen und Kollegen an einem Gespräch mit Seehofer zu demselben Thema teil. Anschließend Besichtigung von Geschäftsräumen.

14. Juni: Vertreterversammlung der Kasernenärztlichen Bundesvereinigung in Berlin. Einziges Thema ist die Organisationsreform der KBV. Der Vorstand wird durch die Herren Kommer und Lehdorfer vertreten.

15. Juni: Gemeinsame Sitzung des Finanzausschusses und des Vorstands der BPTK. Beraten werden die vorläufige Entschädigungs- und Reisekostenordnung der BPTK und die Haushaltsentwürfe für 2003 und 2004.

20.-21. Juni: Symposium des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie in Mainz. Zur Kontaktpflege mit den Mitgliedern des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie und zur Sondierung von Mit-

sprachemöglichkeiten bei der Vergabe von Forschungsgeldern nimmt der Vorstand der BPTK am Symposium teil.

23. Juni: Beginn der Sachverständigenanhörungen im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages. Herr Kommer nimmt als Vertreter der BPTK teil. Weitere Besichtigung von Geschäftsräumen.

26. Juni: Gesundheitsausschuss Deutscher Bundestag: Herr Kommer wird als Sachverständiger zum Erfordernis der Beteiligung von Psychotherapeuten an Disease-Management-Programmen befragt.

28. Juni: Psychotherapeutentag der Kammer Hessen mit Beteiligung von Herrn Kommer und Herrn Dr. Wittmann.

4. Juli: Sitzung der Angestellten-AG in Frankfurt. Herr Schürmann vertritt den Vorstand bei dem Treffen der Angestellten aus den Kammern und Verbänden.

6.-8. Juli: Vorstandssitzung, Sitzung des Länderrats und Empfang der BPTK in Berlin. Auf der Tagesordnung des Vorstands stehen die Vorbereitung der Sitzung des Länderrats, der Empfang der BPTK, die Besichtigung von Geschäftsräumen und die Entwicklung eines BPTK-Logos. Es sind

mittlerweile über ein Dutzend verschiedener Mietangebote – zum Teil Empfehlungen der Wirtschaftsförderung des Berliner Senats – auf Tauglichkeit und Kosten geprüft worden. Eine Entscheidung konnte noch nicht gefällt werden, da noch weitere Verhandlungen laufen.

22. Juli: Vorstandssitzung in Düsseldorf und Vorstellungsgespräche von Bewerbern um die Stelle eines Geschäftsführers der BPTK.

23. Juli: Gespräch mit dem Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer Prof. Fuchs. Herr Kommer, Herr Lehdorfer und Herr Dr. Wittmann vereinbaren mit der Hauptgeschäftsführung der BÄK die Übernahme der Geschäftsführung des Wissenschaftlichen Beirats mit Beginn seiner neuen Amtsperiode ab Oktober und besprechen in diesem Zusammenhang zukünftige Kooperationsmöglichkeiten im Bereich der Fortbildung, Qualitätssicherung und in der Gesundheitspolitik. Nachmittags führt Herr Kommer mit dem Chefredakteur des Deutschen Ärzteblattes Herrn Jachertz und der Fachredakteurin Frau Bühring ein Gespräch über Kooperationsmöglichkeiten bei der PP-Ausgabe des Ärzteblattes.

Psychotherapieforschung wird vom Bund gefördert

Symposium des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie am 20. und 21. Juni. 2003 in Mainz

(sn) Auf Initiative des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie plant das Bundesministerium für Bildung und Forschung ab 2005 Forschungsvorhaben im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung besonders zu fördern. Zur Vorbereitung fand am 20. und 21. Juni 2003 in Mainz ein Symposium mit internationalen und nationalen Experten statt, um über den wissenschaftlichen Stand und die Versorgungsrelevanz der vorgestellten Forschungsbereiche zu diskutieren. Der Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer nahm dieses Ereignis zum Anlass, Kontakt mit den Mitgliedern des Wissenschaftlichen Beirats aufzunehmen und sich über den Verlauf der Tagung zu informieren. Wir berichten hier kurz über die wichtigsten Referate und die diskursiven Trends der Diskussionsbeiträge.

Der Freitagvormittag stand unter dem Thema „**Entwicklungs- und geschlechtsbezogene Dimensionen der Psychotherapie**“. Das Eingangsreferat hielt Prof. Ron Rapee aus Sydney, der eine Reihe von eigenen Untersuchungen zu diesem Thema kurz vorstellte (z. B. hätten Studien ergeben, dass man bei Jungen nur bis zum 10. Lebensjahr bessere Ergebnisse erzielte, wenn man die Eltern mit einbezog, bei Mädchen hingegen sei die Einbeziehung der Eltern auch später noch sinnvoll). Im Anschluss daran stellte er dann seine Forschungen zur Prävention in den Mittelpunkt, wie z. B. Untersuchungen über den Einsatz des Fernsehens und der „neuen Medien“, um potentielle Patienten zu erreichen, die ansonsten keinen Psychotherapeuten in Anspruch nehmen würden. Wichtig sei, schon möglichst früh, z. B. im Kin-

dergarten, mögliche Risikogruppen für spätere Erkrankungen zu erkennen, um diesen gezielte Förderprogramme anzubieten; ein standardisiertes Screening hinsichtlich sozialer Ängste und Bindungsverhalten könne unter Umständen helfen, spätere Behandlungskosten zu reduzieren. Die Bedeutung der Prävention im Kinder- und Jugendlichenalter wurde auch von den Diskutanten immer wieder hervorgehoben. Allerdings kam in der Diskussion auch die in der klassischen Psychotherapie vernachlässigte Gruppe der stetig wachsenden Zahl älterer Menschen zur Sprache, für die es bisher noch zu wenig spezialisierte Angebote gäbe, weshalb auch für diese Altersgruppe spezifischer Forschungsbedarf bestehe.

Am Freitagnachmittag stand die „**Spezifische Wirksamkeits- und Prozess-**

forschung anhand nosologischer Indikationsfelder“ im Blickpunkt. Der Psychoanalytiker Prof. Peter Fonagy aus London referierte dazu in Form eines „update“ seines 1996 zusammen mit dem Klinischen Psychologen Anthony Roth publizierten Forschungsüberblicks „what works for whom?“ über den gegenwärtigen Stand der ergebnisorientierten Psychotherapieforschung.

Hinsichtlich depressiver Erkrankungen wies er insbesondere darauf hin, dass es angesichts der großen Verbreitung, der Chronizität und der Schwere dieser Störung noch größerer Forschungsanstrengungen bedarf, um herauszufinden, weshalb es nur bei einem Drittel der Patienten zu dauerhaften Behandlungserfolgen kommt. Da nach dem derzeitigen Forschungsstand bei chronisch verlaufenden depressiven Störungen kurzzeitorientierte Psychotherapien wenig dauerhafte Erfolge aufweisen, sei es insbesondere von Bedeutung, vermehrt länger andauernde psychotherapeutische Behandlungen empirischen Wirksamkeitsprüfungen zu unterziehen. Neben experimentell ausgerichteten Wirksamkeitsstudien sollten verstärkt auch naturalistische Versorgungsstudien als komplementäre Forschungsstrategie durchgeführt werden, um Anhaltspunkte für die Effektivität der klinischen Praxis zu ermitteln. Im Sinne eines iterativen Forschungsprozesses könnten derartige Befunde dann später in experimentellen Studien auf ihre störungsspezifische Wirksamkeit überprüft werden, was letztlich der auch von ihm eingeforderten wissenschaftlichen Fundierung der klinischen Praxis dienlich sei.

Am Samstagmorgen stand die **„Interaktion von neurobiologischen und psychosozialen Faktoren“** im Mittel-

punkt der Diskussion. Den Einführungsvortrag hielt Prof. Michael Thase aus Pittsburg über das Zusammenwirken von psychotherapeutischer und psychopharmakologischer Behandlung bei schweren Depressionen. Der gegenwärtige Forschungsstand mache deutlich, dass eine Kombination beider Verfahren bei schweren depressiven Störungen durchweg bessere und stabilere Ergebnisse erbringt als Antidepressiva oder Psychotherapie allein. Großen Raum in der anschließenden Diskussion nahm die Erforschung psychischer Vorgänge durch „bildgebende“ Verfahren ein, die gegenwärtig in der neuropsychologischen Grundlagenforschung einen prominenten Platz einnehmen und von denen sich einige auch für die Psychotherapieforschung „bahnbrechende Ergebnisse“ in den nächsten Jahren erhoffen. Allerdings wurde in der Diskussion deutlich, dass es bisher noch zu wenig tragfähige wissenschaftliche Brückenkonzepte gibt, um derartige Forschungsbefunde mit klinisch relevanten Fragestellungen der psychotherapeutischen Praxis verknüpfen zu können.

Am Samstagnachmittag ging es dann um **„Rahmenbedingungen, Praxistransfer und Versorgungsforschung“**; das Einführungsreferat hielt Prof. Uwe Koch aus Hamburg. Da der Bericht, der eine breite Präsenz der Psychotherapie in den verschiedensten psychosozialen Feldern zeigte, in Kürze veröffentlicht wird, gehen wir hier nicht näher darauf ein. Bemerkenswert war allerdings Kochs Feststellung, dass in der Bundesrepublik im internationalen Vergleich der Anteil stationärer psychosomatischer Rehabilitation besonders hoch und in den letzten Jahren zudem stark gestiegen sei. Nach seiner Ansicht seien Zweifel angebracht, ob dies dem wirklichen Bedarf entspreche.

In der Abschlussdiskussion wurde nochmals deutlich gemacht, dass neben experimentellen Therapiestudien zur Klärung von Kausalitätsfragen die Versorgungsforschung auch in der Psychotherapie von besonderer Bedeutung sei, weil nur darüber eine Brücke zur Versorgungspraxis und zu deren Optimierung hergestellt werden könne. Angesichts der Vielfalt der offenen Fragen und den konkurrierenden Interessen der Wissenschaftler wird es die internationale Jury aber sicher nicht leicht haben, unter den Forschungsvorhaben diejenigen auszuwählen, die dann mit Bundesmitteln – es ist von 5 Millionen Euro die Rede – gefördert werden. Laut Dr. Richard Mitreiter, der für den Projektträger „Gesundheitsforschung des BMBF beim DLR“ am Symposium teilnahm, ist geplant, bis zum Ende dieses Jahres in Zusammenarbeit mit dem Wissenschaftlichen Beirat eine Ausschreibung der Forschungsprojekte vorzunehmen. Die Auswahl der zu fördernden Projekte wird dann ein internationales Gutachtergremium vornehmen. Da durch diese Entscheidungen auch die Weiterentwicklung der Psychotherapie im Gesundheitssystem der BRD beeinflusst wird, hat die Bundespsychotherapeutenkammer auf der Tagung in Mainz ihre Forderung nach Mitsprache angemeldet.

Geschäftsstelle

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



Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) bestimmt derzeit einen großen Teil der aktuellen innenpolitischen Diskussion. Sowohl die Bundespsychotherapeutenkammer als auch die Länderkammern sind in diesem Zusammenhang aktiv, damit sich die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen durch die Änderungen nicht verschlechtert. Dabei ist besonders wichtig, dass die besonderen Bedingungen einer psychotherapeutischen Behandlung und Beziehung durch neue gesetzliche Rahmenbedingungen nicht verschlechtert werden. Ein zentrales Anliegen ist es, das Direktzugangsrecht für Patientinnen und Patienten zur Psychotherapie zu erhalten. Auch die Landespsychotherapeutenkammer unterstützt diese Forderung mit Nachdruck. Genaueres dazu finden Sie in den folgenden Abschnitten.

In der Zwischenzeit hat ein erstes Treffen der Berufsrichter, der Kammeranwälte sowie der ehrenamtlichen

Beisitzer der Berufsgerichte zusammen mit den Mitgliedern des Ausschusses „Berufsordnung“ und dem Vorstand stattgefunden. Nach einer Einführung durch den vorsitzenden Richter des Landesberufsgerichts Stuttgart, Herrn Dr. Jürgen Niemayer, und der darauf folgenden Diskussion wurde exemplarisch an Einzelfällen deutlich, welche Aufgaben auf die Instanzen und ihre Vertreter zukommen. Auch für den Ausschuss „Berufsordnung“ war das Zusammentreffen eine nützliche Hilfe für die laufende Arbeit am Entwurf einer Berufsordnung.

Vielleicht haben Sie Gelegenheit, sich die neu gestaltete Internetseite der Kammer einmal anzusehen. Wir hoffen, Sie sagt Ihnen zu!

Jede Form von Rückmeldungen und Anliegen zur Arbeit der Kammer sind allzeit willkommen.

In diesem Heft finden Sie keinen speziellen Bericht über die Arbeit der Aus-

schüsse. Wir können aber jetzt schon ankündigen, dass die Ergebnisse der Vertreterversammlung vom 20. September zum Thema „Ausschussarbeit“ in der kommenden Ausgabe des Psychotherapeutenjournals veröffentlicht werden.

Jetzt, nach Ferien und Urlaubszeit, wünschen wir allen Mitgliedern der Kammer einen guten Start in einen (hoffentlich) schönen und beruflich erfolgreichen Herbst.

Über den 1. Landespsychotherapeutentag, der am 21. September 2003 in Stuttgart stattgefunden hat, werden wir in der nächsten Ausgabe ausführlich berichten.

Mit freundlichem Gruß aus Stuttgart

Ihr Kammervorstand:

Detlev Kommer, Siegfried Schmieder, Thomas Fydrich, Trudi Raymann, Mareke de Brito Santos-Dodt

Gemeinsamer Beirat

Der Gemeinsame Beirat der Landesärztekammer und der Landespsychotherapeutenkammer hat in seiner Sitzung am 2. Juli 2003 die nachfolgende Stellungnahme zum Gesundheitsmodernisierungsgesetz verabschiedet.

Die Präsidentin der Landesärztekammer, Frau Dr. Wahl, und der Präsident der Landespsychotherapeutenkammer, Herr Kommer, wurden gebeten, sich bei der Landesregierung Baden-

Württemberg mit Nachdruck dafür zu verwenden, dass die Anliegen der Ärztlichen Psychotherapeuten, der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei den gegenwärtigen Verhandlungen über die Gesundheitsreform Berücksichtigung finden.

Nach einer Änderung der Geschäftsordnung können für die 10 Mitglieder des Gemeinsamen Beirats persönliche

Stellvertreter berufen werden. Wir werden darüber berichten.

Stellungnahme zum Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG)

Die Mitglieder des Gemeinsamen Beirats der Landesärztekammer und der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg sehen die Notwendigkeit für Änderungen des Gesundheitsversorgungssystems. Die Fi-

nanzierungsgrundlagen der Gesetzlichen Krankenversicherung sind aus der Balance gekommen, und es ist notwendig, aufgrund der demographisch bedingten zunehmenden Alterung der Bevölkerung sowie den Fortschritten in der Medizin grundlegende Reformen des Gesundheitssystems durchzuführen, um auch in Zukunft Gesetzliche Krankenversicherung sicherzustellen, die weiterhin dem Solidaritätsprinzip verpflichtet ist.

Jede Gesundheitsreform ist allerdings auch daran zu messen, inwiefern dabei den besonderen Belangen auch der psychisch Kranken hinreichend Rechnung getragen wird.

Der Gemeinsame Beirat hat dazu folgende Eckpunkte formuliert:

1) Direktzugang der Patienten zur psychotherapeutischen Versorgung erhalten! Psychotherapeutisch tätige Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendli-

chenpsychotherapeuten sind dabei gleichzustellen.

2) Verbleib der Psychotherapie in der medizinischen Basisversorgung: Nur eine gesamtvertraglich geregelte Psychotherapie und eine Bedarfsplanung in der Verantwortung der gemeinsamen Selbstverwaltung bieten die Gewähr, dass auch in Zukunft eine flächendeckende und wohnortnahe psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung auf hohem Qualitätsniveau erhalten bleibt.

3) Stärkung der Partizipationsrechte der Psychotherapeuten in der ärztlichen und gemeinsamen Selbstverwaltung: Eine ganzheitliche Gesundheitsversorgung der Bevölkerung bedarf neben der Beachtung der biologischen Dimensionen von Gesundheit und Krankheit auch der ergänzenden psycho-sozialen Perspektiven. Diese können nur dann im Gesundheitssystem auf Dauer verankert werden, wenn den Ärztlichen Psychotherapeuten, den Psychologischen Psy-

chotherapeuten und den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mehr Mitspracherechte in der ärztlichen und gemeinsamen Selbstverwaltung eingeräumt werden.

Bezogen auf die anstehende Organisationsreform der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der KVen wäre dafür die Etablierung eines psychotherapeutischen Versorgungsbereichs analog dem hausärztlichen und ggf. fachärztlichen Versorgungsbereich notwendig. Diesem psychotherapeutischen Versorgungsbereich sollten nicht nur die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten angehören, sondern auch die überwiegend und ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte beitreten können. Allen relevanten Gremien, wie z. B. dem Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, sollte mindestens ein Repräsentant jedes Versorgungsbereichs angehören, also auch ein Vertreter des psychotherapeutischen Versorgungsbereichs.

Mitgliederbrief zum Thema Gesundheitsreform und Netzwerke

Anfang Juli erhielten alle Kammermitglieder die Einladungen zum 1. Landespsychotherapeutentag in Baden-Württemberg. Der Präsident der Kammer informierte in dem Rundbrief zudem über die anstehende Gesundheitsreform und nahm Stellung zu dem speziell in Nordwürttemberg virulenten Thema der geplanten Versorgungsnetzwerke:

„Ich möchte die Gelegenheit dieses Schreibens auch dazu nutzen, Sie kurz über den aktuellen Stand der Gesundheitsreform zu unterrichten. Sie werden den Tageszeitungen oder Ihren Verbandsnachrichten entnommen haben, dass die Regierungskoalition in ihrem Entwurf für ein Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG) ur-

sprünglich vorgesehen hatte, die Sicherstellung der zukünftigen fachärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung den Krankenkassen auf der Grundlage von Einzelverträgen mit den Leistungserbringern zu übertragen. Bei den Anhörungen im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages, an denen ich an zwei Terminen teilgenommen habe, wurde aber sehr deutlich, dass diese weitgehenden Systemänderungen von der CDU/CSU und der FDP nicht mitgetragen werden. Da aufgrund der CDU/CSU Mehrheit im Bundesrat alle Parteien sich aufeinander zu bewegen müssen, um eine Reform zustande zu bringen, bestehen gute Aussichten, dass insbesondere im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung nicht mehr mit gravieren-

den Änderungen zu rechnen ist. Diese Entwarnung ist nicht zuletzt auch darauf zurückzuführen, dass es den im Gesprächskreis II zusammengeschlossenen Berufs- und Fachverbände gemeinsam mit der neu konstituierten Bundespsychotherapeutenkammer durch ein einheitliches Auftreten gelungen ist, den Gesundheitspolitikern aller Parteien überzeugend zu vermitteln, dass Psychotherapie Bestandteil der medizinischen Basisversorgung bleiben muss.

Dementsprechend besteht auch keinerlei Notwendigkeit, sich übereilt Ärzteorganisationen auf vereinsrechtlicher Basis anzuschließen, die für sich in Anspruch nehmen, in Zukunft anstelle der Kassenärztlichen Vereinigungen

gegenüber den Krankenkassen die Interessen der Ärzte und Psychotherapeuten wahrnehmen zu können. Prüfen Sie deshalb sorgfältig, ob die Interessen der Psychotherapeuten in den Statuten solcher Vereine sichergestellt sind bzw. ob und in welcher Weise geregelt ist, dass die auch in Vereinen nicht unwahrscheinlichen Honorarverteilungskonflikte zwischen den verschiedenen Gruppen der Vereinsmitglieder von den Sozialgerichten überprüfbar sind!

Sicher wird es bis zum Abschluss der Verhandlungen über eine Gesundheitsreform nötig sein, sowohl auf der Landes- wie auch auf der Bundesebene engen Kontakt zu den führenden Gesundheitspolitikern zu halten, um die Interessen der Psychotherapeuten auch weiter zu wahren. Sie dürfen aber sicher sein, dass dies von den Länderkammern wie auch von der Bundespsychotherapeutenkammer in enger Abstimmung mit unseren Berufs- und Fachverbänden gewährleis-

tet ist. Sobald sich hier konkrete Ergebnisse mitteilen lassen, werden sie auch umgehend auf der Homepage unserer Kammer veröffentlicht. Da sich die Beratungen über die Gesundheitsreform vermutlich bis Ende September/Anfang Oktober hinziehen werden, wird auch auf dem Landespsychotherapeutentag Gelegenheit bestehen, Sie über den aktuellen Stand zu informieren.“

gezeichnet *Detlev Kommer*

Psychotherapeuten-Suchdienst

Der auf der Internetseite der Landespsychotherapeutenkammer angebotene Suchdienst nach Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Baden-Württemberg erfreut sich großen Interesses. Inzwischen haben sich etwa die Hälfte der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen der Kammer registrieren lassen. Mit Hilfe dieses Dienstes können Patientinnen und Patienten sowie interessierte Personen nach Psychotherapeuten in Wohnortnähe su-

chen, nach jenen Therapeuten, die Psychotherapie in der Muttersprache des Patienten anbieten, und die Erreichbarkeit der Praxen mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder mit einem behindertengerechten Zugang erfragen. Potenziellen Patienten wird so der Zugang zu Psychotherapeuten erleichtert, was zu einer deutlichen Senkung der Schwellenängste mit beitragen kann. Rund 600 Personen greifen momentan wöchentlich auf die Internetseite der Kammer zu, wobei diese Zahl seit der Einführung

des Suchdienstes deutlich angestiegen ist. Dies und die Tatsache, dass inzwischen viele andere Seiten im Internet Hinweise auf die Homepage der Kammer enthalten, lässt vermuten, dass viele Besucher gezielt den Psychotherapeutensuchdienst ansteuern.

Informationen zu diesem Service sowie das Anmeldeformular befinden sich als pdf-File auf der Internetseite der Kammer und können auch bei der Geschäftsstelle erfragt werden.

Umfrage zu Arbeitsschwerpunkten

Zu der im April 2003 durchgeführten Umfrage zu den Arbeitsfeldern Notfallpsychotherapie und Psychotraumatologie sowie Psychoonkologie sind weitere beantwortete Bögen bei uns eingetroffen. Bisher haben rund 45% der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen geantwortet. Wenn auch die Auswertung der Ergebnisse bereits begonnen hat, bit-

ten wir diejenigen, die sich bisher noch nicht an der Umfrage beteiligt haben, auch um Rückmeldung. Je größer die Beteiligung der Kammermitglieder ist, umso zielgerichteter wird die Kammer in diesem Feld tätig werden können.

Vorankündigen möchten wir an dieser Stelle eine weitere Umfrage zu Spezial-

gebieten der Psychotherapie, wie beispielsweise Schmerztherapie, und für spezielle Zielgruppen, für die es auch heute noch schwierig ist, geeignete Therapieplätze zu finden: Menschen mit geistiger und körperlicher Behinderung sowie Patientinnen und Patienten mit psychotischen Störungen. Wir werden Sie dazu nach der Sommerpause anschreiben.

Adressänderungen

Wir bitten Mitglieder der Kammer, deren Adressen sich ändern, dies zeitnah der Geschäftsstelle mitzuteilen. Das gilt ebenso für Namensänderungen und Änderungen im beruflichen

Status, z. B. das Ausscheiden aus einer Institution oder die Aufnahme oder Aufgabe eines Angestelltenverhältnisses. Sie helfen uns damit, unsere Datenbank auf dem neusten Stand zu

halten und stellen damit auch sicher, dass die für Sie bestimmten Informationen der Kammer Sie pünktlich erreichen.

Geschäftsordnung des Vorstandes und der Kammerausschüsse

Die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg hat am 22.06.2002 folgende Geschäftsordnung für die Sitzungen des Vorstandes und der Kammerausschüsse genehmigt:

1. Vorstand

§ 1 Einberufung

(1) Der Vorsitzende bzw. im Verhinderungsfall der stellvertretende Vorsitzende¹ beruft die Mitglieder zu einer Sitzung mit einer Frist von zwei Wochen ein. Der Vorsitzende muss eine Sitzung unverzüglich einberufen, wenn mindestens ein Drittel der Mitglieder dies schriftlich unter Angabe von Gründen beantragt.

(2) In dringenden Fällen kann die Einberufungsfrist verkürzt werden; die Einberufung kann auch mündlich erfolgen.

§ 2 Tagesordnung

Der Vorsitzende schlägt die Tagesordnung vor und teilt sie den Mitgliedern mit einwöchiger Frist schriftlich mit.

§ 3 Ablauf der Sitzung

(1) Der Vorsitzende eröffnet die Sitzung, er stellt die Beschlussfähigkeit fest und leitet die Sitzung.

(2) Vor Eintritt in die Tagesordnung gibt der Vorsitzende den Mitgliedern Gelegenheit, die Tagesordnung zu ergänzen. Der Vorstand beschließt die endgültige Tagesordnung.

(3) Anschließend stellt der Vorsitzende die einzelnen Punkte zur Beratung und erteilt zunächst dem Berichtersteller oder dem Antragsteller das Wort. Darauf findet die Aussprache statt.

(4) Der Vorsitzende kann von der Reihenfolge der Tagesordnung abweichen und mehrere Punkte zur gemeinsamen Beratung verbinden, es sei denn, dass die Mitglieder mehrheitlich widersprechen.

(5) Für Anträge zur Geschäftsordnung gilt § 6 Abs. 3 bis 5 der Geschäftsordnung der Vertreterversammlung entsprechend.

(6) Nach Beendigung der Beratung eines jeden Tagesordnungspunktes fasst der Vorsitzende das Beratungsergebnis zusammen und führt, sofern dies erforderlich ist, einen Beschluss herbei. Bei der Abstimmung entscheidet die einfache Mehrheit. Stimmenthaltungen zählen nicht mit.

§ 4 Abstimmung im Umlaufverfahren

In dringenden Fällen kann der Vorsitzende auch ohne Einberufung einer Sitzung in schriftlicher oder fernmündlicher Abstimmung Beschlüsse herbeiführen, es sei denn, dass mindestens ein Drittel der Mitglieder widerspricht. § 9 Abs. 10.1 f. der Geschäftsordnung der Vertreterversammlung gilt entsprechend.

§ 5 Auslegung der Geschäftsordnung

(1) Die Auslegung der Geschäftsordnung im Einzelfall obliegt dem Vorsitzenden.

