

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten werden von außen – nicht zuletzt durch die Arbeit der Kammern – als wichtiger Teil der Gesundheitsversorgung wahrgenommen. Im Verhältnis untereinander haben wir eine gemeinsame Berufskultur ausgebildet und ein geteiltes Selbstverständnis. Die Kammern wirken daran mit, dieses Selbstverständnis zu formulieren und weiterzuentwickeln. Aktuelles Beispiel hierfür ist die Verabschiedung der Musterberufsordnung durch den Deutschen Psychotherapeutentag. Der breiten Basis gemeinsamen Verstehens steht gegenüber, dass unsere Fachlichkeit, unser psychotherapeutisches Handeln im Einzelfall, auf sehr unterschiedlichen Begriffen und Konzepten beruht.

Für die Weiterentwicklung unseres gemeinsamen beruflichen Selbstverständnisses richten wir den Blick nun sowohl nach außen auf unsere Aufgaben und unsere Funktion in der Gesundheitsversorgung als auch nach innen auf die Frage, wie die Basis des wechselseitigen Verstehens bei gleichzeitig differenzierter Fachlichkeit verbreitert werden kann.

Unsere Funktion in der Gesundheitsversorgung? In der – unendlichen – Reform des Gesundheitswesens steht die Frage der Finanzierbarkeit unverändert im Zentrum der öffentlichen Aufmerksamkeit. Nicht thematisiert wird in der Regel die Frage, wie und ob mit den geplanten Reformen der starken Zunahme psychischer Störungen und Krankheiten begegnet werden könnte. Wir wissen, dass die Zunahme psychischer Störungen auch im direkten Zusammenhang steht mit den aktuell stattfindenden gravierenden gesellschaftlichen Umwälzungen und der Anforderung, diese subjektiv zu verarbeiten – und dabei psychisch gesund zu bleiben. Wir Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten arbeiten mit den einzelnen Patienten daran, dass sie sowohl individuelle als auch strukturelle Barrieren überwinden oder abschwächen können. Dabei können wir aber nicht stehen bleiben. Unsere Behandlungskapazitäten reichen nicht für alle, die unsere Hilfe bräuchten. Neben notwendigen zusätzlichen Behandlungsangeboten durch Psychotherapeut/innen ist

es dringend erforderlich, dass deutlich mehr psychotherapeutischer Sachverstand in strukturellen Maßnahmen sowohl zur Verhinderung als auch zur Bewältigung psychischer Störungen eingebracht wird. Damit könnte ein wesentlicher Beitrag zur zukunftsorientierten Gesundheitsförderung geleistet werden.

Dieses Heft gibt wichtige Anregungen für beide Seiten, die Weiterentwicklung unserer gemeinsamen fachlich-theoretischen Basis einerseits – und die Weiterentwicklung unserer Funktion in der Gesundheitsversorgung andererseits. **Jürgen Hardt** und **Matthias Hebebrand** setzen sich mit der Frage auseinander, wie ein theoretisches Konzept, ein „praxeologischer Ansatz“, aussehen könnte, der die unterschiedlichen Denk- und Arbeitsweisen der Psychotherapeuten abbildet und gleichzeitig integriert. Dazu beziehen sie sich auf das Konzept der Lebensform nach Wittgenstein sowie auf verstehende Ansätze in der geisteswissenschaftlichen Tradition der Psychologie. Die verschiedenen psychotherapeutischen Traditionen werden von ihnen begrifflich als „Sprachspiele“ gefasst, die als unterschiedliche Äußerungen der „Lebensform Psychotherapie“ zu verstehen sind und dabei immer einen gemeinsamen Gegenstand zum Inhalt haben – die Gemeinsamkeiten dessen, was die Psychotherapeuten wirklich tun.

Der Artikel „*Sozialmedizinische Nachsorge in der Pädiatrie: Ein Arbeitsfeld für Psychotherapeuten?*“ von **Eva Kanth** richtet den Blick wieder nach außen. Die Autorin zeigt am konkreten Beispiel auf, dass Psychotherapeut/innen bei Reformen im Gesundheitswesen zwar oft noch vergessen werden, aber perspektivisch wichtige Beiträge über das klassische Psychotherapie-setting hinaus leisten könnten und sollten. Sie stellt im ersten Teil des Artikels neue gesetzliche Möglichkeiten zur Gestaltung der Nachsorge von schwer und chronisch kranken Kindern dar, erläutert dabei insbesondere den Ansatz des Case Managements und stellt das Modell „Bunter Kreis“ als ein Praxisbeispiel sozialmedizinischer Nachsorge vor. Den Schluss ihres Artikels



stellt die Auseinandersetzung mit der Frage dar, inwieweit Psychotherapeut/innen zukünftig vielleicht auch die Rolle von Case Managern, z.B. bei besonders belasteten Familien mit einem schwer kranken Kind, übernehmen könnten.

Der dritte Artikel befasst sich mit der Musterberufsordnung. **Martin Stellpflug** und **Inge Berns** erläutern diese aus juristischer Sicht.

Lesenswert, nicht nur für die angestellten Kolleginnen und Kollegen, ist in jedem Fall auch die Rubrik *Recht: Aktuell* mit einem Überblick für Psychotherapeut/innen über das neue Tarifrecht im Öffentlichen Dienst von Hartmut Gerlach und die Diskussion zwischen Lesern und den Autoren des Artikels „Erziehungsberatung – eine Standortbestimmung der Position von Psychotherapie in der Jugendhilfe“ aus dem PTJ 3/2005. Erwähnen möchte ich außerdem die Nachrufe für Steve de Shazer und Gerda Boyesen.

Zum Schluss möchte ich Sie noch auf unseren neuen Veranstaltungskalender für überregionale Veranstaltungen aufmerksam machen. Dieser Kalender wird während einer Versuchsphase in der nächsten Zeit zunächst auf der Homepage des PTJ (www.psychotherapeutenjournal.de) veröffentlicht.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Nikolaus Melcop (Bayern)
Mitglied des Redaktionsbeirates

Inhalt

Editorial	1
Artikel	4
<i>Hardt, J. & Hebebrand, M.</i> Psychotherapie als „Lebensform“	4
<p>Gegen das Konzept der „Allgemeinen Psychotherapie“, die nach Meinung der Autoren mit der Gefahr eines Niveauverlustes psychologischen Denkens verbunden ist, wird ein praxeologischer Ansatz für die Ordnung psychotherapeutischer Schulen skizziert. Vor dem Hintergrund einer „Lebensform“ Psychotherapie werden die unterschiedlichen psychotherapeutischen Strategien als miteinander verwandte „Sprachspiele“ oder „Gegenstandsbildungen“ verstanden, die zur professionellen Bewältigung allgemeiner Lebensprobleme dienen.</p>	
<i>Kanth, E.</i> Sozialmedizinische Nachsorge in der Pädiatrie: Ein Arbeitsfeld für Psychotherapeuten?	11
<p>Die Versorgungslandschaft der Pädiatrie wurde mit dem so genannten „Nachsorgeparagrafen“ (§ 43 Abs. 2 SGB V) um eine neuartige Leistung der Krankenkassen erweitert. Darunter fallen Leistungen für chronisch oder schwerstkranke Kinder, die im Anschluss an eine stationäre Behandlung oder Rehabilitation erforderlich werden. Es stellt sich die Frage, welche Bedeutung der psychotherapeutischen Versorgung hierbei zukommt.</p>	
<i>Berns, I. & Stellpflug, M.</i> Muster-Berufsordnung	18
<p>Auf dem 7. Deutschen Psychotherapeutentag am 13.01.2006 in Dortmund wurde die erste Muster-Berufsordnung für Psychotherapeuten mit großer Mehrheit verabschiedet. In dieser Kommentierung werden die Diskussionsschwerpunkte und Ergebnisse beschrieben.</p>	
Recht: Aktuell	22
<i>Gerlach, H.</i>	
Aktuelles aus der Forschung	27
<i>Lecher, T.</i>	
Buchrezensionen	32
<i>Munz, D.</i>	
<p>Reich, G., Witte-Lakemann, G. & Killius, U. (2005). Qualitätssicherung in Beratung und ambulanter Therapie von Essstörungen. Eine Praxisstudie. Göttingen: V&R unipress.</p>	
Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern	36
Bundespsychotherapeutenkammer	36
Baden-Württemberg	42
Bayern	47
Berlin	54
Bremen	58
Hamburg	62
Hessen	65
Niedersachsen	71

Nordrhein-Westfalen	76
Rheinland-Pfalz	81
Saarland	84
Schleswig-Holstein	89
Nachrufe	93
Leserbriefe	96
Kontakt Daten der Kammern	100
Kleinanzeigen	101
Inserentenverzeichnis	103
Impressum	104

Hinweis:

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

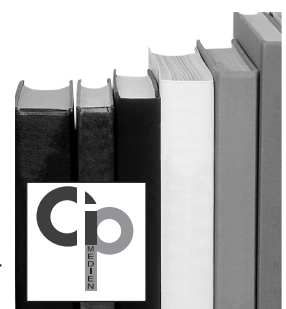
Den Exemplaren der folgenden Länder liegen in dieser Ausgabe wichtige Unterlagen bei:

- Bayern: Meldeordnung und Wahlordnung
- Hamburg: Berufsordnung
- Niedersachsen: Bekanntmachungen
- Rheinland-Pfalz: Satzungen



Neuerscheinungen

- Internes Qualitätsmanagement in psychotherapeutischer Praxis und Ambulanz
- Quälgeist Tinnitus
- Die Psychotherapie entdeckt den Körper



Psychotherapie als „Lebensform“

Jürgen Hardt und Mathias Hebebrand

Zusammenfassung: Die Autoren fordern unter Bezug auf das Konzept der „Lebensform“ von Ludwig Wittgenstein und der „Gegenstandsbildung“ von Wilhelm Salber einen praxeologischen Zugang, um Orientierung in der unübersichtlichen psychotherapeutischen Landschaft zu geben. Die unterschiedlichen Traditionen erscheinen ihnen als Sprachspiele, die in ihren Verwandtschaftsbeziehungen zu einer gemeinsamen „Lebensform Psychotherapie“ zu sehen sind. Die psychotherapeutische Tätigkeit wird dabei im Anschluss und Überschreiten des alltäglichen Umgangs mit seelischen Störungen verstanden. Regelhafte Übersetzung des Alltagsverstehens scheint den Autoren das einzige Mittel zu sein, um wissenschaftlichen Ansprüchen in der klinischen Situation zu genügen und zugleich den Reichtum der unterschiedlichen Sprachen nicht zu zerstören.

Einleitung: ein praxeologischer Ansatz der Psychotherapieintegration

Die „Unübersichtlichkeit“ in der psychotherapeutischen Landschaft verlangt nach Orientierung. Deswegen wird von verschiedener Seite das Ziel formuliert, die unterschiedlichen Methoden und Arbeitsweisen in eine schulenübergreifende Psychotherapie zu integrieren (im PTJ z. B.: Grawe, 2005; Fiedler, 2004; Groeger, 2003). Als wissenschaftlicher Leitfadens für die Zusammenführung wird in der Regel Evidenzbasierung auf möglichst hohem Evidenzniveau (randomisierte, kontrollierte Studien) gefordert.

Solche Integrationsbemühungen, wie sie z.B. von vielen Vertretern der „Allgemeinen Psychotherapie“ propagiert werden, stoßen besonders bei den Psychotherapeuten, die mit Sinnzusammenhängen arbeiten, auf große Sorge. Weil sie den ganzen Menschen ins Auge fassen und zu diesem Zweck elaborierte Psychologien innerer Vorgänge sowie komplexe psychologische Menschenbilder entwickelt haben, befürch-

ten sie, dass nicht nur ihre Sichtweise auf das menschliche Seelenleben verloren gehen wird, sondern dass insgesamt ein Niveauverlust psychologischen Denkens eintritt. Das ist u. E. insofern begründet, weil die unterschiedlichen psychotherapeutischen Strategien auf kaum miteinander vergleichbaren Psychologien beruhen, die zudem in völlig unterschiedlichen wissenschaftlichen Traditionen beheimatet sind. Diese unterschiedlichen Traditionen haben eine unterschiedliche „wissenschaftliche“ Reputation, gelten zum Teil als widerlegt oder erledigt, sie sind aber im klinischen Alltag unerlässlich, weil sie an die Stelle der Alltagspsychologie treten und klinisch handlungsleitend und normgebend wirken.

Wir schlagen einen anderen Weg vor, eine Übersicht zu erreichen. Wir gehen davon aus, dass alle Psychotherapeutinnen und -therapeuten, unabhängig welcher „Schule“ bzw. welchen „Schulen“ sie angehören, vor gleiche Aufgaben gestellt sind. (Auch die „Allgemeine Psychotherapie“ verstehen wir als eine „Schule“, weil sie ohne explizite Annahmen über das Seelische nicht auskommt, will sie nicht der Alltagspsychologie verhaftet bleiben.) Diese Aufga-

ben fassen die einzelnen Schulen allerdings unterschiedlich auf, je nachdem, wie sie zu „verstehen“, zu „begründen“ und zu „reden“ gelernt haben (wir fassen die unterschiedlichen Traditionen als mit einander verwandte „Sprachspiele“ in Anlehnung an Wittgenstein auf, s. u.). Dabei können die fachlich unterschiedlichen Auffassungsweisen mit ihrem unterschiedlichen „Vokabular“ und ihrer unterschiedlichen „Grammatik“ die Wahrnehmung der gemeinsamen Aufgaben in den Hintergrund drängen. Wir gehen davon aus, dass sich in der gemeinsamen Aufgabe, seelisches Leid zu behandeln, eine gemeinsame „Lebensform Psychotherapie“ herausbildet, die als Ausgangsbasis für die verschiedenen „Gegenstandsbildungen“ (Salber, 1968) und als lebenspraktischer Hintergrund für die unterschiedlichen „Sprachspiele“ (Wittgenstein, 1984) zu verstehen ist.

Mit einem solchen Ansatz wird eine neue Basis angeboten, von der aus die unterschiedlichen Traditionen mit einander in Beziehung gebracht werden können. Würde man sich auf die Ebene der Sprachspiele oder Gegenstandsbildungen beschränken, bliebe nur, die Unterschiedlichkeit festzustellen; mit dem Bezug auf *eine* Lebensform ist es möglich, die unterschiedlichen Traditionen in einander zu übersetzen, sie zu vergleichen und unter Umständen daran zu bewerten, was sie in der Bewältigung des klinischen Alltags leisten. Die Aufgaben, die Psychotherapeutinnen und -therapeuten beruflich zu bewältigen haben, unterscheiden sich nicht wesentlich von den Lebensaufgaben, die sich allen Menschen stellen. Gerade diese Gemeinsamkeit mit den „Patienten“ (den leidenden Mitmenschen) macht verständlich, dass trotz allen Bemühungen um Professional-

Case Management

- ist die Fachzeitschrift für Theorie und Praxis von Case Management in allen seinen Anwendungsbereichen
- berichtet über aktuelle Entwicklungen des Einsatzes von Case Management
 - im Gesundheits- und Sozialwesen,
 - in der Pflege,
 - der Beschäftigungsförderung
 - und im Versicherungswesen.
- behandelt rechtliche, politische, wirtschaftliche, organisatorische und personelle Probleme und Fragen im Zusammenhang mit der Implementierung des Verfahrens und mit seiner Funktion im System und in den Strukturen humandienstlicher Versorgung

Die Zeitschrift widmet sich berufsübergreifend und interdisziplinär der Wissenschaft und Forschung, der Aus- und Weiterbildung auf dem Gebiet von Case Management.

Sie ist Fachorgan der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC).

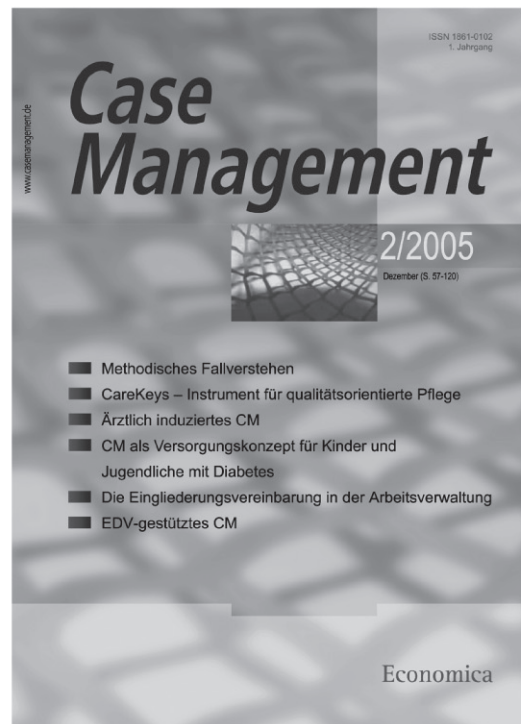
Erscheinungsweise: 2 x im Jahr (Juni und Dezember)

Jahresabonnementspreis: € 32,-*, Einzelheft: € 20,-*

Studentenabo: € 22,-*

*zzgl. € 7,- (Ausland € 10,-) Versand

Mitglieder der *Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC)* erhalten die Zeitschrift kostenlos.



BESTELLCOUPON

Bestellen Sie beim Buchhandel oder beim Verlag: 08191/97000-103

Firma/Abteilung:

Name/Vorname:

Straße:

PLZ/Ort:

Datum/1. Unterschrift:

Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH
Abonnementservice
Justus-von-Liebig-Str. 1
86899 Landsberg

- Ja, ich möchte *Case Management* abonnieren.
Der Abonnementspreis für 2 Ausgaben pro Jahr beträgt € 32,-
zzgl. Versandkosten.
- Ja, ich möchte Informationen zur Mitgliedschaft bei der DGCC
und ein kostenloses Probeheft der Zeitschrift *Case Management*.
- Ja, ich möchte nur ein kostenloses Probeheft *Case Management*.

Ihre personenbezogenen Daten werden von uns und den Unternehmen der Süddeutschen Verlag Mediengruppe, unseren Dienstleistern sowie anderen ausgewählten Unternehmen verarbeitet und genutzt, um Sie über interessante Produkte und Dienstleistungen zu informieren. Wenn Sie dies nicht mehr wünschen, schreiben Sie bitte an: Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Im Weiher 10, D-69121 Heidelberg, aboservice@hjr-verlag.de.

Datum/2. Unterschrift:
(Es können nur Bestellungen mit 2 Unterschriften bearbeitet werden.)

sierung die Wirkung der Tätigkeit Rückwirkung auf den ganzen Menschen hat, der Psychotherapie ausübt. Es ist also anzunehmen, dass die „Lebensform Psychotherapie“, als professionelle Tätigkeit, unscharf gegen das Private abgegrenzt ist.

Die Begriffe „Sprachspiel“, „Lebensform“, und „Gegenstandsbildung“ sind im Diskurs über Psychotherapie bisher nicht systematisch verwendet worden. Wir schlagen eine systematische Verwendung vor, sind uns aber der Unschärfe dieser Begriffe bewusst. Wir verwenden die Konzepte „Sprachspiel“ und „Lebensformen“ in Anlehnung an Wittgenstein, ohne uns der Philosophie Wittgensteins (und schon gar nicht seiner kritischen Position gegenüber der Psychologie) anzuschließen. Schon das Herkommen dieser Konzepte weist sie als psychologisch/philosophische Grenzbegriffe aus.¹

Dass es eine „Lebensform Psychotherapie“ gibt, scheint uns unzweifelhaft. Es ist allerdings die Frage, welchen Stellenwert sie hat und ob sie als praxeologische Basis für die Ableitung unterschiedlicher Sprachspiele mit unterschiedlicher Grammatik und Logik ausreicht. Diese Lebensform ist zuerst ein alltagspsychologischer „Gegenstand“, der in geeigneter Weise zu bearbeiten ist.

Wir benutzen die Frage nach der „Lebensform Psychotherapie“, um Gemeinsamkeiten zu erfassen, die sich durch die professionelle Ausübung von Psychotherapie ergeben. Insofern ist „Lebensform Psychotherapie“ eine Feststellung und eine Fragestellung zugleich. Man könnte „Lebensform Psychotherapie“ also auch als Ansatz eines Forschungsprogramms (Lakatos, 1982) ansehen, der weiter zu verfolgen ist. Dazu könnten Untersuchungen zur Lebenspraxis von Psychotherapeuten mit unserer Fragestellung, nämlich nach einer „gemeinsamen“ Basis psychotherapeutischen Handelns, verbunden werden. Und nur durch den Rekurs auf die Praxis ist der Zirkel von Methode und Gegenstand auflösbar; nur die Beschreibung dessen, was Psychotherapeuten wirklich tun, kann als Fundament für eine praxeologische Psychotherapieforschung Geltung beanspruchen. (Wittgenstein hätte gefragt: „Zeig mir, was Du tust, wie Du es machst, nur dann weiß ich, was Du meinst“.)

Vom Alltagsverstehen zur psychologischen Theorie und zurück: „Gegenstandsbildungen“

Als weitere Leitlinie dient uns das Konzept einer „Gegenstandsbildung“ psychologischer Theorien, wie es von Wilhelm Salber ausgearbeitet wurde. Er sah sich vor eine vergleichbare Aufgabe gestellt, als er sich fragte: „wie die verschiedenen psychologischen Theorien untereinander geordnet werden könnten.“ (Salber, 1968, S.1) Die übliche Ordnung psychologischer Lehrbücher schien ihm wenig hilfreich, weil sie alles Mögliche nebeneinander stellen oder der eigenen Meinung unterwerfen und danach behandeln, ob die eigene Überzeugung „befehdet oder unterstützt“ wird.

Ohne Gegenstandsbildung kommt weder eine Psychologie noch eine Psychotherapie aus, immer müssen wir aussagbare Vorstellungen davon entwickeln, was wir unter seelischer Realität verstehen. Wir tun das, wenn wir über Vermögen – Denken, Fühlen, Wollen –, über Triebe, über Gestalten, Reiz-Reaktionsmuster, Objektbeziehungen oder ähnliches reden. Alle diese Konzepte sind an eine ihnen eigentümliche Logik gebunden: zu Gestalten gehört Hintergrund und Grenze; zum Trieb ein Objekt, ein Ziel und eine Quelle; Reiz-Reaktionsmuster verändern sich nur durch Einwirkung. Auch die Alltagspsychologie entwickelt unsystematisch kulturspezifische Gegenstandsbildungen (s. u.).

Der Ansatz der „Gegenstandsbildung“ betont die Bedeutung vorwissenschaftlicher Fragestellungen und alltagspsychologischer „Meinungen“ als Ausgangspunkt psychologischer Theoriebildung. Damit werden ein Ausbildungs- und ein Praxisproblem zugleich berührt. Im Laufe seiner Entwicklung entfernt sich das wissenschaftliche Denken immer weiter von seiner „Ausgangsbasis“ und formt sie zugleich mehr oder weniger um. Das alltagspsychologische Denken geht dabei mehr oder weniger verloren, wird zu einem sozusagen heimatlichen Dialekt, von dem sich die „Hochsprache“ einer Schule abhebt. Ihr beider Verhältnis kann man als Verwandtschaftsbeziehung verstehen, die unterschiedliche Grammatik und das unterschiedliche Vokabular

bedürfen der Übersetzung. Die Grenzen dieser Sprachen sind wie die Grenzen der Begriffe zerfasert, sie haben praxeologischen Wert.

Der Übersetzungsprozess vom Alltagsverstehen zum wissenschaftlichen (Schul-) Verständnis geschieht zuerst in der Ausbildung. Übersetzung geschieht aber auch ständig in der alltäglichen psychotherapeutischen Praxis: Wenn wir die Klagen der Patienten nosologisch „übersetzen“ und wenn wir uns an den Patienten wenden und ihn zu „erreichen“ versuchen, nach dem wir verstanden haben. Verstehen heißt in unser systematisches Denken übersetzen.

Die Patienten können uns nur dann verstehen, wenn unser wissenschaftliches „Verstehen“ und unsere Fachsprache eine Verbindung zum Alltagsdenken behält. Wir brauchen darüber hinaus Übersetzung, weil alle Menschen notwendiger Weise eigene, mehr oder weniger private, Vorstellungen von seelischen Zusammenhängen (Alltagspsychologie) haben. Auch davon, wie seelische Probleme zu behandeln (Alltagspsychotherapie) sind. Erst, wenn die alltägliche Behandlung scheitert, suchen die Patienten professionelle Hilfe auf. Die Alltagspsychologie und die Alltagspsychotherapie können für die professionelle Einwirkung unterstützend oder hinderlich (Widerstand) sein, auf jeden Fall müssen wir sie zur Kenntnis nehmen, sie anerkennen, und sie bedürfen der Übersetzung.

Die einzelnen Schulen unterscheiden sich wesentlich darin, wie weit in ihr alltagspsychologische Konzepte erhalten werden, ob sie wissenschaftlich transformiert wieder erreicht werden sollen oder ob sie sich völlig davon lösen wollen (was unseres Erachtens nicht gelingen kann).

¹ Es scheint klar, dass Wittgenstein den Begriff „Lebensform“ von Spengler und nicht, wie fälschlich behauptet, von Spranger übernommen hat, und er hat damit an die morphologischen Überlegungen Goethes angeschlossen. Allerdings hat er das nicht in der Weise systematisch getan wie Wilhelm Salber explizit in seiner Psychologie. Das gemeinsame Herkommen der zentralen Begriffe – Lebensform bei Wittgenstein und Gegenstandsbildung bei Salber – scheint uns Legitimation, beide Konzepte miteinander zu verknüpfen.

Lebensform und Sprachspiele

Über viele Generationen haben sich psychotherapeutische Praktiker meist in ihren Schulen aufgehoben und nur in der eigenen Sprache kommuniziert. Die Forderung nach dem Herausarbeiten von Gemeinsamkeiten und die Suche nach Übersetzungen waren ein akademisches Unterfangen. Jenseits der Zusammenarbeit in Institutionen waren Begegnungen der Praxiserfahrenen über die Grenzen der eigenen Schulen eher selten; häufiger wurden sie im Zusammenhang mit der Bildung neuer Formationen, wie der Kammern, worin sich neue, gemeinsame Aufgaben stellten und Zusammenarbeit erzwangen. Jetzt stellte sich die Frage erneut, welche Gemeinsamkeiten es zwischen Psychotherapeuten verschiedener Richtungen gibt und wie die Unterschiede zu begründen sind, konkret und lebenspraktisch in der Vertretung gemeinsamer (?) Interessen.

Mit dem Konzept der „Lebensform“ ist es möglich, der psychologischen Frage nach der Verschiedenheit und den Gemeinsam-

keiten der unterschiedlich artikulierten psychotherapeutischen Strategien („Sprachspiele“) auf einer praxeologischen Ebene – im Rekurs auf allgemeine Lebensaufgaben und das, was Psychotherapeuten wirklich tun – nachzugehen und zugleich die wissenschaftsphilosophische Frage nach der Legitimität unterschiedlicher Ansätze zu beantworten. Wir sehen die verschiedenen Sprachen als einen wertvollen Kulturbesitz an, dessen Einebnung ein Verlust wäre, und setzen deswegen die Kunst der Übersetzung einem integristischen Projekt entgegen.

„Lebensform“ als Ansatz zu wählen, um einerseits die unterschiedlichen Arbeitsweisen von Psychotherapeuten mit einander vergleichbar zu machen und zugleich eine Basis zu artikulieren, von der aus die Praxis wissenschaftlich erreicht wird, hat Tradition im psychotherapeutischen Denken. Im Bereich der Psychoanalyse hat dieser praxeologische Ansatz seine Vorläufer in der Diskussion um Konzepte der „Identität des Psychoanalytikers“ und der „psychoanalytischen Haltung“

(Schafer, 1993). Mit diesen Konzepten sollte der zunehmenden Diversifikation psychoanalytisch-psychotherapeutischen Handelns Rechnung getragen werden und gleichzeitig die methodische Bindung unterschiedlicher Techniken gesichert werden. Das war nötig, weil eine dogmatisch benutzte Idealform nicht mehr das gesamte Handlungsfeld der Praktiker bestimmte. Auch das Denkmodell der „Ableitung“ oder „Anwendung“ psychoanalytischer Prinzipien außerhalb der fiktiven Idealsituation reichte nicht mehr aus, den gesamten Handlungsraum zureichend zu beschreiben. Deswegen wollte man die unterschiedlichen Arbeitsweisen an eine „Haltung“ oder an eine „Identität“ anbinden. Diese Konzepte sollten also ein unübersichtlich gewordenes Praxisfeld zusammen halten. Es sollte damit methodisch verbunden werden, was sich technisch auseinander entwickelt hatte. Ganz ähnliche Gedanken finden sich auch außerhalb der psychoanalytischen Literatur in den anderen sogenannten „Schulen-gebundenen“ Psychotherapien.

EMDR ist eine von Dr. Shapiro (USA) entwickelte, wissenschaftlich anerkannte und weltweit erfolgreiche Psychotherapiemethode zur Behandlung von Traumafolgerkrankungen.



Dr. Arne Hofmann ist der Leiter des EMDR-Institutes Deutschland, und der erste von Dr. Shapiro ausgebildete und autorisierte Trainer in Deutschland.

Die Ausbildung ist von den Landesärztekammern und den Psychotherapeutenkammern anerkannt und mit **Fortbildungspunkten** zertifiziert.

EMDR-Einführungs-Seminare mit Praxistag

30.03.-01.04. + 20.05.06 **Bad Mergentheim**
 18.-20.05.06 + 09.06.06 **Köln**
 26.-28.05.06 + 01.07.06 **Bad Segeberg/Hamburg**
 15.-17.06.06 + 08.07.06 **Stuttgart**
 29.06.-01.07. + 22.09.06 **Nürnberg**
 31.08.-02.09. + 09.11.06 **Erfurt**
 15.-17.09.06 + 28.10.06 **Berlin**
 29.09.-01.10. + 25.11.06 **Königsutter**
 13.-15.10.06 + 26.11.06 **München**
 03.-05.11.06 + 01.12.06 **Greifswald**
 16.-18.11.06 + 12.01.07 **Köln**
 16.-18.11.06 + Jan.2007 **Bremen**

Info und Anmeldung:

D - 51427 Bergisch Gladbach
 Telefon: +49 - (0)22 04 - 2 58 66
 Telefax: +49 - (0)22 04 - 96 31 82

EMDR-Institut
 Dolmanstraße 86 b
 www.EMDR-Institut.de
 info@EMDR-Institut.de

EMDR-Institut Deutschland

autorisierter Partner des EMDR-Instituts von Francine Shapiro PhD, USA

Aus- und Weiterbildung in Gruppenanalyse

Drei Blockseminare pro Jahr, je vier Tage Selbsterfahrung in Klein- und Grossgruppen, sowie Theorie und Supervision.

LeiterInnen der Selbsterfahrung:

Hymie Wyse, London; Sally Willis, London;
 Helga Wildberger, Frankfurt a.M.; Harm Stehr, Köln.

Das SGAZ ist eine anerkannte Weiterbildungsstätte der Sektion Gruppenanalyse im DAGG.

Die Teilnehmenden kommen aus Deutschland, der Schweiz und Österreich und haben vorwiegend einen medizinischen, psychologischen oder anderen beruflichen Hintergrund.

Interessierte können an einem Einführungsworkshop am 2./3. September 2006 teilnehmen.

Weitere Informationen und Anmeldungen bei:

Seminar für Gruppenanalyse Zürich
 Quellenstrasse 27

CH-8005 Zürich
 Tel. +41 44 271 81 73

E-mail: sgaz@bluewin.ch
 www.sgaz.ch

SGAZ



Die Anbindung der professionellen Lebensform Psychotherapie an die Alltagspraxis zu betonen, heißt nicht, sich wissenschaftlichem Anspruch zu entziehen. Aber Wissenschaft und Alltagspraxis werden in ein ungewöhnliches Verhältnis zueinander gesetzt. Nicht nur wird Wissenschaft als „Umwelt“ gesehen, wie Buchholz (1999) formulierte, sondern wissenschaftliche Psychotherapie wird als „nur“ relativ autonom gegenüber der Lebenspraxis angesehen. Man könnte auch sagen, es handelt sich um zwei Bereiche (oder Sprachspiele) mit je eigenen Gesetzen und Regeln, die aber durchlässige Grenzen haben. Sie durchdringen sich gegenseitig mehr oder weniger.

Im Zusammenhang mit den Kontrollfragen psychotherapeutischen Handelns in der klinischen Realität scheinen uns Konzepte unerlässlich, die eine interne (wissenschaftliche) Kontrolle gewährleisten; das geschieht einerseits durch den Gebrauch eines geregelten Sprachspiels und zweitens durch die Professionalisierung, die die alltagspsychologischen Vorurteile und Bewältigungsstrategien umformt. Diese internen Kontrollen können durch noch so ausgefeilte externe Kontrollen nicht ersetzt werden.

Immer müssen wir in klinischen Situationen reagieren, sind auf unsere Auffassung und unser Verstehen angewiesen und denken uns (hoffentlich) etwas dabei, wenn wir handeln. Wenn es zu keiner Transformation in eine Gegenstandsform kommt, geschieht das klinische Handeln häufig im Rückgriff auf die Psychologie des gesunden Menschenverstandes. Während die sogenannten sinnverstehenden Psychotherapien in erster Linie auf interne Kontrolle vertrauen und die Sorge haben, dass ihre Arbeitsweise durch einen externen Kontrollapparat gestört (gar: zerstört) wird, haben sich die als naturwissenschaftlich geltenden Strategien weitgehend darauf festgelegt, externe Kontrollen (Objektivität, Replizierbarkeit u. ä.) als Kennzeichen von Wissenschaftlichkeit gelten zu lassen; dabei besteht die Gefahr, dass der unmittelbare Bereich psychotherapeutischen Handelns aus der wissenschaftlichen Durchformung ausgeschlossen wird und sich alltagspsychologische Konzepte unkontrolliert durchsetzen.

Das Vorurteil gegenüber Psychotherapeuten – und andere Facetten einer Lebensform

Psychotherapeuten werden von außen einheitlicher wahrgenommen als sie sich an Gemeinsamkeiten miteinander zugestehen können. Sie gelten üblicherweise als nicht einfache Mitmenschen, die es eigentlich besser wissen sollten und oft im Leben nicht zu Recht kommen. Sie gelten als chronische Bedenkensträger, oder man sagt ihnen nach, sie komplizierten die Dinge, obwohl man doch von ihnen erwartet, dass sie einfache und bessere Lösungen geben sollen. Sie stellen lästige Fragen, wenn es eigentlich nichts zu fragen gibt, und sie geben selten Antworten, wo man doch nur einfache Antworten auf die einfachsten Fragen haben möchte. Sicherlich könnte man viele weitere Aspekte der Gruppe von außen hinzufügen. Es stellt sich die Frage, was in diesem „Fremdbild“ zum Ausdruck kommt: wunscherfüllende Projektion, kollektives Ressentiment und Wahrnehmung? Das könnte Thema einer sozial-psychologischen Untersuchung sein. In unserem Zusammenhang geht es darum, dass in diesem „Vorurteil“ möglicherweise Gemeinsamkeiten von Psychotherapeuten zum Ausdruck kommen, die sie als Berufsgruppe von anderen Menschen unterscheiden. So können diese Vorurteile helfen, etwas über teils verleugnete Gemeinsamkeiten zu erfahren, und zugleich wäre das ein weiterer Hinweis auf die „Lebensform Psychotherapie“.

Belege für Gemeinsamkeiten finden sich auch im jüngst erschienen Buch „WIR“ (Kemberg, Dulz & Eckert, 2005). Schon der Titel behauptet, dass es Gemeinsamkeiten zwischen Psychotherapeuten verschiedener Schulen gibt. Im Deutschen Ärzteblatt (PP-Ausgabe 11, 2005) werden Gemeinsamkeiten von Psychotherapeuten in Bezug auf ihre Berufswahl thematisiert. Im Titel heißt es reißerisch: „die eigenen Probleme in den Griff kriegen“, und damit werden Motive, die zum Beruf Psychotherapie führen (sollen?) zusammengefasst. Dort werden zwei amerikanische Untersuchungen angeführt, die das Bedürfnis, „Menschen zu verstehen“ und „anderen helfen zu wollen,“ aus der eigenen inneren Not ableiten.

Gemeinsamkeiten zeigen sich, wenn wir fragen, mit welchen Gefühlen „wir“ einen Patienten bzw. Klienten zum ersten Gespräch erwarten: Wir werden hoffen, dass er bleiben wird und dass wir ihm helfen können, dass sich unser „Sprachspiel“ als hilfreich erweisen wird. Und wir werden vermutlich auch etwas angespannt sein angesichts der Unsicherheit, wer uns erwartet und was uns im Therapieverlauf widerfahren wird – auch oder gerade wenn wir über langjährige Berufserfahrung verfügen, denn wir alle werden in der psychotherapeutischen Beziehung nicht nur persönlich gefordert, sondern auch infrage gestellt. Dies betrifft den Umgang mit Patienten und deren Lösungen von letztlich gemeinsamen Lebensproblemen. Wir werden unsere eigenen Lösungen als *eine* (und vielleicht weniger gelungene) Möglichkeit unter vielen möglichen anderen anerkennen müssen. Die psychotherapeutische Arbeit lehrt oft Verwunderung und Bescheidenheit als notwendiges Korrektiv gegenüber der Versuchung, sich aus dem psychologischen Verstehen dem Patienten überlegen zu fühlen. Ein weiteres Kennzeichen psychotherapeutischer Lebensform scheint uns die Spannung zwischen dem Eingehen von höchst persönlichen Beziehungen und deren zeitlicher Begrenztheit zu sein. PsychotherapeutInnen bieten sich als „Lebensabschnittsgefährten“ an. Damit ist der Abschied von Anfang an allgegenwärtig. Auf dem Hintergrund solcher geteilter Erfahrungen entwickelt sich zwischen Psychotherapeuten schnell ein Gefühl der Vertrautheit, man versteht sich und lacht über die gleichen Witze.

Hanns Sachs hat in seinem letzten Buch „Wie Wesen von einem fremden Stern“ (2005) nicht nur beschrieben, wie bei genauerer Kenntnis und in der ständigen Auseinandersetzung mit den Hintergründen des Lebens normale menschliche Lebensformen fremdartig erscheinen, sondern er hat zugleich dargestellt, dass derjenige, der sich professionell mit den Hintergründen des Lebens beschäftigt, selbst zu einem Fremden im alltäglichen Leben wird. Er bekommt im normalen Leben eine Position, die man in der postmodernen Kritik eine »dezentrierte Position mitten im Leben« nennen würde.

Mitte der 90er Jahre hat Wolf (1996) beschrieben, dass sich die „Lebensform Psychotherapie“ zunehmend professionalisierere. Er meinte mit „Lebensform Psychotherapie“ eine private Form des Lebens im sogenannten Psychoboom, als sich das Vokabular der Selbsterfahrung und Therapie in den neuen Formen des Zusammenlebens durchsetzte. Er beschreibt die beginnende Professionalisierung als zwiespältigen Prozess, in dem viele Ansätze, die ursprünglich mit den psychotherapeutischen Entwürfen verbunden waren, verloren gingen (Kulturpsychologie, politische Psychologie und Gesellschaftskritik). Er verweist schon vor dem Psychotherapeutengesetz auf die Gefahr, dass durch die weitergehende Professionalisierung zwar ein Heilberuf etabliert wird, aber zugleich emanzipatorische Ideen, die mit „Psychotherapie“ ursprünglich verbunden waren, aufgegeben werden.