(2) Soweit diese Geschäftsordnung nichts

anderes bestimmt, ist die Geschäftsordnung der Vertreterversammlung sinngemäß anzuwenden.

§ 6 Nichtöffentlichkeit

(1) Die Sitzung ist nicht öffentlich. Der Vorsitzende kann zu einer Sitzung weitere Personen hinzuziehen. Werden Einwendungen gegen eine solche Teilnahme erhoben, so entscheiden die Mitglieder mehrheitlich.

(2) Die Beratungen sind vertraulich zu behandeln, wenn es sich um Sachverhalte oder Vorgänge handelt, die ihrer inhaltlichen Bedeutung nach der Vertraulichkeit bedürfen. Dazu gehören insbesondere Sachverhalte oder Vorgänge, deren Bekanntgabe ein schutzwürdiges Interesse der Landespsychotherapeutenkammer, einzelner Kammermitglieder oder anderer Personen verletzen könnte. Die Vertraulichkeit einzelner Beratungsgegenstände ist ausdrücklich festzustellen.

(3) Sofern keine Vertraulichkeit festgestellt wird, kann das Beratungsergebnis mit Zustimmung des Vorsitzenden im Mitteilungsblatt der Landespsychotherapeutenkammer bzw. in der Internet-Homepage der Kammer im geschützten Mitgliederbereich veröffentlicht werden.

§ 7 Niederschrift

(1) Über die Sitzung und über Beschlüsse nach §§ 3 und 4 ist eine Ergebnisniederschrift zu fertigen und vom Schriftführer und vom Vorsitzenden zu unterzeichnen.

(2) Die Niederschrift muss enthalten:

- Ort und Tag der Sitzung, Tagesordnung
- Feststellung der ordnungsgemäßen Einberufung
- Feststellung der Beschlussfähigkeit
- Namen der anwesenden Mitglieder und zugezogenen Sachverständigen
- Wortlaut des Antrages, Wortlaut der Beschlüsse, Abstimmungsergebnisse
- Erklärungen zum Protokoll.

(3) Bei der Beratung eines Gegenstandes von besonderer Bedeutung und Tragweite können die Mitglieder die Anfertigung eines Wortprotokolls beschließen.

(4) Die Niederschrift ist den Mitgliedern innerhalb von einem Monat zuzustellen und gilt als genehmigt, wenn nicht binnen 14 Tagen nach Versendung Einspruch beim Vorsitzenden erhoben wird. Der Einspruch ist auf der nächsten Sitzung zu bescheiden. Liegen besondere Umstände vor, kann mit Zustimmung der Mitglieder von den in Satz 1 angegebenen Fristen abgewichen werden.

(5) Die genehmigten Protokolle sind den Delegierten der Vertreterversammlung jeweils vor einer Sitzung der Vertreterversammlung rechtzeitig zuzustellen.

§ 8 Anwendungen der Regelungen betreffend den Vorstand

Für die Sitzungen der Kammerausschüsse gelten die §§ 1 bis 7 nach Maßgabe der folgenden Vorschriften:

§ 9 Aufgaben der Ausschüsse

(1) Die Ausschüsse haben im Rahmen der ihnen übertragenen Aufgaben das Recht und die Pflicht, der Vertreterversammlung und dem Vorstand bestimmte Beschlüsse zu empfehlen. Der Vorstand kann einen Ausschuss zur abschließenden Erledigung eines bestimmten Gegenstandes ermächtigen.

(2) Der Vorstand kann einen Ausschuss verpflichten, über den Stand der Beratungen einen Zwischenbericht zu erstatten oder einem Ausschuss eine Frist für die Erledigung eines Gegenstandes setzen.

(3) Die Ausschüsse können zur Vorbereitung ihrer Beschlüsse Unterausschüsse einsetzen und Sachverständige hinzuziehen.

§ 10 Sitzungen der Ausschüsse

(1) Ein Ausschuss wird vom Vorsitzenden nach Bedarf einberufen. Ort, Zeit und Tagesordnung der Ausschusssitzung und die Zuziehung von Sachverständigen sind dem Präsidenten und der Geschäftsstelle der Kammer spätestens zwei Wochen vor Einberufung mitzuteilen.

(2) Vorstandsmitglieder sowie Mitglieder der Geschäftsführung der Kammer können an der Ausschusssitzung beratend teilnehmen.

(3) Jedes Mitglied der Vertreterversammlung kann an Ausschusssitzungen beobachtend teilnehmen.

§ 11 Inkrafttreten

Diese Geschäftsordnung tritt in der Sitzung der Vertreterversammlung, in der sie genehmigt wurde, in Kraft. Sie wird im Mitteilungsblatt der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg veröffentlicht.

Geschäftsstelle

Hauptstätterstraße 89

70178 Stuttgart

Mo - Do 9.00 - 15.00 Uhr

Tel 0711/674470-0

Fax 0711/674470-15

lpk-bw@t-online.de

www.lpk-bw.de

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



Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Die Kammer konsolidiert sich

Für die vielfältigen Aufgaben, die die Kammer für die KollegInnen erfüllen soll, ist eine engagierte und **handlungsfähige Geschäftsstelle** erforderlich. Orientiert an den Vorbildern anderer Kammern und den Planungen für die zukünftigen Aktivitäten in Bayern haben wir ein Konzept für eine räumliche Gestaltung entworfen und geeignete Räume in München gesucht – wegen der günstigen Anreisemöglichkeit aus ganz Bayern möglichst in Fußnähe zum Hauptbahnhof. Ein passendes „Objekt“ ist zwischenzeitlich gefunden; unsere neue Adresse ist: St.-Paul-Str. 9, 80336 München.

Die **Anstellung eines Geschäftsführers bzw. einer Geschäftsführerin** ist ein weiterer Schritt der Konsolidierung. Nach der Erstellung eines Erwartungs-

profils und Ausschreibung in der Süddeutschen Zeitung sowie in der Kammerhomepage meldeten sich 46 BewerberInnen. Zwischenzeitlich haben wir uns für einen Bewerber, Herrn Alexander Hillers, entschieden. Er ist Jurist und verfügt über umfassende Erfahrungen im Geschäftsbereich einer großen Körperschaft des Medizinbereichs. Er wird uns eine wertvolle Unterstützung bieten. Er nimmt seine Tätigkeit zum 1. Oktober auf. Nun

werden die nächsten Schritte in der Personalplanung für die Geschäftsstelle vorangetrieben und umgesetzt werden.

*Ab 1. Oktober wird
Andreas Hillers als
Geschäftsführer für die
Kammer tätig sein*



Politische Gespräche

In den zurückliegenden Monaten wurden insbesondere zum Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) Gespräche mit den Leitern der zuständigen Referate im Gesundheitsministerium und im Sozialministerium sowie den Spitzenvertretern von Kassenärztlicher Vereinigung und Ärztekammer geführt. Die Positionen der Psychotherapeuten wurden darüber hinaus auch unmittelbar in Gesprächen mit Minister Sinner und Ministerin Stewens eingebracht.

Unser Präsident Dr. Nikolaus Melcop hat ein Grußwort beim bayerischen Hausärztag (18.7.03) gehalten und die Bedeutung der wechselseitigen Kooperation mit den Hausärzten betont. Diese Botschaft wurde von den Hausärzterevertretern sehr positiv aufgenommen.

Durch die Beteiligung an den so genannten Sommergesprächen, einem Empfang der Landesärztekammer für „Spitzenvertreter des Gesundheitswe-

sens und der Politik“ wurde erstmals im großen Rahmen unsere Rolle als neuer Funktionsträger im System der Gesundheitsversorgung belegt.

Minister Sinner sicherte uns auf unsere Anfrage hin auch zu, dass er sich für einen festen Sitz der Kammer im Landesgesundheitsrat einsetzen wird. In diesem Gremium sind die wichtigsten Institutionen der Gesundheitsversorgung vertreten und beraten die bayerische Staatsregierung.

Die Kammer mischt sich ein

Im Vorstand und auch über die Delegiertenversammlung verfügen wir über gute Kontakte zu VertreterInnen in verschiedenen Feldern des Sozial- und Gesundheitswesens mit Bezug zur Psychotherapie, so dass wir von manchen aktuellen Entwicklungen mit Bedeu-

tung für die PsychotherapeutInnen erfahren und dann über Stellungnahmen und direkte Kontaktaufnahme versuchen, Einfluss zu nehmen. Jedoch ist Bayern groß und die vorhandenen Strukturen durchaus vielfältig. Deshalb folgender Aufruf:

→ Wir bitten alle Kammermitglieder, uns auf Entwicklungen im Land hinzuweisen, im ambulanten, teilstationären oder stationären Bereich, bei denen die Kammer sich zukünftig stärker „einmischen“ soll.



Seit Mitte September befindet sich die Geschäftsstelle der Kammer in der St.-Paul-Str. 9 in München (1. Etage)

Die Kammer und die Kammer-Homepage als Servicebetrieb

Wie bereits im Mitgliederrundbrief vom Mai mitgeteilt, bemühen wir uns, die Kammer immer stärker zum Servicebetrieb für die Mitglieder auszubauen.

Wir bieten den Kammermitgliedern deshalb (vorläufig und versuchsweise) an, dass Sie uns für PsychotherapeutInnen relevante Termine oder auch Kleinanzeigen zum Bereich Psychotherapie mailen können, die wir dann zeitnah auf der Homepage veröffentlichen.

Eine Übersicht über psychotherapeutische Ausbildungsinstitute in Bayern, Mitteilungen der Kammer und psychotherapie-relevante Gesetze und Verordnungen finden sie bereits jetzt auf der Homepage, ferner besteht die Möglichkeit, per Gästebuch Kurzmitteilungen zu veröffentlichen.

Zusätzliche Aktivitäten sind in Vorbereitung, wir sind jedoch auch dankbar für weitere Anregungen von Ihnen.

Delegiertenversammlung im September

Die kommende zweite Delegiertenversammlung am 18. September wird ein umfangreiches Arbeitspensum bewältigen müssen.

Hier stehen zunächst Beratungen und die Verabschiedung des **Doppelhaushaltes** 2003/2004 an.

Gleichzeitig ist eine neue **Beitragsord-**

nung zu verabschieden, weil die bisherige von vorne herein bis 2003 befristet war. Nach dem Vorschlag von Vorstand und Finanzausschuss wird es bei wirtschaftlicher Härte oder Geringverdienern wiederum Ermäßigungsmöglichkeiten geben, die aber präziser formuliert sein werden als in der Beitragsordnung vom 22.4.02; daneben sollen – entsprechend dem Vor-

bild anderer Länder – von den angestellten KollegInnen niedrigere Beiträge verlangt werden als von den Niedergelassenen, weil Letztere, so die Rechtsprechung, mehr Nutzen von der Kammer haben.

Schließlich ist die **Bildung von weiteren Ausschüssen** vorgesehen.

Psychotherapeutisches Versorgungswerk für Bayern

Nach dem sehr ermutigenden Bericht des Kollegen Köthke im PTJ 1/03 über das in Niedersachsen gegründete Versorgungswerk der dortigen Psychotherapeutenkammer er-

reichten uns verständlicherweise viele Fragen nach dem Stand der Gründung eines bayerischen Versorgungswerks für die PsychotherapeutInnen. Dazu müssen wir Sie leider noch um

einiges an Geduld bitten. Die Gründung einer solchen Einrichtung setzt, wie Köthke ausführt, umfängliche Vorarbeiten voraus, die u.a. eine etablierte und funktionierende Kammer-

struktur voraussetzen und die nur im Land geleistet werden können. Unter anderem sind viele Gespräche mit den beteiligten Ministerien zu führen; die regional vorhandene – in Bayern besonders geregelte – Versorgungswerkestruktur ist zu berücksichtigen

und letztlich sind gesetzliche Anpassungen erforderlich. Man darf nicht vergessen, dass die niedersächsische Kammer zwei Jahre länger existiert als die bayerische und insofern einen erheblichen Vorsprung hat. Wir werden uns be-

mühen, die Erfahrungen von Niedersachsen und anderen damit befassten Kammern zu nutzen. Aber dennoch: Vor Ende 2004 werden wir in Bayern wahrscheinlich nicht mit der konkreten Gründung eines Versorgungswerks beginnen können.

Kammerbeiträge

Ein leidiges Thema für alle Beteiligten. Gleichwohl kamen wir, um eine geregelte Kammerarbeit zu ermöglichen, nicht umhin, die Beiträge für dieses Jahr entsprechend der Beitragsordnung einzuziehen bzw. anzufordern.

Wie im vergangenen Jahr haben zahlreiche Mitglieder Anträge auf Ermäßigung gestellt, für deren Bearbeitung wir erneut um Geduld bitten müssen. Es sind zwar (mit bisher 623) deutlich weniger Anträge als für

2002 (948). Gleichwohl werden auch sie für Geschäftsstelle, Finanzausschuss und Vorstand wieder einiges an Arbeit mit sich bringen, die nur schrittweise bewältigt werden kann.

Was sonst noch passierte

Um die Kontakte mit den Delegierten zu intensivieren, hat der Vorstand am 12.7. ein **Informationstreffen mit Vertretern der in der Delegiertenversammlung vertretenen Listen** durchgeführt. Hier ging es darum, ergänzend zu dem ca. monatlich per Mail an die Delegierten verteilten „Kammer-Info“ über aktuelle Entwicklungen zu informieren, Rückfragen zu klären und die Erwartungen an die weitere Arbeit der Kammer mit allen Beteiligten abzustimmen. Das Treffen wurde von allen Beteiligten als konstruktiv eingeschätzt.

stimmt, Aufgaben verteilt und Perspektiven für die Arbeit diskutiert.

Für die **Berufsordnung** liegt zwischenzeitlich ein erster Entwurf vor, ebenso für die **Satzung**; den jeweiligen Ausschüssen sei herzlich gedankt! Aufgrund des umfangreichen Programms der nächsten Delegiertenversammlung und der noch erforderlichen Abstimmung mit dem Ministerium ist eine Beratung und Verabschiedung für die übernächste Delegiertenversammlung im kommenden Frühjahr geplant.

sident und Vizepräsidenten unserer Kammer begann; bei diesem Treffen wurden weitere Schritte der Kooperation beraten.

Schließlich wurde (auf Anregung des Kammerdelegierten C. M. Hockel) die Kassenärztliche Vereinigung (KVB) gebeten, den Antrag auf **Aufnahme der Gesprächspsychotherapie in die Psychotherapierichtlinien** an den zuständigen Bundesausschuss zu stellen (dort sind nur KVen und Krankenkassen antragsberechtigt). Die KVB hat unser Schreiben positiv aufgenommen und wird nunmehr das weitere Vorgehen mit dem Beratenden Fachausschuss Psychotherapie der KVB und der Kammer abstimmen.

Bei den ca. zweiwöchentlich stattfindenden, fünf- bis siebenstündigen **Vorstandssitzungen** werden die laufenden Entwicklungen im Vorstand abge-

Die Zusammenarbeit mit der Landesärztekammer (BLÄK) in Form einer persönlichen Einladung durch BLÄK-Präsidenten Dr. H. H. Koch an Prä-

Der Vorstand der Kammer:

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

Neue Geschäftsstellenanschrift:

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



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Berlin

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

zuerst die Neuigkeiten aus der Geschäftsstelle: Unsere Kammer wird seit dem 16.06.2003 durch einen Gesundheitsreferenten, Herrn Dr. Thomas Lecher, Dipl.-Psychologe und Dipl.-Politologe, unterstützt.

Am 3. Juni fand in der Kammer der jährliche Frühjahrsempfang für Vertreter/-innen aus Politik und Gesundheit statt. Die Grußworte sprachen Herr Staatssekretär **Dr. Schulte-Sasse**, Senatsverwaltung für Gesundheit – er betonte die guten Beziehungen zwischen der Psychotherapeutenkammer Berlin und dem Senat sowie seine Unterstützung für das Vorhaben der Kammer, ein Versorgungswerk für ihre Mitglieder zu gründen –, **Frau Kühn-Mengel**, Gesundheitspolitische Sprecherin der SPD – sie sicherte den Erhalt des Erstzugangsrechts bei niedergelassenen Psychotherapeuten im GMG-Entwurf zu –, **Herr Dr. Jonitz**, Präsident der Ärztekammer Berlin – er beleuchtete die schwierige Situation des Gesundheitswesens in Berlin – sowie **Herr Kommer**, Präsident der BPTK – er stellte die vordringlichsten Aufgaben

der BPTK dar. Die Präsidentin, **Frau Borgmann**, wies in ihrer Rede besonders auf die gravierende Unterversorgung im kinder- und jugendpsychotherapeutischen Bereich hin, die im Wesentlichen die Folge der Kürzungen in den öffentlichen Haushalten sei. Aufgrund der dramatischen Verschlechterung der psychosozialen Versorgung für diese Gruppe wurde vom Vorstand ein Antrag auf Sonderbedarfszulassung für KJP bei der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin gestellt. Zu dieser Frage fand auf Einladung des Vorstands ein Gespräch mit den gesundheits- und jugendpolitischen Sprechern der Parteien statt. Im September werden die Berliner Kammerpräsidentin, Frau Borgmann und der Vizepräsident, Herr Bertram an einer Sondersitzung von Senat und allen an der Versorgung maßgeblich beteiligten Parteien teilnehmen. Für Herbst ist eine Tagung zu dem beschriebenen Thema geplant. Dazu wird gesondert eingeladen.

Eine gute Resonanz in der Tagespresse fand die unmittelbar vor dem Empfang abgehaltene Pressekonferenz zum Thema **„Sprachstörungen bei Kindern“**.

Am **„Tag der offenen Tür“**, der am 5. Juni in der Kammer stattfand, bot sich für die zahlreich erschienenen Kolleg/-innen und Gäste Gelegenheit zu intensiven Gesprächen.

Ein neuer Status für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) und Psychologische Psychotherapeuten (PPT) für Begutachtungen des erweiterten Förderbedarfs bei Vollzeitpflege (§35a SGB VIII) ist unter Mitarbeit der PTK Berlin geschaffen worden. Die Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport hatte eine Expertenkommission unter Beteiligung der Präsidentin, Frau Borgmann, gebildet. Sie sollte eine Neuordnung des Verfahrens zur Ermittlung des Förderbedarfs für Pflegekinder und der Anforderungen an Pflegeeltern erarbeiten. Michael Schumde, Vorstandsmitglied für das Ressort **„Öffentliche psychotherapeutische, psychosoziale Versorgung“**, übernahm die weitere Mitarbeit in der Kommission. Sie schlägt vor, in allen Zweifelsfällen externe Gutachten ausschließlich von KJP und PPT zu erstellen.

Hauptsatzung, Berufs- und Fortbildungsordnung verabschiedet

Bericht von der 7. Delegiertenversammlung

Am 26.06.2003 trafen sich die Delegierten der Berliner Kammer um eine umfangreiche Tagesordnung zu bewältigen. Die Ausschüsse hatten unter großem Zeiteinsatz drei wichtige Re-

gelwerke für die beiden in der Kammer vertretenen Berufsstände erarbeitet: die **Hauptsatzung**, die **Berufsordnung** und die **Fortbildungsordnung**.

Die **Hauptsatzung** gibt der Kammer einen verlässlichen Rahmen für die Ausübung der mit dem Kammergesetz übertragenen Aufgaben. Aufgrund der guten Vorbereitung im Satzungsausschuss (Leitung Herr Dr. Kaiser) blieb

nur offen, mit welcher Mehrheit die Abwahl von Vorstandsmitgliedern möglich sein soll. Die geheime Abstimmung ergab, dass ein Vorstandsmitglied mit 2/3 der Stimmen der gewählten Delegierten abgewählt werden kann.

Der Ausschuss Ethik, Menschen- und Patientenrechte hat eine umfassende **Berufsordnung** erarbeitet, die die ethischen und fachlichen Prinzipien

psychotherapeutischer Tätigkeit fest- schreibt. Damit sind Patientenrechte und -interessen besser geschützt und auch die fachlichen Anforderungen an approbierte Psychotherapeuten/-innen im Umgang mit Patienten/-innen, unter Kollegen/-innen, mit Ärzten/-innen und Institutionen definiert. Über das Beschwerdemanagement als Teil der Berufsordnung wurde bereits im

Versorgungswerk der Berliner Psychotherapeutenkammer

Die Psychotherapeutenkammer Berlin ist der Errichtung eines Versorgungswerks einen großen Schritt näher gekommen. Auf dem Frühjahrsempfang der Kammer hat der Staatssekretär für Gesundheit, Hermann Schulte-Sasse, eine Gesetzesinitiative „noch in diesem Jahr“ angekündigt.

Nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes wurde das Berliner Kammergesetz für die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichentherapeuten erweitert. Die SPD stimmte der Errichtung der Psychotherapeutenkammer nur unter der Bedingung zu, dass diese Berufsgruppe keinen Zugang zu einem Versorgungswerk erhält (§ 35 (3) Kammergesetz)! Da es für alle sonstigen verkammerten Berufe in Berlin ein Versorgungswerk gibt, ist das völlig unverständlich. Zudem zeigen Studien, dass berufsständische Versorgungswerke kostengünstiger wirtschaften und langfristig höhere Erträge für ihre Mitglieder erbringen als andere Vorsorgeeinrichtungen.

Viele Kollegen/-innen haben ihre Altersversorgung zugunsten der teuren Ausbildung und des Aufbaus einer Praxis zurückgestellt. Ihnen droht im Alter eine Unterversorgung. Das Versorgungswerk dient der Altersversorgung der Versicherten, ihrer Hinterbliebenen

PTJ berichtet. Die Delegiertenversammlung verabschiedete die Berufsordnung einstimmig und dankte dem Ausschussvorsitzenden Immo Zöller, der aus privaten Gründen sein Amt und das Mandat als Delegierter niederlegt, für seine Arbeit.

Die vom Ausschuss Aus-, Fort- und Weiterbildung erarbeitete **Fortbil-**

und sichert Berufsunfähigkeit finanziell ab. Ein Versorgungswerk bildet aus den Einzahlungen einen Kapitalstock. Aus ihm werden die Versorgungsleistungen erbracht, deren Höhe sich nach den eingezahlten Beiträgen und deren Verweildauer im Versorgungswerk bemisst.

Infoveranstaltung

am **24. Okt. 17 – 20 Uhr**
Hörsaal 1a der FU Berlin
Habelschwerdter Allee 45
14195 Berlin (U-Bhf. Thielpl.)

zum **Versorgungswerk in Niedersachsen** mit:
Frau Sieker (Geschäftsführerin
Versorgungswerk Niedersachsen) und
Herrn Köthke
(Vorsitzender Verwaltungsrat
d. Versorgungswerks Nds.)

Nach der von Gesundheitsstaatssekretär Schulte-Sassen in Aussicht gestellten Aufhebung der – noch im Gesetz stehenden – Untersagung strebt die Kammer an, ihren Mitgliedern den Zugang zu einer eigenständigen Alters- und Hinterbliebenenversorgung ähnlich wie in anderen Bundesländern zu ermöglichen. So hat die PTK Niedersachsen im November 2002 ein Versorgungswerk gegründet, ihm wollen sich Bremen und Hamburg anschließen. Auch für die Berliner Kammermitglieder besteht diese Möglichkeit, was z.B. wegen der niedrigen Verwal-

dungsordnung, die die freiwillige berufsbegleitende Qualifikation von approbierten Psychotherapeuten/-innen regelt, wurde mit kleinen redaktionellen Korrekturen verabschiedet (s. Artikel S. 221). Das „Fortbildungsmodell“ der Berliner Kammer könnte anderen Länderkammern Orientierung bieten.

tungskosten überlegenswert ist. Voraussetzung für den Zugang zu einem gemeinsamen Versorgungswerk ist ein Staatsvertrag zwischen Berlin und Niedersachsen, wie er zwischen Bremen und Niedersachsen erarbeitet wird.

In Niedersachsen besteht (für alle Kammermitglieder) eine Pflichtmitgliedschaft in ihrem Versorgungswerk. Die Pflichtmitglieder bilden dort den sog. Anfangsbestand des Versorgungswerks. Aber: Alle Kollegen/-innen, die vor Errichtung des Versorgungswerks Mitglieder der Kammer waren, können innerhalb von sechs Monaten entscheiden, ob sie die Mitgliedschaft aufrechterhalten, einen selbst gewählten Beitrag zahlen oder sich von der Mitgliedschaft befreien lassen.

Für alle Freiberufler, die nach Errichtung des Versorgungswerks Mitglied der PTK Niedersachsen werden, besteht Pflichtmitgliedschaft. Der Regelbeitrag entspricht der Hälfte des Höchstbeitrages zur BfA oder wird einkommensabhängig berechnet. Angestellte und beamtete Kammermitglieder bleiben in der gesetzlichen Altersversorgung. Sie können sich von der Pflichtmitgliedschaft befreien lassen, jedoch über das Versorgungswerk mit einem selbst gewählten Beitrag ihre Altersversorgung ergänzen.

Ob für Berlin solche oder andere Regelungen getroffen werden, ist noch nicht entschieden.

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

Delegiertenversammlung verabschiedet Fortbildungsordnung

Die DV der Berliner Landeskammer hat am 26.6.03 als erste deutsche Psychotherapeutenkammer eine Fortbildungsordnung verabschiedet (nachzulesen unter: www.psychotherapeutenkammer-berlin.de). Sie tritt zum **1.1.2004 in Kraft** und es können **Veranstaltungen zertifiziert** werden, die **nach dem 31.3.2004** stattfinden. Potenzielle Veranstalter oder Anbieter müssen sich noch gedulden: das Formblatt zur Beantragung der Zertifizierung und die Ausführungsbestimmungen zum Erwerb des Zertifikates werden bis Dezember 2003 erarbeitet und dann in der Geschäftsstelle erhältlich sein.

Die Ordnung wird zukünftig weiterentwickelt werden. Der bisher verabschiedete Teil, der vom Ausschuss Aus-, Fort- und Weiterbildung (Leitung Inge Brombacher) erarbeitet wurde, regelt vor allem, welche Fortbildungsveranstaltungen der unterschiedlichen Anbieter von der Kammer zertifiziert werden können.

In diesem Beitrag sollen zwei wesentliche Gesichtspunkte der Fortbildungsordnung hervorgehoben werden:

- Die Kammer wird bei jeder Fortbildungsveranstaltung **einzeln prüfen**, ob in Bezug auf die Wissen-

schaftlichkeit und Praxisrelevanz der Veranstaltung die Voraussetzungen zur Zertifizierung vorliegen. Es wird keine Pauschalanerkennung eines Anbieters (z.B. eines Fachverbandes oder Institutes) im Sinne einer Akkreditierung bei der Kammer geben. Dieses sicher aufwendige Verfahren soll ein hohes wissenschaftliches Niveau jeder einzelnen Veranstaltung gewährleisten.