Buchholz hat in seinem Buch „Psychotherapie als Profession“ (1999) den Prozess der Professionalisierung der Psychotherapie beschrieben. Seine Stellungnahme ist eindeutiger, er hält die Professionalisierung für einen Weg, den es weiter zu gehen gilt. Die Verluste erscheinen ihm geringer, wenn es nicht zu einer einseitigen „Verwissenschaftlichung“ der Profession kommt. Weil er die psychotherapeutische Praxis in den Blick nimmt, stellt er fest: „Das, was Psychotherapeuten tun, ist nicht weniger und nicht mehr als das, was Wissenschaftler tun – es ist etwas anderes; man bezeichnet es am besten als professionell“ (S. 15). Dazu bedarf es eines professionellen Wissens, „das ...[er] von wissenschaftlichem Wissen unterscheiden möchte, und weil es nicht Nur-Wissen ist, hat es auch den Charakter einer

Lebensform“ (S. 13). Buchholz verwendet den Begriff Lebensform nicht systematisch. Der von ihm beschriebene Unterschied zwischen Beruf und Profession bedeutet, dass Psychotherapie nicht scharf von der übrigen Lebenspraxis abzutrennen ist. Uns ist wichtig zu betonen, dass „Professionalisierung“ und „Lebensform“ nicht als Gegensätze zu verstehen sind, sondern dass es sich wiederum um verwandte Begriffe handelt. Die „private“ Lebensform Psychotherapie ist immer zugleich auch Profession.

Konfession, Profession und Lebensform

Grawe (1994) hat den Übergang von der „Konfession“ zur „Profession“ gefordert und gefördert. Der Rekurs auf die „Lebensform“ Psychotherapie scheint von seinem Bemühen aus gesehen wie ein Rückschritt, wie eine Restauration eines lästigen Erbes. Konfession meint aber nicht nur Gläubigkeit im Zwang einer Schule, wie Grawe glauben machen will. Konfession ist Bekenntnis zu Grundsätzen, und die sind für jede Wissenschaft unerlässlich. Ohne Bekenntnis zu Grundsätzen kann man weder ein wissenschaftliches Sprachspiel erlernen noch professionelle Psychotherapie betreiben, weil diese ohne eine für wahr gehaltene Basistheorie psychischer Zusammenhänge dem „alltäglichen Glauben“ verhaftet bleibt.

Um das Alltagsverstehen zu überschreiten, muss man die Notwendigkeit einer „Gegenstandsbiologie“ oder den Erwerb eines „professionellen Sprachspiels“ anerkennen. Nur dann kann man die seelische Wirklichkeit zum wissenschaftlichen Objekt

machen. Professionelles psychotherapeutisches Handeln ist zugleich nur dann wirksam und ableitbar, wenn der Handelnde von dem überzeugt ist, was er tut. Einem Bekenntnis zu folgen, heißt aber nicht unbelehrbar zu sein, wie immer wieder – meist zu Unrecht – behauptet wird. Bekenntnis zu einem Sprachspiel ist notwendig, um in den kollegialen Diskurs eintreten zu können. Der kollegiale Diskurs treibt, wenn er fruchtbar ist, die Transformation von alltagspsychologischem Verstehen in wissenschaftlich explizites Verstehen voran. Das heißt, dass nur mit dem Bekenntnis zu Grammatik und Vokabular eines Sprachspiels wissenschaftlicher Austausch möglich ist. Dann wird das private Verstehen kommunizierbar und tritt in den öffentlichen wissenschaftlichen Raum ein.

Grawes Kritik an den Schulen ist allerdings in einer Hinsicht zutreffend: Die Schulen bilden eigene Sprachspiele aus und betonen allzu sehr ihre Grenzen, schotten sich sogar ab. Sie verstehen sich oft nicht als Verwandte in einem Netz verzweigter Familienbeziehungen, deren Mitglieder manchmal lokale Dialektfärbungen angenommen haben, weil sie sich – oft gar nicht soweit – vom Ursprungsort entfernt haben. Dieses Bestehen auf Grenzen vermindert die notwendige Durchlässigkeit, ohne die ein Sprachspiel dogmatisch erstarrt.

Ein Ausblick – auch für eine praxisorientierte Psychotherapieforschung

Den Blick auf die Lebensform Psychotherapie zu richten, bedeutet, herauszuarbei-



Fortbildungsstelle

Psychotherapeutisches Zentrum
Christian-Belser-Strasse 79a 70597 Stuttgart

Fon 0711. 6781 421

info@fortbildungsstelle-online.de

www.fortbildungsstelle-online.de

INTERPERSONELLE PSYCHOTHERAPIE DER DEPRESSION

Grundkurs: 05.-06.05.06/ Aufbaukurs 01.07.06

RESSOURCENORIENTIERTE VERHALTENSTHERAPIE

Anwendung bei Depression

29.06.06

Anwendung bei Ängsten

30.06.06

Akkreditierte Fortbildungen

ten, was Psychotherapeuten im klinischen Alltag wirklich tun. Erst dann kann man er-messen, wo Gemeinsamkeiten verschiedener Weisen psychotherapeutischen Han-delns liegen. Wenn man sich die verschie-denen psychotherapeutischen Strategien unter dem Gesichtspunkt der „Lebensform“ ansieht, wird deutlich, dass alle Psychothe-rapeuten von einer gemeinsamen Aus-gangsbasis, d.h. dem Alltagsverstehen menschlicher Lebensphänomene, ausgehen. Ihr Vorverständnis wird mehr oder weniger umfassend in ein „therapeutisches Sprachspiel“ transformiert. Diese Transfor-mation ist erforderlich, um über das vor-wissenschaftliche Verständnis hinaus zu gelangen. Bindung an die Transformation der Ausgangsbasis wiederum macht es möglich, das Alltagsverstehen wieder zu erreichen. Das trifft einerseits für die Ge-samtentwicklung psychotherapeutischer Theorien zu und spielt zugleich anderer-seits im Erwerb psychotherapeutischer Kompetenz (d. h. in der Professionalisie-rung von Psychotherapie) eine Rolle, die nicht nur mit dem Erlernen theoretischer Konzepte und methodischer Vorschriften, sondern zugleich mit mehr oder weniger umfassender Selbsterfahrung verbunden ist.

Gerade die weitgehend akzeptierte Not-wendigkeit der Selbsterfahrung weist dar-auf hin, dass die Einübung in die „Lebens-form Psychotherapie“ immer an die alltags-psychologische Erfahrung als Ausgangs-basis gebunden ist, die nur dann überwun-den werden kann, wenn das Alltagsver-stehen anerkannt und transformiert wird. So wird auch verständlich, warum die Aus-übung der professionellen Psychotherapie

zwangsläufig Rückwirkungen auf das alltäg-liche Verständnis hat und vor dem Persön-lichsten nicht Halt macht. Gerade wegen dieser gegenseitigen Abhängigkeit wird verständlich, warum „wir“ Psychotherapeu-ten im alltäglichen Umgang oft als befremd-lich wahrgenommen werden, wo wir es doch eigentlich besser wissen sollten.

Literatur:

Buchholz, M. B. (1999). *Psychotherapie als Profession*. Gießen: Psychosozial Verlag.
 Deutsches Ärzteblatt (Ausgabe PP) (2005). Berufswahl von Psychotherapeuten. Die eigenen Probleme in den Griff kriegen. *DÄB*, 11, S. 501-502.
 Fiedler, P. (2004). Erwiderung auf die Stel-lugnahmen von G. Zurhorst, J. Hardt & M. Hebebrand. *Psychotherapeutenjour-nal*, 3 (2), 147-150.
 Fischer, H. R. (1991). Sprache und Lebens-form, Frankfurt: Carl Auer.
 Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.
 Grawe, K. (2005). (Wie) kann Psychothe-rapie durch empirische Validierung wirk-samer werden? *Psychotherapeutenjour-nal*, 4 (1), 4-11.
 Groeger, W. (2003). Berufspolitische Weichenstellungen. *Psychotherapeu-tenjournal*, 2 (4), 267-279.
 Kernberg, O. F., Dulz, B. & Eckert, J. (2005). *Wir: Psychotherapeuten über sich und über ihren unmöglichen Beruf*. Stuttgart: Schattauer.
 Lakatos, I. (1982). *Die Methodologie der wissenschaftlichen Forschungspro-gramme*. Braunschweig: Vieweg.

Lütterfelds, W. & A. Roser (Hgg.) (1999). *Der Konflikt der Lebensformen in Wittgensteins Philosophie der Sprache*. Frankfurt: Suhrkamp.
 Sachs, H. (2005). *Wie Wesen von einem fremden Stern*. Gießen: Psychosozial Verlag.
 Salber, W. (1968). *Der psychische Gegen-stand. Untersuchungen zur Frage des psychologischen Erfassens und Klas-sifizierens*. Bonn: Bouvier.
 Salber, W. (1969). *Charakterentwicklung*. Wuppertal: Henn-Verlag.
 Schafer, R. (1993). *The analytic attitude*. London. Karnac books.
 Smith, J. H. & Kerrigan, W. (Hg.)(1984). *Taking chances, Derrida, psycho-analysis and literature*. Baltimore, London: The John Hopkins University Press.
 Wittgenstein, L. (1984). *Philosophische Untersuchungen*. Werkausgabe Band 1. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
 Wolf, M. (1996). *Von der Lebensform zur Profession*. Frankfurt am Main: Mabuse 101.

Dipl.-Psych. Jürgen Hardt (PP)

Präsident der Landeskammer für PP & KJP Hessen
 Gutenbergplatz 3
 65187 Wiesbaden
 jhardt@psychotherapeutenkammer-hessen.de

Dipl.-Psych. Mathias Hebebrand (PP)

Sophienstr. 29
 60487 Frankfurt/M
 Mathias.Hebebrand@web.de



Münchner FamilienKolleg

Programm-Anforderung:
 Pfarrstr. 4, 80538 München
 Fon: 089 – 22 29 92
 Fax: 08134 – 92 365
 E-mail: MFK.FamilienKolleg@t-online.de
 Internet: <http://www.mfk-fortbildung.de>

Fortbildung 2006

- 12. – 13.05.: Terry Trepper, Yvonne Dolan: Lösungsfokussierte Sexualtherapie (26)
- 24.06.: Gerd F. Müller: 90 Jahre Virginia Satir
- 12. – 14.10.: Doris Heueck-Mauß: Multiplikatorenkurs Präventives ElternTraining PET (39)
- 21. – 22.10.: Siegfried Mrochen: Die Arbeit mit Kindern im Kreise der Familie (26)
- 10. – 12.11.: Katrin Normann-Kossak: Paar-Mediation (35)
- 01. – 02.12.: Elisabeth Reisch: Ressourcenorientierung im Buddhismus und in der Psychotherapie (18)

Dreijährige Weiterbildung „Systemische Therapie und Beratung“

29.05.2006: Beginn einer neuen Gruppe (DGSF-zertifiziert)

Sozialmedizinische Nachsorge in der Pädiatrie: Ein Arbeitsfeld für Psychotherapeuten?

Eva Kanth

Zusammenfassung: Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz 2003 wurde der Leistungsumfang des SGB V um die „sozialmedizinische Nachsorge in der Pädiatrie“ erweitert (§ 43 Abs. 2 SGB V). Der Stellenwert der psychotherapeutischen Versorgung in der sozialmedizinischen Nachsorge ist dabei bislang unzufriedenstellend gelöst. Psychotherapeuten sind nicht explizit innerhalb der sozialmedizinischen Nachsorge nach § 43 Abs. 2 SGB V vorgesehen, sondern können als Partner einer Nachsorgeeinrichtung Patienten zugewiesen bekommen. Im folgenden Beitrag werden grundlegende Definitionen, der aktuelle Stand der gesundheitspolitischen Diskussion sowie Konsequenzen für die Psychotherapie in der sozialmedizinischen Nachsorge aufgezeigt.

1. Einführung

Chronische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nehmen permanent zu. Dank Fortschritten in der Medizin ist es in den letzten Jahrzehnten zu einem deutlichen Anstieg in der Überlebensrate schwer und chronisch erkrankter Kinder und Jugendlicher gekommen, von denen eine zunehmende Anzahl auch das Erwachsenenalter erreicht. Die medizinischen Fortschritte bewirken nicht nur eine Heilung oder ein Leben mit einer chronischen Erkrankung, sondern erlauben in zunehmendem Maße auch eine verbesserte Lebensqualität und verlängerte Überlebensdauer für schwerst-erkrankte Kinder und Jugendliche in der palliativen Versorgungsphase.

Wiederholte stationäre akutmedizinische Behandlungen und Aufenthalte in Rehabilitationseinrichtungen gehören zum Alltag eines chronisch oder schwerstkranken Kindes bzw. Jugendlichen und seiner Familie. Die anschließende ambulante Weiterversorgung des Patienten im häuslichen Umfeld und das Leben mit der Krankheit stellen dabei jedes Mal erneute besondere Anforderungen an die Familie. An dieser

Schnittstelle sollen zukünftig *Leistungen der Nachsorge* als „Hilfe zur Selbsthilfe“ unterstützend angeboten und bei den Krankenkassen abgerechnet werden können.

Im Jahr 2003 wurde mit dem GKV-Modernisierungsgesetz der § 43 Abs. 2 zur „sozialmedizinischen Nachsorge in der Pädiatrie“ in das Sozialgesetzbuch V „Gesetzliche Krankenversicherung“ eingeführt und damit der Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung um Leistungen der Nachsorge erweitert.

2. Grundlegende Definitionen

Unter „Nachsorge“ werden Leistungen verstanden, die im Übergang von stationärer zu ambulanter Versorgung als auch in der ambulanten Weiterversorgung nach stationärem akutmedizinischen oder rehabilitativen Aufenthalt erfolgen und die zur Sicherung des Behandlungserfolgs über den Entlassungstermin eines stationären Aufenthaltes hinaus notwendig sind. Die Nachsorge besteht dabei im Wesentlichen aus der im Einzelfall erforderlichen

Koordinierung und Sicherstellung verordneter Leistungen, die insbesondere dem Ziel der Verkürzung stationärer Aufenthalte bzw. der Vermeidung von Wiederaufnahmen dienen (vgl. Carels & Pirk, 2005).

In der Nachsorgepraxis wird zuweilen kaum zwischen „sozialmedizinischer“ und „psychosozialer“ Nachsorge unterschieden:

- Der Begriff der „*psychosozialen Nachsorge*“ hebt besonders die psychologischen/psychotherapeutischen und sozialen Betreuungsleistungen der Nachsorge hervor, die dem Ziel dienen, den Patienten und seine Familie im Sinne der „Hilfe zur Selbsthilfe“ zu befähigen, die vorhandenen Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch zu nehmen und eigene psychosoziale Bedürfnisse und Wünsche zu realisieren (vgl. z.B. ACCH, 1990).
- Bei der „*sozialmedizinischen Nachsorge*“ handelt es sich um einen rechtlichen Begriff, dessen inhaltliche Ausgestaltung derzeit von verschiedenen Stellen vorgenommen wird und der im Zuge der *Rahmenvereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zu Voraussetzungen, Inhalten und zur Qualität sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V* spezifiziert wird (vgl. VdAK, 2005a; im Folgenden „Rahmenvereinbarung der Spitzenverbände“ genannt).

In der vorliegenden Arbeit wird auf die „sozialmedizinische Nachsorge“, wie sie im Kontext des § 43 Abs. 2 SGB V und der entsprechenden Rahmenvereinbarung der Spitzenverbände verstanden wird, näher eingegangen.

3. Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen sozialmedizinischer Nachsorge in der Pädiatrie

Der in § 43 Abs. 2 des SGB V formulierte Begriff der sozialmedizinischen Nachsorge in der Pädiatrie ist vor dem Hintergrund des in der Sozial- und Gesundheitsversorgung vertretenen Handlungsansatzes des Case Managements (CM) sowie weiterer Gesetzesinitiativen zu betrachten (vgl. Kanth, 2005; Kusch, 2005). Im Folgenden werden daher die einzelnen Aspekte gesondert diskutiert.

3.1 Sozialmedizinische Nachsorge nach § 43 Abs. 2 SGB V

Laut § 43 SGB V zu „Ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation“ und hier nach Abs. 2 sowie nach der am 1. Juli 2005 veröffentlichten Rahmenvereinbarung der Spitzenverbände (vgl. VdAK, 2005a) können Krankenkassen aus medizinischen Gründen in unmittelbarem Anschluss an eine Krankenhausbehandlung oder stationäre Rehabilitation erforderliche sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für chronisch oder schwerstkranke Kinder, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erbringen oder fördern, wenn die Nachsorge wegen

- der Art, Schwere und Dauer der Erkrankung notwendig ist,
- um stationäre Aufenthalte zu verkürzen,
- die anschließende ambulante Behandlung zu sichern sowie
- erneute stationäre Aufnahmen zu vermeiden.

Die Nachsorgemaßnahmen umfassen

- die Analyse des Versorgungsbedarfs (auf Basis einer ganzheitlichen Einschätzung der Patientensituation),
- die im Einzelfall erforderliche Koordination der verordneten Leistungen (wie z.B. einer verordneten ambulanten Kinderkrankenpflege, Ergotherapie, psychologischen Betreuung),
- die Anleitung und Motivierung zur Inanspruchnahme der verordneten Leistungen (z.B. mittels Anleitung und Ermutigung des Kindes zu selbständigen Aktivitäten in Bezug auf die Selbstversorgung).

Angehörige und ständige Betreuungspersonen sollen mit einbezogen werden, wenn dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

Die Indikation zur sozialmedizinischen Nachsorge erfolgt durch den behandelnden Arzt. Als Indikationen sind Störungen mit Krankheitswert und schweren Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit bei chronisch oder schwerstkranken Kindern (etwa risiko- und frühgeborene, krebs-, herz-, mukoviszidosekranke Kinder) auf Basis der WHO-Klassifikationssysteme ICD-10-GM und ICF (vgl. WHO, 2004, 2006) vorgesehen, die mit körperlichen Schädigungen, einer Beeinträchtigung altersentsprechender Aktivitäten/Teilhabe sowie vorliegenden negativen Kontextfaktoren einhergehen, oder die sich aus dem Finalstadium einer Erkrankung ergeben (vgl. VdAK, 2005a).

Die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen nicht nur gemeinsam und einheitlich das Nähere zu den Voraussetzungen sowie zu Inhalt und Qualität der Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs. 2. SGB V. Sie legen auch in Empfehlungen die Anforderungen an die Leistungserbringer der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen nach § 132 c SGB V fest. Neben der *Rahmenvereinbarung der Spitzenverbände* wurden zum 1. Juli 2005 die zugehörigen *Empfehlungen der Spitzenverbände an die Leistungserbringer sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen nach § 132 c SGB V* veröffentlicht (vgl. VdAK, 2005b; im Folgenden „Empfehlungen der Spitzenverbände“ genannt). Dazu gehört beispielsweise, dass die sozialmedizinische Nachsorge durch ein interdisziplinäres Team geleistet werden soll, das sich aus mindestens je einem Vertreter der Berufsgruppen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Dipl.-Sozialarbeiter oder Dipl.-Sozialpädagoge oder Dipl.-Psychologe und Kinderkrankenschwester/-pfleger zusammensetzt¹, und das über (Grund-)Kenntnisse in Case Management verfügen soll² (vgl. VdAK, 2005b; vgl. Kap. 3.2 in dieser Arbeit). Neben personellen Anforderungen

werden ferner Anforderungen an die räumliche und technische Ausstattung, die Organisationsform, Kooperationen, die Dokumentation und Qualitätssicherung beschrieben.

Nachsorgeeinrichtungen, die Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V erbringen möchten, haben ein verbindliches schriftliches und strukturiertes sozialmedizinisches Nachsorgekonzept nachzuweisen. Sie werden anhand der in den Empfehlungen der Spitzenverbände formulierten Qualitätsanforderungen bewertet und ggf. in einem Versorgungsvertrag als Leistungserbringer sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen von den vertrags-schließenden Krankenkassen anerkannt. Über diesen formalen Umsetzungsmechanismus soll die Implementierung einer fachlich gebotenen, wirksamen und wirtschaftlichen sozialmedizinischen Nachsorge erreicht werden.