- Was die **Wissenschaftlichkeit** der psychotherapeutischen Verfahren betrifft, werden die im Psychotherapeutengesetz anerkannten Verfahren ebenso wie die als wissenschaftlich begründet geltenden berücksichtigt. Der Begriff der wissenschaftlichen Begründetheit zielt auf Verfahren, die zwar nicht im Sinne des Psychotherapeutengesetzes als wissenschaftlich anerkannt gelten, die aber in der Fachliteratur, in Forschung und Lehre international eine Rolle spielen oder aus der Erfahrung und der Fachdiskussion der Praktiker relevant sind.

Darüber hinaus regelt die Fortbildungsordnung die Bedingungen des Erwerbs des „**Freiwilligen Fortbildungszertifikates**“ durch die Kammermitglieder. Es erhält, wer innerhalb von drei Jahren 150 Fortbildungseinheiten (eine Einheit entspricht 45 Minuten) von kammerzertifizierten Veranstaltungen absolviert. Daher wird zwischen verschiedenen

Formen von Fortbildung unterschieden wie beispielsweise das eigenständige Literaturstudium, der Besuch oder die Leitung von Workshops, der Besuch von Vorträgen, Klinikkonferenzen und Qualitätszirkeln, Hospitationen, eigene Lehrtätigkeit, Teilnahme an zertifizierter Intervention und Selbsterfahrung. Einen hohen Stellenwert hat die für die Psychotherapie besonders wichtige Supervision erhalten. Innerhalb von drei Jahren können dafür 80 Fortbildungseinheiten angerechnet werden.

Mit dem „Freiwilligen Fortbildungszertifikat“ kann jedes Kammermitglied dokumentieren, dass es sich auf breiter Basis kontinuierlich fortbildet und so einen wesentlichen Beitrag zur **Qualitätssicherung** unserer Profession leistet. Das Fortbildungszertifikat wird die beruflichen Chancen der Erwerber erhöhen. Die PTK Berlin wird dafür eintreten, dass das Berliner Zertifikat von der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) anerkannt wird. Wenn in der BPTK eine Einigung über Fortbildungsleitlinien erzielt werden kann, gibt es gute Voraussetzungen, die Grundzüge der in der Gesundheitsreform verlangten Fortbildungspflicht für niedergelassene Psychotherapeuten und Ärzte gemeinsam mit der Bundesärztekammer festzulegen und das nicht dem geplanten „Deutschen Zentrum für Qualität in der Medizin“ zu überlassen.

Podiumsdiskussion: Praxis und Wissenschaft – Zur wissenschaftlichen Anerkennung von Psychotherapieverfahren

Am Sonntag, den 22. Juni, fand in Berlin eine Podiumsdiskussion der Kammer statt. An ihr nahmen die Professoren Dr. phil. Michael B. Buchholz (Göttingen), Dr. med. Michael Linden (Berlin), Dr. rer. soc. Dirk Revenstorff (Tübingen), Dr. jur. Robert Francke (Bre-

men) und Dipl.-Psych. Bernd Fliegenger (PTK Berlin) teil.

M. Linden begründete als stellv. Mitglied des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie (WBP) deren Position zur Anerkennung von Psychotherapieverfahren. Dafür müssten Verfahren positive Wirkungen bei der Behandlung verschiedener psychischer Krankheiten (ICD-Katalog) nachweisen. Das sei nur durch Out-Come-Studien möglich, die internationalen Standards ge-

nügen müssten. Die Richtlinienverfahren hätten nach dem PsychThG Bestandsschutz und müssten deshalb nicht vom WBP überprüft werden.

Die Anerkennungskriterien des WBP gälten für noch nicht anerkannte Verfahren. Zum Schutz der Patienten müssten frei schwebende Experimente ausgeschlossen werden. Er bekräftigte die bisherigen Empfehlungen des WBP, die systemische Therapie/Familientherapie, das Psychodrama und

die Neuropsychologie für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten abzulehnen. Dennoch meinte er abschließend, dass er auch die von seiner Sichtweise abweichenden Positionen der übrigen Diskussionsteilnehmer unterstützen könne.

R. Francke widersprach Lindens Interpretation, dass die Richtlinienverfahren nach dem PsychThG Bestandsschutz hätten. Aus juristischer Sicht sei ein Bestandsschutz nicht im Gesetz verankert. Zur Frage der wissenschaftlichen Anerkennung (§ 11 PsychThG) legte er die damaligen Intentionen des Gesetzgebers dar, die der Missbrauchsabwehr dienten. Die Weiterentwicklung der Psychotherapie sollte explizit nicht behindert werden. Als Nicht-Psychotherapeut vertrat er zum Schluss die Ansicht, dass trotz der immannten Kritik an den Kriterien der empirischen Forschung die Empirie auch in der Psychotherapie unerlässlich sei.

M. Buchholz kritisierte den Anspruch der empirischen Forschung, sie sei der professionellen psychotherapeutischen Praxis überlegen. Psychotherapie erfordere vielerlei Kompetenzen, die in der empirischen Forschung nur unzureichend abgebildet würden. Die therapeutische Beziehung würde mit den bisherigen Instrumenten der empirischen Forschung nicht adäquat erfasst. Zusammenfassend plädierte Buchholz für eine Evaluation professionellen Könnens. Dabei sollten Schulen, übergreifende Institutionen und der Konsens der Professionellen unterschiedlicher Ausrichtungen genutzt sowie die Spielräume therapeutischen Handelns ausgebaut und gesichert werden. Darüber hinaus betonte er die Notwendigkeit von Fallstudien, die nicht nur in der Medizin Wegweisend waren.

D. Revenstorf stellte die Laborwirksamkeit als entscheidendes Kriterium für die empirische Psychotherapieforschung in Frage. Nicht zuletzt deshalb befinde sie sich in einem ‚positivistischen Loch‘. Die

Konzepte der Humanistischen Psychotherapie ließen sich mit der positivistischen Methodologie nur begrenzt erfassen. Die Angemessenheit der gegenwärtigen Forschungsstrategie für den Fortschritt sei fragwürdig. Modelle für Ätiologie und Veränderung seien allzu sehr monokausal (Trauma, Umweltbedingungen) ausgerichtet.

Als Alternative für eine Anerkennung von Verfahren formulierte Revenstorf den Einbezug von Fallanalysen und die stär-



Foto: R. Brühl

kere Gewichtung der klinischen Brauchbarkeit und Bewährtheit (Effectivness). Kritisch beurteilte er die Tendenz, dass Richtlinienverfahren Elemente aus anderen Verfahren absorbierten und damit deren Existenz unterminierten.

B. Fliegenger setzte sich mit dem in der Psychotherapieforschung verbreiteten Mythos auseinander, die Verhaltenstherapie sei anderen Verfahren überlegen. In keiner großen Vergleichsstudie, an der Vertreter der untersuchten Psychotherapierichtungen zugleich als Forscher beteiligt waren, habe sich eine fundamentale Überlegenheit einer Schule gegenüber anderen Richtungen nachweisen lassen. Der aktuelle Ergebnisstand der Psychotherapieforschung lasse es nicht zu, die Effizienz verschiedener Psychotherapieverfahren zu differenzieren. Der universitären Forschung hielt er vor, Nicht-Richtlinienverfahren nur begrenzt empirisch erforscht zu haben.

Fliegenger forderte eine deutliche Veränderung der Anerkennungskriterien

des WBP im Sinne der Präferenz von Effectivness- in Relation zu Efficacy-Studien. Notwendig seien Pilotprojekte für noch nicht anerkannte Verfahren und eine Zusammensetzung des Beirates, die die Vielfalt der psychotherapeutischen Verfahren widerspiegele.

In mehreren Diskussionsbeiträgen wurden die Kriterien des WBP als dringend reformbedürftig bezeichnet, die allzu einseitig die Laborwirksamkeit betonten und den Nicht-Richtlinienverfahren

keine faire Chance auf Anerkennung gäben. Es wurde gefordert, bei der Neubesetzung des WBP im Herbst die Beiratsmitglieder durch die Bundespsychotherapeutenkammer zu wählen und die Parität zwischen Psychologischen und Ärztlichen Psychotherapeuten zugunsten der ersteren zu verändern. Zur Begründung hieß es, dass Empfehlungen des Beirates für die ärztlichen Kollegen keine rechtlichen Konsequenzen hätten, da diese nicht dem PsychThG unterlägen.

Redaktionsteam:

M. Henkel-Gessat, G. Borgmann, Dr. W. Knobbe, Dr. Th. Lecher, Ch. Stößlein, Dr. M. Thielen.
Beiträge lieferten: A. Malkowsky

Geschäftsstelle

Kurfürstendamm 184, 10707 Berlin
Tel 030/887140-0, Fax -40
info@psychotherapeutenkammer-berlin.de
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Bremen

Gesundheitspolitische Aktivitäten

Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Bremen hat auf ihrer Sitzung am 20.05.2003 angesichts der sich abzeichnenden gravierenden Änderungsvorschläge ihrer Sorge Ausdruck verliehen, dass im Zuge des kommenden Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) wichtige Fortschritte in der psychotherapeutischen Versorgung rückgängig gemacht werden. Nach ausführlicher Diskussion wurden folgende Kernpunkte in einer Resolution benannt:

- Erhaltung des Erstzugangsrechtes für Psychotherapie;
- Psychotherapeutische Behandlungen

innerhalb eines eigenen Versorgungsbereiches;

- Qualitätswettbewerb darf nicht zu einer Einschränkung, sondern muss zu einem Ausbau der psychotherapeutischen Versorgung führen;
- Gerechte Beteiligung der Psychotherapeuten im Rahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen;
- Nutzung psychotherapeutischer Kompetenzen in Prävention und Rehabilitation.

Die Resolution wurde der Presse, der senatorischen Behörde, den Landesgesundheitspolitikern und den Bremer Bundestagsabgeordneten übergeben

und bildet die Grundlage für weiterführende Gespräche des Vorstandes mit den Entscheidungsträgern. In der Presse wurde die Resolution, wenn auch verkürzt, herausgestellt und durch Leserbriefe vertieft.

In einem persönlichen Gespräch erläuterten am 18.9. Vertreter des Kammervorstandes der wieder gewählten Bremer Gesundheitssenatorin Frau Karin Röpke die Anliegen der Psychotherapeuten. An dem Treffen nahmen neben weiteren Vertretern der senatorischen Behörde der Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens, sein Stellvertreter Hans-Otto Platte und Axel Janzen teil.

Kammerversammlung am 20. Mai 2003:

Patientenrechte und Patientenbeschwerden

Die Kammerversammlung am 20.5. befasste sich neben aktuellen gesundheitspolitischen Fragen im Hauptthema mit Patientenrechten und Patientenbeschwerden und fand ein lebhaftes Echo. Das Vorstandsmit-

glied, Frau Gisela Ripke, stellte die Arbeit des Beschwerde- und Schlichtungsausschusses vor, der Justitiar der Kammer, Herr Rechtsanwalt Bernd Rasehorn, nahm Stellung zu speziellen Problemen im Umgang mit

der Schweigepflicht und Frau Dr. Ebbinghaus informierte über Erfahrungen der Beratungsstelle der Unabhängigen Patientenberatung Bremen. Wir stellen diese Beiträge nachfolgend in Auszügen vor:

Aus der Arbeit des Ausschusses für Beschwerde und Schlichtung

Auf der Grundlage des Bremer Heilberufsgesetzes ist in der Satzung der Psychotherapeutenkammer Bremen in § 3 die Errichtung eines Beschwerde- und Schlichtungsausschusses (BuS-Ausschuss) vorgesehen. Es wurden 5 Mitglieder und 5 Stellvertreter gewählt. Am 20.06.2001 konstituierte sich dann der BuS-Ausschuss, in dessen Arbeit alle Mitglieder und Stellvertreter einbezogen wurden.

Schnell stellten sich anhand einer ersten Beschwerde umfassende und grundsätzliche Fragestellungen heraus. So stand zu Beginn der Arbeit die Festlegung eines Arbeitsablaufs für Patientenbeschwerden im Vordergrund. Dazu gehörte u.a. die Anonymisierung der Patienten- und Therapeutendaten, damit die BuS-Mitglieder unbefangene die Bearbeitung durchführen konnten. Die Erarbeitung von einzelnen aufein-

ander aufbauenden Verfahrensschritten, die jeder Beschwerde vorausgehen bzw. die sie begleiten, folgte.

So ist zunächst die Zuständigkeit der Kammer zu prüfen, standardisierte Briefe über Eingang, Schweigepflichtentbindung, Stellungnahme vom Patienten, gegebenenfalls vom Therapeuten sind zu entwerfen gewesen, die in einen Arbeitsablauf eingebun-

den wurden. Hier waren Vorlagen der PK Niedersachsen und der Ärztekammer hilfreich.

In einem Arbeitstreffen mit Herrn Nuschke (Referatsleiter des Ressorts Gesundheit beim Senator für AFGJS) wurden die rechtlichen Rahmenbedingungen der Arbeit des Ausschusses abgeklärt und nochmals herausgearbeitet, dass der Ausschuss nicht selbst zu Entscheidungen befugt ist, sondern dem Kammervorstand zuarbeitet, in dem er Empfehlungen und Arbeitsvorlagen erarbeitet.

Mögliche Ergebnisse des BuS:

1. Beschwerden können als unbegründet zurückgewiesen werden.
2. Sind die Beschwerden begründet, erfolgt die Darlegung der Gründe gegenüber dem Vorstand mit dem Vorschlag der weiteren Maßnahmen:
 - a) bei sehr geringem Verstoß gegen HeilBerG oder Berufsordnung: Schreiben an den Psychotherapeuten;
 - b) bei geringem Verstoß (der Justitiar ist zu beteiligen) Aussprechen einer Rüge nach § 61 a HeilBerG;

c) bei erheblichem Verstoß (der Justitiar ist zu beteiligen) Einleitung eines Berufsgerichtsverfahrens (Antrag an das Berufsgericht).

Noch ein Hinweis: die Verjährungsfrist beträgt 3 Jahre.

Bevor ich zu den eingegangenen Beschwerden und damit der eigentlichen Arbeit komme, möchte ich mich an dieser Stelle ganz herzlich bei den standhaft dabei gebliebenen Ausschussmitgliedern: Herrn Bozetti, Herrn Hendry, Frau Rippe, Frau Schmidt-Schubert, Herrn Sievers und Herrn Walter im Namen des Vorstandes bedanken. Leider hat sich der Ausschuss im Laufe der Zeit verkleinert. Es fehlen dringend Vertreter, die die Arbeit unterstützend begleiten.

Bei aller Besonderheit des Metiers – geht es doch um fachfremde und juristische Fragen – werden doch immer wieder spannende ethische und inhaltlich aufwühlende Fragen diskutiert, die sich anhand der eingehenden Beschwerden stellen.

Das Anliegen dieses Ausschusses ist es, und daran wird immer wieder und vorrangig gearbeitet, nicht nur beiden Seiten – dem Patienten und dem Therapeuten – gerecht zu werden, sondern beide Seiten auch zu schützen.

In den eingegangenen Beschwerden ging es in keinem Fall um eine Schlichtung zwischen Berufskollegen.

Es wurden folgende Themen aufgegriffen:

- Verletzung der Intimsphäre;
- Private Kontakte vor / während / nach der Behandlung;
- Honorarfragen: Nach Vorgesprächen sollte es nur auf Privatrechnung weitergehen;
- Forderung nach Einsicht in die Krankenunterlagen: Das berührt auch die große Frage der Patientenrechte auf Einsicht und Dokumentationspflicht;
- Ausstellen von Bescheinigungen gegenüber Rechtsanwälten, Gerichten, Schulen und Kliniken.

Erfahrungen der Unabhängigen Patientenberatung

Die Unabhängige Patientenberatung Bremen (UPB) wurde 1998 gegründet. Sie wird vom Bremer Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, dem Magistrat der Stadt Bremerhaven, der Bremer Krankenhausgesellschaft, den Krankenkassen im Land Bremen und allen Bremer Kammern (Ärzte, Psychotherapeuten und Zahnärzte) getragen.

Die Aufgaben erstrecken sich auf das Recherchieren und die Weitergabe von Informationen, den Umgang mit Beschwerden und die Rückvermittlung häufig auftretender Anliegen seitens der Patienten in das Gesundheits- und Sozialversicherungssystem. Die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter sind

in ihrer Beratungstätigkeit unabhängig.

Wir beraten auch zum Thema Patientenverfügung und Betreuungsvollmacht sowie Einsichtsrechte der Patienten, Aufbewahrungs- und Verjährungsfristen ärztlicher Unterlagen, Schweigepflicht sowie Pflege und Pflegeversicherung.

Ein weiterer Schwerpunkt der Arbeit besteht im Beschwerdemanagement: Patientinnen/Patienten beschweren sich über den Umgang mit ihnen und ihren Anliegen in ärztlichen Praxen und Krankenhäusern, aber auch bei Krankenkassen, Pflegekassen und Pflegeheimen und anderen Sozialversicherungsträgern.

Wir sehen unsere Aufgabe darin, mit den Betroffenen mögliche Lösungswege herauszufinden und sie bei der Problemlösung zu unterstützen.

Im Jahr 2002 kamen 114 Anfragen aus dem Bereich Psychiatrie und Psychotherapie. Dabei ging es um die Problematik von Ausfallhonoraren bei nicht wahrgenommenen Sitzungen, um Einsichtsrechte in die psychotherapeutischen Unterlagen, aber auch darum, welche Therapie in welchen Fällen zu empfehlen sei. Klienten wenden sich auch an unsere Einrichtung, weil sie mit dem Verlauf einer Therapie unzufrieden, beziehungsweise mit konkreten Verhaltensweisen eines Therapeuten nicht einverstanden sind.

Berufspflichten von Psychotherapeuten, skizziert am Beispiel der Schweigepflicht

Die **rechtlichen Grundlagen der Schweigepflicht** von Psychotherapeuten ergeben sich aus den Grundsätzen der gewissenhaften Berufsausübung gemäß §§ 27 und 30 Bremisches Heilberufsgesetz und dem Schutz von Privatgeheimnissen gemäß § 203 StGB. In einer zukünftigen Berufsordnung der Psychotherapeuten sind, vergleichbar zu ärztlichen Berufsordnungen, konkrete Regelungen vorzusehen (vgl. § 9 Musterberufsordnung Ärzte bzw. § 2 Ärzte-Berufsordnung Bremen).

Der **Umfang der Schweigepflicht** beinhaltet bereits die Tatsache eines Behandlungsverhältnisses, insbesondere deren Inhalte, aber auch die organisatorische Abwicklung des Behandlungsverhältnisses (Genehmigung, Durchführung, Abrechnung).

Probleme mit der Schweigepflicht treten häufig auf bei Kenntnis konkreter Gefahren für dritte Personen durch Straftaten (vgl. RA Engel, Rechtliche Schranken der Schweigepflicht bei Psychotherapeuten, im *Psychotherapeuten FORUM*, Heft 4/2000, S. 25/26) und bei Erklärungen oder Bescheinigungen über das Behandlungsverhältnis gegenüber Dritten (z.B. Angehörige, Arbeitgeber, Straf- oder Familiengericht, Polizei, Praxiskollegen, Sozialversicherungsträger, Supervision).

Eine **Entbindung von der Schweigepflicht** besteht bei Befreiung von der Schweigepflicht durch den/die Patienten/-in, in anonymisierter bzw. fremdeter Form zur organisatorischen Abwicklung der Behandlung bzw. für Forschungszwecke oder Supervisionen, bei Nutzung der Patientendaten in rechtlich autorisierten Fällen (Krankenkasse, Privatversicherung, andere Kostenträger), bei gerechtfertigtem Notstand wegen konkreten Gefahren für Leib oder Leben (vgl. RA Engel *Psychotherapeuten FORUM*, Heft 4/2000, S. 25/26).

Für eine wirksame **Befreiung von der Schweigepflicht** durch den/die Patienten/-in ist eine schriftliche Erklärung zu der Patientenakte zu verlangen, ggf. eine Eingrenzung des Adressatenkreises und des Auskunftsinhaltes sowie die Überzeugung von der freien Willenserklärung der Patientin (z.B. fraglich bei polizeilichen oder gerichtlichen Verfahren).

Der Auskunftsinhalt sollte folgende Anforderungen erfüllen: Die erteilte Auskunft ergibt sich nachvollziehbar aus der Behandlungsdokumentation; der Auskunftsinhalt trennt sprachlich und ggf. gestalterisch zwischen Angaben und Bewertungen der Patientin (entspr. Überschrift oder konjunktivi-

sche Zitierweise wählen) und den Angaben und Bewertungen der Behandlerin (entspr. Überschrift oder direkte Rede wählen); der Auskunftsinhalt sollte ggf. auf Zweckverfolgung und Resonanz beim Adressaten (und den wiederum dort beteiligten Lesern, z.B. bei Familiengerichten: Richter, Geschäftsstellenangestellte, Rechtsanwälte, deren Sekretärinnen, neue Partner der Beteiligten) überprüft werden.

Zusammenfassung: Bei Konflikten um eine Auskunftserteilung aus einer Behandlung sollte aus den Behandlungsunterlagen des/der Psychotherapeuten/-in hervorgehen, dass eine schriftliche Schweigepflichtentbindungserklärung vorliegt, die zu der betreffenden Auskunftserteilung an den betreffenden Adressaten berechtigt hat, und dass der Inhalt sich nachvollziehbar aus der Behandlungsdokumentation ergibt sowie nachvollziehbar erkennen lässt, welche Angaben und Behauptungen von der Patientin und von der Behandlerin stammen.

Zur eigenen Absicherung kann es sinnvoll sein, den Text der Patientin zuzuleiten, mit der Bitte, ihn durchzulesen, zu genehmigen und selbst an den Adressaten weiterzuleiten bzw. Einwendungen ggf. schriftlich mitzuteilen.

Bremer Kammer plant Behandlerlisten für bestimmte Schwerpunkte

Patientinnen und Patienten, aber auch verschiedene Institutionen aus dem Bereich der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung wenden sich immer wieder an die Kammergeschäftsstelle, mit der Bitte, Behandlerinnen oder Behandler für spezielle Schwerpunkte genannt zu bekommen. So wandten sich in jüngster Zeit

die Bremer Krebsgesellschaft und der Zentrale Psychologische Dienst des ZKH St.-Jürgen-Str. (der größten Bremer Klinik) mit Schreiben an die Psychotherapeutenkammer, in denen auf die unzureichende psychotherapeutische Versorgungslage von Menschen mit onkologischen Erkrankungen verwiesen wurde.

Innerhalb des Kammervorstandes wurde durchaus kontrovers die Frage diskutiert, ob die Kammer solche Behandlerlisten erstellen solle, vor allem, wenn es kammerseits im Rahmen einer Fort- und Weiterbildungsordnung noch keine gesonderten Qualifikationsnachweise zu einzelnen Bereichen gibt. Hinzu komme, dass jede Psychotherapeutin

und jeder Psychotherapeut aufgrund der erworbenen Approbation die generelle Befähigung besitzt, alle Störungen zu behandeln. Behandlerlisten, so ein Argument, könnten den Eindruck suggerieren, nur die Kolleginnen und Kollegen, die auf solchen Listen geführt werden, hätten die entsprechende Qualifikation, in diesem Schwerpunkt zu behandeln.

Für den Aufbau solcher Listen sprechen eine verbesserte Patienten- und Nutzerorientierung. Es sei Aufgabe der Kammer, an der Sicherstellung der Versorgung mitzuwirken und diese auch im gegebenen Fall zu organisieren.

Der Kammervorstand beschloss dann nach intensiver Diskussion, alle Kammermitglieder mit einem Fragebogen anzuschreiben, in dem die Bereitschaft erfragt wird, mit bestimmten Patientengruppen zu arbeiten, die gegenwärtig als schwer vermittelbar eingeschätzt werden. Als solche wurden z.B. gesehen:

- Abhängigkeitserkrankte, besonders bei illegalen Drogen, und Spielsüchtige;
- Lebensbedrohlich Erkrankte, insbesondere im onkologischen Bereich;
- Akut und kumulativ schwer traumatisierte Menschen, insbesondere auch im Sinne der Notfallbehandlung;

- Patienten mit Neigung zu schweren Selbstverletzungen;
- Menschen mit Schmerzsyndromen;
- Menschen mit Erkrankungen aus dem psychotischen Formenkreis;
- geistig behinderte Menschen;
- Gewalt- und Sexualstraftäter.
- Menschen mit Sexualstörungen.

Ziel ist es, dieses Behandlerregister bis Ende des Jahres aufzubauen. Zugleich soll in diesen Listen darauf hingewiesen werden, dass nicht nur die aufgelisteten Psychotherapeuten, sondern jeder Psychotherapeut in der Lage ist, mit der jeweiligen Patientengruppe zu arbeiten.

Aufnahme von Notfällen ermöglichen

Um die psychotherapeutische Akutversorgung bei Notfällen zu ermöglichen, hat der Vorstand der Bremer Kammer folgende Empfehlung an die niedergelassen tätigen Kolleginnen und Kollegen ausgesprochen: Eine psychotherapeutische Praxis, insbe-

sondere wenn sie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung tätig ist, sollte so organisiert sein, dass sie zeitnah Notfälle aufnehmen und im Sinne einer Notfallbehandlung bzw. Krisenintervention versorgen kann. Insbesondere bei akut traumatisierten

Menschen (z.B. Gewalt-, Katastrophen oder Unfallopfer) kann durch frühzeitige und schnelle Intervention die Herausbildung und Verfestigung weiterer psychischer Störungen vermieden werden.

Haushaltslage konsolidiert:

Prüfung bestätigte Finanzkurs der Kammer

Nachdem die Bremer Psychotherapeutenkammer im dritten Haushaltsjahr tätig ist, beauftragte der Vorstand ein Wirtschaftsprüfungsunternehmen damit, den Jahresabschluss 2002 einer prüferischen Durchsicht zu unterziehen. In den vergangenen Jahren hatte ausschließlich der Finanzausschuss die Prüfung in sehr sachkundiger Weise vorgenommen. Von einer externen Prüffirma versprochen sich Vorstand und Finanzausschuss eine rechtliche Absicherung. Des Weiteren erhofften sich Vorstand und Finanzaus-

schuss eine fachkundige Bewertung des Haushaltsplanes, um zukünftig noch sachgerechter den Haushaltsplan aufzustellen und zu wirtschaften.

Die Fa. Hansaberatung stellte in ihrem Prüfbericht, der dem Vorstand und dem Finanzausschuss Anfang Juli vorgestellt wurde, fest, dass die Buchführung nach den Grundsätzen einer ordnungsgemäßen Buchführung angelegt sei und weit über die gesetzlichen Anforderungen hinaus gehe. Zudem sei die Finanzlage der Kammer sehr geordnet. Infolge des Einwerbens von Fördermitteln im Personalbereich war

es der Kammer gelungen, in den beiden zurückliegenden Jahren Überschüsse zu erzielen. Diese konnten nun in zweckgebundene Rücklagen überführt werden, so dass infolge dieses Polsters ein stabileres Wirtschaften in den kommenden Jahren möglich wird.

Die einkommensabhängige Beitragserhebung hat sich inzwischen etabliert und bietet den Vorteil, wie das Mitglied des Finanzausschusses Uwe Klein betonte, dass sie die Mitglieder in gerechter Weise entsprechend ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit heranziehe.

Bremer Krankenhäuser:

Qualität der psychologisch-psychotherapeutischen Tätigkeit bedroht

Angesichts der Einführung des fallpauschalen-basierten Finanzierungssystems im Bereich der Akutkrankenhäuserversorgung (DRG) und Plänen des Bremer Senats, die kommunalen Krankenhausbetriebe in Unternehmen unter dem Dach einer Holding- und Grundstücksgesellschaft umzuwandeln, hat der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Kontakt zu den betroffenen KollegInnen aufgenommen.

In einem ersten Gespräch informierte sich Vorstandsmitglied Axel Janzen über die berufsalltäglichen Konsequenzen der bereits eingeleiteten und bevorstehenden Veränderungen für PsychotherapeutInnen in den Krankenhäusern. Dabei kamen die drohende Verringerung der psychologischen Fachkräfte an Bremer Krankenhäusern ebenso zur Sprache, wie die zunehmende Psychiatrisierung von Patienten durch DRG, da diese die Abrechnung psychologischer Dienstleistung nur dann gestattet, wenn ein gravierender psychischer Befund diagnostiziert wurde.

Ein weiteres Thema der Unterredung war die Schwierigkeit von KrankenhauspsychotherapeutInnen, OnkologiepatientInnen kurzfristig in eine psychotherapeutische Nachsorge bei niedergelassenen PsychotherapeutInnen zu vermitteln.

Bzgl. der unterschiedlichen Probleme sagte Axel Janzen die Unterstützung der Bremer Kammer zu, wobei z.B. das Thema DRG wegen der überregionalen Bedeutung die Kooperation mit anderen Länderkammern, mit der Bundespsychotherapeutenkammer und auch mit ‚ver.di‘ sinnvoll erscheinen lässt.

Erziehungsberater und Schulpsychologen „in der Warteschleife“

Die Planungen, die Psychologischen Dienste in der Erziehungsberatung und in der Bildungsbehörde zusammenzulegen, sind derzeit unterbrochen. Die Gründe hierfür sind, neben den Senatswahlen im Mai '03, u. A. grundsätzliche Zweifel an der Datenerhebung und -auswertung des Gutachtens des Rechnungshofes, der die Zusammenlegung aus ökonomischen Gründen empfohlen hatte.

Die Kritik am Rechnungshofbericht war offensichtlich begründet, da die

ser nun nicht mehr Grundlage für die Diskussion innerhalb der Behörden Bildung sowie Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales ist.

Darüber hinaus hat die öffentliche Kritik an den Plänen der Zusammenlegung, an der sich auch die Psychotherapeutenkammer Bremen beteiligt hat, zu einer erneuten Prüfung des Vorhabens geführt.

In einer Gesprächsrunde des Vorstandes der Psychotherapeutenkammer

mit Mitgliedern der Kammer, die in den betroffenen Psychologischen Diensten beschäftigt sind, wurde von diesen die Beteiligung der Kammer an der öffentlichen Diskussion begrüßt, zumal die Kammer die Möglichkeit der direkteren Kontaktaufnahme mit der senatorischen und politischen Ebene hat.

Termin bitte vormerken:

Dienstag, 28.10.2003, 20⁰⁰ Uhr
Kammerversammlung der
Psychotherapeutenkammer Bremen
Bürgerhaus Weserterrassen,
Osterdeich 70b in Bremen.

Redaktion Bremer Kammerseiten

Zu diesen Seiten lieferten Beiträge:
Dr. Angelika Ebbinghaus,
Axel Janzen, Hans-Otto Platte,

Bernd Rasehorn, Gisela Ripke,
Karl Heinz Schrömgens

Geschäftsstelle

Lüder-von-Bentheim-Str. 47
28209 Bremen
Mo, Di, Do, Fr 10.00 – 14.00 Uhr,
Mi 13.00 – 17.00 Uhr

Tel 0421/277200- 0
Fax 0421/277200- 2
psychotherapeutenkammer.bremen@
nord.com.net
www.psychotherapeutenkammer-
hb.de



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hamburg

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

die Hamburger Seiten sind erneut prall gefüllt mit Informationen: Sowohl die Kammerversammlung wie auch die erste Allgemeine Kammerversammlung boten eine Fülle an Themen, die Ihnen hiermit zur Kennt-

nis gebracht werden. Insbesondere empfehlen wir Ihnen, sich mit dem Versorgungswerk zu beschäftigen, zu dem die Kammerversammlung in absehbarer Zeit eine Entscheidung treffen wird.

Interessierte Leserinnen und Leser wünscht sich

Harry Askitis
für die Redaktion

Bericht von der Kammerversammlung am 18.6.03

Bericht des Vorstandes über die aktuelle Arbeit

Es hat bisher Treffen mit dem Vorstand der Ärztekammer gegeben (große Bereitschaft zur wechselseitigen Anerkennung der Weiterbildungsermächtigungen und zum Abgleichen der Weiterbildungsordnungen) sowie mit dem Vorstand der Niedersächsischen Psychotherapeutenkammer (ebenfalls große Kooperationsbereitschaft). Ein Treffen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg, in dem auch die völlig unzureichende Bezahlung der AusbildungskandidatInnen zur Sprache kommen soll, steht noch aus.

Der Umzug der Geschäftsstelle in die neuen Räume in der Curschmannstraße ist abgeschlossen.

Inzwischen haben mehr als die Hälfte aller Mitglieder ihren Beitrag gezahlt.

Der Vorstand hat beschlossen, eine Expertise über **den Versorgungsbedarf und das ambulante Behandlungsangebot für Kinder und Jugendliche in Hamburg** erstellen zu lassen. Dafür konnte eine einschlägig qualifizierte Gesundheitswissenschaftlerin gewonnen werden. Es soll keine eigene Datensammlung erfolgen, sondern nur eine Zusammenstellung der bisherigen Erhebungen und vorhandenen

Daten zur ambulanten Versorgung einschließlich komplementärer Dienste, Beratungsstellen usw. Im stationären Bereich gebe es mit der Krankenhausbedarfsplanung ausreichend gute Daten.

Der Vorstand hat im Benehmen mit der Behörde für Umwelt und Gesundheit geklärt, dass es nicht möglich ist, die **Approbation ruhen** zu lassen. Nur wer überhaupt nicht oder allenfalls gelegentlich (und dieser Begriff ist nach Auskunft der Behörde sehr eng gefasst) psychotherapeutisch tätig ist, kann von der Mitgliedschaft befreit werden oder freiwillig Kammermitglied bleiben. Unbenommen bleibt jedem, die Approbation zurückzugeben, womit die Mitgliedschaft in der Kammer endet. Man könne seine Approbation z.Zt. in Hamburg noch zu den bisherigen Übergangsregelungen erwerben (für einen Betrag von 500,- Euro). Diese Behördenpraxis könne aber sowohl über eine Gesetzesänderung, über eine Entscheidung der Behörde oder auch über die Rechtsprechung jederzeit ohne Vorwarnung geändert werden. Dann wäre eine erneute Approbation nur durch Absolvieren der drei- bzw. fünfjährigen regulären Ausbildung wieder zu erlangen. Deshalb erscheint eine Rückgabe der Approbation als riskant und wenig empfehlenswert.

Berichte aus den Ausschüssen:

Der Beitragsermäßigungsausschuss erläuterte Gesichtspunkte, die für eine Beitragsermäßigung zu berücksichtigen seien. Dabei müsse immer gesichert bleiben, dass es sich um Einzelfallentscheidungen über die soziale Härte handelt. Eine Halbtagsstätigkeit als alleinige Begründung sei nicht ausreichend, weil ein großer Teil der Berufsangehörigen nur halbtags berufstätig ist. Der Ausschuss bewegt sich mit seinen Entscheidungen in einem Spannungsfeld: Er versucht, den Einzelfällen gerecht zu werden. Wenn er allerdings sehr viele Beitragsermäßigungen aussprechen würde, dann müsste zur Sicherung der Arbeitsfähigkeit der Kammer der reguläre Beitrag erhöht werden. Das wäre allerdings nur schwer vermittelbar und würde neue Härten erzeugen.

Der Schlichtungsausschuss hat Dr. Bogun zum Vorsitzenden gewählt. Es werden z.Zt. 6 Fälle bearbeitet. In der Auseinandersetzung mit diesen erarbeitet sich der Ausschuss die Prinzipien seiner Arbeit. Die Schweigepflicht werde sehr strikt gehandhabt. Nur ein Vorstandsmitglied sichtet die Vorfälle, die eingehen und klärt vorab, ob ein Mitglied des Ausschusses selbst gefangen sein könnte. In sehr brisanten

Fällen könne sogar daran gedacht werden, Fälle mit anderen Kammern auszutauschen, um so eine wirklich unabhängige Schlichtungspraxis zu ermöglichen. Eine Schlichtung setze auch voraus, dass die Antragstellerin/der Antragsteller nicht anonym bleiben will. Der Ausschuss wird zum Jahresende eine Statistik über seine Arbeit vorlegen.

Herr Michels legte aus privaten Gründen sein Mandat in der Kammerversammlung nieder sowie auch seine Mitgliedschaft in den bisherigen Ausschüssen. Satzungsgemäß wird **Frau Endruweit** nachrücken. **Herr Askitis** ist künftig federführend Redaktionsbeauftragter des Vorstandes für das Psychotherapeutenjournal.

Der Haushaltsausschuss stellte die Endabrechnung für den Errichtungsausschuss dar. Die geplante Entschädigungsordnung wurde juristisch überprüft und soll in einer der nächsten Sitzungen verabschiedet werden.

Die Versammlung beschloss einstimmig, dass die in 2003 gesparten Personalkosten in eine Rücklage eingestellt werden. Davon sollen u.a. die in 2003 anfallenden Renovierungskosten von etwa 20.000,- Euro getragen werden. Außerdem wird der Haushaltsausschuss den Entwurf für eine Haushalts- und Finanzordnung erstellen, die u.a. regelt, wer zeichnungsberechtigt ist und welche finanziellen Spielräume das Präsidium hat.

Allgemeine Kammerversammlung vom 26.6.2003

Kammerpräsidenten Prof. Richter eröffnete die erste Allgemeine Kammerversammlung vor über 200 Kammermitgliedern. Damit nutzte etwa jedes sechste Mitglied erstmals die Chance, direkt an der Kammerarbeit teilzunehmen. Laut Kammergesetz muss diese Versammlung einmal im Jahr stattfinden. Sie hat keine Beschlusskompetenz, kann aber beraten und Anträge an die Kammerversammlung stellen.

Die Delegierten für die Bundespsychotherapeutenkammer legten einen kurzen Bericht vor. Herr Ulrich berichtete von der Arbeit des Finanzausschusses auf Bundesebene. Laut Haushaltsplan des Präsidiums der BPK wird der Haushalt ab 2005 durch den Beitrag von 30,- Euro pro Mitglied nicht mehr gedeckt sein. Dazu habe es einigen Klärungsbedarf gegeben. Der Haushalt für 2003 wurde verabschiedet.

Für Finanz- und Beitragsfragen muss von jeder Kammer ein „Stimmführer“ benannt werden, der die Delegiertenstimmen seines Landes einheitlich abgibt. Auf Vorschlag des Vorstandes beschloss die Versammlung einstimmig, dass für jede Delegiertenversammlung ein Stimmführer von den anwesenden Delegierten gewählt wird. Zwar gebe es kein imperatives Mandat, doch sei der Stimmführer gehalten, sein Votum entsprechend der Beschlusslage der Kammerversammlung und der Mehrheit der Delegierten abzugeben.

Der Entwurf für eine **Geschäftsordnung** der Kammerversammlung und der Ausschüsse wurde diskutiert und mit wenigen Änderungen einstimmig verabschiedet.

Der Rechnungsprüfungsausschuss für den Errichtungsausschuss berichtete über seine Arbeit: Er habe wenige Rechenfehler und Unklarheiten vorgefunden, die alle zu seiner Zufriedenheit geklärt werden konnten. Daraufhin

erteilte die Versammlung dem Vorstand des Errichtungsausschusses bei 6 Enthaltungen ohne Gegenstimmen die Entlastung bis zum 29.1.2003, dem Datum, an dem die erste Kammerversammlung zusammentrat und einen neuen Kammervorstand wählte.

Wahl der Mitglieder für neue Ausschüsse

Für den Schlichtungsausschuss sind im Gesetz drei Mitglieder festgelegt. Da aber mehr Mitglieder gebraucht werden, können diese als StellvertreterInnen gewählt werden. Eine Stellvertretung kann nicht nur bei Krankheit o.ä., sondern auch bei Befangenheit oder Arbeitsüberlastung des Ausschusses notwendig werden. Der Schlichtungsausschuss schlug vor, dass ein Pool von StellvertreterInnen gewählt wird. Auf seinen Wunsch wählte die Kammerversammlung bereits in dieser Sitzung einstimmig Dr. Hartwig Rogge als Stellvertreter.

Für den Rechnungsprüfungsausschuss wurden einstimmig Norbert Pechtold, Manfred Burmeister und Torsten Michels gewählt.

Für den Ausschuss für Berufsordnung wurde einstimmig eine Größe von 5 Mitgliedern festgelegt. Von den vorgeschlagenen KandidatInnen wurden Julia Rasch, Angela Niedtfeld-Kortmann, Gabriele Hohage-Staudt und Elke Visser mit großer Mehrheit gewählt.

Hamburger Kammermitglieder über die Möglichkeiten und Strukturen einer Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenversorgung im Rahmen eines berufsständischen Versorgungswerkes informierten.

Die Jahresvorsorgeleistung der Praxen von PP und KJP liegt mit 11.291, 18.858 und 24.000 DM (umsatzschwache, durchschnittliche und um-

satzstarke Praxen) pro Jahr sehr deutlich unter der vergleichbarer Arztgruppen. Zudem hätten gesetzliche Änderungen bewirkt, dass Angestellte weniger Berufsunfähigkeitsrente erhalten. Schließlich seien die Chancen, die von den Grünen seit langem geforderte Bürgerversicherung (sog. Schweizer Modell) zu realisieren, inzwischen recht hoch. Eine solche Versicherung würde auch Freiberufler und Beamte zu Pflichtversicherten machen, mit wesentlich schlechteren Konditionen als bei einem Versorgungswerk. Nur die Mitgliedschaft in einem berufsständischen Versorgungswerk ermögliche den Berufsangehörigen eine Befreiung.

Ein Versorgungswerk ist eine selbst verwaltete Einrichtung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen zur Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenversorgung der Berufsangehörigen. Es stärkt den eigenen Berufsstand und macht ihn, gerade angesichts der demographischen Entwicklung, für den Nachwuchs attraktiv. Denn insbesondere für junge Mitglieder ergibt sich im Lauf der Jahre bei attraktiven Beiträgen eine zunehmend bessere Absicherung. Das Versorgungswerk ist eigenfinanziert, trägt sich allein aus den Beiträgen der Mitglieder und erhält kein Geld vom Staat. Da Angestellte sich seit 1996 nicht mehr von der Rentenversicherung befreien lassen können, sind sie im Gegensatz zu den Freiberuflern auch nicht mehr zur Mitgliedschaft in einem Versorgungswerk verpflichtet. Die zum Zeitpunkt der Gründung bzw. des Beitritts zu einem Versorgungswerk bereits vorhandenen Kammermitglieder („der Anfangsbestand“) haben ein halbes Jahr Zeit, um sich zu entscheiden, ob sie dem Versorgungswerk beitreten oder sich befreien lassen wollen.

Frau Sieker referierte über die **Renditeziele des Versorgungswerkes**: An-

fangs seien diese nicht so hoch. Das aktuelle Renditeziel liege bei 3,5%. Dieses sei mit den gegenwärtigen Anlagen gesichert. Je länger das Versorgungswerk laufe, desto rentabler könne es werden. So biete das Versorgungswerk der Ärztekammer aktuell eine Rendite von 6,48%, während die meisten Lebensversicherungen ihren Renditezins z.T. drastisch reduziert hätten und häufig die garantierte Mindestverzinsung von 4% aufgrund der niedrigen Zinsen und der hohen Verluste aus Aktiengeschäften nur noch aus den Rücklagen decken könnten, was auch für die nächsten Jahre niedrigere Renditen erwarten lasse bis hin zum Konkurs (s. Mannheimer Versicherung).

Der Verwaltungskostensatz liege bei einem Versorgungswerk sehr niedrig im Vergleich mit einer Lebensversicherung: Weder seien Aktionäre zu bedienen noch ein umfangreicher Stab von VertreterInnen noch müsse Werbung für die Zukunft finanziert werden. Es fließt viel ehrenamtliche Arbeit ein. Allerdings werde der Verwaltungskostensatz des ärztlichen Versorgungswerkes von 1,2% in 2001 wohl anfangs nicht zu erreichen sein. Bei steigender Mitgliederzahl werde der Verwaltungskostensatz aber sinken.

Die Finanzierung von Leistungen kann auf zwei Wegen erfolgen: *im offenen Deckungsverfahren*, das ewige Zuwächse von Mitgliedern voraussetzt. Dies schien zum aktuellen Zeitpunkt eine zu ungewisse Konstruktion. Deshalb habe man sich für das *kapitalbildende Anwartschaftsdeckungsverfahren* entschieden: Jedes Mitglied zahlt seine Anwartschaft aus eigenen Beiträgen nach einem versicherungsmathematischen Modell. Es erfolgt keine Umlage und kein Generationenvertrag. Bei dieser Konstruktion kann das Versorgungswerk zudem nicht Bankrott gehen.

Das Hamburgische Kammergesetz verbietet der Hamburger Kammer die

Gründung eines eigenen Versorgungswerkes, erläuterte der Vorstandsbeauftragte für ein Versorgungswerk, Rainer Ulrich. Sie könne sich nur einem anderen Versorgungswerk anschließen. So habe er sich bei den Ärzten, Zahnärzten, Architekten und Rechtsanwälten erkundigt. Allerdings erlaube keines dieser Versorgungswerke, dass die Psychotherapeuten in den Vermögensbestand integriert werden. Stattdessen müsste ein eigener Vermögensbestand für die PsychotherapeutInnen eröffnet werden. Die notwendigen Verwaltungskosten würden bei dieser Lösung aber höher liegen als die Rendite der Vermögensanlagen. In den kommenden Monaten sollen weitere Informationen gesammelt werden, um dann eine fundierte Entscheidung treffen zu können. Z.Zt. erscheine der Anschluss an das von Niedersachsen gegründete Psychotherapeuten-Versorgungswerk als eine gute Möglichkeit. Dafür sei aber ein Staatsvertrag zwischen Hamburg und Niedersachsen erforderlich, für dessen Abschluss ein zeitaufwändiges Verfahren notwendig sei. Falls ein Beitritt bis Ende 2004 realisiert werde, könnte die Mitgliedschaft durch Zahlung entsprechender Beiträge rückwirkend zum 1.1.2004 erworben werden.

Die Vorteile einer solchen Lösung hätten bereits die Bremer Psychotherapeutenkammer bewogen, dem psychotherapeutischen Versorgungswerk beizutreten. Auch die Kammern in Berlin und Rheinland-Pfalz bereiten einen Beitritt vor. Deshalb sei in Niedersachsen gerade eine Gesetzesnovellierung verabschiedet worden, um das dortige Versorgungswerk von der Niedersächsischen Kammer unabhängig zu machen und so den Beitritt anderer Kammern zu ermöglichen.

Das Versorgungswerk biete eine **Rundumversorgung** mit einer Alters-, einer Berufsunfähigkeits- und einer Hinterbliebenenrente. Bei Singles, die zum

Zeitpunkt des Rentenbeginns keine Hinterbliebenen zu versorgen haben (PartnerIn, Kinder), wird ein Zuschlag von 6% auf die Altersrente gezahlt.

Nach dem Gesetz sei ein Aktienanteil von 35% bei den Vermögensanlagen möglich. Allerdings beschränke sich das Versorgungswerk aktuell auf 100% sichere Anlagen. Es könne dafür aber Zinsen erhalten, die deutlich besser seien als für Privatpersonen. Das Versorgungswerk legt Quartalsberichte über Mitgliederzahlen, Beiträge und Anlagen vor. Zusätzlich zur Arbeit der Wirtschaftsprüfer nehme das Wirtschaftsministerium die Aufsicht wahr. Als Sondervermögen der Kammer sei das Versorgungswerk eine Körperschaft Öffentlichen Rechts. Deshalb hafte das zuständige Bundesland auch für das Versorgungswerk.

Weitere Vorteile für die Mitglieder: Die Berufsunfähigkeitsrente kann ohne Gesundheitsprüfung abgeschlossen werden. Es ist eine große Wahlfreiheit in der Höhe der Beiträge möglich. Bei einer selbst gewählten Beitragserhöhung ist ab dem Alter von 45 Jahren eine Gesundheitsprüfung erforderlich.

Der „Unisex-Tarif“ biete im Gegensatz zu Lebensversicherungen, bei denen Frauen deutlich benachteiligt sind, für beide Geschlechter gleiche Beiträge und Leistungen.

Der Verwaltungsrat besteht aktuell aus 7 Mitgliedern: 4 Kammermitgliedern und 3 externen Beratern. Er beschließt über die Anlagegrundsätze. Wenn neue Kammern beitreten, sollen sie ebenfalls einen Sitz im Verwaltungsrat erhalten.

Unter den anwesenden Kammermitgliedern bestand der Wunsch, eine **weitere Informationsveranstaltung nur zum Thema Versorgungswerk** stattfinden zu lassen, wenn die Pläne sich konkretisieren.

Als Termin für diese Veranstaltung merken Sie sich bitte Donnerstag, den 6.11.2003 um 20.00 Uhr im Hörsaal G/Philosophenturm der Universität Hamburg, von Melle-Park 6, vor.

Diese Veranstaltung wird auch auf der Homepage der Kammer (psychotherapeutenkammer@hamburg.de) angekündigt. Eine umfangreiche Broschüre über das Psychotherapeutenversorgungswerk können Sie über die Geschäftsstelle der Kammer beziehen.

Pflichtmitgliedschaft der Kammerangehörigen

Der Vorstand verwies darauf, dass die Kammermitgliedschaft eine Pflichtmitgliedschaft für psychotherapeutisch tätige Kolleginnen und Kollegen ist. Noch immer gebe es einzelne Mitglieder, die schrieben, dass sie hiermit aus der Kammer austreten würden. Dazu führte der Kammerpräsident aus: Der Staat hat die Aufgabe, die Berufsausübung der approbierten PsychotherapeutenInnen zu überwachen und die Öffentlichkeit vor beruflichen Fehlleistungen zu schützen. Diese Aufgabe könne der Staat direkt über eine Behörde erledigen. Das wäre teuer (würde über Gebühren auf die Berufsangehörigen umgelegt), die Behördenvertreter wären nicht wählbar und auch nicht automatisch in unseren fachlichen Belangen kompetent. Deshalb habe der Staat die Berufsausübungskontrolle der gesetzlich geregelten (approbierten) Berufe an Kammern delegiert, die von den Berufsangehörigen finanziert werden. (Genauso, wie man nicht einfach keine Steuern bezahlen und seinen Austritt aus dem Staat erklären kann, kann man also auch nicht aus einer Kammer austreten.) Rechtlich wird die Kammermitgliedschaft durch jede Art psychotherapeutischer Tätigkeit begründet. Psychotherapeutische Tätigkeit meint dabei jede Tätigkeit, bei der ein approbierter Psychologischer

Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut seine/ihre psychotherapeutischen Kenntnisse und Fähigkeiten einsetzt. Das könnte also auch Supervision, Coaching, das Schreiben eines Buches mit psychotherapeutischem Inhalt o.ä. sein. Natürlich ist auch die Tätigkeit in Beratungsstellen, die mit psychosozialen Problemen im weitesten Sinne zu tun hat, in diesem Sinne psychotherapeutische Tätigkeit und begründet damit die Pflichtmitgliedschaft in der Psychotherapeutenkammer. Weiterhin liegt die Beweispflicht, dass man/frau in keiner Weise psychotherapeutisch tätig sei, bei der Antrag stellenden Person.

Auf Wunsch der Anwesenden wurde kurz auf die aktuelle gesundheitspolitische Entwicklung im Zusammenhang mit dem Gesundheitssystem-Moderisierungsgesetz (GMG) eingegangen. Der Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer habe gemeinsam mit allen psychotherapeutischen Verbänden bereits bei der Politik interveniert. Das Erstzugangsrecht dürfte gewahrt bleiben, allerdings steht zu erwarten, dass es auch bei Psychotherapeuten eine Praxiseintrittsgebühr von 10 Euro pro Patient und Quartal geben wird, wie bei allen Arztgruppen auch. *Dieses erste Beispiel zeigt, wie lohnend es ist, wenn alle PsychotherapeutenInnen gemeinsam ihre Interessen mit einer Stimme (der Bundespsychotherapeutenkammer) artikulieren können.*

Geschäftsstelle

Curschmannstraße 9
20251 Hamburg
Mo, Di, Do, Fr 10.00 – 12.00 Uhr,
Mi 15.00 – 17.00 Uhr
Tel 040.42101234
Fax 040.41285124
info@psychotherapeutenkammer-hamburg.de
www.psychotherapeutenkammer-hamburg.de

Gründungsveranstaltung der Psychotherapeutenkammer Hessen

Bad Homburg, 28. Juni 2003: Die Stimmung war gut – der Rahmen festlich. Etwa 300 Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten (PP), Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten (KJP) sowie Ärztinnen und Ärzte aus ganz Hessen kamen in das Kurhotel Bad Homburg zur Gründungsveranstaltung der Kammer und zum Ersten Hessischen Psychotherapeutentag.