Krankenkassen in NRW, wie auch in anderen Bundesländern, bekundeten bereits ihre Zustimmung zur Gegenfinanzierung sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen. Ob es sich dabei um eine nach Berufsgruppen differenzierte Vergütung oder um die Verrechnung einer Stundenpauschale handeln wird, ist gegenwärtig noch ebenso unklar wie die genaue Höhe der Vergütung.

3.2 Case Management als zentrale Methode sozialmedizinischer Nachsorge

Das Case Management (CM) ist der grundlegende Handlungsansatz in der Erbringung sozialmedizinischer Nachsorge in der Pädiatrie. Entsprechend der Definition der Case Management Society of America wird Case Management als ein kooperativer Prozess verstanden, in dem Versorgungsangelegenheiten und Dienstleistungen *erhoben, geplant, implementiert, koordiniert, überwacht und evaluiert* werden, um so den individuellen Versorgungsbedarf eines Patienten mittels Kommunikation und Nutzung verfügbarer Ressourcen abzudecken (CMSA, 1994, S. 60). Case Management dient demnach der Koordination und Organisation unterschiedlicher Leistungsinhalte, Leistungserbringer und entspre-

chender Verantwortlichkeiten über eine definierte Zeitspanne hinweg.

Case Management erfolgt auf zwei Ebenen, der Fall- und der Systemebene:

- Die *Fallebene* bezieht sich auf die einzelfallbezogene Kommunikation mit und Ressourcennutzung für den individuellen Patienten.
- Die *Systemebene* bezieht sich auf die fallübergreifende Kommunikation mit Leistungserbringern im Versorgungsnetz und die Gestaltung des Versorgungsnetzes im Interesse bestimmter Patientengruppen.

Zum Tätigkeitsbereich des Case Managements in der sozialmedizinischen Nachsorge chronisch oder schwerstkranker Kinder zählen die „*Steuerungsleistungen der Nachsorge*“, wie die Analyse des Versorgungsbedarfs und die Koordinierung der verordneten Leistungen, während die Anleitung und Motivierung zur Inanspruchnahme der verordneten Leistungen den sog. „*klinischen Leistungen der Nachsorge*“ zugeordnet werden (vgl. Podeswik et al., 2005). Darüber hinaus zählen die Familie, Angehörige und Freunde (Mikrosystem), die Beziehung zu und zwischen Leistungserbringern wie Ärzten, Sozialarbeitern oder Psychotherapeuten (Mesosystem), die Einrichtungen (Kliniken, Praxen, Heime, Ämter, Selbsthilfegruppen usw.), in denen relevante Leistungserbringer tätig sind (Exosystem) und die Einrichtungen und Organisationen der Gesellschaft, wie Krankenkassen, Kammern, Ministerien, Wohlfahrtsverbände, Arbeitsmarkt, Fachgesellschaften usw. (Makrosystem) zum Wirkungsfeld des Case Managements (vgl. Kusch & Kanth, 2006).

Der Komplexität eines CM-Programms stehen nur wenige jedoch zentrale und weitgehend klar definierte *Case Management-Funktionen* gegenüber (vgl. z.B. Applebaum & Austin, 1990, S.11). Diese Funktionen bestimmen zugleich den grundsätzlichen Ablauf eines fachlich gebotenen Case Managements im Nachsorgeablauf (vgl. Kanth et al., 2005):

Intake/Screening: Auswahl und Beschreibung von Patienten, die ein CM-Pro-

gramm benötigen und davon voraussichtlich profitieren werden (i.S. der Patientenselektion und Fallaufnahme in die Nachsorge).

Assessment: Erhebung der Probleme/Beinträchtigungen, Ressourcen/Kompetenzen und Bedürfnisse eines Patienten vor seinem gesamten Lebenshintergrund⁴ (i.S. des individuellen Nachsorgebedarfs).

Planning: Entwicklung eines spezifischen CM-Plans bzw. Auswahl eines vorgegebenen CM-Programms incl. dessen Individualisierung (i.S. der Erstellung eines Nachsorgeplans).

Linking/Plan Implementation: Vermittlung/Vernetzung eines Patienten an alle erforderlichen Leistungserbringer des verfügbaren formellen (d.h. professionellen) wie informellen (d.h. persönlichen/familiären/nicht-professionellen) Versorgungs- und Unterstützungssystems (i.S. der Umsetzung des Nachsorgeplans).

Monitoring/Reassessment: Kontinuierliche Überwachung des individuellen Versorgungsverlaufs (i.S. der Kontrolle des Nachsorgeverlaufs)/Ggf. wiederholte Einschätzung der Problem-, Ressourcen- und Bedürfnislagen (i.S. der Erfassung von evtl. Veränderungen im Nachsorgebedarf).

Evaluation: Abschließende Bewertung des individuellen CM-Programms (i.S. der

- 1 Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind in diesem interdisziplinären Team nicht explizit genannt.
- 2 Aktuell ist noch offen, was seitens der Krankenkassen genau unter (Grund-) Kenntnissen in CM verstanden wird und welche Anzahl an Mitarbeitern des Nachsorgeteams mindestens darüber verfügen soll. In der aktuellen Diskussion ist beispielsweise ein Vorschlag, dass 1-2 Mitarbeiter über eine umfangreichere Weiterbildung verfügen sollten, während bei den übrigen Mitarbeitern der Nachweis einer bestimmten Anzahl an Fortbildungsstunden ausreichend sein könnte (vgl. Podeswik et al., 2005).
- 3 Klinische Leistungen der Nachsorge stellen Nachsorgeleistungen dar, die sich auf konkrete Leistungen in der ganzheitlichen Unterstützung und/oder Therapie des Patienten/seiner Angehörigen und ständigen Betreuungspersonen beziehen.
- 4 Vgl. Konzept der „Kontextfaktoren“ der ICF (WHO), www.dimdi.de/static/de/klassi/ICF/index.html (05.01.2006)



Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation e.V.

Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten (VT) *

Würzburg - München
(Einstieg jederzeit möglich)

Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (VT) *

Bamberg (SS 2006)

„Nachqualifizierung“ *

im Rahmen der
Übergangsbestimmungen des PTG
140/280 Stunden Theorie
Bamberg - Würzburg - München

* alle Veranstaltungen werden zur
Fortbildungsanerkennung bei der
Kammer eingereicht

Arbeitsgemeinschaft für
Verhaltensmodifikation Deutschland e. V.
(AVM-D)

Bundesgeschäftsstelle
Dr.-Haas-Straße 4, 96047 Bamberg

Neu:

Fon (09 51) 2 08 52 11

Fax (09 51) 2 08 52 15

e-mail: info@avm-d.de

internet: www.avm-d.de

Legasthenie

X Uni Wort

Die große Hilfe bei Lese-/Rechtschreibproblemen, mit Blitzwort, Fehlbuchstabe, Abschreiben, Kopf- und Spiegelschrift, Diktat, Greifspiel... erweiterbar **49,90 €**

X Wahrnehmung

Wahrnehmungsdifferenzierung, visuelles/ auditives Gedächtnis- und Reaktionstraining... **51,- €**

X Gedächtnis

Gedächtnis- und Bilderdiktat trainiert Erinnerungsvermögen durch protokolliertes Eingeben von Texten, erweiterbar **49,90 €**

Qualität die sich bewährt
Software vom E.T. Verlag

www.etverlag.de

E. T. Verlag Tel. 05404 - 71858
49504 Lotte Hoher Esch 52

Ergebniskontrolle der gesamten Nachsorgemaßnahme).

Dieses methodische Vorgehen wird in der Versorgung von Patienten mit chronischen, multimorbiden Erkrankungen und multiplen Problem- und Bedürfnislagen als besonders geeignet angesehen, die Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Patientenversorgung zu gewährleisten (vgl. Ziguras & Stuart, 2000). In der psychosozialen Gesundheitsversorgung und speziell in der Nachsorge soll Case Management präventive und therapeutische Maßnahmen ergänzen (vgl. Oostrik & Steenbergen, 2000). Folgende Zielsetzungen stehen dabei im Mittelpunkt:

- Überwindung der Fragmentierung und Zersplitterung von Diensten und Leistungsangeboten,
- Steigerung der Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung,
- Realisierung der vielfach geforderten Patientenorientierung und Patientenpartizipation,
- Regelung der Verantwortung und Befugnisse der Leistungserbringer.

Nach dem Bestreben von Fach- und Berufsverbänden sowie Interessensvertretern des Case Managements (seit Juni 2005 zusammengeschlossen in der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management, DGCC) sollen die Funktionen des Case Managements speziell aus- bzw. weitergebildete „Case Manager“⁵ übernehmen (vgl. www.case-manager.de; www.dgcc.de). Zum gegebenen Zeitpunkt zu bedenken ist allerdings, dass die theoretisch/fachlich wie berufspolitisch geforderten hoch gesteckten Anforderungen an Case Manager in der Praxis oftmals nicht genügend Berücksichtigung finden (z.B. wenn Hausärzte ohne jede Zusatzqualifikation diese Funktion übernehmen, vgl. dazu Kap. 3.3 in dieser Arbeit).

3.3 Weitere Gesetzesinitiativen nach SGB V

Der Case Management-Ansatz der sozialmedizinischen Nachsorge nach § 43 Abs. 2 des SGB V ist im Zusammenhang mit weiteren Neuerungen seit Einführung des GKV-Modernisierungsgesetzes im Jahr 2003 zu

betrachten. Nach § 73b SGB V soll zukünftig der Hausarzt in der „hausarztzentrierten Versorgung“ als Case Manager und Lotse im Gesundheitssystem fungieren; eine Rolle, die dem behandelnden Vertragsarzt in der sozialmedizinischen Nachsorge bereits zukommen kann.

Die integrierte Versorgung nach § 140a SGB V wie auch die „strukturierten Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten“ nach § 137f SGB V werden ebenfalls nicht ohne Case Management-Strategien auskommen (vgl. Mühlbacher, 2002).

Mit der breiten Einführung des Case Managements in die Gesundheitsversorgung soll u.a. der Fragmentierung und Zersplitterung von Diensten und Leistungsangeboten entgegengewirkt und eine Steigerung der Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung erreicht werden (vgl. Kap. 3.2 in dieser Arbeit). Es werden damit aber auch die Verantwortung und Befugnisse der Leistungserbringer neu festgelegt und Patientenströme im Gesundheitswesen neu gelenkt. Welche Bedeutung der psychotherapeutischen Versorgung hierbei zukommt, und welche Rolle Psychotherapeuten in einem derart gesteuerten Gesundheitswesen spielen werden, ist bislang kaum diskutiert.

4. Praxisbeispiel: Sozialmedizinische Nachsorge in der Pädiatrie nach Modell Bunter Kreis

Zur Veranschaulichung der aktuellen Entwicklungen ist im Folgenden ein Praxisbeispiel zur sozialmedizinischen Nachsorge in der Pädiatrie aufgeführt. Beschrieben wird das Nachsorgemodell „Bunter Kreis“, mit dem deutschlandweit die Etablierung einer sozialmedizinischen, auf dem Handlungsansatz des Case Managements beruhenden, familienorientierten Nachsorge in der Pädiatrie verbunden wird (vgl. www.bunter-kreis-deutschland.de). Gemäß eines „Advocacy“ (Anwaltschaft) wird im Besonderen die Vertretung der Patienteninteressen zur Sicherung einer angemessenen, d.h. plan- bzw. programmgerechten Nachsorge (u.a. i.S. von Patientenorien-

terung und Bedarfsgerechtigkeit) verfolgt. Die Nachsorge wird lokal in Vereinsstruktur organisiert, in Kooperation mit Kinderkliniken/pädiatrischen Fachabteilungen angeboten und ist in das regionale Versorgungsnetzwerk eingebunden. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten werden integriert in das interdisziplinäre Nachsorgeteam sowie als externe Kooperations- und Vernetzungspartner als unbedingt notwendig angesehen. Zusätzlich zum sozialmedizinischen Leistungskatalog der Krankenkassen wird das Nachsorgeangebot an verschiedenen Standorten durch sog. „optionale Leistungen“ (wie z.B. spezielle psychotherapeutische Leistungen) ergänzt. Die Finanzierung beruht dabei auf unterschiedlichen Säulen wie Krankenkassen, Kostenträgern des Sozialwesens (z.B. Träger der Eingliederungshilfe), Stiftungen und Eigenmitteln der Einrichtung (z.B. Spenden, Sponsoring, Mitgliedsbeiträge). In NRW schlossen sich Nachsorgeeinrichtungen nach Modell Bunter Kreis zu einer regionalen Arbeitsgruppe zusammen (ABCD-Gruppe NRW). Mit dem Ziel, eine überregionale gleichwertige Qualität der Nachsorge nach dem Modell Bunter Kreis zu erzielen, wurde 2002 der *Qualitätsverbund Bunter Kreis* (QV) gebildet (vgl. www.bunter-kreis-deutschland.de). Ein die Arbeit des QV weiterführendes Qualitätshandbuch zur Darlegung wesentlicher Qualitätsmerkmale einschließlich von Handlungsempfehlungen zu sozialmedizinischen Nachsorgeleistungen in der Pädiatrie (*INIP-Projekt*) soll demnächst fertig gestellt sein (vgl. www.beta-institut.de). Darüber hinaus wurde dieses Jahr zur allgemeinen Förderung sozialmedizinischer Nachsorge in Deutschland die *Gesellschaft Sozialmedizinische Nachsorge in der Pädiatrie* (G SNP) gegründet (vgl. www.gsnp.de). Gemeinsam mit der G SNP, der INIP-Arbeitsgruppe und der ABCD-Gruppe NRW ist aktuell vom QV ein *Meta-Nachsorgekonzept* zur sozialmedizinischen Nachsorge als Konsensuspapier verabschiedet worden (vgl. Podeswik et al., 2005). Es dient als Vorlage zur Entwick-

⁵ aktuell mit Titel „Zertifizierte/r Case Manager/in, anerkannt nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit (DGS), dem Deutschen Berufsverband für Soziale Arbeit (DBSH) und Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)“

lung lokaler Nachsorgekonzepte, die in Vertragsverhandlungen zur Anerkennung als Leistungserbringer sozialmedizinischer Nachsorge den Krankenkassen vorgelegt werden müssen, und wird allen Mitgliedern des QVs zur Verfügung gestellt. Für NRW werden die ersten Anerkennungen von Nachsorgeeinrichtungen nach Modell Bunter Kreis als Leistungserbringer sozialmedizinischer Nachsorge im Frühjahr 2006 erwartet.

5. Konsequenzen für das Arbeitsfeld der Psychotherapeuten

Mit der Methode des Case Managements erfolgt in der sozialmedizinischen Nachsorge in erster Linie ein Versorgungsmanagement, das die Versorgung des Patienten über verschiedene Leistungssektoren steuert, d.h. nach expliziten Regeln plant, lenkt und prüft, und sich am fachlich ermittelten Bedarf und an den individuell vorliegenden Bedürfnislagen des Patienten orientiert (vgl. Kanth et al., 2005). Ein explizites Versorgungsmanagement hat dabei zwei Konsequenzen für die psychotherapeutische Leistungserbringung in der Nachsorge.

Konsequenz 1: Leistungen, die im Gesundheitswesen auf Grundlage der Methode des Case Managements erbracht werden, gelten nicht als therapeutische Leistungen, auch wenn im Rahmen sozialmedizinischer Nachsorge ein Patient angeleitet, d.h. befähigt und motiviert wird, Leistungen in Anspruch zu nehmen, um

dadurch i.S. der Hilfe zur Selbsthilfe in der eigenständigen Lebensführung gestärkt zu werden.

Zum Management dieser sektorübergreifenden und interdisziplinär ausgerichteten Patientenversorgung sind Kompetenzen des Versorgungsmanagements zwingend erforderlich. Es handelt sich hierbei im Wesentlichen um die Lenkung von Patientenströmen, mit denen erreicht werden soll, dass ein Patient möglichst zum optimalen Zeitpunkt die optimale, d.h. wirksamste, effizienteste und ggf. kostengünstigste Leistung erhält (Steuerungs- bzw. Managementaspekt der Nachsorge), aber auch darum, einen Patienten zu befähigen, diese Leistungen in Anspruch nehmen zu können (klinischer Leistungs- bzw. Interventionsaspekt der Nachsorge).

Rein formal betrachtet umfasst das Case Management daher hauptsächlich das *Management* und nicht die kurative oder palliative Behandlung eines Patienten, während Psychotherapie eher die *Patientenbehandlung* und nicht das Patientenmanagement bedeutet. Dementsprechend wird den Psychotherapeuten in der sozialmedizinischen Nachsorge zunächst auch keine explizite Rolle zugewiesen, da sie nicht für das Versorgungsmanagement zuständig sind. Selbst für die in der sozialmedizinischen Nachsorge vorgesehenen klinischen Leistungen der „Anleitung und Motivierung zur Inanspruchnahme der verordneten Leistungen“ sind psychotherapeutische Kompetenzen bislang nicht vorgesehen, solange man unter Psychotherapie ausschließ-

lich die kurative Funktion und nicht auch die diesbezügliche Bedarfsermittlung, Indikationsfeststellung und Evaluation versteht. Ähnliches gilt auch für das Case Management, wie es in der „integrierten Versorgung“ nach § 140a SGB V sowie für die „strukturierten Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten“ nach § 137f SGB V vorgesehen sein kann.

Ergebnisse der Psychotherapieforschung (vgl. z.B. Greenberg, 2004; Howard et al., 1993; Hubbel et al., 1999; Lutz et al., 2004) legen jedoch eine sinnvolle Ergänzung der Psychotherapie durch das Case Management nahe (vgl. dazu auch Kusch & Kanth, 2006). So ist z.B. bekannt, dass 40% der Therapieeffektivität abhängig von extratherapeutischen Patientenvariablen sind, etwa von der sozialen Eingebundenheit und Unterstützung, dem sozialen Umfeld und sonstigen Lebens- und Versorgungsbedingungen des Patienten. Diese „extratherapeutischen Variablen“ greift die Psychotherapie gewöhnlich aber nicht auf (vgl. dazu auch Lambert & Ogles, 2004), u.a. bedingt dadurch, dass die gegenwärtigen Psychotherapierichtlinien eine entsprechende Umfeld-Orientierung erschweren. Im Case Management dagegen wird die Unterstützung des Patienten im Kontext seines gesamten Lebenshintergrundes hervorgehoben (vgl. z.B. auch Surber, 1994).

Das Case Management kann und sollte daher als eine sinnvolle und begründbare Erweiterung der Psychotherapie diskutiert werden, z.B. als eine Methode, mit welcher einem erfolgreich psychotherapeu-

SYMPOSIUM DES UNIVERSITÄTSVERBUNDES FRANKFURT, GIEßEN, MAINZ & MARBURG

Neue Ansätze in der Behandlung v. Angststörungen

David Barlow, Anke Ehlers, Martin Bohus, Stefan Hofmann

Sa. 24.06.2006 in Frankfurt/Main

Vorträge & Workshops
8 Pkt. b. LPPKJP Hessen beantragt

Info: Dr. Heike Winter, 069-798 2 3723
heike.winter@psych.uni-frankfurt.de
www.psychotherapie-ausbildung-frankfurt.de

tisch behandeltem Patienten das Einüben der für eine selbständige und selbstkompetente Lebensweise notwendigen Selbstmanagementstrategien ermöglicht werden kann (vgl. Kanter, 1989; Kusch & Kanth, 2006; Lamb, 1980).

Im Zusammenhang mit der sozialmedizinischen Nachsorge ist es somit überlegenswert, ob nicht auch Psychotherapeuten für besonders belastete Familien mit einem chronisch oder schwerstkranken Kind Funktionen des Versorgungsmanagements übernehmen sollten, auch wenn sie als eigenständige Berufsgruppe in den Empfehlungen der Spitzenverbände bislang nicht explizit genannt sind (vgl. Kap. 3.1 in dieser Arbeit). Gerade Familien in Situationen psychischer Extrembelastung oder Familien mit psychisch gestörten Angehörigen benötigen eine tragfähige und kontinuierliche Beziehung, in der ihnen so viel Vertrauen und Kompetenz vermittelt wird, dass sie sich für die in der Nachsorge verordneten Leistungen „selbst-wirksam“ einsetzen können.