Jürgen Hardt, Präsident der Hessischen Psychotherapeutenkammer, eröffnete die Veranstaltung und erinnerte nach der Begrüßung der Gäste an den wechselvollen Weg, bis endlich vor einem Jahr die Kammer gegründet werden konnte: „Kammern sind hochrangige demokratische Institutionen. Sie sind Deregulationsprodukte absolutistischer oder totalitärer Staaten, die im Laufe der Demokratisierung ihre staatliche Aufsichtsfunktion einer

Berufsgruppe teilweise überantworten. [...] Es ist ein Schritt des Mündigwerdens eines Berufes, den staatliche Organe nicht ohne Widerstand zuließen.“

Die historische Chance, die die Gründung der Kammer für unseren Berufsstand darstellt, wurde spürbar in den Grußworten der Gäste aus Politik und Gesundheitsversorgung. Die Gäste wiesen auf die vielfältigen gesellschaftspolitischen Aufgaben der Kammer hin und sicherten den Psychotherapeuten ihre Unterstützung zu:

Gerd Krämer, Staatssekretär im Hessischen Sozialministerium, erklärte für die Landesregierung: „Mit der Gründung der Psychotherapeutenkammer, die rund 2.800 Mitglieder umfasst, ist nun eine geschlossene und einheitliche Interessenvertretung vorhanden, die eine gleichberechtigte Selbstverwaltungskörperschaft zu den bisheri-



Präsident Jürgen Hardt

gen [...] Kammern [...] darstellt und zur Gleichstellung mit den anderen Heilberufen führt.“ Dass es dabei innerhalb eines Jahres gelungen sei, alle erforderlichen Strukturen aufzubauen, würdigte Krämer als große Leistung. Der Staatssekretär sieht jenseits psychotherapeutischer Behandlungen großen Handlungsbedarf für PPs und KJPs: Er forderte die Psychotherapeuten auf, auch in den Feldern Psychohygiene und Psychoedukation zu arbeiten und z.B. Gesundheitsämtern und Schulämtern beratend zur Seite zu stehen. Krämer sicherte die Unterstützung des Sozialministeriums zu: In Hessen sollte der partnerschaftliche Dialog Vorrang haben vor formalen Auseinandersetzungen mit gesetzlichen Vorschriften.

PD Dr. Roland Wönne, Vizepräsident der Landesärztekammer, begrüßte die



1. Reihe v.l.n.r.: Frau Fuhrmann, Frau Wolff, Dr. Wönne, Herr Bauer, Frau Dr. Junghans, Frau Cramer-Düncher, Herr Goßmann, Herr Krämer, Dr. Hempel.

neue Kammer als Schwesterkörperschaft und betonte die gemeinsamen Interessen von PPs und Ärzten. Gleichwohl räumte er ein, dass nicht alle Ärztinnen und Ärzte diese Sichtweise verinnerlicht hätten. In der Behandlung von Patientinnen und Patienten sollte eine gegenseitige Konsultation erfolgen und besonders im Bereich der Psychosomatik seien Erfahrungen aus Medizin und Psychologischer Psychotherapie unverzichtbar.

Petra Fuhrmann, sozialpolitische Sprecherin der SPD-Fraktion im Hessischen Landtag, sieht bei der Ärzteschaft einigen Aufklärungsbedarf. Sie forderte den Beitrag der Kammer zur Überwindung eines Menschenbildes, insbesondere in der Körpermedizin, das Menschen auf physische Pathologien reduziert: „Menschen sind immer ganz, und sie haben es verdient, auch als solche behandelt zu werden.“ Zudem zweifelte die Politikerin, ob die Einstufung von PPs als Fachärzte im derzeit aktuellen Gesetzentwurf sinnvoll und sachentsprechend sei.

Kordula Schulz-Asche, gesundheitspolitische Sprecherin der Bündnisgrünen im Hessischen Landtag, sieht die PPs im Gesundheitssystem in einer ähnlichen Position, in der sich die Grünen in der Politik befinden: Beide stünden für eine ganzheitliche Sicht der Dinge. Schulz-Asche hielt es für wichtig, die Vielfalt psychotherapeutischer Methoden und das Erstzugangsrecht zu PPs zu erhalten.

Florian Rensch, gesundheitspolitischer Sprecher der FDP, ermutigte zu entschiedener Lobbyarbeit und sicherte den Psychotherapeuten die Unterstützung seiner Partei zu. Psychotherapie habe einen wichtigen Stellenwert, sei aber gesellschaftlich noch nicht überall anerkannt und verankert.

Dr. med. Jörg Hempel, Vorstandsmitglied und Vorsitzender der Bezirksstelle



Staatssekretär Gerd Krämer

Wiesbaden der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, unterstrich die gemeinsame Interessenlage von Psychotherapeuten und Ärzten und beschrieb es als vordringliche Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung, die PPs sowie die KJPs fair zu integrieren.

Jens Ahäuser, Vertreter der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di, mahnte an, dass Psychotherapeuten den Fachärzten in Kliniken noch nicht gleichgestellt seien und dass die Bezahlung von Psychotherapeuten in Ausbildung nicht angemessen sei. Auch er hob die Bedeutung der psychologischen Perspektive in der Gesundheitsversorgung wie im Arbeitsleben hervor. Gerade die eklatante Zunahme von Mobbing im Arbeitsbereich zeige die Notwendigkeit beispielhaft.

Detlev Kommer, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, zeigte sich zufrieden, dass PPs und KJPs nunmehr dank des großen Einsatzes der Kammerfunktionäre erste Schritte zu einer gleichberechtigten Integration in der Gesundheitsversorgung vollzogen haben. Nunmehr stehen nach Ansicht von Kommer weitere Schritte an: Am Beispiel der Disease Management Programme zeigte er auf, dass psychotherapeutische Kom-

petenz in der Praxis noch nicht überall einbezogen wird. Er erinnerte daran, dass Psychologische Betreuung nachgewiesenermaßen auch bei körperlichen Erkrankungen und Eingriffen Heilungsprozesse beschleunigen sowie die Krankheitsverarbeitung verbessern könne. Die Eingrenzungen des Wirkungskreises von Psychotherapeuten auf die „Psychosomatische Medizin“ hielt er insofern für wenig zweckmäßig. Der Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer strebt zur Schärfung des Selbstverständnisses der PPs an, die Kooperation mit der Wissenschaft zu suchen, um Behandlungskonzepte zu überprüfen und weiterzuentwickeln.

Kammerpräsident Jürgen Hardt beendete die Festveranstaltung mit einer programmatischen Rede zum Stellenwert der psychotherapeutischen Berufe. Die Kammergründung falle in Zeiten gesellschaftlicher Krisen, die gekennzeichnet seien von zunehmender Individualisierung und dem Verlust von Orientierung. Die Suche nach Halt führe, wie PPs und KJPs es täglich erfahren, zu wachsender Nachfrage nach Psychotherapie. Psychotherapie hat verschiedene Traditionen und Wurzeln in einer freien Gesellschaft, betonte der Kammerpräsident. Er sprach sich für ein respektvolles Nebeneinander dieser verschiedenen psychotherapeutischen Methoden aus – und gegen ein, wie er ironisch vermerkte, blutleeres psychotherapeutisches „Esperanto“ einer „Einheitspsychotherapie“, in der Vieles integriert werden solle, aber letztlich wenig Gehalt übrig bleibe. Übersetzen sei gefordert. Gemeinsames Anliegen der Psychotherapeuten müsse es sein, der Stimme des Seelischen in der Gesellschaft Gehör zu verschaffen: „In unserer säkularisierten Welt sind wir die Berufsgruppe mit dem größten und diskretesten Wissen davon, wie Menschen wirklich leben, wie sie denken und fühlen.“

Erster Hessischer Psychotherapeutentag

Nach einer Pause, die zu Gespräch und Verzehr des Büffets genutzt wurde, schloss sich der **Erste Hessische Psychotherapeutentag** als Fachtagung an. Mit dem Psychotherapeuten- tag soll eine Tradition begonnen werden.

Den Eröffnungsvortrag hielt **PD Dr. Hans-Jürgen Wirth** zum Thema: „**Wissenschaftsverständnis und Menschenbilder in verschiedenen psychotherapeutischen Traditionen**“. Wirth erläuterte, dass jeder psychologischen Theorie, jedem psychotherapeutischen Verfahren ein geheimes und oft nicht reflektiertes Menschenbild – eine „latente Anthropologie“ – zu Grunde liege. Dieses Bild vom Menschen beeinflusst den Umgang des Therapeuten mit dem Patienten und prägt die Therapeut-Patient-Beziehung in tief greifender Weise. Menschenbilder, die im Rahmen der Psychotherapie entwickelt werden, beinhalten immer Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit. Sie handeln nicht nur vom Ist-Zustand des Menschen, sondern auch vom guten, wahren, authentischen und richtigen Leben, von dem, wie der Mensch sein sollte und zugleich vom falschen, entfremdeten, kranken Leben.

Während die Medizin mit dem mechanistischen Bild des Menschen als einer komplexen „Maschine“ größte Erfolge erringen konnte, konkurrierten in Psychologie und Sozialwissenschaften verschiedene Ansätze. Naturwissenschaften liefern „Erklärungs-Wissen“, das gesetzmäßige Aussagen über Ursachen bietet. In der Psychologie, so Wirth, ist bei vielen Fragestellungen die Erkenntnismethode des Verstehens angemessener, die nicht auf gesetzmäßige Aussagen, sondern auf die Herstellung von Sinnzusammenhängen zielt.

Hans-Jürgen Wirth fasste in einem Exkurs Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Menschenbilder in Psychoanalyse, Verhaltenstherapie und humanistischen Therapien zusammen und zog als Fazit: „Der Reichtum und die Vielfalt dieser psychotherapeutischen Menschenbilder spiegelt den Reichtum und die Vielfalt des menschlichen Lebens wider. Diese Vielfalt gilt es zu erhalten und auszubauen. Die gemeinsame gesellschaftliche Aufgabe aller psychotherapeutischen Verfahren besteht darin, ihre intimen Kenntnisse darüber, welche seelischen und sozialen Probleme die Menschen in der jeweils gegenwärtigen Gesellschaft beschäftigen, in den gesellschaftlichen und politischen Diskussionsprozess einfließen zu lassen.“ Und weiter: „Das psychotherapeutische Feld ist einer der wenigen gesellschaftlichen Orte, an denen die Vorstellungen davon, was Menschsein ausmacht, offen besprochen und auf ihre Tragfähigkeit untersucht werden kann. Die Vision menschlicherer Zustände wird nicht dort geboren, wo es schneller, höher, weiter, besser zugeht, auch nicht dort, wo es schöner und ästhetischer ist und selbst dort nicht, wo es friedlicher und harmonischer zugeht als anderswo, vielmehr entwickelt sich wahre Menschlichkeit im Umgang mit den dunklen Seiten des Lebens, mit Krankheit, Leiden, Ab-

schied, Trauer und Tod. Eben deshalb ist die Psychotherapie einer der wenigen gesellschaftlichen Orte, an denen sich neue, zukunftsweisende Vorstellungen von Menschsein entwickeln können.“

Fachforen

Das Forum **Qualität und Qualitätssicherung in der Psychotherapie** hinterfragte Kontext und Kriterien psychotherapeutischer Qualitätsbegriffe:

- **PP Dr. Heinz Liebeck**, Universität Göttingen, betonte, dass die Sicherstellung einer hohen Strukturqualität Voraussetzung sei für die Einführung formalisierter Modelle zur prozess- und ergebnisorientierten Qualitätssicherung. Er beschrieb die Erfahrungen der VT im Umgang mit kontinuierlichen Feedbackschleifen über Patientenfragebögen und mit strategischen Behandlerrichtlinien.
- **Beatrice Piechotta**, Ärztliche Psychotherapeutin aus Düsseldorf, sieht die aktuelle Qualitätssicherungsdiskussion im Bereich der Psychotherapie bestimmt von einem Vermittlungsproblem gegenüber Patienten und Kostenträgern. Es sei vordringlich, dass Maßnahmen zur Qualitätssicherung von Psychotherapeuten selbst entwickelt und eingebettet würden in ein Konzept praxisbezogenen Qualitätsmanagements.
- **Prof. Dr. Jürgen Kriz**, Universität Osnabrück, hielt formalisierte Konzepte zur Beurteilung der Qualität von Psychotherapien für ungeeignet: Psychotherapeuten müssten sich an Menschen mit vielfältigen Lebensentwürfen orientieren, um gute Arbeit zu leisten. Dieser Komplexität könne man wissenschaftstheoretisch wie psychotherapeutisch nur durch eine hohe Pluralität der Diskurse und Methoden gerecht werden.



PD Dr. Hans-Jürgen Wirth

Die Diskussion, moderiert von **Norbert Sattler**, PP in Hanau, zeigte unterschiedliche Bewertungen entlang der Zugehörigkeit zu verschiedenen Therapieschulen: Während Verhaltenstherapeuten formalisierte Qualitätssicherungsmaßnahmen bejahten, befürchteten tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapeuten tiefe Eingriffe in den Therapieprozess. Einigkeit bestand darin, dass externe Qualitätssicherung nicht zum Aussortieren schwieriger Patienten führen dürfe.

Im Forum **Psychotherapie in einer sich verändernden Gesellschaft am Beispiel demographischer Veränderung und Migration** stand die Arbeit mit spezifischen Patientengruppen im Mittelpunkt:

- **Dr. Meinolf Peters**, Leiter der Abteilung Gerontopsychotherapie und Psychosomatik, Rothaar-Klinik, Bad Berleburg stellte Konzepte für die Therapie mit alten Menschen vor.
- **Meral Demirkol**, türkischstämmige Psychotherapeutin, Frankfurt, referierte über die Besonderheiten in der „Psychotherapie mit Migranten“.

In der Diskussion, geleitet von **Werner Gross**, PP in Offenbach, wurde deutlich, dass gesellschaftliche Veränderungen, wie sie sich in der wandelnden Altersstruktur der Bevölkerung oder auch infolge der Migration seit den 60er Jahren äußern, einen großen Bedarf an Psychotherapie nach sich ziehen. Zugleich aber könne diese nur dann effektiv unterstützen, wenn Behandlungskonzepte auf die jeweiligen Patientengruppen zugeschnitten und angepasst würden.

Das Forum **Psychotherapie in Institutionen** vermittelte einen Überblick über spezifische Arbeitsgebiete von PPs und KJPs:

- **Brigitte Meckler**, Leiterin der Psychologischen Beratungsstelle Haus am Weißen Stein, Frankfurt, stellte die Aufgaben von PP und KJP in diesem Feld vor. Sie betonte, dass

eine psychotherapeutische Zusatzausbildung für die Mitarbeiterinnen unbedingt wünschenswert sei. Sie glaube allerdings nicht, dass für die Mitarbeiter von Erziehungsberatungsstellen die Approbation nötig sei. Die kontroverse Diskussion gipfelte in der Frage eines Besuchers: „Gibt es [in Erziehungsberatungsstellen] eine Psychotherapie jenseits der Heilkunde?“

- **Klaus Döring**, Leitender Psychologe der Klinik Reinhardstal, Bad Wildungen, schilderte die psychotherapeutische Arbeit in psychosomatischen Rehabilitationskliniken. Aspekte und Probleme der Zusammenarbeit in interdisziplinären Teams sowie Position von PPs wurden ausführlich dargestellt.
- **Horst Dörner**, Psychiatrisches Krankenhaus, Herborn, vermittelte einen Überblick über die Einbindung von PPs in die Struktur einer psychiatrischen Klinik. Seine Kommentare zu „einer nicht existenten“ Berufsgruppe waren einerseits provozierend, zeigten andererseits auf, wie wenig unser Berufsstand in der Psychiatrie derzeit verankert ist.

In der von **Peter Schüler**, PP aus Bad Emstal, geleiteten Diskussion konnte eine kritische Reflexion der Rolle von PP und KJP in Institutionen allenfalls begonnen werden.

Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie im Spannungsfeld zwischen Familie, Schule und Gesellschaft: Psychische Symptome verstehen, annehmen, verändern – In diesem Forum präsentierten sich KJP verschiedener Therapieschulen:

- **Prof. Dr. Klaus Fröhlich-Gildhoff**, Evangelische FH Freiburg, betonte als Repräsentant der personenzentrierten Psychotherapie die Bedeutung der neueren Bindungsforschung sowie die Haltung des Therapeuten im Sinne von Echtheit und Empathie.
- **Dr. Ellen Lang-Langer**, Institut für

analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie, Frankfurt, schilderte als analytische KJP ihr Störungsverständnis anhand einer ausführlichen Falldarstellung mit psychoanalytischen Deutungen des neurotischen Konflikts.

- **Dr. Kurt Quaschner**, Institut für Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin der Universität Marburg, präsentierte sein Problemverständnis aus verhaltenstherapeutischer Sicht. Zwar war die stärkere Symptomorientierung bei ihm deutlich, doch auch hier wurden emotionale Ebenen und soziale Rahmenbedingungen einbezogen.

In der anschließenden Diskussion, moderiert von **Adelheid Staufenberg**, KJP in Frankfurt, äußerten die Teilnehmer des Forums das Bedürfnis nach weiterer Differenzierung: So wurden die verschiedenen unterschiedlichen Bedeutungen vom Spiel im psychotherapeutischen Kontext diskutiert sowie die Notwendigkeit individueller Behandlungsstrategien abhängig von dem jeweiligen Störungsbild hervorgehoben.

Podiumsdiskussion

In der abschließenden **Podiumsdiskussion** „Menschenbilder in der Psychotherapie“ wurde mit **Meral Demirkol**, **Prof. Klaus Fröhlich-Gildhoff**, **Prof. Dr. Jürgen Kriz**, **Dr. Meinolf Peters** und **Dr. Hans-Jürgen Wirth** nochmals der Bogen zur Thematik des Eröffnungsvortrags gezogen. **Ulrike Holzer** vom Hessischen Rundfunk moderierte. Die provozierenden Fragen der Moderatorin – ob Psychotherapeuten denn überhaupt ein Menschenbild bräuchten und ob das persönliche Menschenbild der Podiumsteilnehmer sich mit dem beruflichen decke, ob das Menschenbild ein Therapieziel zur Normierung von Menschen darstelle oder ob es in der Psychotherapie nicht vielmehr um Selbstbestimmung und Verschiedenartigkeit gehe – waren eine ungewohnte Herausforderung und

ließen routinierte Antworten nicht zu. Prof. Kriz antwortete, er habe so viele Menschenbilder, wie er Menschen kenne, und gerade in der Psychotherapie müsse es darum gehen, Menschen in ihrer Einzigartigkeit zu erkennen. Meral Demirkol unterstrich diese Aussage gerade für die Arbeit mit Migranten: Erst wenn der Psychotherapeut das Menschenbild dieser Personen verstehe, werde es möglich, individuelle Potentiale zu erkennen. Auch Dr. Peters hob ein Zusammenwirken zwischen Psychotherapie und dem Verständnis der eigenen Person hervor. So bewirke seine psychotherapeuti-

sche Arbeit mit alten Menschen bei ihm eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Älterwerden. Am Ende wurde so deutlich, dass sich durch den Zusammenschluss von Psychotherapeuten unterschiedlicher Traditionslinien in der Kammer die Chance eröffnet, alte Gewissheiten in Frage zu stellen und neue Antworten zu finden.

Der Abend endete mit fröhlichem Zusammensein und Discomusik aus der Zeit, als die Kammermitglieder noch jung waren. Wie zitierte doch Hans-Jürgen Wirth in seinem Vortrag eine Untersuchung von Rokeach? Keine so-

ziale Gruppe war den Psychotherapeuten so ähnlich wie die Hippies. Hier war es wieder einmal zu erfahren...

*Stefan Baier
(Mitarbeit: Uta Cramer-Düncher,
Jürgen Hardt)*

Zu Gründungsveranstaltung und Erstem Hessischen Psychotherapeutentag finden Sie im Internet unter www.psychotherapeutenkammer-hessen.de ausführliche Informationen und einen Großteil der Vortragsmanuskripte in ungekürzter Form.

5. Delegiertenversammlung der hessischen Kammer

Die 5. DV der hessischen Landeskammer fand am 4. Juni 2003 im Frankfurter Ökohaus statt. Berichte des Vorstands, der Geschäftsstelle, der Ressorts und der Ausschüsse standen am Anfang. Einige Punkte seien hier erwähnt: Nicht alle Kammermitglieder waren mit der **Irakkriegs-Resolution** der Psychotherapeutenkammern einverstanden, die seitens der Initiatoren bezüglich der psychohygienischen und psychoedukativen Aspekte der Kriegsvorbereitungen geboten erschien. Ist die Kammer legitimiert, zu gesellschaftspolitischen Fragen Stellung zu beziehen? Ministerialrat Goßmann wies aus aufsichtsrechtlicher Sicht auf die schwierigen Abgrenzungsprobleme bei solchen Fragen hin. Bisher sei in solchen Fällen flexibel und pragmatisch reagiert worden, eine Beanstandung bei anderen Kammern bisher nicht erfolgt.

Johann Rautschka-Rücker, langjährig erfahrener Verwaltungsjurist, wurde den Delegierten als neuer hauptamtlicher Geschäftsführer der Kammer vorgestellt. Er berichtete über den Stand der Beitragserhebungen nach der neuen **Beitragsordnung** anhand der Einkünfte der Mitglieder aus selbständiger und nichtselbständiger Tätigkeit. Diese hat bei vielen Mitgliedern zu ver-

ärgerten Reaktionen geführt. Die Geschäftsführung geht jetzt in individuellen Antwortschreiben darauf ein.

Die **Finanzen** und ihre Grundlage, die Beitragsbemessung und -erhebung, Haushalts- und Kassenordnung, aufgrund der personellen Entwicklung in der Geschäftsstelle notwendig gewordene überplanmäßige Ausgaben, sowie die Eckwerte für die Bestimmung einer angemessenen Aufwandsentschädigung, insbesondere für die Vorstandsmitglieder und den Präsidenten und Vizepräsidenten, waren erneut wichtige Themen der DV.

Der **Jahresabschluss 2002** wurde erfreulicherweise in der von den bestellten Wirtschaftsprüfern vorgelegten Form unbeanstandet testiert und von der DV einstimmig festgestellt. Ein beachtlicher Jahresüberschuss wird in die gesetzlich geforderte Rücklage eingestellt.

Aus den **Ressorts** wurden Schwerpunkte der inhaltlichen Arbeit berichtet. Gesundheitspolitik: Psychiatrie, Jugendhilfe, Gesundheitsmodernisierungsgesetz, Neuropsychologie, Fach- und Förderrichtlinien der EBs, Fachbeirat Psychiatrie. Im Ressort Fachliche Entwicklung lag der Schwerpunkt auf

der Bearbeitung von Fragen der Fort- und Weiterbildungsordnung. Kurze Berichte wurden aus der Ausschussarbeit „Aus-, Fort- und Weiterbildung“, „Wissenschaft und Forschung“, „Angestellte“ u. a. gegeben. Der Ausschuss „Beschwerde und Schlichtung“ legte seinen Entwurf einer Satzung vor, die einstimmig von der DV gebilligt wurde.

Das Hessische Konzept mit 10 Vorstandsmitgliedern zur Einbindung aller Strömungen in die Verantwortung soll nach dem Willen der DV überprüft werden. Insbesondere soll der Frage nachgegangen werden ob und inwieweit mit einer Verschlankung Kosten gespart werden können. Das Thema soll bevorzugter TOP der nächsten DV sein.

Dringlich erschien die Klärung der Frage eines eigenen **Versorgungswerks**. Hierzu wurde der Vorstand beauftragt, eine dreiköpfige Arbeitsgruppe einzusetzen.

Zum Entwurf des **EBM 2000plus** wurde ein Beschluss von der DV gefasst, sich gegen die fachlich nicht gerechtfertigte Benachteiligung von PP und KJP gegenüber Fachärzten für psychotherapeutische Medizin einzusetzen

und insbesondere auch für PP und KJP die Abrechnung der antragsfreien Gruppenbehandlung zu erreichen.

Dr. Rainer Doubrawa

Nächster DV-Termin

14. – 15.11.03, Kassel

Veränderungen in den Ausschüssen:

Angestellte: Peter Schüler ist vom Vorsitz zurückgetreten und aus dem Angestelltenausschuss ausgeschieden. Dr. Friedhelm Jung wurde zu seinem Nachfolger gewählt.

Wissenschaft und Forschung:

Mathias Hebebrand wurde zum Vorsitzenden gewählt.

Gesetz zur Modernisierung der Gesundheitssysteme: Vorstand trug Politikern Anliegen der Psychotherapeuten vor

Die Mitglieder des Vorstandes führten zahlreiche Gespräche mit Gesundheitspolitikern aller Parteien. Es zeigte sich, dass diese oft erstaunlich wenig über unseren Berufsstand informiert sind, sich aber mit großem Interesse unserer Belange anzunehmen bereit sind. Insbesondere forderte der Vorstand:

- Verbleib der psychotherapeutischen Leistungserbringer im Kollektivvertragssystem
- Erhalt des direkten Erstzugangs des Patienten zum Psychotherapeuten
- Verbleib der psychotherapeutischen Leistungen im Kernleistungsbereich der Krankenkassen
- Keine gesonderten Zuzahlungsregelungen

Regionale Informationsveranstaltungen zur Arbeit der Psychotherapeutenkammer

Nachdem sich auf dem ersten Hessischen Psychotherapeutentag gezeigt

Aufruf der Ständigen Arbeitsgruppe KJP

Angesichts der ständig sich verschärfenden Haushaltslage auch in Hessen ist zu befürchten, dass Einschnitte ins Netz der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen und ihren Familien geplant sind, die die schon jetzt bestehenden Versorgungsmängel weiter verschärfen würden. Darüber hinaus aber bedrohen derartige Einschnitte die vorhandenen Versorgungsstrukturen in ihrer Existenz – mit unabsehbaren Folgen für die Zukunft.

Wir bitten alle Mitglieder, uns über solche Vorgänge zu informieren, damit die Kammer in geeigneter Weise und gebündelt politisch aktiv werden kann.

Ansprechpartner sind als KJP-Vertreterinnen im Vorstand:

Marion Schwarz
Praxis-Schwarz@t-online.de

Angelika Wolff
Angelika.Wolff@ikjp.de

hat, dass das Interesse der Mitglieder an der Kammer und der Kammerpolitik groß ist, hat der Vorstand für den Herbst regionale Informationsveranstaltungen geplant. Folgende Themen sind vorgesehen:

- Tätigkeit der Gremien
- Beitragsordnung 2004
- Aktivitäten zum neuen Angestelltenarbitar
- Gesundheitsmodernisierungsgesetz
- Sonstige aktuelle Fragestellungen

Termine:

15.10.03 Frankfurt – Gewerkschaftshaus (Saalbau) 18:00 Uhr

05.11.03 Marburg – Stadthalle, Raum Maribor 19:00 Uhr

12.11.03 Darmstadt – Raum Europa im Querbahnsteig 19:00 Uhr

21.11.03 Kassel – Bürgersaal im Rathaus der Stadt Kassel 19:00 Uhr

Bitte beachten Sie: Eventuelle terminliche oder räumliche Veränderungen geben wir im Internet bekannt unter www.psychotherapeutenkammer-hessen.de.

Gedenken

Wir gedenken unserer verstorbenen Kollegin Frau Barbara Wiese, geboren 11.8.1949; gestorben 29.6.2003 und unseres verstorbenen Kollegen Herrn Sammy Speier, geboren 2.5.1944; gestorben 19.6.2003.

Aus der Geschäftsstelle

■ Unsere seit kurzem aktualisierte Internetseite verfügt jetzt über einen mitgliederinternen Bereich. Ihr Passwort erhalten sie mit der nächsten postalischen Aussendung. Sie können es aber vorab per E-Mail bei der Geschäftsstelle anfordern.

■ Auf vielfältige Anfrage wurde eine ausführliche Erläuterung zur Beitragsgestaltung erstellt. Diese kann auf der mitgliederinternen Seite des Internets eingesehen oder in der Geschäftsstelle angefordert werden.

Geschäftsstelle

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

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Liebe Mitglieder der PKN!

Wegen der umfangreichen inhaltlichen Beiträge auf unseren Seiten berichten wir aus dem Vorstand diesmal nur:

Die Geschäftsstelle der PKN ist umgezogen

Die Arbeitsbedingungen in den bisherigen Räumen in der Marienstr. 16, die noch in der Zeit des Erichtungsausschusses angemietet

worden waren und damals auch völlig ausreichten, waren nach der personellen Erweiterung der Geschäftsstelle vor allem für die Mitarbeiterinnen schon lange nicht mehr zumutbar. Dank glücklicher Fügung – für die Räume fand sich ein Käufer – können wir eineinhalb Jahre vor Auslaufen des Mietvertrages in ein immer noch bescheidenes, aber doch wesentlich angenehmeres Domizil umziehen.

Die neue Anschrift lautet:
Psychotherapeutenkammer
Niedersachsen
Roscherstr. 12
30161 Hannover
Die Telefon- und Faxnummern bleiben bestehen.

Mit kollegialen Grüßen

Lothar Wittmann, Inge Berns, Gertrud Corman-Bergau, Werner Köthke, Hans-Joachim Schwartz

Angestellte PP und KJP: Approbation – ja und nun?

Das PsychThG wirkt wie für freiberuflich Tätige gemacht, jedenfalls sind die Konsequenzen, die sich aus den Formulierungen des Gesetzes für die Berufsausübung der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen ergeben, zumindest teilweise in ergänzenden Gesetzesänderungen (vor allem in SGB V) berücksichtigt, während – wie sich in der Praxis zunehmend zeigt – entsprechende Änderungen für die angestellten PP und KJP de facto völlig fehlen, so dass sich für deren Status und Berufspraxis bisher wenig geändert hat.

Das ist auch ein Ergebnis einer Tagung der PKN im Juni 2002 mit Vertreterinnen und Vertretern der angestellten PP und KJP, die eine breite Palette von Arbeitsfeldern repräsentierten. Gleichzeitig hat diese Tagung aber auch deutlich gemacht, welche Themen und Aufgaben für diese Gruppen zu bearbeiten sind – und damit hat sich auch herauskristallisiert, wo die Schwer-

punkte der Kammerarbeit für ihre angestellten und beamteten Mitglieder liegen müssen.

Diese Aufgaben werden im folgenden vorgestellt; zugleich wird angemerkt, was auf Landesebene „angeschoben“ werden kann und in Niedersachsen bisher schon in Gang gesetzt wurde.

(1) Ein zentrales Anliegen ist die **Höhergruppierung** der approbierten Kolleginnen und Kollegen und damit die **Gleichberechtigung mit den Fachärzten**. Die gerichtliche Ebene scheint aktuell weitgehend ausgeschöpft: Alle Kolleginnen und Kollegen, die auf dem Klageweg diese Angleichung zu erreichen versucht haben, sind – auch in der Berufung – abgewiesen worden. Einzig sinnvoller und mehr Erfolg versprechender Weg scheint der über eine Änderung des BAT zu sein – die PKN hat sich deshalb im vergangenen Herbst bereits mit dem Leiter des zuständigen ver.di-Fachbereichs, Herrn

Dielmann, getroffen, um mit ihm Möglichkeiten und Strategien zur Durchsetzung unseres Anliegens zu erörtern. Der aktuelle Stand: ver.di hat eine bundesweite Fachkommission für die spezifischen Belange der PP und KJP gegründet, die sich im April 2003 konstituiert hat. Diese Fachkommission hat sich u.a. die Forderung nach Gleichberechtigung von Fachärzten und PP/KJP zu Eigen gemacht.

(2) **In Privatkliniken** werden oft finanzielle Bedingungen angeboten, die deutlich ungünstiger sind als entsprechende **tarifvertragliche Regelungen**. Ziel ist es, dass die PP und KJP in diesen Kliniken mindestens eine dem öffentlichen Dienst entsprechende Entlohnung erhalten. Auch dafür werden wir den mit der Gewerkschaft ver.di aufgenommenen Kontakt intensivieren, und auch aus diesem Grund arbeiten zwei niedersächsische Kammermitglieder in der **Fachkommission für PP und KJP** aktiv mit.

(3) In **nicht-klinischen Bereichen** wie etwa der Jugendhilfe hat die Tatsache, dass mit dem PsychThG neue Berufsgruppen geschaffen wurden, die z.B. in Erziehungsberatungsstellen bisher gleichberechtigt nebeneinander arbeiten, eine ganze Reihe von Fragen aufgeworfen. Dazu gehören vor allem die **Stellung der Psychotherapie und dementsprechend der Psychotherapeuten in diesen Arbeitsfeldern**, aber auch noch grundsätzlichere Fragen nach der **Definition von heilkundlicher Psychotherapie in Abgrenzung zu anderen psychotherapeutischen Maßnahmen**. Die niedersächsische AG Angestellte/Beamte ringt um Antworten auf diese Fragen und diskutiert sie mit den Kolleginnen und Kollegen in den Beratungsstellen und in den entsprechenden Gruppierungen (z. B. Landesarbeitsgemeinschaft Erziehungsberatung, Bundeskonferenz für Erziehungsberatung) ebenso wie mit den Kolleginnen und Kollegen aus anderen Bundesländern (siehe dazu auch den Beitrag von Borg-Laufs in diesem Heft).

(4) Die Psychotherapeutenkammer hat – in Niedersachsen begründet im Heilkammergesetz und in der Kammeratzung – die Aufgabe, auf eine **ausreichende psychotherapeutische Versorgung** der Bevölkerung hinzuwirken und **Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation** zu unterstützen. Mit diesem Auftrag im Rücken engagiert sich die PKN – gegenwärtig insbesondere im Bereich der **Schulpsychologie** – für den Erhalt von Stellen für PP und KJP bzw. für eine Begrenzung des für diesen Bereich schon eingeläuteten Stellenabbaus. Dazu werden AG und Vorstand nach bisher wenig erfolgreichen Initiativen bei der (früheren) Landesregierung und dem zuständigen Ministerium politisch weiter aktiv werden und gegebenenfalls auch öffentlichkeitswirksam auftreten müssen.

(5) Mit der Einführung der neuen Berufsgruppen und dem damit verbundenen Ausweis ihrer Kompetenz und Zuständigkeit ist der Anspruch verbunden, nun auch gleichberechtigt mit entsprechend qualifizierten Ärzten **Leitungsfunktionen** in psychotherapeutischen Abteilungen klinischer Einrichtungen zu übernehmen. Wir werden uns dafür einsetzen, dass im Bereich der Landeskrankenhäuser und der psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern Stellen eingerichtet werden für **leitende Psychologen**, die die Approbation zum PP (bzw. KJP) haben müssen. Gegenwärtig läuft beim niedersächsischen Sozialministerium eine Anfrage, ob und wo es in Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft bereits solche Stellen gibt.

Die PKN lässt gegenwärtig durch einen mit Gesetzgebungsverfahren vertrauten Juristen klären, ob und wo diesem Anspruch eventuell **gesetzliche Hürden** im Wege stehen. Vorschläge für **Ergänzungen und Erweiterungen gesetzlicher Formulierungen** – etwa im Maßregelvollzugsgesetz oder im Krankenhausgesetz –, die diesen Anspruch berücksichtigen, liegen bereits vor und werden mit dem zuständigen Ministerium erörtert.

(6) Die Pläne öffentlicher Träger, die ihnen unterstehenden **Klinischen Einrichtungen zu privatisieren**, müssen von den Kammern kritisch begleitet werden.

(7) Aus dem Auftrag des Kammergesetzes, an der ausreichenden psychotherapeutischen Versorgung mitzuwirken, ist die Berechtigung und Notwendigkeit abzuleiten, sich um die Frage des **psychotherapeutischen Nachwuchses** zu kümmern. So ist im Blick zu behalten, ob die Zahl der nachrückenden Kolleginnen und Kollegen ausreicht, die in absehbarer Zeit frei werdenden Vertragspsychotherapeu-

tensitze und Arbeitsplätze für PP und KJP in klinischen Einrichtungen zu besetzen (die AG Angestellte/Beamte in der PKN plant eine entsprechende Erhebung bei den Ausbildungsinstituten); als besonders dringend haben wir erkannt (und sind dementsprechend initiativ geworden), dass wir uns um die – vom PsychThG nicht vorgesehene – Entlohnung im Psychiatrischen Jahr kümmern müssen. Die Tatsache, dass die 3-jährige Ausbildung im Unterscheid zur Weiterbildung der Ärzte vom Ausbildungsteilnehmer finanziert werden muss und eine Möglichkeit zu – eher bescheidenen – Einnahmen nur bei den ambulanten Psychotherapeuten im Rahmen der Ausbildung besteht, erscheint uns als wesentliches Hindernis, sich auf eine solche Ausbildung einzulassen.

Um unser Engagement für unsere zukünftigen Kolleginnen und Kollegen auf eine noch sicherere Basis zu stellen, bemühen wir uns im Rahmen einer **Novellierung des Heilkammergesetzes** darum, dass die **Mitgliedschaft in der niedersächsischen Psychotherapeutenkammer** bereits durch die Aufnahme der praktischen Tätigkeit im Psychiatrischen Jahr begründet wird – der uns vorliegende Novellierungsentwurf sieht diese Änderung bereits vor.

(8) Dass **PP und KJP in der Realität von öffentlichen Arbeitgebern** ebenso wie bei den für Planungen im psychosozialen und Gesundheitsbereich **verantwortlichen Ministerien** nicht vorkommen, hat uns veranlasst, unsere juristische Beraterin zu beauftragen, konkrete Nichtberücksichtigungen unserer beiden Berufsgruppen ausfindig zu machen und weitere ergänzende Formulierungen für Gesetze und Verordnungen in unserem Bundesland vorzuschlagen.

Selbst für die Verfolgung der Angestellten- und Beamteninteressen auf Länderebene ist eine länderübergreifende

Kooperation notwendig und lohnend: Sie macht auf Probleme und Lösungsmöglichkeiten aufmerksam, sie liefert Argumente und gibt Anregungen. Für zentrale Themen dieser Gruppe innerhalb unserer Mitgliedschaft ist die Kooperation und Bündelung auf Bundesebene unverzichtbar, weil diese The-

men mit bundesweit geltenden Regelungen verbunden sind. Deshalb hatte sich schon im Vorfeld der BPTK-Gründung eine AG der Landeskammern gebildet und das Aufgabenfeld abgesteckt; es ist zu hoffen und zu erwarten, dass nun nach Gründung der BPTK ein aktiver und durchsetzungs-

fähiger Ausschuss sich der hier beschriebenen Aufgaben annimmt – und dass eine starke BPTK in der Lage ist, für die angestellten und beamteten PP und KJP angemessene Verbesserungen zu erreichen.

*Hans-Joachim Schwartz,
Richard Winter*

Anfragen zur Berufsordnung der PKN

In dieser Rubrik veröffentlicht die PKN in lockerer Folge Anfragen von Mitgliedern zur Berufsordnung und Stellungnahmen der Mitglieder des Ausschusses „Berufsordnung und Berufsethik“ der PKN. Die Mitglieder des Ausschusses würden es begrüßen, wenn ihre Kommentare auch andere Kammermitglieder zu einem Gedankenaustausch über die Auslegung der Paragraphen der Berufsordnung anregen würden, z.B. auch in der Form eines Briefs an die Geschäftsstelle der PKN oder eines Leserbriefs an das „Psychotherapeutenjournal“.

Hier eine erste kommentierte Anfrage:

Ein niedergelassener Psychologischer Psychotherapeut bietet nebenberuflich an einer Erwachsenenbildungsstätte Kurse zu psychologischen Themen an. In der Praxis des Psychotherapeuten liegen auch die Kurs-Programme der Erwachsenenbildungsstätte aus, und gelegentlich melden sich zu diesen Kursen auch Patienten oder ehemalige Patienten des Psychologischen Psychotherapeuten an. Das Kammermitglied fragt an, ob es damit gegen die Berufsordnung der PKN verstoße.

Mitglieder des Ausschusses „Berufsordnung und Berufsethik“ der PKN kommentieren:

Berührt sein könnten folgende Paragraphen der Berufsordnung (BO) der PKN: §§ 12 (Abstinenz), 17 (Verhal-

ten gegenüber anderen Kammermitgliedern, Wettbewerb) und 27 (Öffentliches Auftreten von Psychotherapeuten) sowie § 28 (Psychotherapeuten als Lehrende).

Die Einhaltung des § 27 (1) der BO dürfte dem Anfragenden relativ leicht fallen: *„Sie haben darauf zu achten, dass ihr öffentliches Auftreten als Fachleute nicht mit der Ausübung von Psychotherapie gleichgesetzt wird.“*

Auch die Einhaltung des § 17 (2) *„In Konkurrenz- und Wettbewerbssituationen sind sie zur Fairness verpflichtet.“* dürfte hier wohl zu gewährleisten sein. Der Inhalt der Kursankündigung dürfte dabei natürlich nicht wettbewerbswidrig sein. In der Vergangenheit ist bei Ärzten tlw. schon das Auslegen von Veröffentlichungen und Kursprogrammen als wettbewerbswidrige Werbung interpretiert worden. Dieser engen Auslegung können sich die Unterzeichner nicht anschließen. Sie vermögen in dem Auslegen des Kursheftes per se keinen Verstoß gegen die BO zu erkennen. Anders wäre es, wenn der Psychotherapeut seine Patienten zur Teilnahme an seinen Kursen drängen würde.

Ein erhebliches Konfliktpotential sehen die Mitglieder des Ausschusses vor allem in der Pflicht der Psychotherapeuten zur Abstinenz, vor allem bezüglich § 12 (1), (2) und ganz besonders in Bezug auf § 12 (4) der BO:

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

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

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

Wenn das Kammermitglied dem Patienten gleichzeitig als Psychotherapeut und als Lehrer oder Dozent dem Patienten gegenübertritt, sehen die Kommentatoren ein erhebliches Potential für Rollenkonfusion, welche die therapeutische Beziehung und den Heilungserfolg beeinträchtigen könnte. Während einige Kommentatoren deshalb für eine deutliche Trennung von psychotherapeutischer und lehrender

Tätigkeit plädieren, sehen andere die Möglichkeit einer sinnvollen Ergänzung der Psychotherapie (z. B. durch zusätzliche Kursangebote im präventiven Bereich wie Vermittlung von Entspannungsverfahren). In jedem Fall sollte eine solche Kombination sorgfältig auf

ihre Auswirkungen auf den therapeutischen Prozeß reflektiert und dokumentiert werden. In Analogie zu § 28 (3) der BO sehen die Unterzeichner eine Doppelrolle Psychotherapeut/Lehrender dann als nicht zulässig an, wenn mit der Dozentenrolle bewer-

tende/zensierende oder gar disziplinarische Funktionen verbunden sind.

Hans-Jürgen Barthe, Inge Berns, Gerlinde Büren-Lützenkirchen, Gaby Derichs, Frauke Werther, Eckhard Winter

Entwicklung des PVW, Psychotherapeutenjournal 3/2003

Viele positive Reaktionen und Anfragen aus ganz Deutschland gab es auf den Artikel im Psychotherapeutenjournal 1/2003 mit dem Titel „Psychotherapeutenversorgungswerk (PVW) gegründet. Gute Gründe, sich mit der eigenen Altersversorgung zu beschäftigen“.

Der 7-köpfige Verwaltungsrat des PVW tagte etwa einmal im Quartal.

Das PVW informierte am 14.5. auf einer Expertentagung Kolleginnen und Kollegen in Düsseldorf und nahm am 26.6. an einer Mitgliederversammlung der Psychotherapeutenkammer Hamburg teil.

Am 17. Juni endete die Erklärungsfrist für die PKN-Mitglieder. Ein rechtzeitiger schriftlicher Hinweis auf diese Ausschlussfrist erhöhte die Akzeptanz des PVW.

Am 27.6.2003 hatte das PVW 417 Mitglieder; angesichts eines hohen Anteils von Angestellten und Beamten unter den PKN-Mitgliedern ein gutes Ergebnis. 308 Mitglieder haben sich für die Zahlung von Beiträgen entschieden, die sich an der Beitragsbemessungsgrenze in der GRV orientieren. 100 Mitglieder haben sich für die Zahlung einkommensbezogener Beiträge entschieden. Bei den restlichen Mitgliedern war die Beitragshöhe zum Stichtag noch ungeklärt. Trotz der allgemein gesunkenen Zinsen konnte der günstige Zinssatz für die Kapitalanlage des PVW gehalten werden.

Am Staatsvertrag zwischen Bremen und Niedersachsen, der den Anschluss der Bremer Kolleginnen und Kollegen zum PVW ermöglicht, wird mit Hochdruck gearbeitet. Herr von Ritter vom Niedersächsischen Wirtschaftsministerium hält es für sehr wohl möglich, dass dieser Vertrag noch in diesem Jahr geschlossen wird. Damit bekommen die Bremer Kolleginnen und Kollegen die Möglichkeit, noch für das ganze Jahr 2003 rückwirkend Beiträge zu entrichten.

Das Niedersächsische HeilKammergesetz (HKG) erfährt in diesem Jahr eine Novellierung. U.a. wird § 12 HKG im Hinblick auf eine „Teilrechtsfähigkeit“ für den versorgungsrechtlichen Bereich angepasst. PKN und PVW haben entsprechende Eingaben an das Niedersächsische Sozialministerium gemacht. Erlangt der vorgelegte Entwurf Gesetzeskraft, woran nicht gezweifelt werden sollte, wird das PVW rechtlich deutlich unabhängiger von der PKN und damit noch attraktiver für einen Anschluss anderer Psychotherapeutenkammern bzw. derer Versorgungswerke an das PVW.

W. Köthke
(Vorsitzender des Verwaltungsrats des PVW)

Geschäftsstelle

Roscherstr. 12
30161 Hannover
Tel 0511/850304-30
Fax 0511/850304-44
info@pk-nds.de
wwwpk-nds.de

| | |
|--|---|
| <p>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</p> |  |
| <p>2. Neuropsychologie-Tag Bamberg vom 17. – 19.10.2003</p> | |
| <p>Am Fachbereich Pädagogik, Philosophie und Psychologie, Markusplatz 3, 96074 Bamberg findet am 17./18./19.10.2003 ein offenes neuropsychologisches Symposium statt. Programmhinweise auf der Homepage beachten oder anfordern! Kostenlos!</p> | |
| <p>Neuropsychologie der Musik am 18.10.2003 Prof. Dr. med. Thomas F. Münte, Magdeburg; 130,00 Euro* / GNP-Mitglied: 110,00 Euro*, 8 Std.</p> | |
| <p>Die funktionelle Organisation des Präfrontalen Cortex – vom Tiermodell zur Klinischen Neuropsychologie am 18.10.2003 Prof. Dr. Dr. h. c. Onur Güntürkün, Dipl.-Psych., Bochum; 100,00 Euro* / GNP-Mitglied: 85,00 Euro*, 6 Std.</p> | |
| <p>Gedächtnis und Gedächtnisstörungen - Funktionelle Neuroanatomie, Neuropsychologie, Neurologie, Psychiatrie am 18. – 19.10.2003 Prof. Dr. Hans J. Markowitsch, Dipl.-Psych., Bielefeld; 170,00 Euro* / GNP-Mitglied: 145,00 Euro*, 10 Std.</p> | |
| <p>Funktionelle Neuroanatomie der Aufmerksamkeit und Orientierung am 18.10.2003 Prof. Dr. Walter Sturm, Dipl.-Psych., Aachen & PD Dr. Dr. Hans-Otto Karnath, Dipl.-Psych., Tübingen; 100,00 Euro* / GNP-Mitglied: 85,00 Euro*, 6 Std.</p> | |
| <p>Identitätsveränderung und Identitätsarbeit im Rahmen neuropsychologischer Therapie am 18. – 19.10.2003 Dipl.-Psych. Claudia Wendel & Dipl.-Psych. Sabine Heel, Berlin; 190,00 Euro* / GNP-Mitglied: 160,00 Euro*, 12 Std.</p> | |
| <p>AAT und Co - Sprachtherapeutische Testverfahren im Vergleich am 19.10.2003 Ilona Rubi-Fessen, Dipl.-Log., Köln; 130,00 Euro* / GNP-Mitglied: 110,00 Euro*, 8 Std.</p> | |
| <p>Schwere internistische und neurologische Erkrankungen und deren neuropsychologische Folgen am 19.10.2003 Dr. med. F.-K. von Wedel-Parlow, Dipl.-Psych., Susef; 100,00 Euro* / GNP-Mitglied: 85,00 Euro*, 6 Std.</p> | |
| <p>Funktionelle Neuroanatomie der Sprache am 19.10.2003 PD Dr. phil. Ernst G. de Langen, Bad Griesbach; 100,00 Euro* / GNP-Mitglied: 85,00 Euro*, 6 Std.</p> | |
| <p>International Symposium and Workshops at the Waldklinik Jesteburg vom 31.10. – 01.11.2003 „Neuropsychology goes Europe“- in cooperation with the VejleJeford Centre (Denmark) <i>Bitte fordern Sie unser vollständiges Programm an! *Kosten incl. Mehrwertsteuer</i></p> | |



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

Expertentagung „Errichtung eines Versorgungswerkes für die Psychotherapeutenkammer NRW“ am 14. Mai 2003 stellt Weichen

Eingeladen hatte der Vorstand zu dieser Tagung Fachleute anderer Versorgungswerke, juristische Fachberater, die Mitglieder des Finanzausschusses, die Fraktionsvorsitzenden in der Kammerversammlung und die Mitglieder der Vorstandskommission „Versorgungswerk“. Die Absicht war, einen fachlichen Diskurs über die Errichtung eines Versorgungswerkes zu führen. Als Arbeitsgrundlage diente ein Satzungsentwurf, der vom Vorstand verabschiedet worden war.

Die Präsidentin, Frau **Monika Konitzer**, stellte bei ihrer Begrüßung fest, dass die **berufsständische Altersvorsorge** die Gründung eines Versorgungswerkes **sinnvoll** macht, weil der Gesetzgeber die so genannte Eck-Rente auf 67 Prozent festgesetzt hat, die Alterspyramide in Deutschland auf eine Über-



Teilnehmer der Expertentagung Versorgungswerk

alterung der Gesellschaft hinweist und bei vielen Mitgliedern der Psychotherapeutenkammer die Absicherung gegen das Risiko Berufsunfähigkeit und für das Alter nicht ausreicht.

In seinem Grundsatzreferat „Grundlagen und Wesen der berufsständischen Versorgung“ beschäftigte sich Rechtsanwalt Dr. jur. Ulrich Kirchhoff mit der Entwicklung und den Strukturen der Versorgungswerke in Deutschland.

Dr. jur. Ulrich Kirchhoff

Der Referent betonte, dass die **Versorgungswerke Sondersysteme der Pflichtversorgung** sind, da sie kraft des landesgesetzlichen Versorgungsauftrages ausschließlich die Angehörigen bestimmter Berufsgruppen, diese jedoch grundsätzlich in jeder Form der Berufsausübung (in selbstständiger und in unselbstständiger Tätigkeit), zu versorgen haben.

Die berufsständischen Versorgungswerke erfüllen ihre Aufgabe in **echter Selbstverwaltung**. Gewählte Delegierte der Mitglieder beschließen über das Mitgliedschafts-, Beitrags- und Leistungsrecht. Das demokratische Prinzip ist hiermit verwirklicht.

Die berufsständischen Versorgungswerke sind **eigenfinanziert**. Sie erhal-





ten keine Staatszuschüsse, sondern erfüllen ihren Versorgungsauftrag in Eigeninitiative mit eigenen Mitteln.

Von der privaten Lebensversicherung unterscheiden sich die berufsständischen Versorgungswerke dadurch, dass die Versorgungsverhältnisse nicht durch Vertragsabschluss entstehen und auch nicht privatrechtlicher Natur sind. Die **Versorgungsverhältnisse entstehen vielmehr kraft Gesetzes**. Die Rechtsbeziehungen zwischen den berufsständischen Versorgungswerken und ihren Mitgliedern sind öffentlich-rechtlicher Natur; sie üben demgemäß im Rahmen ihres Versorgungsauftrages Hoheitsgewalt aus.

Die berufsständischen Versorgungswerke beschränken sich auf das **Kerngeschäft**. Sie gewähren Altersrenten, Hinterbliebenenrenten, Berufsunfähigkeitsrenten und finanzieren als Ermessensleistungen Rehabilitationsmaßnahmen.

In der anschließenden Diskussion verständigten sich die Teilnehmer über Organisationsstruktur, Mitgliedschaft,

Beiträge, Leistungen, Finanzierungs-konzept und Übergangsbestimmungen für die Gründungsmitglieder des Psychotherapeutenversorgungswerkes (PT-VW). Diese Rahmenbedingungen sollen jetzt in der Satzung des PT-VW verankert werden.