In der sozialmedizinischen Nachsorge könnte daher den Psychotherapeuten, insbesondere den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, nicht nur die Rolle eines Kooperationspartners des Case Managers zukommen, der ausschließlich die psychotherapeutischen Behandlungen durchführt, sondern ebenso die Rolle eines Psychotherapeuten und Case Managers, der bei spezieller Indikation auch für die Steuerung der Versorgungsprozesse (das Case Management) bei Familien mit einem chronisch oder schwersterkrankten Kind und z.B. psychisch erkrankten Familienangehörigen verantwortlich ist.⁶

Konsequenz 2: *Unabhängig von diesen Überlegungen werden Psychotherapeuten mit der Einführung des Case Managements in das Gesundheitswesen umgehen müssen.*

Sie werden mit ihrer vorhandenen fachlichen Kompetenz

■ in freier Praxis/im Angestelltenverhältnis außerhalb der sozialmedizinischen Nachsorge bzw. der integrierten Versorgung oder

■ in freier Praxis innerhalb der sozialmedizinischen Nachsorge/integrierten Versorgung als Kooperationspartner bzw. als Angestellter eines Versorgungszentrums oder einer Nachsorgeeinrichtung

die psychotherapeutische Versorgung der Patienten sicherstellen (vgl. Kusch, 2005).

Sie können zudem darauf hinwirken, eine Doppelfunktion als kurative Psychotherapeuten und Case Manager auszuüben, und damit ihr Leistungsangebot für ihre Patienten um Maßnahmen erweitern, die ihre psychotherapeutische Wirksamkeit vermutlich deutlich steigern würden (vgl. z.B. Hubbel et al., 1999; Kusch & Kanth, 2006).

Auch wenn in der gegenwärtigen Entwicklung noch unklar ist, wie sich die sozialmedizinische Nachsorge bzw. integrierte Versorgung durchsetzen wird, werden vor allem die Leistungsfinanzierer die Entwicklung hin zum Case und Versorgungsmanagement vorantreiben und entsprechende Verträge mit den Leistungserbringern schließen. Dass Psychotherapeuten sich an dieser neuen Versorgungsform beteiligen sollten, wird seitens von Funktionären der Psychotherapie für wünschenswert gehalten (vgl. z.B. Best, 2005; Kommer, 2003; Konitzer, 2004; vgl. auch Kusch & Kanth, 2006). Wie dies der Gesetzgeber und die Krankenkassen beurteilen, wird abzuwarten sein.

6. Ausblick

Die Psychotherapie wird sich im gesamten Gesundheitswesen auf neue und zum Teil dramatische Änderungen in den Versorgungsstrukturen und -prozessen einstellen müssen. Dies wird mit Einführung der hausarztzentrierten Versorgung, der integrierten Versorgung, strukturierter Behandlungsprogramme und der sozialmedizinischen Nachsorge deutlich (vgl. u.a. Mühlbacher, 2002).

Die bereits heute zu Case Managern weitergebildeten Professionellen werden als neue „Berufsgruppen“ Leistungen des Versorgungsmanagements im Gesundheitswesen übernehmen. Mit dem § 43 Abs. 2 SGB V ist sogar ein neues Gesetz in das

SGB V aufgenommen worden, das vorwiegend Managementleistungen betrifft.

Psychotherapeuten können und sollten die neuen Kooperationsmöglichkeiten im Gesundheitswesen aktiv nutzen und sich an den verschiedenen Formen und Arbeitsfeldern der integrierten Versorgung beteiligen. Ob sie selber eine Funktion übernehmen können, die eine entsprechende Fort- bzw. Weiterbildung in Case Management womöglich vorausgesetzt, neben der Psychotherapie auch das Versorgungsmanagement von Patienten erfüllt, wird intensiv zu diskutieren sein. Es lässt sich jedoch durchaus denken, dass Psychotherapeuten bei psychosozial hoch belasteten Patientengruppen im Gesundheitswesen mehr als ausschließlich psychotherapeutische Kompetenzen anbieten können (vgl. Best, 2005; Kusch & Kanth, 2006).

Welcher Stellenwert den Psychotherapeuten letztendlich in der sozialmedizinischen Nachsorge zukommen wird, ist noch unklar. Aktuell werden sowohl von Kostenträgern als auch Leistungserbringern unterschiedliche Alternativen diskutiert, erste Entscheidungen getroffen und damit Weichen gestellt. Der zukünftige Stellenwert der Psychotherapeuten wird demnach entscheidend auch davon abhängen, welches Engagement in der gegenwärtigen öffentlichen Diskussion als auch bei der Initiierung lokaler/regionaler Versorgungsstrukturen die Berufsgruppe der Psychotherapeuten zeigen wird.

Literatur

- Applebaum, R. & Austin, C. (1990). *Long-Term Care Case Management*. New York: Springer.
- Association for the Care of Children's Health (ACCH) (1990). *Shaping the future of children's health*. Washington, D.C.: Author.
- Best, D. (2005). *Verbessertes Case Management bei der Behandlung chro-*

⁶ Ein vergleichbares Vorgehen wird beispielsweise derzeit in einem Modellprojekt zur integrierten Versorgung in der ambulanten Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit chronifizierten psychischen Störungen in Rheinland-Pfalz erprobt, bei dem der erhöhte Koordinationsaufwand der Psychotherapeuten pauschal mit 160,- € pro Patient und Quartal finanziert wird (vgl. Best, 2005).

- nifizierter psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. *Case Management*, 1, 25-28.
- Carels, J. & Pirk, O. (2005). *Springer Wörterbuch Gesundheitswesen*. Berlin: Springer.
- Case Management Society of America (CMSA) (1994). CMSA proposes standards of practice. *The Case Manager*, 5 (1), 59-70.
- Greenberg, R.P. (2004). Essential ingredients for successful psychotherapy. Effect of common factors. In: Dewan et al. (eds.), *The art and science of brief psychotherapies*. Arlington: America Psychiatric Publishing.
- Howard, K.I., Lueger, R.J., Maling, M.S. & Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: Causal mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 678-685.
- Hubbel, M.A., Duncan, B.L. & Miller, S.D. (eds.). (1999). *The Heart and Soul of Change*. Washington, D.C.: American Press.
- Kanter, J.S. (1989). Clinical case management: definitions, principles, components. *Hospital & Community Psychiatry*, 40 (4), 361-368.
- Kanth, E. (2005). Einführung zum Thema „Psychosoziale Nachsorge in der Pädiatrie“. *Vortrag in Fortbildung: „Psychosoziale Nachsorge in der Pädiatrie. Konzepte, Kooperationen, Ergebnisse. Psychotherapeutenkammer NRW“*. Düsseldorf: 04. Juni 2005.
- Kanth, E., Podeswik, A. & Kusch, M. (2005). Qualitätsmanagement in der Nachsorge: Von der Theorie in die Praxis. *Kinderkrankenschwester*, 24 (3), 106-111.
- Kommer, D. (2003). Die Bedeutung des psychotherapeutischen Case-Managements für die Gesundheitsversorgung. Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg. *Vortrag Symposium: „Psychologische Psychotherapeuten als case-manager“*. Nexus-Klinik: 21. Mai 2003.
- Konitzer, M. (2004). Case Management Psychoonkologie aus Sicht der Psychotherapeutenkammer. 15. *Kongress für Klinische Psychologie, Psychotherapie & Beratung der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Humboldt Universität*. Berlin: 05. bis 09. März 2004.
- Kusch, M. (2005). Gesundheitspolitische Aspekte. *Vortrag in Fortbildung: „Psychosoziale Nachsorge in der Pädiatrie. Konzepte, Kooperationen, Ergebnisse. Psychotherapeutenkammer NRW“*. Düsseldorf: 04. Juni 2005.
- Kusch, M. & Kanth, E. (2006). Klinisches Case Management. *Forum Psychotherapeutische Praxis*. In Druck.
- Lamb, H.R. (1980). Therapist-case managers: More than brokers of services. *Hospital and Community Psychiatry*, 31, 762-764.
- Lambert, M.J. & Ogles, P.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (eds.), *Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, (5th ed.), (p. 139-193). New York: Wiley.
- Lutz, W., Kosfelder, J. & Joormann, J. (2004). *Misserfolge und Abbrüche in der Psychotherapie*. Bern: Huber.
- Mühlbacher, A. (2002). *Integrierte Versorgung: Management und Organisation*. Bern: Huber.
- Oostrik, H. & Steenbergen, B. (2000). Case Management in der ambulanten psychosozialen Gesundheitsversorgung in den Niederlanden: das Nijmegen Modell. In Ewers, M. & Schaeffer, D. (Hrsg.), *Case Management in Theorie und Praxis*, (S. 251-264). Bern: Huber.
- Podeswik, A., Kanth, E., Kusch, M., Otte, R., Porz, F., Lang, E. & Siefert, S. (2005). Meta-Nachsorgekonzept zur sozialmedizinischen Nachsorge nach § 43 Abs. 2 SGB V. *Konsensuspapier der INIP-Arbeitsgruppe, des Qualitätsverbundes Bunter Kreis, der Gesellschaft für sozialmedizinische Nachsorge in der Pädiatrie und der ABCD-Gruppe NRW*. Augsburg: beta Institut (unveröffentlicht).
- Surber, R.W. (eds.). (1994). *Clinical Case Management. A Guide to Comprehensive Treatment of Serious Mental Illness*. London: Sage.
- Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK). (2005a). *Rahmenvereinbarung der Spitzenverbände nach § 43 Abs. 2 SGB V*. www.vdak.de/sozial-medizinische_nachsorge.htm (05.01. 2006).
- Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK). (2005b). *Empfehlungen der Spitzenverbände nach § 132 c SGB V*. www.vdak.de/sozialmedizinische_nachsorge.htm (05.01.2006).
- WHO (2004). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)*. www.dimdi.de/static/de/klassi/ICF/index.html (05.01. 2006).
- WHO (2006). *Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10-GM)*. www.dimdi.de/static/de/klassi/index.htm (05.01.2006).
- www.beta-institut.de; www.bunter-kreis-deutschland.de; www.case-manager.de; www.dgcc.de; www.gsnp.de (05.01. 2006).
- Ziguras, S. J. & Stuart, G.W. (2000). A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatric Services*, 51, 1410-1421.

Dipl.-Psych. Eva Kanth

Zertifizierte Case Managerin (DGS, DBSH, DBfK)

Mitglied im Beirat der Gesellschaft Sozialmedizinische Nachsorge in der Pädiatrie e.V. in Repräsentation der Psychologie/Psychotherapie
Max-Löbner-Str. 8

53175 Bonn

eva.kanth@t-online.de

FOCUSING - WOCHEN ACHBERG 2006

14. bis 24. August 2006
Achberg / Esseratsweiler
bei Lindau

- **14. bis 18. August 2006**
Focusing
Weiterbildungsseminare I-IV
TrainerInnenseminar
Supervisionsseminar

- **19. bis 22. August 2006**
Symposium:

FOCUSING^{PLUS}

Ach Du liebe Zeit.
Die Zeit in Psychotherapie & Beratung

Information und Anmeldung:
Focusing-Büro
Anna-Maria-Junius-Str. 118
D-96047 Bamberg
Tel.: 0951/ 5 21 32
www.focusing-netzwerk.de

**NETZ
FOCUSING
WERK**

Muster-Berufsordnung

Inge Berns und Martin Stellpflug

Zusammenfassung: Nach einjähriger Vorbereitungszeit lag der Delegiertenversammlung der Bundespsychotherapeutenkammer der Entwurf einer Muster-Berufsordnung vor. In einem außerordentlichen 7. Deutschen Psychotherapeutentag in Dortmund berieten die Delegierten ausgiebig und verabschiedeten die erste Muster-Berufsordnung für Psychotherapeuten. In diesem Beitrag werden die Diskussionschwerpunkte und Ergebnisse beschrieben.

Die Ausgangslage

Jeder Psychologische Psychotherapeut und jeder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, der seinen Beruf ausübt, unterliegt dem Berufsrecht. Dabei ergeben sich die Berufspflichten nicht nur aus den Berufsordnungen der Kammern, sondern auch aus den Kammer- bzw. Heilberufsgesetzen der Länder und aus dem Allgemeinen Recht, also beispielsweise den Artikeln des Grundgesetzes oder den Normen des Bürgerlichen Gesetzbuches.

Die Vorschriften einer Muster-Berufsordnung dagegen entfalten keine unmittelbare Rechtsbindung. Anliegen einer Muster-Berufsordnung ist es vielmehr, die Länder-Berufsordnungen zu harmonisieren. Daneben hat eine Muster-Berufsordnung nicht zu unterschätzende Folgen für die Darstellung des Berufs nach außen und für seine Wahrnehmung durch Dritte. Außenstehende, die sich über die Rechte und Pflichten der Berufsangehörigen informieren möchten, recherchieren ungern in unterschiedlichen Landesgesetzen, sondern suchen die einheitliche Übersichtlichkeit einer Muster-Berufsordnung.

Deshalb war es berufspolitisch auch ein wichtiges Zeichen nach außen, dass nach langer und intensiver Vorarbeit am 13.01.2006 die Muster-Berufsordnung mit großer Mehrheit verabschiedet wurde. Dabei lag den Delegierten ein Entwurf nebst so ge-

nannter „Sondervoten“ vor, die von einer Lenkungsgruppe (Inge Berns, Ellen Bruckmayer, Dirk Fiedler, Detlev Kommer, Monika Konitzer, Bernhard Morsch, Martin Stellpflug) erarbeitet worden waren. Diese Lenkungsgruppe war am 09.10.2004 von den Delegierten gewählt worden, mit dem Auftrag, unter Einbeziehung der Diskussionen in den Landeskammern und den Berufsverbänden und unter Berücksichtigung der Ergebnisse zweier Anhörungen von Vertretern der entsprechenden Landesausschüsse eine Muster-Berufsordnung nebst Alternativformulierungen dem Deutschen Psychotherapeutentag vorzulegen.

Schwerpunkte der Diskussion waren dann die Formulierungen der Präambel und der Regelungen zu § 2 (Berufsbezeichnung), zu § 5 (Sorgfaltspflichten), zu § 6 (Abstinenz), zu § 18 (Delegation), zu § 21 (Zusammenschlüsse zur gemeinsamen Praxisführung, zu Kooperationsgemeinschaften und sonstigen Organisationen) und zu § 26 (Psychotherapeuten als Lehrende, Ausbilder, Lehrtherapeuten sowie als Supervisoren).

Nachfolgend werden hierzu die Diskussionschwerpunkte und ihr Ergebnis dargestellt.

Beruf vs. Berufsstand

Zu den Formulierungen der Präambel lag ein Sondervotum vor, welches im Wesent-

lichen den Begriff des „Berufsstandes“ zu Gunsten einer „modernerer“ Formulierung vermeiden wollte und mit ähnlicher Begründung auch die Formulierung „Erhaltung des Standesfriedens“ für entbehrlich hielt. Die Delegierten votierten im Ergebnis mehrheitlich für das Sondervotum und damit – auch im Vergleich zu den Berufsordnungen anderer freier Berufe – für eine modernere Sprache. Rechtliche Auswirkungen hat diese Entscheidung der Delegierten nicht.

Berufsbezeichnungen

Zu einer umfangreichen Aussprache führten die im Entwurf vorgelegten Regelungen zu den Berufsbezeichnungen (§ 2 Muster-Berufsordnung). Dabei wurde zum einen problematisiert, dass Zusatzbezeichnungen, Qualifikationen oder Tätigkeitsschwerpunkte keine „Berufsbezeichnungen“ seien und von daher die Überschrift falsch gewählt sei. Gefordert wurde auch, die Regelungen zu den „zusätzlichen Bezeichnungen“ an anderer Stelle der Muster-Berufsordnung unterzubringen. Diesen eher redaktionellen Überlegungen mochten die Delegierten nicht folgen und beließen die berufsrechtlichen Vorgaben zum Führen der gesetzlich geschützten Berufsbezeichnungen und anderer Bezeichnungen aus Gründen der Übersichtlichkeit und der Sachnähe in einem einheitlichen Paragraphen. Eine stärker inhaltliche Diskussion entstand aber zu der Frage, inwieweit die zusätzliche Bezeichnung in einem Verfahren angegeben werden könne, welches zwar nicht zur Approbation, wohl aber zum sozialrechtlichen Fachkundenachweis (§ 95c SGB V) geführt habe. Um solche Fallkonstellationen berücksichtigen zu können, wurden unterschiedliche Ergänzungen zum vorgelegten Entwurf gefordert. Die

Mehrheit der Delegierten folgte schließlich der Auffassung der Lenkungsgruppe, wonach entsprechende Ergänzungen nicht nötig sind, weil es sich beispielsweise beim Fachkundenachweis um eine „Qualifikation“ im Sinne des § 2 Abs. 3 Muster-Berufsordnung handelt, die angegeben werden darf, sofern dies in angemessener Form erfolgt.

Elektronische Kommunikationsmedien

Schon in den Anhörungen der Lenkungsgruppe hatte sich in den Diskussionen mit den Berufsverbänden und den unterschiedlichen Landeskammern gezeigt, dass das Thema „Internet-Psychotherapie“ von besonderer Brisanz ist. Erwartungsgemäß nahm daher auch die Diskussion über die Zulässigkeit heilkundlicher Behandlungen über Kommunikationsmedien breiten Raum ein. Dabei zeigten sich unterschiedlichste Auffassungen sowohl in der fachlichen Einschätzung solcher Tätigkeiten, in den berufspolitischen Zielen und Chancen als auch hinsichtlich der rechtlichen Ausgestaltung von Ge- oder Verboten.

Die Befürworter der Regelung im Hauptentwurf der Lenkungsgruppe verwiesen vor allem darauf, dass ein Verbot der „Internet-Psychotherapie“ einen Eingriff in die Berufs-

freiheit nach Art. 12 Abs. 1 GG darstelle, dessen Zulässigkeit fragwürdig sei. Solange keine Studien die These belegten, eine psychotherapeutische Behandlung ohne unmittelbaren persönlichen Kontakt sei schädlich, dürfe eine solche Behandlungsweise auch nicht verboten werden. Die Mehrheit der Delegierten aber unterstützte das Sondervotum, wonach grundsätzlich jede psychotherapeutische Behandlung den persönlichen Kontakt erfordert. Über elektronische Kommunikationsmedien darf nur in begründeten Ausnahmefällen und unter Beachtung besonderer Sorgfaltspflichten behandelt werden. Modellprojekte, insbesondere zur Forschung, in denen psychotherapeutische Behandlungen ausschließlich über Kommunikationsnetze durchgeführt werden, bedürfen der Genehmigung durch die Kammer und sind zu evaluieren (Verbot mit Erlaubnisvorbehalt, vgl. § 5 Abs. 5 Muster-Berufsordnung).

Für diese Formulierungen wurde vor allem die Besonderheit psychotherapeutischer Behandlungsweise ins Feld geführt, welche schon wegen ihrer Wirkmechanismen den direkten persönlichen Kontakt erfordert. Mit der verabschiedeten Regelung erfolgte kein vollständiges Verbot psychotherapeutischer Behandlungen über elektronische Kommunikationsmedien. Möglich sind solche Behandlungen aber nur in begründeten Ausnahmefällen.

Abstinenz

§ 6 des Entwurfs fand in 6 von 7 Absätzen nach kurzer Beratung über einige Änderungsanträge rasch Zustimmung. Breiten Raum nahm die Diskussion des Abs. 7 ein, der Anforderungen an die Beziehungsgestaltung von Psychotherapeuten und Patienten nach Beendigung einer psychotherapeutischen Behandlung stellt und nach dem Prinzip der Fürsorge für den Patienten Vorkehrungen dazu treffen soll, dass ein Psychotherapeut sich bei und nach Beendigung einer Psychotherapie seinem Patienten gegenüber berufsethisch korrekt verhält. Ein ausführlicher Disput war zu erwarten, denn in diesem Punkt differieren auch die geltenden Berufsordnungen der Landespsychotherapeutenkammern. Auch die Diskussionen, Anhörungen und Rückmeldungen zur Erarbeitung des Entwurfs hatten sich ausgiebig mit diesem Punkt auseinandergesetzt.