Herr **Köthke**, Vorsitzender des Verwaltungsrates des Psychotherapeutenversorgungswerkes in Niedersachsen, und die Geschäftsführerin Frau **Sieker** berichteten anschaulich über ihre Erfahrungen und Erkenntnisse bei dem Aufbau des Versorgungswerkes in Niedersachsen. Dieser, für beide Seiten

fruchtbare Erfahrungsaustausch, soll fortgesetzt werden.

Der Nachmittag stand ganz im Zeichen der Präsentationen bestehender Versorgungswerke und Vermögensverwaltungen, die als mögliche Geschäftspartner der Kammer in Frage kommen.

Die Teilnehmer sprachen sich mehrheitlich für eine Kooperation mit dem Versorgungswerk der Steuerberater in NRW aus. Grundlage hierfür ist ein Geschäftsbesorgungsvertrag zwischen der PT-Kammer und dem Versorgungswerk der Steuerberater. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist die Angleichung der Satzung beider Versorgungswerke. Die Überarbeitung des Satzungsentwurfes der PT-Kammer soll bereits in den nächsten Tagen erfolgen. Ein weiteres wichtiges Ergebnis waren die **Qualitätsmerkmale**.

Am Ende der Veranstaltung versicherte die Präsidentin Monika Konitzer, dass die Errichtung eines PT-Versorgungswerkes in NRW für den Vorstand hohe Priorität besitzt. Sie dankte den Referenten und Experten für ihre Teilnahme.

Qualitätsmerkmale des Arbeitsstils

- Professionelle Verwaltung ab Gründung
- Kompetente Beratung der Gremien ab Gründung
- Zügige Abwicklung des Gründungs- und Ersterfassungsverfahrens
- **Kompetente Betreuung und Beratung der Mitglieder in Ortsnähe durch erfahrene Mitarbeiter**
- Synergieeffekte durch Verwaltung mehrerer Versorgungswerke
- Kostenreduzierung durch Verteilung auf mehr Mitglieder
- **Erhalt der Souveränität des eigenen Versorgungswerkes**
- Möglichkeiten der gemeinsamen Vermögensanlage mit anderen Versorgungswerken
- Effektive Mitgliederverwaltung

Die psychotherapeutische Versorgungslage für Kinder und Jugendliche ist in NRW prekär!

Im Rahmen eines Kooperationsgesprächs am 18. Juni 2003 im Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW mit Herrn MD Klaus Bösche, Leiter der Ab-

teilung Gesundheit, hat der Vorstand der PTK-NRW vorgetragen, dass die psychotherapeutische Versorgungslage für Kinder und Jugendliche unter immer knapper werdenden Finanzen

bedrohlich ist. Wenn im Jahre 2004, wie wiederholt in der Presse angekündigt, die Zuschüsse für die Beratungsstellen noch einmal gekürzt werden sollten, bedeute dies für viele Bera-

tungsstellen spürbare psychosoziale und psychotherapeutische Leistungseinschränkungen bis hin zu Stellenschließungen, denn die Kommunen sind finanziell außerstande, die Mehrbelastung durch Wegfall der Landeszuschüsse aufzufangen. Herr Bösch zeigte großes Verständnis für eine Verbesserung und weitere Förderung der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen, u. a. auch vor dem Hintergrund der Fakten und Ergebnisse der Stellungnahme des Ausschusses Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie der Kammerversammlung.

Die laufenden Haushaltsberatungen für 2004 und die insgesamt angespannte Haushaltslage lassen es nicht zu, so Herr Bösch, sich gegenwärtig zur weiteren finanziellen Entwicklung im Bereich Gesundheit und Jugendhilfe zu äußern. Der Vorstand des PTK-NRW wird diese Entwicklung beobachten, um sich rechtzeitig wieder zu Wort zu melden.

Weitere Themen des Gesprächs waren die Defizite in der ambulanten Versorgung mit neuropsychologischer Behandlung, die Darstellung der Position der PTK-NRW zur Anerkennung der Gesprächspsychotherapie als vertief-

tes Verfahren für die Ausbildung zum PP und zum KJP, die aktuellen Probleme bei der Finanzierung der im Rahmen der Ausbildung durchzuführenden Therapien, die Situation der Psychotherapie in der stationären Versorgung und last but not least die Positionen der Psychotherapeuten zur Gesundheitsreform (siehe auch: www.bptk.de).

Von der Kammer nahmen an diesem Gespräch seitens des Vorstands Monika Konitzer, Dr. Heribert Joisten, Dr. Wolfgang Groeger, K. W. Hofmann sowie der Geschäftsführer Rechtsanwalt Thorsten Freikamp teil.

Qualitätszirkel „Psychotherapie“ diskutiert die Auswirkungen des GMG

In einer Informationsveranstaltung des „Qualitätszirkel Psychotherapie“ Mönchengladbach/Rheydt referierte der Vizepräsident der Psychotherapeutenkammer NRW, Dr. Heribert Joisten, am 18.06.2003 das am gleichen Tage im Deutschen Bundestag eingebrachte Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG). Mit den mehr als fünf-

zig anwesenden Kolleginnen und Kollegen diskutierte er die zahlreichen, zum Teil sehr besorgten Fragen zu den möglichen Auswirkungen des GMG auf die ambulante psychotherapeutische Versorgung und auf die zukünftige Berufsausübung in der freiberuflichen Niederlassung.

Die Psychotherapeutenkammer NRW wird auch zukünftig – nach Möglichkeit auf Einladung regionaler Arbeitskreise – aktuelle gesundheitspolitische Fragen und spezielle Themen psychotherapeutischer Versorgung unmittelbar mit den Kammermitgliedern vor Ort diskutieren.

Gewalt gegen Frauen: Eine interdisziplinäre Herausforderung für das Gesundheitswesen

Unter diesem Thema stand eine öffentliche Tagung, die von der Enquete-Kommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“ des Landtags am 19.5.2003 veranstaltet wurde.

Hauptanliegen der Tagung war es, Daten zu den gesundheitlichen Folgen von Gewalt gegen Frauen zusammenzutragen und Möglichkeiten der Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von betroffenen Frauen aufzuzeigen. Zur Tagung waren Vertreterinnen der Frauenhäuser, Frauenberatungsstellen und Frauenprojekte, Organisationen der Betroffenen sowie des Gesundheitswesens (Gesundheitsberufe, Krankenkassen, Rentenversiche-

rungsträger, Kassenärztliche Vereinigungen etc.), auch die Psychotherapeutenkammer NRW, eingeladen.

Diskutiert wurde auf der Grundlage eines Gutachtens von Prof. Dr. Carol Hagemann-White, Bereich Frauenforschung der Universität Osnabrück, in dem die Versorgungslage für gewaltbetroffene Frauen untersucht wurde.

Das Gutachten kommt zu dem Ergebnis, dass in keinem Bereich von Gesundheitsproblemen Gewalt als Vorgeschichte auszuschließen ist. Schätzungsweise haben über 20% aller Frauen geschlechtsbezogene Gewalt in einer Ausprägung erlitten, die ihre Gesundheit beeinträchtigt. Somit müssten

alle Fachrichtungen der gesundheitlichen Versorgung befähigt werden, angemessen damit umzugehen. Selbst bei vergleichsweise leicht zu erkennenden typischen Körperverletzungen nach Misshandlungen wird der Zusammenhang zur häuslichen Gewalt nicht immer hergestellt. Noch seltener in Beziehung gebracht werden nach Auffassung der Gutachterin längerfristige und anhaltende Symptome, die bei allen Gewaltformen (sexuelle Gewalt gegen Kinder, Vergewaltigung und Misshandlungen durch den Partner) gehäuft auftreten. Genannt werden hier Angst und Schlafstörungen, Depressionen, Beziehungs- und Sexualitätsstörungen, ein posttraumatisches Belastungssyndrom, Depressionen, Suizid

und Suchtgefährdung sowie chronische Schmerzen.

Konstatiert wurde eine erhebliche Unter- und Fehlversorgung von betroffenen Frauen im medizinischen, aber auch im psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich. Gewünscht wurde eine Erleichterung des Zugangs betroffener Frauen zu stationärer und ambulanter Psychotherapie, insbesondere die Verringerung der Wartezeiten und die Zulassung von mehr Psychotherapeutinnen mit spe-

ziellen Qualifikationen in der Behandlung von Patientinnen mit (sexueller) Gewalterfahrung. Die Vertreterin der Psychotherapeutenkammer, Monika Konitzer, wies auf die Komplexität der mit dem Erleben von (sexueller) Gewalt verbundenen psychischen Erkrankungen hin, die eine individuelle, gründliche psychotherapeutische Diagnostik und eine individuell angepasste Behandlung durch qualifizierte PsychotherapeutInnen erforderlich machen. Die Zulassung von qualifizierten PsychotherapeutInnen zur

vertragspsychotherapeutischen Versorgung scheitere aber zurzeit an den gesetzlichen Vorgaben zur Bedarfsplanung.

Erfreulich war die bei der Tagung zu spürende große Bereitschaft aller Beteiligten, sich stärker als bisher mit der Thematik auseinanderzusetzen und vor allem regional eine bessere gegenseitige Information und Vernetzung zwischen den verschiedenen Berufen und Hilfsangeboten zu erreichen.

Psychische Situation von Migrantinnen

Ebenfalls im Rahmen der Arbeit der Enquêtekommission des Landtags „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“ fand am 2. Juni 2003 eine Anhörung zum Thema „Psychische, psychosoziale und psychosomatische Gesundheit von Migrantinnen“ statt. Die Psychotherapeutenkammer NRW war bei dieser Anhörung durch Gabriele Krämer und Sibel Koray, die beide langjährige Erfahrung in der Arbeit mit Migrantinnen haben, vertreten.

Fazit der Anhörung: Das Gesundheitssystem ist bisher auf die spezifischen Bedürfnisse von Migrantinnen kaum eingestellt, es existieren bisher kaum Daten und wenig spezifische Betreuungs- und Behandlungsangebote, auch die zugrunde liegenden Konzepte sind unterschiedlich. Einhellig wurde eine Verbesserung der Forschung und der Versorgung gefordert.

PsychotherapeutInnen, die Migrantinnen behandeln, müssen in der Diag-

nostik, Behandlung und Beziehungsgestaltung die spezifische biographische, kulturelle, sozialpolitische und rechtliche Situation der Frauen berücksichtigen, was häufig Modifikationen des psychotherapeutischen Vorgehens erfordert.

Informationen und Erfahrungen dazu können Interessierte beim Landespsychotherapeutentag im Workshop „Zwischen Welten und Kulturen: Frauen nach traumatischen Erfahrungen“ diskutieren.

Brustzentren: Konzept zur psychoonkologischen Versorgung wird entwickelt

Wie im letzten Psychotherapeutenjournal berichtet, arbeitet in Nordrhein-Westfalen die Konzierte Aktion gegen Brustkrebs, in der u. a. Fachgesellschaften, Ärztekammern, Psychotherapeutenkammer, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, Rentenversicherungsträger, Krankenhaus-träger, Vertreterinnen der Selbsthilfegruppen und der Landesregierung vertreten sind, an einer Verbesserung der medizinischen und psychosozialen Versorgung von Patientinnen mit Brustkrebs. Noch bis zum Ende dieses Jahres sollen die ersten Brustzentren, die eine qualitätsgesicherte Behandlung für Brustkrebspatientinnen anbieten sollen, vom Land anerkannt werden.



TeilnehmerInnen der Fortbildung „Psychoonkologische Basiskompetenzen – Brustkrebs“

Unter Federführung der Psychotherapeutenkammer arbeiten die Beteiligten zurzeit am Konzept eines psychoonkologischen Screenings, das je nach individueller Situation eine gezielte Empfehlung/Zuweisung zu psychosozialen/psychoonkologischen/psychotherapeutischen Versorgungsangeboten implizieren soll.

Im Rahmen eines Brustzentrums soll eine systematische Kooperation auch mit niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erfolgen, um eine bedarfsgerechte psychosoziale und psychotherapeutische Betreuung der Patientinnen sicherzustellen.

Zur Vorbereitung solcher Kooperationen haben sich in einigen Regionen

bereits Kolleginnen und Kollegen als regionale Ansprechpartner für den kollegialen Austausch zur Verfügung gestellt (nähere Informationen finden Sie unter www.ptk-nrw.de bzw. können Sie von der Geschäftsstelle erhalten).

Eine ausführliche Darstellung des Versorgungskonzepts wird im nächsten Psychotherapeutenjournal erfolgen.

PTK-NRW und Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW vereinbaren Zusammenarbeit

Am 2.6. fand ein Gespräch zwischen Frau Klärs und Frau Dr. Weber von der Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit des Landes NRW und der Präsidentin der PTK NRW, Frau Konitzer, statt. Informiert wurde beiderseits über die jeweiligen Aktivitäten hinsichtlich der Berücksichtigung spezifischer Probleme der psychischen Gesundheit

und psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung von Frauen. Aufgabe der Koordinationsstelle ist insbesondere der Aufbau eines landesweiten Informationsnetzwerks zur Gesundheit von Frauen, die Fachberatung sowie die Integration der geschlechterdifferenzierten Betrachtungsweise in das reguläre Gesundheitssystem.

Ein thematischer Arbeitsschwerpunkt ist zurzeit das Thema Gewalt gegen Frauen.

Vereinbart wurde eine regelmäßige gegenseitige Information und Zusammenarbeit zwischen Psychotherapeutenkammer und Koordinationsstelle.

Psychotherapie-Ausbildungsplätze und Anzahl erwarteter Absolventen: Eine Erhebung der PTK-NRW

Die zukünftige Entwicklung eines Berufsstandes und der Bedarf an nachwachsenden KollegInnen wären kaum verlässlich abschätzbar, ohne über Kennwerte der Ausbildungssituation zu verfügen. Deshalb wurden von der Psychotherapeutenkammer NRW in einer Umfrage genauere Daten zur realen Belegungssituation der genehmigten Psychotherapie-Ausbildungsplätze erhoben. Befragt wurden alle staatlich anerkannten Ausbildungsinstitute in NRW, die nach der APRV die nachkommenden Generationen der PP und KJP derzeit ausbilden. Die Ergebnisse sollen im Hinblick auf die Zukunft unserer Berufsstände einen Beitrag zur gesundheitspolitischen Diskussion leisten, um die Schwierigkeiten und Hemmnisse in der Ausbildung zu benennen und die sich abzeichnenden

Nachwuchssorgen auf der Grundlage aktueller Daten darstellen zu können.

Alle 23 anerkannten NRW-Ausbildungsinstitute wurden mit Hilfe eines Tabellenvordrucks um Auskunft gebeten, wie viele Ausbildungsplätze für PP und KJP am Stichtag 01.06.2003 im jeweiligen Vertiefungsgebiet in der Ausbildungsstätte auch real belegt waren. Zudem wurden das Lebensalter der Kandidaten erfasst und das Jahr, wann die zukünftig Approbierten voraussichtlich in das Berufsleben eintreten werden. Die Anzahl zugelassener Ausbildungsplätze im jeweiligen Beruf und Vertiefungsgebiet wurde aus den amtlichen Listen entnommen.

Ergebnisse

Die Kooperation der Institute war vorbildlich, so dass die Umfrage in kurzer Zeit zu Ergebnissen führte. Von den insgesamt 18 Instituten zur Ausbildung in PP stellten alle ihre Zahlen zur Verfügung. Aus dem KJP-Bereich mit insgesamt 8 anerkannten Instituten bzw. Abteilungen konnten von 7 Einrichtungen Angaben verwertet werden.

Die folgenden Tabellen fassen die Hauptergebnisse zusammen:

| Vertiefungsgebiet | N Institute |
|---|-------------|
| Verhaltenstherapie (VT) | 13 |
| Tiefenpsychologisch fundiert, Analyt. PT (TP und/oder AP) | 9 |
| VT, TP und AP | 1 |

Table 1: Anzahl der Institute nach Vertiefungsgebiet

| Beruf | Kandidaten | genehmigte Plätze/Jahr |
|-------|------------|------------------------|
| PP | 758 | 280 |
| KJP | 216 | 80 |

Bem.: von allen Instituten wurde nur eine angestrebte Doppel-Approbation benannt

Tabelle 2: Gesamtzahl aller AusbildungskandidatInnen und genehmigte Ausbildungsplätze am 1. 6. 2003 (über alle Semester und Verfahren) nach Beruf (angestrebte Approbation)

| | PP | KJP |
|--------------|-----|-----|
| im Jahr 2003 | 123 | 6 |
| im Jahr 2004 | 117 | 45 |
| im Jahr 2005 | 186 | 60 |
| im Jahr 2006 | 221 | 64 |
| später | 125 | 41 |

Bem.: Die Anzahl erwarteter PP-Abschlüsse ist höher als die der gemeldeten AusbildungskandidatInnen, da ein Institut seine Arbeit erst nach dem Stichtag aufnehmen wird.

Tabelle 3: Anzahl voraussichtlicher Berufsausschlüsse

| Ausbildung als: | PP | KJP |
|--------------------|-----|-----|
| unter 30 Jahren | 197 | 54 |
| von 31 – 50 Jahren | 538 | 159 |
| über 50 Jahre | 23 | 3 |

Tabelle 4: Altersverteilung der AusbildungskandidatInnen nach Beruf

| | VT | TP/AP | Ges |
|-----|-----|-------|-----|
| PP | 602 | 157 | 759 |
| KJP | 157 | 59 | 216 |

Tabelle 5: Anzahl der AusbildungskandidatInnen in den beiden Vertiefungsgebieten VT und TP/AP am 1.6.03 nach Beruf

| Ausbildung als: | PP | KJP |
|-----------------|-----|-----|
| im Jahr 2003 | 94 | 0 |
| im Jahr 2004 | 102 | 41 |
| im Jahr 2005 | 158 | 56 |
| im Jahr 2006 | 203 | 43 |
| später | 58 | 17 |

Tabelle 6: Anzahl der Abschlüsse in der VT Ausbildung nach Beruf

| Ausbildung als: | PP | KJP |
|-----------------|----|-----|
| im Jahr 2003 | 29 | 6 |
| im Jahr 2004 | 15 | 4 |
| im Jahr 2005 | 28 | 4 |
| im Jahr 2006 | 18 | 21 |
| später | 67 | 24 |

Tabelle 7: Anzahl der Abschlüsse in der TP/AP Ausbildung nach Beruf

Resümee

Die weitaus meisten AusbildungskandidatInnen sind bereits über 30 Jahre alt. Deutlich mehr KandidatInnen finden sich im Vertiefungsgebiet Verhaltenstherapie. Die Anzahl der erwarteten Abschlüsse in beiden Berufen (PP, KJP) scheint in den nächsten drei Jahren zuzunehmen. Gegenüber den aus Alters- und Krankheitsgründen frei werdenden Stellen für PP und KJP werden aber erst in den Jahren 2005 und danach annähernd soviel Abschlüsse vorhanden sein, um in NRW – berechnet nach der Formel von Schulte & Lauterbach (2002) – den gegenwärtigen Bestand an PsychotherapeutInnen mit einem Bedarf von 196 PP und 55 KJP jährlich zu erhalten.

Literatur

Schulte, D., Lauterbach, W. (2002) Neue Therapeuten braucht das Land! *Psychotherapeutische Praxis*, 3, 108-110.

Beratung am Telefon

Beratung durch den Rechtsanwalt

jeweils mittwochs
von 14.00-15.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 0

Mitgliederberatung durch den Vorstand

Mo: 12.30-13.30 Uhr;
17.30-18.30 Uhr

Di: 12.30-13.30 Uhr;
18.30-19.30 Uhr

Fr: 11.00-12.00 Uhr;
12.30-13.00 Uhr

Telefon 0211 / 52 28 47 27

Sprechstunde der Präsidentin

Mo: 12.00-13.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 0

Beratung von Angestellten für Angestellte:

Mi: 13.00-14.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 0

Geschäftsstelle

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

Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz

Sitzung der Vertreterversammlung

Die nächste Sitzung der Vertreterversammlung findet am

**Samstag, den 18. Oktober 2003,
10.00 Uhr
im Bürgerhaus Hechtsheim,
Am Heuergrund 6,
55129 Mainz-Hechtsheim**

statt. Die Sitzung ist öffentlich. Der Vorstand lädt alle Mitglieder hierzu ein. Auf der Tagesordnung stehen u.a. die Weiterbildungsordnung sowie die Berufsordnung.

Bericht des Vorstandes

Länderrat

In der Satzung der Bundespsychotherapeutenkammer ist neben der Bundesdelegiertenversammlung als drittes Organ der Länderrat verankert. Dieser besteht aus den Präsidentinnen/Präsidenten der einzelnen Mitglieds-kammern und hat die Aufgabe,

- den Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer in allen Angelegenheiten, die die Belange der Psychotherapeutenkammern der Länder betreffen, zu beraten,
- die Koordination zwischen der Bundespsychotherapeutenkammer und den Länderkammern zu fördern und
- gemeinsame Initiativen der Länderkammern zu koordinieren.

Wir freuen uns, dass der Präsident unserer Kammer, Herr Kappauf, zum ersten Vorsitzenden dieses Gremiums ge-

wählt wurde. Damit ist ihm als Repräsentant einer der kleinen Kammern eine wichtige Rolle auf Bundesebene übertragen worden, die er u. a. auch dazu nutzen möchte, das Bewusstsein für die Probleme der kleinen Kammern auf Bundesebene zu schärfen.

Krankenhausplanung

Viele unserer angestellten Mitglieder sind im stationären Bereich, sei es in Akut-Krankenhäusern, Kliniken mit spezialisierten Versorgungsaufträgen (z. B. Schmerzzentren) oder Reha-Kliniken, beschäftigt, die von der Krankenhausplanung des Landes direkt betroffen sind. Bisher ist der Landeskrankenhausplan nach den Bestimmungen des Landeskrankenhausgesetzes (LKG) durch den Krankenhausplanungsausschuss erstellt worden, in dem unter Federführung des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit u. a. Vertreter der Kostenträger und der stationären Leistungserbringer zusammenkommen. Wer beteiligt wird, ist im LKG abschließend festgelegt. Dabei hatte die Landesärztekammer die Aufgabe, die Interessen der Ärzte, auch im niedergelassenen Bereich, zu vertreten. Der letzte Krankenhausplan ist 1997 in Kraft getreten und wird aktuell überarbeitet. Wir konnten in intensiven Gesprächen mit dem Ministerium verdeutlichen, dass die LPK ein berechtigtes Interesse hat, einbezogen zu werden. Es wurde uns kurzfristig Gelegenheit gegeben, zu den einzelnen Kapiteln des Landeskrankenhausplans Stellung zu nehmen. Darüber hinaus hat das Ministerium uns zugesichert, dass wir an den Beratungen des Krankenhausplanungsausschusses teilnehmen können. Allerdings werden wir noch kein Stimmrecht besitzen, da

hierfür die gesetzliche Grundlage noch fehlt. Bei einer Änderung des LKG, die noch in diesem Jahr in Angriff genommen werden soll, ist die Aufnahme der LPK als Mitglied des Planungsausschusses vorgesehen. Der Vorstand bewertet dies als großen Erfolg, mit dem die Stellung der Psychotherapie und der Psychotherapeuten in einem großen Bereich des Gesundheitswesens beeinflusst werden kann. Die Stellungnahme der Kammer an das Ministerium können Sie auf unserer Homepage in vollem Wortlaut lesen.

Unfallversicherungsträger

Die Behandlung von Arbeitsunfallverletzten und Berufskranken ist durch den Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger, der zwischen dem Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossen wurde, geregelt. Dieser Vertrag spricht ausschließlich von Ärzten, und da im Sozialgesetzbuch VII ebenfalls die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten noch nicht explizit aufgenommen sind, sahen die UV-Träger die psychotherapeutische Versorgung ausschließlich in der Hand der Ärzte. Die Erfahrungen mit einem seit einiger Zeit laufenden Modellverfahren, an dem auch Psychologische Psychotherapeuten beteiligt sind, hat die Landesverbände der gewerblichen Berufsgenossenschaften dazu bewogen, auf unsere Forderungen einzugehen und Möglichkeiten zu eruieren, speziell in Psychotraumatologie ausgebildete Psychotherapeuten in die bisherige Versorgungsstrukturen einzubeziehen. Darüber hinaus sollen die Anforderungen, die die UV-Träger an die Ausbil-

dung unserer Mitglieder stellen, überprüft und einvernehmlich abgestimmt werden. Darauf könnte dann die Einführung einer Zusatzbezeichnung

„Psychotraumatologie“ basieren, die unseren Mitgliedern die offizielle Fachkunde bestätigen würde. Der in Mainz ansässige Landesverband wird

diese Gespräche mit unserer Kammer führen, und die Ergebnisse sollen dann auf die Bundesebene getragen werden.

Bericht über die Arbeit des Schlichtungsausschusses

Im Anschluss an den Bericht im Journal 0/2002 und die Veröffentlichung der Schlichtungsordnung im Journal 01/2003 ist zunächst nachzutragen, dass die Mitgliederzahl des Ausschusses in der Vertreterversammlung im Dezember 2002 erweitert wurde. Erklärtes Ziel war dabei, die Vorgabe von § 2 Abs. 1 der Schlichtungsordnung („Zusammensetzung“) zu erfüllen, den Ausschuss „je nach dem geltend gemachten Behandlungsfehler“ fallbezogen zu besetzen. Außerdem waren für den Verhinderungsfall Vertreterinnen/Vertreter für die Ausschussmitglieder zu wählen. Dieser Prozess ist noch nicht ganz abgeschlossen, weil die Vertreterversammlung beschlossen hat, dass sich die Kandidatinnen/Kandidaten vor der Wahl persönlich in der Vertreterversammlung vorstellen müssen. Das hat aber die Arbeit des Ausschusses nicht behindert.

Die Fallzahl hat sich anders entwickelt als erwartet, nämlich wesentlich geringer.

Dabei spielt wie bei jeder Statistik eine entscheidende Rolle, wie man zählt. Wir zählen z. B. nur schriftliche oder schriftlich bestätigte und nach der Schlichtungsordnung zulässige (§ 7 „Ausschlussgründe“) Streitigkeiten; keine anonymen.

Hinzu kommt, dass der Schlichtungsausschuss in Rheinland-Pfalz auf Grund einer Entscheidung des aufsichtführenden Ministeriums – jedenfalls derzeit – nicht über Gebührenstreitigkeiten entscheiden darf. Auch für die Entscheidung von berufsordnungsrelevanten Fällen ist er nach der Systematik des rheinland-pfälzischen

Heilberufsgesetzes nicht zuständig. Wird die Fallzahl so bereinigt, blieben für die ersten 12 Monate 6 Fälle von ca. 25 schriftlichen, nicht anonymen Beschwerden übrig. Daneben gab es im Durchschnitt jeden Monat ein bis zwei fernmündliche Beschwerden, die in aller Regel durch Telefonkontakte zwischen den Beteiligten auch mündlich und einvernehmlich erledigt werden konnten.