Zu dem einstimmig formulierten Vorschlag der Lenkungsgruppe, der den Missbrauch einer therapeutischen Vertrauensbeziehung auch nach Beendigung einer Behandlung als berufsordnungswidrig deklarierte, gab es Änderungsanträge, die nicht nur ein Missverhalten des Therapeuten ahnden wollten, sondern eine Fristsetzung von einem Jahr bzw. von drei Jahren forderten, bevor private Kontakte aufgenommen werden dürfen.

Engpässe in Büro? – Wir entlasten Sie!

Wir sind ein leistungsstarkes Team und bieten Ihnen das gesamte Leistungsspektrum eines voll ausgestatteten Sekretariats für den medizinischen Bereich.

Wir übernehmen für Sie jegliche Schreibarbeiten sowie Datenerfassungsleistungen

- nach handschriftlicher und maschinenschriftlicher Vorlage,
- von Phonokassetten,
- Berichte, Gutachten/Textarbeiten, Leistungserfassung und Abrechnung, Organisationsarbeiten, Telefonservice.

Wir erstellen Vorlagen, Tabellen und Präsentationen, bieten Praxissoftware mit Anwenderbetreuung an.

Schreibservice

Sekretariatsarbeiten

EDV-Service

Ingrid Hehn, Büroorganisation und Service
Im Wiesengrund 2, 53577 Neustadt/Wied
Tel.: 0 26 83-93 89 60, Fax 0 26 83-93 89 62
E-Mail: Gute-Fee@t-online.de

Die Formulierer des Hauptentwurfs wiesen in ihrer Argumentation darauf hin, dass nicht jeder private Kontakt nach Beendigung einer psychotherapeutischen Behandlung für ehemalige Patienten zwangsläufig schädigend sein müsse. Eine Vorschrift, die private Kontakte für eine bestimmte Zeit verbiete, impliziere Aussagen darüber, welches Bild Psychotherapeuten grundsätzlich von ihren aus der Behandlung entlassenen Patienten haben, wenn sie sich verbieten, ihnen nach der Behandlung privat zu begegnen. Die Delegierten folgten jedoch mehrheitlich den Argumenten der Befürworter einer Fristsetzung von einem Jahr, die darauf hinwies, dass es erfahrungsgemäß sehr schwierig sei, missbräuchliches Verhalten festzustellen, und dass ein solches Feststellungsverfahren in der Regel den Patienten belaste, möglicherweise ihm auch schade.

Der Klarheit wegen sei hier darauf hingewiesen, dass die verabschiedete Formulierung keine Beschränkung des Beziehungsverbots für sexuelle Kontakte darstellt, sondern ein generelles privates Kontaktverbot für ein Jahr fordert.

Delegation

Auch hinsichtlich des Umfangs delegationsfähiger Leistungen hatte die Lenkungsgruppe ihrem Regelungsvorschlag ein Sondervotum an die Seite gestellt.

Nach dem Erstvorschlag der Lenkungsgruppe sollte geregelt werden, dass Psychotherapeuten die Durchführung von diagnostischen Teilaufgaben (z.B. Verhaltensbeobachtung, Testdurchführung und Auswertung) sowie bei gegebener Indikation im Rahmen eines psychotherapeutischen Gesamtbehandlungsplans standardisierte psychotherapeutische Teilaufgaben sowie behandlungsergänzende Maßnahmen an Dritte delegieren können, sofern diese über eine dafür geeignete Qualifikation verfügen und die Patienten wirksam eingewilligt haben. Nach Ansicht der Befürworter dieses Vorschlags entspricht die Delegation standardisierter psychotherapeutischer Teilaufgaben im Rahmen eines psychotherapeutischen Gesamtbehandlungsplans insbesondere im stationären Kontext häufig der gän-

gigen Behandlungsrealität. So hatte auch das OLG Hamm in seinem Urteil vom 26.04.1995 (3 U 97/94, NJW 1995, 2420, 2421) einen ärztlichen Psychotherapeuten nicht für verpflichtet gehalten, jeden einzelnen Behandlungsschritt persönlich auszuführen. Nach Ansicht des Oberlandesgerichts sei es ausreichend, dass der ärztliche Psychotherapeut das Therapieprogramm entwickelt oder doch vor Behandlungsbeginn persönlich überprüft, den Verlauf der Behandlung engmaschig überwacht und die Behandlung nötigenfalls jederzeit beeinflussen kann.

Die Mehrheit der Delegierten sprach sich jedoch für die Formulierung des Sondervotums aus, wonach (lediglich) diagnostische Teilaufgaben sowie behandlungsergänzende Maßnahmen an Dritte delegiert werden können, sofern diese über eine dafür geeignete Qualifikation verfügen und die Patienten wirksam eingewilligt haben (vgl. § 18 Abs.1 Muster-Berufsordnung). Die Delegierten hielten also mehrheitlich die Delegation standardisierter psychotherapeutischer Teilaufgaben für unzulässig. Begründet wurde dies überwiegend mit dem besonderen, höchstpersönlichen Verhältnis zwischen Therapeut und Patient, welches die Delegation psychotherapeutischer Behandlungsschritte nicht zulasse.

Kooperationen

Es gab Einigkeit sowohl in der Lenkungsgruppe als auch unter den Delegierten, dass es für die Psychotherapeuten zulässig sein soll, sich im Rahmen der Vorgaben des jeweiligen Heilberufsgesetzes zu Berufsausübungsgemeinschaften in allen rechtlich möglichen Formen sowohl mit anderen Angehörigen der eigenen Berufsgruppe als auch mit Angehörigen anderer Berufe des Gesundheitswesens zusammenzuschließen (vgl. § 21 Abs.1 Muster-Berufsordnung). Ergänzend sah aber die Formulierung eines Sondervotums vor, dass solche Berufsausübungsgemeinschaften auch mit Angehörigen sonstiger Berufsberufe (z.B. Rechtsanwälte, Steuerberater, etc.) möglich sein sollen.

Die mit dem Sondervotum verbundene Erweiterung wurde von den Delegierten mehrheitlich begrüßt und entsprechend be-

schlossen. Dieser Entscheidung lag – so weit ersichtlich – vor allem die Überzeugung zu Grunde, dass es zum einen für die fraglichen Beratungsberufe nur von Vorteil sein könne, mit Psychotherapeuten zusammenzuarbeiten und die Erfahrungen und Fertigkeiten der Psychotherapeuten in der eigenen Beratungstätigkeit zu nutzen. Zum anderen war auch nicht ersichtlich, inwieweit solche Kooperationen dem eigenen Beruf oder den Patienten schaden oder den Interessen der Berufsgruppe der Psychotherapeuten entgehen könnten.

In rechtlicher Hinsicht werden allerdings die einzelnen Landespsychotherapeutenkammern zu prüfen haben, ob diese weit angelegten Kooperationsmöglichkeiten auch mit den Vorgaben des jeweiligen Heilberufsgesetzes in Einklang stehen. So regelt beispielsweise § 29 Abs. 2 des Heilberufsgesetzes NRW, dass die gemeinsame Führung einer Praxis (Berufsausübungsgemeinschaft) nur zulässig ist, wenn die Beteiligten die Berechtigung zur Ausübung des ärztlichen, psychotherapeutischen oder zahnärztlichen Berufs besitzen. Die Berufsausübungsgemeinschaft mit einem Steuerberater, beispielsweise, ist danach unzulässig.

Supervisoren als Prüfer?

Der Entwurf der Lenkungsgruppe sah einen fünften Absatz im § 26 Muster-Berufsordnung vor, der die Vorschriften in den Abs. 1 bis 4 explizit auch für Supervisoren bindend gemacht hätte. Mit dieser Regelung wären Psychotherapeuten als Prüfer der Ausbildungsteilnehmer ausgeschlossen gewesen, deren Supervisoren sie sind oder waren. Die Lenkungsgruppe hatte ihren einstimmigen Vorschlag in einem schriftlichen Kommentar bereits damit begründet, dass sie die Regelung trotz des damit verbundenen erheblichen organisatorischen Mehraufwands für gerechtfertigt hielt, um der dem Ausbildungssystem immanenten Möglichkeit der Befangenheit entgegenzusteuern: „Dem (früheren) Supervisor könnte es z.B. schwer fallen, die gebotene neutrale Haltung bei der Beurteilung von solchen Prüfungsleistungen einzunehmen, die ihn als Supervisor schlecht dastehen lassen, so dass er u.U. seinen Ruf als gefährdet ansieht. Das weitaus gewichtigere Moment

8. Kongress für Partner- und Sexualtherapie



Universität Würzburg
6. – 8. Oktober 2006

sahen die Mitglieder der Lenkungsgruppe darin, dass der Supervisor finanziell nicht unabhängig vom Prüfungskandidaten ist oder war. Die Tatsache, dass der Prüfungskandidat dem Supervisor über einen längeren Zeitraum hinweg ein Einkommen gezahlt hat, erschwert die Entwicklung der neutralen Haltung. Gleichzeitig war auch zu berücksichtigen, dass die Auswahl von Supervisoren durch Ausbildungskandidaten auch davon abhängig gemacht werden könnte, welcher Supervisor später als Prüfer in Betracht kommt.“ Zur Durchführbarkeit verwies die Lenkungsgruppe auf die kollegiale Lösungsmöglichkeit, prinzipiell externe Prüfer zu bestellen, und begegnete damit dem Argument, die vorgeschlagene Regelung impliziere eine Novellierung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung.

Die Delegiertenversammlung folgte mehrheitlich dem weitestgehenden Änderungsantrag, der die Streichung des Abs. 5 vorschlug mit dem Hinweis darauf, dass die Absätze 1, 3 und 4 allgemeine Pflichten für aus- und fortbildende Psychotherapeuten behandelten, eine Personengruppe, die Supervisoren ohnehin einschließe. Die Regelung nach Abs. 2, die es Selbsterfahrungsleitern nicht erlaubt, Ausbildungsteilnehmer zu prüfen, die bei ihnen in Selbsterfahrung waren, wurde ohne Gegenrede verabschiedet. Ihre Ausweitung auf Supervisoren des Prüfungsfalles wurde dagegen abgelehnt. Hierzu wurde argumentiert, dass es erhebliche inhaltliche und die Beziehung gestaltende Unterschiede zwischen Selbsterfahrungs- und Supervisionsbeziehungen gebe, die eine Gleichbehandlung in der Frage der Zulassung als Prüfer nicht nachvollziehbar erscheinen lasse. Im Ergebnis bevorzugten die Delegierten die organisatorisch leichtere und damit auch weniger Kosten verursachende Lösung und sahen keine Notwendigkeit für eine Regelung, die über die Vorgaben der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung hinausgeht.

Fazit

Dass für die Verabschiedung der Muster-Berufsordnung ein außerordentlicher Psy-

chotherapeutentag anberaumt war, erwies sich als angemessen, denn der Beratungsbedarf zeigte sich in ca. 50 Änderungsanträgen. Die Zeit reichte nicht aus, alle Anträge zu diskutieren. Dass es dennoch zur Verabschiedung kam, spricht für den vorgelegten Entwurf, worüber sich die Verfasser dieses Artikels freuen, denn sie haben daran mitgearbeitet.

Inge Berns

Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutin
Rumannstraße 2
30161 Hannover

RA Dr. Martin Stellpflug, MA (Lond.)

Fachanwalt für
Medizinrecht
Fachanwalt für
Sozialrecht
Justitiar der
Bundes-
psychotherapeuten-
kammer
DIERKS & BOHLE,
Rechtsanwälte
Walter-Benjamin-
Platz 6
10629 Berlin



© Peter Gaymann

Grundlagen und Therapiemethoden für die Arbeit mit Paaren

Vorträge · Workshops · Fortbildungspunkte*
Kongressfest · Ausstellung

Dipl.-Psych. Ingrid Baum: Heilende Übungen und Rituale für Paare; **Dr. Detlev Blocher:** Ausgefallene Spielarten der Sexualität; **Prof. Dr. Ulrich Clement:** Behandlung sexueller Lustlosigkeit; **Dr. Hans Jellouschek:** Der tiefere Sinn von Paarproblemen; **Dr. Cordula Löhr:** ELP – Ein partnerschaftliches Lernprogramm; **Prof. Bernhard Ludwig:** Anleitung zur sexuellen Unzufriedenheit; **Dr. Thomas Müller:** Tatortanalyse als nonverbale Diagnostik von Sexualstraftätern; **Dipl.-Psych. Ursula Nuber:** Gelebte Liebe – Grundregeln damit Partnerschaft gelingt; **Prof. Dr. Michael Osterheider:** Klassifikation und Therapiemöglichkeiten von Sexualstraftaten; **Dr. Stefan Oschmann:** Provokative Therapie bei sexuell gestörten Paaren; **Dr. Kornelius Roth:** Diagnose und Therapie der Sexsucht; **Dr. Hildegard Stienen:** Weibliche Sexualität zwischen Frust und Lust; **Dipl.-Psych. Bernhard Trenkle:** Geschichten und Metaphern in der Paartherapie; **Peter Gaymann:** Die Paar Probleme (*Ausstellung*)

Anmeldung und Information:

Institut für Partner- und Sexualtherapie (IPS)
Sternstraße 17, 97074 Würzburg,
Tel: 0931-885580, Fax: 0931-880100
E-Mail: info@ips-wuerzburg.de
www.ips-wuerzburg.de

* Die Veranstaltung ist von der Bayerischen Landesärztekammer und der Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten anerkannt.

Recht: Aktuell

Praxistipps – Hinweise – Informationen

Hartmut Gerlach

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

TVöD – Hoffnung der Psychotherapeuten Das neue Tarifrecht für Beschäftigte im Öffentlichen Dienst

Teil 1

„Man hat mich – ich bin Psychologische Psychotherapeutin im Öffentlichen Dienst – einfach in die Entgeltgruppe 13 des TVöD eingruppiert. Meine Arztkollegin, die macht doch dasselbe wie ich, kam hingegen in die Entgeltgruppe 14. Ist diese Eingruppierung überhaupt rechtens? Ich verstehe das nicht ...“. So oder so ähnlich mögen Ihre Fragen lauten.

Ein neues Zeitalter scheint auch für die im Öffentlichen Dienst angestellten Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) angebrochen zu sein: Das Zeitalter des „Tarifvertrags für den Öffentlichen Dienst (TVöD)“. Der TVöD löste nämlich zum 1.10.2005 den Bundesangestelltentarif (BAT) ab. Heißt das nun, dass endlich Gleichbehandlung zwischen den PP/KJP und den Ärzten eintreten wird, öffnet sich also mit dem TVöD das Tor zu einer schönen neuen Welt? Nun ja – wir werden sehen, ob sich für Sie, als angestellte/r PP/KJP, Grundlegendes ändert.

Das Problem und die Lösung

Der BAT, ein Tarifvertrag vom 13. Februar 1961, war mithin

kein Gesetz oder Verordnung, ebenso wenig wie der TVöD, gleichwohl mit weit reichender Bedeutung. Der BAT erfuhr in seiner mehr als 40-jährigen Laufzeit 78 (!) Änderungen. Nicht genug damit: Ihm waren zahllose Sondertarifverträge, Protokollnotizen u.ä.m. „angehängt“. Kurz, ein Konvolut von unüberschaubarem Umfang. Eine Remedur war mehr als angezeigt. Die Tarifparteien waren auf der Arbeitgeberseite die Bundesrepublik Deutschland (Bund) und die Vereinigung der Kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA), auf der Beschäftigtenseite die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (Ver.di). Beide Seiten standen vor einer schier unlösbaren Aufgabe: Es galt, den BAT durch einen neuen Tarifvertrag, den TVöD, zu ersetzen, aber so, dass die bislang vom BAT erfassten Beschäftigten keine Nachteile erleiden durften. Zugleich sollte dieser TVöD aber handhabbar und transparent sein, also nicht mit Überleitungsbestimmungen überfrachtet werden. Wie löst man aber so ein Problem?

Nun, man schaltet einen Überleitungstarifvertrag zwischen dem BAT und dem TVöD ein. Tatsächlich waren zwei Überleitungstarifverträge erforder-

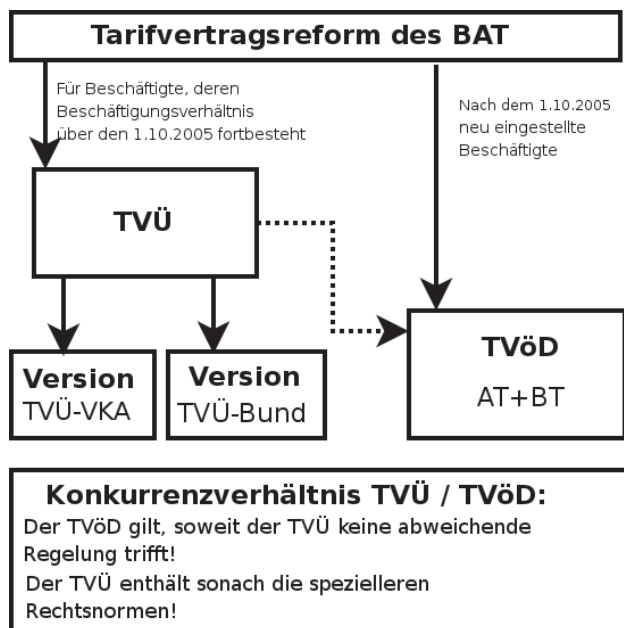
lich: Der sog. TVÜ-Bund und der sog. TVÜ-VKA. Ihre beiden sehr sperrigen Bezeichnungen lauten: „Tarifvertrag zur Überleitung der Beschäftigten des Bundes in den TVöD und zur Regelung des Übergangsrechts (TVÜ-Bund)“ und „Tarifvertrag zur Überleitung der Beschäftigten der Kommunalen Arbeitgeber in den TVöD und zur Regelung des Übergangsrechts (TVÜ-VKA)“. Diese beiden Überleitungstarifverträge wenden sich allein an die bislang zum Stichtag Beschäftigten.

Stichtag: 1. Oktober 2005

Die Tarifreform trat zum Stichtag in Kraft. Wer an diesem Stichtag in einem Arbeitsverhältnis zu einem tarifgebundenen Arbeitgeber (Bund oder VKA) stand, für den gilt einer der beiden o. e. Überleitungstarifverträge (TVÜ-VKA bzw. TVÜ-Bund) in Verbindung mit dem TVöD. Nach dem Stichtag Eingestellte unterliegen hingegen nur dem TVöD. Wir wollen uns im Folgenden allein dem VKA-Überleitungstarifvertrag widmen, da wohl die meisten PP/KJP in kommunalen, in Landes- oder in kirchlichen Diensten, nicht aber im Dienste des Bundes stehen. Die Länder haben sich nämlich weder an den Verhandlungen noch am Ab-

schluss zum TVöD beteiligt, ebenso wenig der Marburger Bund, sodass für deren Beschäftigte unverändert der BAT gilt. (PP/KJP, die in einer Einrichtung eines Bundeslandes tätig sind, fallen derzeit noch nicht unter den TVöD). Die beiden Fassungen des TVÜ sind im Wesentlichen deckungsgleich, jedoch ist der TVÜ-VKA umfangreicher als der des Bundes. Der TVöD selbst unterscheidet nicht mehr zwischen VKA und Bund, sondern verwendet für den Bund und die VKA jeweils Parallelvorschriften.

Zusammengefasst: Die grundlegenden Tarifwerke sind also der TVöD zum einen und – überleitungsweise – der TVÜ-VKA und der TVÜ-Bund zum anderen. Während der TVöD das neue Manteltarifrecht enthält, welches sich in einen Allgemeinen Teil (AT) und einen Sparteil = Besonderer Teil (BT) aufgliedert, umfasst der TVÜ das Überleitungsrecht und sonstige den TVöD ergänzende Bestimmungen. Der Besonderer Teil des TVöD widmet sich z. B. der Verwaltung, den Sparkassen oder, was uns hier besonders interessiert, den Krankenhäusern. Um das Gesagte verständlich zu machen, werfen wir nun einen Blick auf die nebenstehende Grafik.



nach Kuner: "Der neue TVöD...."

Wir wissen: Der TVöD ersetzt das bisherige Tarifrecht, insbesondere den BAT, aber eben nicht vollständig. Denn einige zentrale Vorschriften aus dem BAT bleiben einstweilen in Kraft. Dies gilt namentlich für dessen Eingruppierungsvorschriften (§§ 22, 23 BAT), die noch bis zur Erarbeitung einer sog. **Entgeltordnung** zur Anwendung kommen.

Was ist denn nun neu an der Tarifreform, am TVöD? Zum einen wurden neue Strukturen eingeführt, zum anderen Prinzipien und Innovationen, die der BAT nicht kannte. Die neue **Grundstruktur** geht von Einheitlichkeit, Transparenz, Variabilität, Flexibilität, Praktikabilität, Straffung und Vereinfachung aus. Die **Entgeltstruktur** sieht eine leistungsorientierte Bezahlung, einen leistungsorientierten Stufenaufstieg, eine Niedriglohngruppe und höhere Einstiegsgehälter für untere Entgeltgruppen vor. Weggefallen sind der Ortszuschlag, die Lebensaltersstufen, der Bewährungs- und Zeitaufstieg und die Vergütungsgruppenzulagen. Auch hat sich der TVöD vom

Beamtenrecht völlig gelöst, familienbezogene Entgeltbestandteile abgeschafft, Qualifizierungsmöglichkeiten eröffnet und die Führung auf Zeit und auf Probe eingeführt. Es ist nicht mehr zwischen Arbeitern und Angestellten zu unterscheiden; sie heißen nun durchgehend „**Beschäftigte**“. Auch die Begriffe Vergütung und Lohn sind entfallen, künftig spricht man nur noch von „**Entgelt**“.

Besonders kompliziert wird es bei Arbeitsverhältnissen, die nicht unmittelbar tarifgebunden sind, bei denen also der Arbeitsvertrag nur eine sog. **Bezugnahmeklausel** enthält. *Beispiel:* Eine – nicht unbedingt öffentliche – Einrichtung hat mit einem Beschäftigten einen Arbeitsvertrag geschlossen, in dem es bspw. lapidar heißt: „Im Übrigen gelten die Bestimmungen des BAT in seiner jeweiligen Fassung.“. Zwar heißt es in der Niederschriftserklärung zu § 2 TVÜ, dass die Tarifvertragsparteien davon ausgingen, der TVöD und der TVÜ ersetzen das bisherige Tarifrecht, wenn arbeitsvertragliche Bezugnahmen nicht ausdrücklich den Fall

einer ersetzenden Regelung enthielten. Indes entfaltet diese Niederschriftserklärung materiell-rechtlich – wie die Juristen sagen – keine Wirkung, weil deklaratorisch. Wenn also, wie im Beispiel, mit einem nicht tariflich gebundenen Arbeitnehmer zwar die Anwendung des BAT, nicht aber die eines ersetzenden Tarifvertrags vereinbart ist, so kann letztlich nur durch Auslegung des Arbeitsvertrages, insbesondere der Bezugnahmeklausel, festgestellt werden, ob zum 1.10. 2005 der TVöD den bislang geltenden BAT ersetzt oder nicht (Kuner „Der neue TVöD – Ablösung des BAT – Neues Tarifrecht für den Öffentlichen Dienst“, München 2005, S. 5, und Anhang; *Petin/ Effertz* „TVöD-Jahrbuch Bund 2005/ 2006“, Regensburg 2005, S. 85). Für Arbeit der Gerichte ist also schon reichlich gesorgt.

Lassen Sie uns nun zu dem für Sie spannendsten und schwierigsten Teil des TVÜ-VKA kommen, nämlich zu den Überleitungsregelungen (§§ 3 ff. TVÜ-VKA). Sie sollen denjenigen, deren Arbeitsverhältnis über den 30.09.2005/ 1.10. 2005 fortbestehen, unter weitest gehender **Wahrung ihres Besitzstandes** den Übergang in den TVöD ermöglichen. Angesichts der zahllosen Arbeitsverhältnisse dürften diese Überleitungsbestimmungen gleichwohl Gewinner und Verlierer küren. Die Überleitung in das neue Recht erfolgt danach in drei Schritten:

1. Schritt: Zuordnung einer Vergütungs- und Lohngruppe (§ 4 TVÜ-VKA)
2. Schritt: Bildung eines sog. Vergleichsentgelts (§ 5 TVÜ-VKA) und

Arbeitskreis Psychoanalytische Familientherapie Göttingen/Heidelberg

(Leitung: Prof. Dr. med. Manfred Cierpka, Priv.-Doz. Dr. phil. Günter Reich)

Der Arbeitskreis Psychoanalytische Familientherapie Göttingen/Heidelberg

bietet ab Herbst 2006

eine **dreijährige überregionale Weiterbildung** in psychoanalytisch orientierter Paar- und Familientherapie an.

Veranstaltungsort: Heidelberg

Die erste Kurswoche ist für die Zeit vom 03. bis zum 07. Oktober 2006 geplant.

Interessentinnen und Interessenten wenden sich bitte an:

Arbeitskreis Psychoanalytische Familientherapie
Göttingen/Heidelberg
c/o Priv.-Doz. Dr. Günter Reich
Ambulanz f. Familientherapie
Humboldallee 38, 37073 Göttingen
E-Mail: greich@gwdg.de

3. Schritt: Stufenzuordnung der Angestellten sowie der Arbeiterinnen und Arbeiter (§§ 6, 7 TVÜ-VKA).

Wie hat man sich diese Schritte nun vorzustellen?

1. Schritt: Die Überleitung der Beschäftigten in den TVöD geschieht in der Weise, dass ihre bisherige Vergütungsgruppe anhand einer Tabelle (Anlage 1: Zuordnung der Vergütungs- und Lohngruppen zu den Entgeltgruppen für am 30. September/1. Oktober 2005 vorhandene Beschäftigte für die Überleitung – VKA – *hier nicht abgedruckt*) einer **Entgeltgruppe** zugeordnet wird. Zwei *Beispiele*: Die PPlerin ist bislang in BAT II (ohne Aufstieg nach I b) eingruppiert (Zweite Spalte der vorerwähnten Tabelle). In der ersten Spalte (Entgeltgruppe) kann man dann „13“ ablesen. *Ergebnis*: Laut Tabelle wird sie mithin der Entgeltgruppe 13 zugeordnet. *Oder*: Der KJPler ist in BAT IVa mit ausstehendem Aufstieg nach III eingruppiert. *Ergebnis*: Seine künftige Entgeltgruppe ist die „11“. Diese Zuordnung zu einer Entgeltgruppe nach der Tabelle wird übrigens nicht als eine mitbestimmungspflichtige Eingruppierung oder Umgruppierung im Sinne der §§ 22, 23 BAT gesehen, denn der Arbeitgeber trifft keine (neue) wertende Entscheidung über die Tätigkeit. Vielmehr ordnet der o. e. § 4 die bisherige Vergütungsgruppe schematisch einer neuen Entgeltgruppe zu, kurz: Der Übergang erfolgt tabellarisch und automatisch. Wird dabei aber festgestellt, dass der Arbeitnehmer tariflich nicht richtig eingruppiert war, ist eine Höher- oder Herabgruppierung nach den Regelungen entsprechend den §§ 22, 23 BAT grundsätzlich möglich. Zur Ein-

gruppierung von PP/KJP siehe im Einzelnen: *Gerlach* in: „BAT-Recht Approbation – Sprungbrett für eine Höhergruppierung?“, *Psychotherapeutenjournal* 3/ 2003, S. 195-198. Die bisherigen, dort dargestellten Eingruppierungsvorschriften gelten also unverändert im neuen Recht bis mindestens 2007 fort.

Fazit:

Für PP/KJP ändert sich hinsichtlich der Eingruppierung bis 2007 einstweilen nichts!

Die oben erwähnte Zuordnungstabelle berücksichtigt i. Ü. nicht nur die Vergütungsgruppe, sondern auch die Fallgruppe, in die der Beschäftigte bis zum 30.9.2005/1.10.2005 eingruppiert war.

2. Schritt: Nun hat die Bildung des sog. **Vergleichsentgelts** (§ 5 TVÜ-VKA) zu erfolgen. Jener § 5 bestimmt: „Für die Zuordnung zu den Stufen der Entgelttabelle des TVöD wird für die Beschäftigten nach § 4 ein Vergleichsentgelt auf der Grundlage der im September 2005 erhaltenen Bezüge gebildet ...“. Die Ermittlung des Vergleichsentgelts dient insbesondere der Bestandswahrung. Der Beschäftigte soll nach der Überleitung mindestens ein Entgelt in der Höhe erhalten, das er im September 2005 auf seinem Konto vereinnahmen konnte. Die Tarifvertragsparteien hatten nämlich vereinbart, dass durch die Überleitung den Beschäftigten keine finanziellen Nachteile erwachsen sollten. Getrost darf man diesen Grundsatz des Bestandsschutzes als richtungweisend betrachten. Das zu bildende Vergleichsentgelt für den in **Vollzeit** Beschäftigten setzt sich dabei aus folgenden Bestandteilen zu-

sammen: Grundvergütung, Ortszuschlag und allgemeine Zulage. Für den in **Teilzeit** Beschäftigten wird das Vergleichsentgelt auf der Grundlage eines vergleichbaren Vollzeitbeschäftigten bestimmt (§ 5 Abs. 5 TVÜ-VKA). Dabei werden die Bezüge für den Monat September auf die Bezüge eines Vollzeitbeschäftigten hochgerechnet und aus dem entsprechenden Betrag wird dann das Vergleichsentgelt gebildet. Für den Vollzeitbeschäftigten bedarf es natürlich keiner Hochrechnung. Die Überleitung in die neue Stufe bzw. Zwischenstufe der Entgeltgruppe geschieht nun wiederum anhand einer weiteren Tabelle (*nämlich der hier ebenfalls nicht der abgedruckten*: Anlage A Tabelle TVöD/VKA Tarifgebiet West). Bei Teilzeit ist zusätzlich das festgestellte Monatsentgelt anteilig auf das Teilzeitentgelt im Verhältnis der vereinbarten Wochenarbeitszeit umzurechnen. Ein *Beispiel* dazu findet sich – des Zusammenhangs wegen – im folgenden 3. Schritt.

3. Schritt: Die nunmehr noch erforderliche sog. Stufenzuordnung der Angestellten (§ 6 TVÜ-VKA) innerhalb der vorerwähnten Tabelle A bestimmt, dass der Angestellte sein Gehalt (Vergleichsentgelt) ab dem 1.10.2005 zunächst weitergezahlt bekommt. Der Beschäftigte wird zugleich aus dem Geltungsbereich des alten Rechts in eine dem individuellen Vergleichsentgelt entsprechende Zwischenstufe der ermittelten Entgeltgruppe übergeleitet. Der nächstfolgende erste Stufenaufstieg richtet sich dann noch nach der Regelung des TVÜ, nämlich im Rahmen des, wenn man so will, „Allgemeinen Beförderungstages im Öffentlichen Dienst“, (*Kuner* aaO. S. 10). Das ist der **1. Oktober 2007** (2.

Stichtag). Der spätere zweite Stufenaufstieg und alle weiteren folgen dann endgültig den Regeln des TVöD.

Der 3. Schritt ist damit aber noch nicht vollständig dargestellt. Dies soll vielmehr anhand des o. e. ersten *Beispiels* erfolgen (PPlerin: BAT II ohne Aufstieg nach I b; wie wir gesehen haben, jetzt nach Anlage 1 ® der Entgeltgruppe 13 zugeordnet): Nunmehr kommt hier die bereits beim 2. Schritt erwähnte Tabelle hinsichtlich der Stufen zum Zuge (nämlich die Anlage A TVöD/ VKA Tarifgebiet West). Unterstellen wir einmal, dass die PPlerin bislang ein Gesamtentgelt von 3.311,24 Euro erzielte, so können wir in der Zeile der Entgeltgruppe 13 ablesen, dass dieses sich zwischen der Stufe 3 und 4 bewegt (nämlich zwischen der Stufe 3: 3.300 Euro und der Stufe 4: 3.630 Euro). Diese individuelle Zwischenstufe ist das o. e. Vergleichsentgelt (= 3.311,24 Euro). Am Tag der „allgemeinen Beförderung“, (s. o.), also nach zwei Jahren am 1.10.2007, steigt dieses Vergleichsentgelt auf in die nächsthöhere Stufe 4. Sie erhält ab diesem Datum automatisch ein Entgelt in Höhe von 3.630 Euro (§ 6 Abs. 1 Satz 2 TVÜ-VKA). Der nach diesem Stufenaufstieg erfolgende weitere Stufenaufstieg richtet sich dann abschließend, wir sagten es schon, nach den Regeln des TVöD (§ 6 Abs. 1 Satz 3 TVÜ-VKA).

Anrechnung von Bewährungszeiten

Im neuen Tarifrecht finden sich keine Zeit-, Tätigkeits-, Bewährungs- und Fallgruppenaufstiege mehr. Diese Aufstiege wurden zum Teil in der o. e. Entgelttabelle berücksichtigt. Soweit PP/KJP in eine der

Entgeltgruppen 9 – 15 übergeleitet wurden (§ 8 Abs. 2 Satz 1 TVÜ-VKA), und haben sie am 1.10.2005 die erforderliche Bewährungszeit zur Hälfte erfüllt, wären zudem nach altem BAT-Recht in der Zeit zwischen dem 1.11.2005 und dem 30.09.2007 höhergruppiert worden, so erhalten sie ein höheres Entgelt. Nämlich ab dem Zeitpunkt, zu dem sie nach dem bisherigen Recht höhergruppiert worden wären. Im Rahmen ihres Anspruchs auf Besitzstandssicherung erhalten sie das Vergleichsentgelt zum individuellen Aufstiegszeitpunkt nach dem Stand vom 1.10.2005. Anschließend erfolgt dann eine neue Stufenzuordnung. Nach § 8 Abs. 2 TVÜ-VKA müssen allerdings vier Voraussetzungen für einen solchen Aufstieg erfüllt sein:

(1) 50%-Klausel (= Bewährungszeit zur Hälfte erfüllt), (2) Höhergruppierung nach altem Recht wäre in der Zeit vom 1.11.2005 bis 30.09.2007 erfolgt, (3) keine Anhaltspunkte, die nach altem Recht einer Höhergruppierung entgegenstanden hätten, und (4) bis zum Aufstiegszeitpunkt ist weiterhin eine Tätigkeit auszuüben, die den Aufstieg ermöglicht. Befremdlich mutet es allerdings an, dass § 8 Abs. 3 TVÜ-VKA die o. e. 50%-Klausel schlicht konterkariert, indem die Klausel schon dann als erfüllt gelten soll, wenn sie noch nicht erfüllt ist. Verstehe, wer das will: Ein Schelm, wer Böses dabei denkt ...

Im Rahmen der Besitzstandsregelungen des TVÜ-VKA sind dann noch bemerkenswert: die §§ 9 – 12 TVÜ-VKA. § 9 TVÜ sichert den Besitzstandsschutz hinsichtlich zu erwartender Vergütungsgruppenzulagen. Da es, wie bereits ausgeführt, im

neuen TVöD keine Bewährungs-, Zeit- und Fallgruppenaufstiege mehr gibt, auch keine Vergütungsgruppenzulagen, muss für eine *erwartete* Vergütungsgruppenzulage eine sog. Besitzstandszulage gezahlt werden. Denn die Vergütungsgruppenzulage geht auch nicht in das Vergleichsentgelt ein. Das Vergleichsentgelt setzt sich nämlich zusammen aus Grundvergütung, allgemeiner Zulage und Ortszuschlag der Stufen 1 oder 2 (§ 5 Abs. 2 TVÜ-VKA) – also ohne Kinderzuschläge.

Es ist ausgeschlossen, Ihnen angesichts des beschränkten Platzes und der zahllosen Varianten des miteinander verzahnten TVÜ-VKA und TVöD ein völlig abgerundetes Zuordnungssystem zur eigenen Nachprüfung an die Hand zu geben. Hier konnten nur Grundstrukturen herausgearbeitet und wesentliche Grundzüge dargestellt werden. Die Darstellung kann also eine individuelle Beratung durch Gewerkschaften oder Anstellungsträger nicht o. W. ersetzen. Inzwischen sollen übrigens

auch schon Computerprogramme auf dem Markt sein, die eine individuelle Zuordnungsanalyse erstellen können.

Im nächsten Heft werden (**Teil 2** dieses Beitrags) weitere Besitzstandsregelungen angesprochen, wie die kinderbezogenen Entgeltbestandteile (§§ 11 und 12 TVÜ-VKA), der Strukturausgleich, die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall (§ 13 TVÜ-VKA) u.a.m. Darüber hinaus werden die Beschäftigungszeit, der Urlaub und et-

EvH

Junior Page

waige Abgeltungen behandelt, weiter der „Besondere Teil: Krankenhäuser – BT-K“ (§§ 40 ff. TVöD-BT-K).

(Fortsetzung im nächsten Heft)

Ganz Recht:

Wissen Sie eigentlich, dass

■ einem ärztlichen Psychotherapeuten die **Zulassung entzogen** wurde, weil er für 15 Patienten **identische Berichte an die Gutachter eingereicht** hatte? Im Urteil des SG Köln (MedR 2005, 618; ZMGR 2005, 286) heißt es, dieses Verhalten zeige die Unzuverlässigkeit des Therapeuten und mache ihn ungeeignet, weiter als Vertragsarzt tätig zu sein.

■ das Bundessozialgericht (BSG) entschieden hat, der **Fachkundenachweis** als Voraussetzung für die Eintragung in das Arztregister könne nur mit einer **postgradualen Ausbildung** erbracht werden (BSG, Urteil v. 31.08.2005 – B 6 KA 59/04 R in: NZS 2005, S. V)?

■ das BSG (Urteil v. 16.02.2005 – B 1 KR 18/03 R – NZS 2005, X; ebenso BSG GesR 2005, 558) in einem Urteil auf § 27 Abs. 1 Satz 3 SGB V Bezug genommen („Bei der Krankenbehandlung ist den **besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen ...**“) und betont hat, dass psychisch Kranke entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse sowie des medizinischen Fort-

schritts (§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V) zu versorgen seien? Dass eine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit, wie von der Krankenkasse behauptet, von vornherein ausscheide, sei nicht nachvollziehbar.

■ das Landessozialgericht (LSG) Hessen (Beschluss v. 10.06.2005 – L 6/7 KA 58/04 ER) darauf hingewiesen hat, die „**EG-Anti-Diskriminierungs-Richtlinien**“ (EG RL 78/2000 v. 27.11.2000) seien grds. auch auf das Vertragsarztrecht anwendbar? Soweit nämlich ein EU-Bürger wegen seines **Alters** diskriminiert würde, könne er sich auf diese Richtlinie berufen. Allerdings habe Deutschland von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, eine Verlängerung der Umsetzungsfrist zu beantragen. Diese sei bis zum 2.12.2006 gewährt ...

■ nach einem Beschluss des SG Marburg vom 17.10.2005 (S 12 KA 783/05 ER) eine KV bei der Festsetzung des Honoraranspruchs an eine bestandskräftige **Beschränkung des Leistungsumfangs** durch die Entscheidung des Zulassungsausschusses aufgrund eines **Job-sharings** gebunden sei? Überschreite die Abrechnung den festgesetzten Leistungsumfang, so könne eine Honorarberichtigung erfolgen. Allerdings könne etwaigen Besonderheiten einer Vertragsarztpraxis dadurch Rechnung getragen werden, dass eine **Erweiterung des Praxisumfangs auf Antrag** nach den Angestellten-Ärzte-Richtlinien möglich sei.