Zur weiteren Begründung für die kleine Zahl von Beschwerden über „fehlerhafte Behandlungen“ soll hier nicht näher darauf eingegangen werden, dass die Art der psychotherapeutischen Behandlung, das besondere Vertrauensverhältnis zwischen Therapeut und Patient und die Scheu, über diese Dinge vor einem Ausschuss zu sprechen – anders als im somatischen Bereich – eine ganz erhebliche Rolle spielen. Dies gilt aber unseres Erachtens für alle Bundesländer und ist keine Besonderheit für den rheinland-pfälzischen Ausschuss.

Die geringe Zahl der Beschwerden hat nach unserem Eindruck auch damit zu tun, dass die Institution des Schlichtungsausschusses vielen Patienten noch nicht genügend bekannt ist. Aus diesem Grund hat die Kammer einen Flyer entwickelt, der inzwischen mit der freundlichen Unterstützung der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz an die rheinland-pfälzischen Verbraucherberatungsstellen verteilt wurde.

Deutlich geworden ist unseres Erachtens auch: allein die Existenz des Schlichtungsausschusses führt offensichtlich „auf beiden Seiten“ zu dem Bemühen, Streitigkeiten zwischen The-

rapeut und Patient im Vorfeld gütlich beizulegen. Das belegen auch die oben schon erwähnten mündlichen Beschwerden, die – in der Regel nach einigen Wochen – für erledigt erklärt wurden.

Inhaltlich ging es bei den (zulässigen und den nicht zulässigen) Beschwerden um folgende Punkte:

- unrichtige Rechnungen
- unrichtige Gutachten (bei familienrechtlichen Streitigkeiten)
- unzureichende Dokumentation der Behandlung
- unzureichende Akteneinsicht
- fehlendes oder verloren gegangenes Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Therapeut (und umgekehrt!)
- Anwendung nicht wissenschaftlicher Methoden (Astrologie)
- Verschlechterung des Leidens durch die angewandte Therapie

Nur die letztgenannte Fallkategorie kommt für die Zuständigkeit des rheinland-pfälzischen Schlichtungsausschusses überhaupt in Frage.

Es wurde deutlich, dass die Zahl der Beschwerden mit abrechnungsrechtlichem oder berufsrechtlichem Hintergrund zunimmt. Für deren Erledigung ist nach rheinland-pfälzischer Rechtslage der Vorstand zuständig. Es hat sich aber bewährt, dass dieser sich hierbei des Sachverständigen von Mitgliedern des Schlichtungsausschusses bedient. Dies gilt insbesondere für die Beschwerden, die sowohl einen behaupteten Behandlungsfehler als auch einen behaupteten Verstoß berufsordnungsrechtlichen Inhalts zum Gegenstand haben.

Obwohl die Schlichtungsordnung auf Grund der geschilderten Fallzahl noch keine ernsthafte Bewährungsprobe zu bestehen hatte, haben sich ihre Verfahrensvorschriften als richtig und nützlich erwiesen.

Ausblick: Es wird erwartet, dass die Zahl

der Beschwerden wegen „echter“ Behandlungsfehler eher langsam, die Zahl anderer Beschwerden deutlich zunehmen wird. Wir wollen den Erlass weiterer Schlichtungsordnungen sorgsam beobachten und neue Lösungen mit unserer vergleichen: nichts ist so gut, dass es nicht verbessert werden könnte.

Zum Schluss auch von dieser Stelle aus ein herzliches Dankeschön an die Mitglieder des Schlichtungsausschusses. Ohne deren entgegenkommende und unkomplizierte Mitarbeit wären die an den Ausschuss herangetragenen Probleme nicht zu lösen.

Dr. jur. Günter Müller

Bericht aus dem Ausschuss für Berufsordnung und Ethik

Seine Mitglieder sind zur Zeit: Ilka Burucker, PP aus Mainz mit einer Privatpraxis (Kostenerstattung u.a.) in Ingelheim, und Siegbert Plischke, PP aus Ludwigshafen, ein Kollege aus der ambulanten vertragspsychotherapeutischen Versorgung.

Ein angestellt tätiger Kollege hat den Ausschuss verlassen, so dass wir Kandidatinnen und Kandidaten zur Wahl eines ständigen und eines stellvertretenden Ausschussmitgliedes suchen. Eine Bekanntmachung durch den Vorstand finden Sie auf diesen Regionalseiten. Aus Sicht des Ausschusses appellieren wir insbesondere an das Interesse der Kammermitglieder aus dem vielfältigen Spektrum der angestellt/beamtet tätigen Kolleginnen und Kollegen. Denn bei der Konzeption einer BO geht es nicht lediglich um eine (Mit)Vertretung von gruppenspezifischen Belangen, sondern um eine genaue Kenntnis der berufsrechtlichen Regelungserfordernisse.

Wir freuen uns auf eine Zusammenarbeit mit den durch die Vertreterversammlung zu wählenden neuen Ausschussmitgliedern in gewohnt intensiver und konstruktiv-diskursiver Arbeitsatmosphäre!

Am 15.06.2002 haben wir unsere Arbeit aufgenommen. Zunächst wurden wir vom Vorstand mit anderweitigen relevanten Aufgaben betraut, die nun abgeschlossen werden konnten.

Im April, der ersten Ausschusssitzung in diesem Jahr, haben wir uns ein ehrgeiziges Ziel vorgenommen. In Absprache mit dem Vorstand wollen wir zur nächsten Vertreterversammlung am 18.10. einen BO-Entwurf zur Diskussion und Abstimmung vorstellen.

Die Berufsordnung wird aus berufsrechtlicher und berufsethischer Sicht Ihren Arbeitsalltag bestimmen und einen wesentlichen Beitrag zur Außen Darstellung des psychotherapeutischen Berufsstandes leisten. Neben verbindlichen und orientierenden regulativen Erfordernissen bietet sie unseres Erachtens die Chance zur Weiterentwicklung des fachlichen Selbstverständnisses und der Tätigkeitsfelder Psychologischer sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. Sie hat auch (beruflich) identitätsstiftenden Charakter. Diesen Aspekt wollen wir in einer Vorrede besonders würdigen und versuchen, das „Wesen der psychotherapeutischen Beziehung“ über schulenspezifisch unterschiedliche theoretische Implikationen hinaus zu beschreiben.

Für die Schlichtungskommission und die Berufsgerichtsbarkeit sind die satzungsgemäßen Ausführungen zu Ihren Berufspflichten und Berufsrechten entscheidungsrelevant. Daher wollen wir so bald wie möglich einen hohen Grad an rechtlicher Sicherheit für Sie bei der Berufsausübung herstellen.

Eine wertvolle Unterstützung haben wir durch die Entscheidung des Vor-

standes, Herrn Dr. jur. G. Müller für die beratende Teilnahme an den Ausschusssitzungen zu gewinnen, erhalten. Als Vorsitzender der Schlichtungskommission kann er uns durch die detaillierte Kenntnis von Streitfällen den zwingenden Regelungsbedarf anschaulich vermitteln.

Die niedersächsische und Berliner BO (PTJ 1/2003) wird uns weit mehr als eine bloße Orientierungsgrundlage sein. Die Erfahrungen in der Phase der praktischen Evaluierung seit Inkrafttreten zu Beginn dieses Jahres werden in unserer konzeptionellen Diskussion Orientierungsgrundlage sein, und die Erfahrungen in der Phase der praktischen Evaluierung seit Inkrafttreten zu Beginn dieses Jahres werden in unsere konzeptionelle Diskussion einfließen. Die Landes-BO-Ausschüsse stehen in einem kollegialen Austausch. Das verkürzt manche heimische Diskussion, kompensiert aber nicht die eigene intensive Auseinandersetzung mit der vielschichtigen Materie. Der Komplexität versuchen wir selbstverständlich durch eine Zusammenarbeit mit den Kolleginnen und Kollegen der weiteren Arbeitsausschüsse in unserer Kammer gerecht zu werden.

Schließlich wollen wir Sie vorsorglich bereits jetzt auf einen Passus in § 21 des Heilberufsgesetzes hinweisen, durch den Sie verpflichtet sind, sich über die für Ihre Berufsausübung geltenden Bestimmungen zu unterrichten.

Ilka Burucker

Bericht aus dem Finanzausschuss

Der Finanzausschuss nahm schon im letzten Jahr direkt nach der Wahl seiner Mitglieder seine Tätigkeit auf. Die Funktion des Finanzausschusses besteht in der Beratung des Kammervorstands, der Entwicklung von Vorschlägen und der Empfehlung von Lösungen an die Vertreterversammlung soweit der Haushalt der Kammer betroffen ist. Dazu gehört im engeren Sinne neben der Haushaltsplanung auch die Erarbeitung von Vorschlägen für die Beitragsordnung, aus der im wesentlichen die Einnahmen der Kammer kalkuliert werden, und für die Entschädigungsordnung, in der die Ausgaben für Tätigkeiten in den Organen der Kammer geregelt werden.

Die Arbeit im Finanzausschuss begann mit den Entwürfen für den Haushalt des Jahres 2003. Auf Grund der soliden Vorarbeit des Finanzausschusses des Gründungsausschusses war der Haushalt 2002 finanziert. Es konnte sogar zur Entlastung der Kammermitglieder auf die Umlage für die Gründungsphase verzichtet werden.

Für den Haushalt 2003 waren wichtige Entscheidungen mit langfristigen finanziellen Konsequenzen zu treffen, die vom Kammervorstand mit dem Finanzausschuss diskutiert wurden. Es mussten die Büroräume angemietet und über die

Einrichtung, Ausstattung und Mitarbeiterstellen entschieden werden. Nach teilweise recht kontroversen Diskussionen kamen Vorstand und Finanzausschuss zu praktikablen Lösungen. Oberstes Anliegen war, die Beiträge möglichst stabil zu halten und gleichzeitig der Kammer die notwendige Ausstattung für die Erfüllung ihrer politischen Zielsetzungen und der im wesentlichen vom Gesetzgeber vorgegebenen Aufgaben zu verschaffen. Dabei sollte auch berücksichtigt werden, dass die Psychotherapeutenkammer in der Öffentlichkeit ein Aushängeschild unseres Berufsstandes ist. Alle für den Haushaltsplan relevanten Einzelentscheidungen wurden ausführlich diskutiert und auf ihre zukünftigen finanziellen Auswirkungen überprüft. Schwierig war, bei vielen Haushaltspositionen den tatsächlichen Finanzbedarf zu schätzen, da oft auf keine Erfahrungswerte zurückgegriffen werden konnte.

In der Diskussion über die Entschädigungsordnung konnte der Finanzausschuss den Vorstand überzeugen, der Vertreterversammlung Einsparungen vorzuschlagen, um die Ausgaben im Haushaltsplan 2003 zu reduzieren.

Am Schwierigsten gestalteten sich die Entwürfe zu einer Beitragsordnung. Bei

der Kalkulation der bei den jeweiligen Entwürfen zu erwartenden Einnahmen zeigten sich deutlich die Besonderheiten von Rheinland-Pfalz. Die im Vergleich zu anderen Bundesländern relativ wenigen Mitglieder unserer Kammer müssen einen voll funktionierenden Kammerbetrieb finanzieren, was natürlich Auswirkungen auf die Beitragshöhe hat. Die vom Finanzausschuss vorgeschlagene Beitragsstaffelung nach Einkommen der Mitglieder wurde von der Mehrheit der Vertreterversammlung abgelehnt, zugunsten eines einheitlichen Beitragsatzes mit einer Härtefallregelung.

Da einige langfristige Entscheidungen getroffen wurden, wird die Belastung des Finanzausschusses etwas geringer, so dass in der Zukunft vermutlich weniger Sitzungen anfallen. Bedanken möchte ich mich an dieser Stelle bei den Mitgliedern des Finanzausschusses für ihr Engagement und beim Vorstand und der Geschäftsführung für eine gute und konstruktive Zusammenarbeit. Es bleibt zu hoffen, dass für die kommenden Haushaltsjahre keine größeren Ausgabensteigerungen anfallen, und dass damit die Beiträge stabil bleiben können. Wir werden uns für dieses Ziel einsetzen.

Manfred Kießling

Nachbesetzung von Ausschüssen

Der Ausschuss „Berufsordnung und Ethik“ ist durch das Ausscheiden eines Mitgliedes nach zu besetzen. Der Vorstand beabsichtigt, der Vertreterversammlung auch Stellvertreter für die Mitglieder vorzuschlagen, um eine kontinuierliche Arbeit in diesem wichtigen Ausschuss zu gewährleisten.

Ebenso sind für den Schlichtungsausschuss noch Mitglieder und Stellvertreter nach zu berufen.

Wir bitten deshalb alle an der Mitarbeit in einem dieser Ausschüsse inte-

ressierten Mitglieder, sich mit einer kurzen Vorstellung zur Person, Aussagen zu der bisherigen psychotherapeutischen Tätigkeit und Angabe, für welchen Ausschuss man kandidieren möchte, schriftlich bis zum **10.10.2003** an den Vorstand zu wenden. Aufgerufen sind vor allem angestellte/beamtete Mitglieder, auch aus dem KJHG-Bereich. Die Vertreterversammlung wird auf der Grundlage der Bewerbungen in der Sitzung am 18.10.2003 hierüber abstimmen. Die Bewerber werden gebeten, sich in dieser Sitzung vorzustel-

len und für Fragen der Mitglieder der Vertreterversammlung zur Verfügung zu stehen.

Geschäftsstelle

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30
55130 Mainz

Mo – Fr 10.00 – 12.30 Uhr

Di u Do 14.00 – 16.30 Uhr

Tel 06131 / 570-3813

Fax 06131 / 570-0663

service@lpk-rlp.de

www.lpk-rlp.de

Leserbriefe

Leserzuschriften sind der Redaktion willkommen. Bitte beachten Sie, dass sie die Meinung des Absenders wiedergeben und nicht die der Redaktion. Da die Veröffentlichungsmöglichkeiten leider beschränkt sind, sollten die Leserbriefe jedoch kurz sein und/oder sich auf neue Argumente zu einer Diskussion konzentrieren. Schreiben mit polemischem oder herabsetzendem Inhalt werden selbstverständlich nicht veröffentlicht. Die Redaktion muss sich zudem eine sinnwährende Kürzung vorbehalten.

Anmerkungen zur Identitätssuche

In ihrem Beitrag: „Der schwierige Weg zur Profession“ kommen Heisig und Littek zu dem Ergebnis, dass sich die neue Profession „knapp eineinhalb Jahre nach ihrer durch das Gesetz bedingten Entstehung noch auf der Suche nach einer gemeinsamen Identität“ befindet. Nun ist es ja nicht so, dass die beiden neuen Heilberufe aus dem Nichts heraus gegründet wurden, sondern im Wege von Übergangsbestimmungen wurde eine gesetzliche Anerkennung für eine Teilmenge derjenigen festgelegt, die sich vor dem Jahr 0 „der neuen Zeit“ (Heisig/Littek) Psychotherapeut nennen durften. Es wurden also nicht einfach zwei neue Heilberufe geschaffen, sondern es wurde der alte Beruf des Psychotherapeuten neu geregelt.

Auf dem „Psycho-Markt“ entstand die paradoxe Situation, dass nicht die Berufstätigkeit geregelt wurde, sondern nur die Berufsbezeichnung. Psychotherapie nach 1999 wird angeboten

von Personen mit und ohne Approbation. Ein Anbieter ohne Approbation muss sich eine Erlaubnis im Rahmen des Heilpraktikergesetzes beschaffen und darf sich, obwohl er/sie Psychotherapie ausübt, nicht „Psychotherapeut“ nennen. Ich fasse diese letztere Gruppe unter der Bezeichnung *Heilpraktikertherapeuten* zusammen (HPt). Die approbierten Psychotherapeuten sind entweder beamtet/angestellt in Institutionen oder freiberuflich tätig. Man kann *Institutionspsychotherapeuten* (IPt), *Vertragspsychotherapeuten* (VPt) und *freie Psychotherapeuten* (FPt) unterscheiden.

Ein VPt orientiert sich an Berufsbild und Status des Facharztes und begreift sich als *Teil des Gesundheitswesens*. Die Gruppe der IPt, die gut die Hälfte der Kammermitglieder ausmachen, ist an der *Schnittstelle* von *Sozialsystem und Gesundheitssystem* platziert und begreift sich als *Teil der psychosozialen Versorgung* der Bevölkerung. Die Adressaten werden meist als Klienten, nicht als Patienten bezeichnet. Ein FPt legt Wert auf die *therapeutische Methodenfreiheit* und vertritt einen *ganzheitlichen Ansatz*, der auch Befindlichkeitsstörungen ohne Krankheitswert, Lebenskrisen, Entscheidungs- und Beziehungsprobleme als Gegenstand von Psychotherapie ansieht. Ein HPt versteht sich durchaus als *Teil des komplementären, schulmedizin-kritischen Gesundheitswesens*, und, da er die Tätigkeit Psychotherapie ja legal ausüben darf, als „Psychotherapeut“, auch wenn er sich nach außen nicht mehr so nennen darf.

Für die Suche nach der *Identität* der Profession wäre es m.E. wichtig, den vereinfachenden und hegemonialen Bestrebungen einer einzelnen Teil-

gruppe zu widerstehen und eine widersprüchliche, spannungsreiche, übergreifende Identität anzustreben, die die Geschichte der Entstehung dieser neuen Profession nicht außer acht lässt. Weder sollte eine der Teilgruppen aus der neuen Profession ausgegrenzt werden, noch sollte eine kulturelle Hegemonie einer der Teilgruppen dazu führen, dass Selbstverständnis oder Zuordnung zu gesellschaftlichen Subsystemen so eingeeengt definiert sind, dass sich die anderen Gruppen darin nicht wiederfinden können.

Alfred Köth, Damaschkeanger 37,
60488 Frankfurt

Betr.: Evidenzbasierte Psychotherapie? von G. Zurhorst

Der Autor benennt zwar die ohne Zweifel vorhandenen Nachteile einer beweisgesicherten Psychotherapieforschung, hätte aber zum Ausgleich und um der Gerechtigkeit willen auch die Nachteile einer „eminenzbasierten Psychotherapie“ danebenstellen müssen. Ich vermute, dass die Fragwürdigkeiten der eminenz-dominierten Psychotherapie noch deutlicher auf der Hand liegen. Der Autor fürchtet zudem, dass mit der beweisgesicherten Psychotherapie die derzeitige Methodenvielfalt schrumpfen wird. Es ist anzunehmen: Wo es viele Methoden gibt, um eine Krankheit zu heilen, helfen alle nicht viel. Die Wirkung zu erhöhen, wäre doch ein von allen erwünschtes Ziel, und sei es mit Beweisen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Dipl.-Psych. Gerald Mackenthun
mackenthun@t-online.de

Praxisverkauf/-kauf

KV-Sitz Augsburg abzugeben
PP Erw. tpf (auch tpf/pa möglich)
verk. günstige Praxis
Tel. 0821/319 80 90

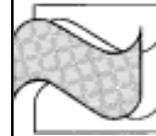
KV-Sitz (PP)
im Kreis Viersen 12/2003 abzugeben
Tel. 02153/40 57 62

PP-KV-Sitz (VT)
Kauf oder Tausch. Biete Raum
Ruhgebiet. Suche Raum Göttingen
oder Kassel.
Chiffre 002

KV-Sitz (PP)
in Düsseldorf ab 2/04 oder 2/05
abzugeben
Chiffre 003

Aus- und Weiterbildung

Ausbildung zum Psychologischen
Psychotherapeuten am staatlich
anerkannten **Heidelberg Institut für
Tiefenpsychologie.**
Informationen unter
Tel. 0 62 21 - 8 95 30 30 und
www.hit-heidelberg.de



**IGW INSTITUT FÜR
INTEGRATIVE
GESTALT THERAPIE
WÜRZBURG gGmbH**
gegründet 1976

*Emotion und Prozess
im Zentrum des therapeutischen
Interesses!*

Erfahren Sie mehr über die

**EMOTION-FOCUSED
THERAPY**

**IM DIALOG MIT
LESLIE GREENBERG**

*Eine Tagung des Instituts
für integrative Gestalttherapie
Würzburg*

**14. bis 16. November 2003
in Würzburg**

*Tagungsunterlagen erhalten Sie im
Sekretariat:*

IGW Theaterstraße 2, 97070 Würzburg
Tel. 09 31/3 54 45-0; Fax 3 54 45-44
e-mail: info@igw-gestalttherapie.de
Internet: www.igw-gestalttherapie.de

**Hier könnte
Ihre
Anzeige stehen!**

Inserenten

| | |
|---|-----------------|
| Art-Edition Hüthig Verlag, Heidelberg | U4 |
| D. I. P., München | 191 |
| DGVT, Tübingen | 178 |
| Ergosoft, Haßloch | U2 |
| GNP, Würzburg | 240 |
| IGW, Würzburg | 253 |
| Psychoholic, Bonn | 189 und Beilage |
| Psycho-Vision GmbH, Kempten | 197 |
| R. v. Decker's Verlag, Heidelberg | U3 |
| Springer Verlag, Heidelberg | 185 |
| Wiesbadener Akademie für Psychotherapie | 206 |

Impressum

Das „Psychotherapeutenjournal“ publiziert Beiträge, die sich – direkt oder indirekt – auf die Prävention, Therapie und Rehabilitation psychischer Störungen und auf psychische Aspekte somatischer Erkrankungen sowie auf wissenschaftliche, gesundheitspolitische, berufs- und sozialrechtliche Aspekte der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Berufspraxis von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beziehen. Das „Psychotherapeutenjournal“ ist der Methodenvielfalt in der Psychotherapie und ihren wissenschaftlichen Grundlagendisziplinen sowie der Heterogenität der Tätigkeitsfelder der Psychotherapeuten verpflichtet.

Herausgeber

Bundespsychotherapeutenkammer, Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin, Psychotherapeutenkammer Bremen, Psychotherapeutenkammer Hamburg, Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen, Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz.

Redaktionsbeirat

Detlev Kommer (Baden-Württemberg), Siegfried Schmieder (Baden-Württemberg), Dr. Nikolaus Melcop (Bayern), Dr. Heiner Vogel (Bayern), Gisela Borgmann (Berlin), Anne Springer (Berlin), Karl Heinz Schrömgens (Bremen), Prof. Dr. Rainer Richter (Hamburg), Harry Askitis (Hamburg), Jürgen Hardt (Hessen), Uta Cramer-Düncher (Hessen), Dr. Lothar Wittmann (Niedersachsen), Karl Wilhelm Hofmann (NRW), Dieter Best (Rheinland-Pfalz).

Anschrift Redaktion

Dr. Barbara Ripper
Landespsychotherapeutenkammer B-W
Hauptstätterstr. 89
70178 Stuttgart
Tel.: 0711/674470-40
Fax: 0711/674470-15
ripper@psychotherapeutenkammer-b-w.de

Verlag und Abonnementservice

R. v. Decker's Verlag, Hüthig GmbH & Co. KG, Im Weiher 10, 69121 Heidelberg, Annette Kerstein, Tel.: 06221/489-318, Fax: 06221/489-529, a.kerstein@huethig.de

Anzeigen

Tanja Schott, Tel. 06221/489-154, Fax: 06221/489-323, t.schott@huethig.de

Satz

Strassner ComputerSatz,
69181 Leimen

Druck

Druckhaus Darmstadt GmbH
64295 Darmstadt

Bezug und -bedingungen

Inland € 72,- (inkl. Versandkosten)
Ausland € 75,- (inkl. Versandkosten)
Studenten € 34,- (inkl. Versandkosten)
Alle Preise verstehen sich inkl. Mehrwertsteuer. Der Abonnementpreis wird im Voraus in Rechnung gestellt und umfasst 4 Ausgaben jährlich. Das Abonnement verlängert sich zu den jeweils gültigen Bedingungen um ein Jahr, wenn es nicht mit einer Frist von 8 Wochen zum Ende des Bezugszeitraumes gekündigt wird.

Erscheinungsweise

Das „Psychotherapeutenjournal“ erscheint viermal jährlich. Für Mitglieder der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz ist der Bezugspreis durch den Kammerbeitrag abgegolten.

Urheber- und Verlagsrechte

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten.

Manuskripte

Manuskripte sind schriftlich in dreifacher Ausfertigung oder elektronisch (Diskette; Email) im Word- oder rtf-Format an die Redaktion zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (tif-Format, mind. 300 dpi), Tabellen in getrennten Dateien einzureichen. Bei Einreichung in schriftlicher Form wenden Sie sich bitte zu den Formalitäten zu Abbildungen und Tabellen an die Redakteurin. Der Umfang des Manuskripts sollte im Regelfall 10 Seiten (zweizeiliger Abstand incl. Abbildungen und Tabellen) nicht überschreiten, während der Titel des Beitrages nicht länger als 70 Zeichen sein sollte.

Die verwendete Literatur ist nach den „Richtlinien zur Manuskriptgestaltung“, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Göttingen: Hogrefe Verlag, 1997), im Text zu zitieren und am Schluss des Manuskripts zu einem Literaturverzeichnis zusammenzustellen. Jedem Manuskript ist eine Zusammenfassung von maximal 120 Worten und eine Kurzbeschreibung mit bis zu 50 Worten (für das Inhaltsverzeichnis) beizulegen. Die Redak-

tion behält sich das Recht auf Kürzungen vor.

Autoren erhalten jeweils zwei Belegexemplare der Ausgabe des „Psychotherapeutenjournal“, in der ihr Beitrag erschienen ist.

Rechtseineräumung

Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt.

Der Autor räumt – und zwar auch zur Verwertung seines Beitrags außerhalb der ihn enthaltenden Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung – dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:

- Das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck – auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zur sonstigen Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen (Abstracts);
- das Recht zur Veröffentlichung einer Mikropie-, Mikrofiche- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Wege von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe durch Radio und Fernsehsendungen;
- das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z.B. Diskette, CD-Rom, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm – sei es unmittelbar oder im Wege der Datenfernübertragung –, sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte;
- das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z.B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sog. Kopienversandes auf Bestellung;
- das Recht zur Vergabe der vorgenannten Nutzungsrechte an Dritte im In- und Ausland sowie die von der Verwertungsgesellschaft WORT wahrgenommenen Rechte einschließlich der entsprechenden Vergütungsansprüche.

Verantwortlich für den allgemeinen Teil ist der Redaktionsbeirat. Für die Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern sind deren Vorstände verantwortlich.