■ das SG Marburg (Beschl. v. 20.07.2005 – S 12 KA 354/05 ER) die Meinung vertritt, eine **Sonderbedarfzulassung** eines PPLers für die

Behandlung von Kindern und Jugendlichen sei nicht möglich, da diese nicht auf die **Behandlung von Kindern und Jugendlichen** beschränkt werden könne? Vielmehr sei insoweit ein lokaler Versorgungsbedarf nur durch KJPLer zu beheben. Für einen PPLer komme ggf. eine Ermächtigung nach § 31 Ärzte-ZV in Betracht.

■ der Bundesfinanzhof (BFH) im Urteil vom 30.06.2005 (V R /1/02) keinen Anlass sah, **Supervisionsleistungen** von der **Umsatzsteuer** zu befreien, weil es sich bei diesen in der Regel um **keine heilkundliche Tätigkeit** handle (vgl. auch *Psychotherapeutenjournal* 3/2004, S. 237)? Bei den streitigen Supervisionen hat es sich nämlich um solche gehandelt, die der Professionalisierung der therapeutischen Arbeit von Mitarbeitern einer Organisation dienen (Praxis- und Teamsupervision).

■ das Finanzgericht Niedersachsen in seinem Urteil vom 31.08.2005 (2 K 306/03) bestimmt hat, dass **Nachzahlungen für psychotherapeutische Leistungen** aufgrund vormals zu geringer Punktwerte **für mehrere Jahre** unter die Vorschrift des § 34 Abs. 2 Nr. 4 EStG falle? M. a. W.: Soweit Sie in größerem Umfang Nachzahlungen erhalten haben, sollten Sie bei Ihrem Finanzamt einen entsprechenden Antrag stellen.

RA Hartmut Gerlach

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

Jubiläumstagung 2006

25 Jahre Psychosomatische Fachklinik Bad Dürkheim 20 Jahre IFKV

27./28. Oktober 2006 in Bad Dürkheim Positive Werte in der Psychotherapie

Festvorträge – Referate – Workshops
mit

PD Dr. A. E. Auhagen, Berlin – Prof. Dr. P. Fiedler,
Heidelberg – Prof. Dr. Dr. U. Koch, Hamburg –
Prof. Dr. M. Linden, Berlin –

Dr. L. Reddemann, Kall – Prof. Dr. Dr. M. Spitzer, Ulm –
Dr. W. Ströhm, Münster – Prof. K. Wilson, Ph.D.,
Oxford, MS, USA und weitere Referenten

Informationen:

Tagungsbüro im IFKV
Institut für Fort und Weiterbildung
in klinischer Verhaltenstherapie e. V.
Kurbrunnenstr. 21 a, 67098 Bad Dürkheim
Tel. 06322 409374, Fax: 06322 68010
e-mail: tagung2006@ifkv.de
Internet: www.ifkv.de - www.ahg.de/duerkheim

Aktuelles aus der Forschung

Thomas Lecher

Psychotherapeutenkammer Berlin

Zur Wirksamkeit von tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Windaus, E. (2005). *Wirksamkeitsstudien im Bereich der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: eine Übersicht. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 54 (7), 530-558.*

Zu Beginn seiner Ausführungen gibt Eberhard Windaus, seit geraumer Zeit Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP), eine umfassende Übersicht über Forschungsergebnisse der tiefenpsychologisch fundierten und psychoanalytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Dabei berücksichtigt er deutschsprachige und internationale Wirksamkeitsstudien der letzten 40 Jahre und bewertet sie anhand der vom Wissenschaftlichen Beirat festgelegten Anwendungsbereiche und Mindestanforderungen. Trotz dieses langen Betrachtungszeitraums von vier Jahrzehnten, so Windaus' Resümee, finden sich nicht nur im deutschsprachigen Raum recht wenige Studien, die die Wirksamkeit tiefenpsychologisch fundierter oder psychoanalytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie belegen. Insgesamt konstatiert er insbesondere im Vergleich zu verhaltenstherapeutischen Studien einen bedenklichen Mangel an empirisch orientierter psychoanalytischer Prozess-

forschung und die Tatsache, dass sich die Konstruktion analytisch orientierter Messinstrumente noch im Entwicklungsstadium befindet.

Eine wesentliche Ursache für das Defizit an empirischer Forschung liegt nach Windaus Einschätzung in der institutionalisierten Trennung von Forschung und Ausbildung. Zwischen den privaten Ausbildungsinstituten und den Forschungseinrichtungen, das sind in Deutschland traditionell die Universitäten, gibt es kaum Schnittstellen. Nur wenige Lehrstühle sind mit Personen besetzt, die Interesse an der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie haben.

Im Bereich der psychoanalytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zählt Windaus 21 zum Teil kontrollierte Studien und sechs Katamnesen. Vor allem Erhebungen, die auf ein breites Störungsspektrum abzielen, und naturalistische Studien können die Wirksamkeit psychoanalytischer Therapie im klinischen Feld belegen.

Einen wichtigen aktuellen Nachweis dafür liefern neue Studien aus Heidelberg zu depressiven, Angst- und Verhaltensstörungen. Mit diesen kontrolliert und naturalistisch ange-

legten Erhebungen konnte die Wirksamkeit analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie unter Versorgungsbedingungen nachgewiesen werden.¹

Mit Bezug auf die vom WBP aufgestellten acht Anwendungsbereiche kommt Windaus im Einzelnen zu folgenden Ergebnissen.

¹ Es handelt sich um eine umfangreiche Gesamtstudie von Winkelmann et al. sowie drei störungsspezifische Einzelstudien von Horn et al., Kronmüller et al. und Winkelmann et al., die im gleichen Heft publiziert sind. Sie sind von der Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland e.V. angesichts der ernüchternden Forschungslage finanziell gefördert worden.

HYPNOSE THERAPIE

www.hypnose-kikh.de



KONSTANZ und WIESBADEN

Referent: **Prof. Dr. Walter BONGARTZ**

Ort: **Konstanz/Wiesbaden**

Teilnehmer: **Diplompsychologen, Ärzte**

Beginn des
curriculums: **Konstanz: 04.10.2006**
Wiesbaden: 13.09.2006

Kursinformationen/ **K.I.K.H.¹⁾**

Anmeldung: **Bleicherstr. 12**
78467 Konstanz
Tel./Fax: 07531-56711
e-mail: bongartz@hypnose-kikh.de

¹⁾ Klingenberger Institut für Klinische Hypnose

Zum Anwendungsbereich I (affektive Störungen F 30 – F 39 und Belastungsstörungen F 43) liegen drei kontrollierte Studien zur Evaluation der Eltern-Säuglings-/Kleinkindpsychotherapie vor. In allen drei Studien zeigt sich die Wirksamkeit der analytischen Therapie. Da ein Vergleich mit unbehandelten Kontrollgruppen ethisch kaum vertretbar ist, kann auch die Frage nach der Spontanremission in diesen Studien nicht ausreichend abgeklärt werden. Windaus schlägt deshalb vor, die Verwendung normierter Altersmaße, die etwa mit dem Baley Scales of Infant Development, dem Beck Depression Inventory oder dem KIA/KIDIES Profile erhoben werden, als ausreichende Kontrollbedingungen in diesem „noch jungen Forschungsbereich“ zunächst zu akzeptieren.

Weitere Studien beziehen sich auf Angststörungen (F 40 – F 42) und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F 93). Diese kontrollierten und methodisch adäquaten Wirksamkeitsstudien sind teilweise als Kurzzeittherapie und teilweise als Langzeittherapie angelegt und zeigen messbare Verbesserungen nach psychoanalytischer Behandlung.

Zum Anwendungsbereich dissoziative, Konversions- und somatoforme Störungen (F 44 – F 45) und andere neurotische Störungen (F 48) liegen keine Wirksamkeitsstudien vor.

Zum Anwendungsbereich Essstörungen (F 50) liegen, so Windaus, drei Studien vor. Der Altersdurchschnitt der untersuchten Population liegt dabei knapp über 20 Jahren. Bei wesentlichen Outcome-Maßen – Gewicht, Menstruation, Essver-

halten – lassen sich durch psychodynamische Ansätze eine höhere Wirksamkeiten als etwa durch Diät-Beratung oder Nicht-Behandlung erzielen. Auch bei den Studien zu anderen Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F 5) zeigen sich im Vergleich mit unbehandelten Kontrollgruppen signifikante Verbesserungen.

Auch für Verhaltensstörungen (F 90 – F 92, F 94, F 98) mit Beginn der Kindheit und Jugend sowie Tic-Störungen (F 95) führt Windaus Untersuchungen an, die die Wirksamkeit psychodynamischer Therapie belegen. Er schränkt diese Aussage aber insofern ein, da bezogen auf die Child Behavior Checkliste die strukturelle Familientherapie bessere Ergebnisse erzielt und einige der zu diesen Störungsbildern vorliegenden Studien aufgrund

methodischer Mängel kaum als objektiver Wirksamkeitsnachweis zu werten sind.

Für den Bereich Intelligenzminderung (F 7), hirnorganische Störungen (F 0) und Entwicklungsstörungen (F 80 – F 83, F 88, F 89) liegt eine Studie zur Gruppe F 81 vor, die belegt, dass hochfrequent behandelte Patienten auch nach einem Katamneseintervall signifikant verbesserte Leistungsvariablen aufweisen.

Kommentar: Die Arbeit von Eberhard Windaus gibt einen umfassenden Überblick über Studien zur Wirksamkeit psychodynamischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Besonders verdienstvoll erscheint, dass er Wirksamkeit auch jenseits von Einzelfalldarstellungen begreift und als Messlatte die vom WBP erarbei-

teten Kriterien heranzieht. Positiv anzurechnen ist seiner Überblicksdarstellung zudem, dass er den Forschungsstand in diesem Feld durchaus kritisch bewertet und offen auf die „nur begrenzt vorliegenden störungsspezifischen Wirksamkeitsnachweise“ der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verweist. Ein Manko, das insbesondere in Deutschland in der Entwicklung der Profession aus dem Beruf des Psychagogen und seiner mangelnden Verankerung in der Forschung, die in Deutschland traditionell an Universitäten durchgeführt wird, mit begründet ist. Als durchaus realistisch ist Windaus' abschließende Prognose zur Zukunft der psychoanalytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie einzustufen, die stark davon abhängen wird, dass sich ihre Wirksamkeit empirisch belegen lässt.

Zur Konzeptualisierung von Achtsamkeit („Mindfulness“)

Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. & Devins, G. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. Clinical Psychology: Science and Practice, 11 (3), 230- 241.

Das Konzept der Achtsamkeit („Mindfulness“) hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen und ist vor allem von verhaltenstherapeutischen Autoren aufgegriffen worden. Dazu zählen u.a. die Ansätze von J. Kabat-Zinn zur Bewältigung von „stress, pain and illness“ und Z. Segals Konzept der achtsamkeitsbasierten kognitiven Therapie zur Rückfallprophylaxe bei Depression.

Als historische Wurzeln des Konzepts der Achtsamkeit werden buddhistische Meditationsübungen genannt. Achtsamkeit meint eine nicht wertende Ausrichtung der Aufmerksamkeit auf das aktuelle Erleben und soll, so die zentrale Annahme, verhindern, dass automatisierte und starre Verarbeitungs-, Bewertungs- und Reaktionsmuster auch in Situationen greifen, in denen sie nicht angemessen sind.

Bisher fehlt dem Konzept allerdings eine operationalisierbare Definition. Dieser Aufgabe stellen sich Bishop et al. in ihrem Aufsatz „Mindfulness: A Proposed Operational Definition“. Sie schlagen dazu ein Zwei-Komponenten-Modell der Achtsamkeit vor. Jede Kompo-

nente ist dabei durch ein spezifisches Verhalten, die erfahrbare bzw. sichtbaren Auswirkungen („experiential manifestations“) und die damit verbundenen psychischen Prozesse („implied psychological processes“) gekennzeichnet.

Die erste Komponente umfasst die selbstgesteuerte Aufmerksamkeit („self-regulation of attention“), die sich auf die unmittelbare und gegenwärtige Erfahrung richtet. Dazu gehört klassischerweise zu Beginn die Konzentration auf die Atmung. Schweifen die Gedanken ab, sollen die auftauchenden Vorstellungen bewusst wahrgenommen, aber nicht gewertet werden. Gedanken und Gefühle gelten als vorübergehende

Rund um Ihre Praxis



Lexikon Gesundheitsmarkt

Die Gesundheitsbranche – Stichworte und Hintergrundbeiträge

Herausgegeben von Dr. Uwe K. Preusker.
Loseblattwerk in einem Ordner. Ca. 500 Seiten. € 119,-
ISBN 3-87081-397-0

CD-ROM mit Booklet

€ 119,-. ISBN 3-87081-465-9

Kombi-Ausgabe Loseblattwerk und CD-ROM

€ 157,-. ISBN 3-87081-429-2

Marktkennnisse für Ihren Erfolg:

Das neue Lexikon Gesundheitsmarkt spiegelt die aktuelle Situation des deutschen Gesundheitswesens als soziales Sicherungssystem wider und stellt es darüber hinaus als einen Teil unserer Volkswirtschaft dar. Dieses Lexikon macht Sie fit für Ihren Erfolg im Gesundheitsmarkt.

Absolut praxisgerecht:

Das Konzept des Lexikon Gesundheitsmarkt

- Kompakte Stichwörter, Begriffe, Definitionen – zum schnellen Nachschlagen
- Ausführliche Hintergrundartikel von Experten – zur Vertiefung
- Wichtige Schwerpunktartikel zu aktuellen Fragestellungen



Kompass Gesundheitsmarkt 2006

Herausgegeben von Dr. Uwe K. Preusker.
VIII, 272 Seiten. Kartoniert. € 28,-. ISBN 3-87081-428-4

Zahlen, Daten, Fakten, die Sie kennen müssen: Kompass Gesundheitsmarkt

Umfassend und aktuell: Zahlen, Daten und Fakten für alle Teile des Gesundheitsmarktes. Dazu: Verflechtungen und Beziehungen zu den ausländischen Gesundheitsmärkten – insbesondere innerhalb der Europäischen Union. Die perfekte Ergänzung zum Lexikon Gesundheitsmarkt.

Vertragsarztrecht/ Vertragszahnarztrecht

Von Dr. Martin H. Stellpflug. 2005.
XI, 267 Seiten. Gebunden. € 58,-.
ISBN 3-8114-3737-2

Das Vertragsarztrecht gehört wegen der fast unübersehbaren Fülle von Reformgesetzen und der Vielzahl von Rechtsnormen zu den besonders schwierigen Rechtsgebieten. Das Buch stellt die Grundlage des Vertragsarztrechts und des Vertragszahnarztrechts dar und gibt Hinweise zu den neuen Versorgungsstrukturen der Integrierten Versorgung. Es beantwortet weiterhin zulasungsrechtliche Fragen, erörtert die Pflichten des Leistungserbringers und widmet sich der Honorarverteilung, Wirtschaftlichkeitsprüfungen sowie den Besonderheiten des Verfahrensrechts. Rechtsprechungshinweise und ein umfassender Überblick über die Literatur runden das Werk ab.



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



C.F. Müller Economica **MedizinRecht.de**

mentale Ereignisse. Zugleich soll dabei der aktuelle Fluss der eigenen Gedanken selbst betrachtet werden. In diesem Sinne ist Mindfulness eine meta-kognitive Perspektive – Bewusstheit über die eigenen Kognitionen.

Die zweite Komponente beinhaltet, dass eine bestimmte Haltung gegenüber den eigenen Erfahrungen eingenommen wird. Diese Haltung ist gekennzeichnet durch Neugier, Offenheit und Akzeptanz – *Neugier* darauf, welche Gedanken auftauchen, wenn sie zwangsläufig von der Konzentration auf die eigene Atmung abschweifen, *Offenheit*, alle Gedanken, Gefühle und Empfindungen, die auftauchen, als bedeutsam und beachtenswert anzuerkennen und *Akzeptanz*, das anzunehmen, was unmittelbar im Bewusstsein geschieht.

Insgesamt ist Achtsamkeit für die Autoren ein Prozess mit dem Ziel, den unmittelbaren und spontanen Fluss der Gedanken zu betrachten und auf die aktuellen eigenen Empfindungen ihnen gegenüber neugierig und offen zu sein sowie diese in der Form, in der sie auftauchen, zu akzeptieren. Achtsamkeit wird zugleich als Prozess gesehen, Einblick in die eigene Gedankenwelt zu erlangen, wobei die eigenen Gedanken und Gefühle aus einer dezentrierten („de-centered“) Perspektive betrachtet werden. So können sie als subjektiv und flüchtig (und damit evtl. auch als weniger bedrohlich) erlebt und erkannt werden.

Ihre Konzeptualisierung grenzen die Autoren gegen andere, unter demselben Terminus firmierende Konzepte wie etwa bei E. Langer, ab (bei der es um

die aktive Konstruktion von neuartigen Kategorien und Bedeutungen geht, die auf externe Reize zurückführbar sind). Bishop et al. geht es dagegen darum, aufmerksam und achtsam gegenüber internen Stimuli zu sein bzw. um die Selbstbeobachtung i.S. einer Introspektion.

Kommentar: Das Konzept der Achtsamkeit erweitert das verhaltenstherapeutische Konzept um den wichtigen Aspekt des Erlebens (was in der kognitiv-verhaltens-therapeutischen *Praxis* weiter als im *theoretischen* Ansatz verbreitet sein dürfte). Als wirklich neu oder innovativ kann das Konzept der Achtsamkeit in der Psychotherapie aber wohl kaum gelten. Es findet sich in ähnlicher Form in der Humanistischen Psychologie, in der Gestalttherapie spricht man

von Awareness, und in der Psychoanalyse geht es ganz zentral um das innere Erleben. Auch scheint die innere Konsistenz des Ansatzes noch nicht recht ausgereift, denn wie ist es etwa vorstellbar, die Aufmerksamkeit auf einen gerade auftauchenden Gedanken zu fokussieren und zugleich neugierig darauf zu sein, wohin die Gedanken unkontrolliert schweifen. Nichtsdestotrotz handelt es sich um einen viel versprechenden Ansatz zur Erweiterung der kognitiven Verhaltenstherapie. Zukünftig sollte es darum gehen, den Fokus auf eine Einbettung des Konzepts der Achtsamkeit in klinisch-psychologische Theorien und in die Praxis zu richten und, wie Bishop et al. betonen, Achtsamkeit nicht nur konzeptuell sondern auch methodisch zu konkretisieren und die Wirksamkeit empirisch zu überprüfen.

Göttinger Studie zur Wirksamkeit von Psychoanalyse

Leichsenring, F., Biskup, J. Kreisliche, R. & Staats, H. (2005). *The Göttingen study of psychoanalytic therapy. First results. International Journal of Psychoanalysis, 86, 1-22.*

Mit ihrer „Göttingen study of effectiveness of psychoanalytic and psychodynamic therapy“ knüpft die Göttinger Forschergruppe um Falk Leichsenring an die Tradition von A. Dührssen und E. Jorswick an, die 1965 als erste im deutschen Sprachraum eine entsprechende Studie zur Wirksamkeit psychoanalytischer Therapie vorgelegt hatten. Diese Studie war seinerzeit die Grundlage dafür, dass Psychotherapie Kassenleistung wurde.

An der Studie, die Elemente eines naturalistischen und kontrol-

lierten Ansatzes kombiniert, haben 36 Patienten (25 Frauen, 11 Männer) mit einem Durchschnittsalter von 35 Jahren teilgenommen. Für 23 von ihnen liegen zudem bereits Daten einer Follow-up-Erhebung ein Jahr danach vor. Als Therapeuten haben sich 21 ambulant tätige Psychoanalytiker im Raum Göttingen beteiligt. Die psychoanalytische Behandlung erfolgte gemäß Position 877 der deutschen Richtlinien für Psychotherapie. Die Bewertung der therapeutischen Wirksamkeit wurde zu fünf Zeitpunkten erhoben: vor Beginn der Therapie, nach 50 Sitzungen, nach 160 Sitzungen, unmittelbar nach Ende der Psychoanalyse und ein Jahr nach deren Beendigung.

Die Wirksamkeit wurde durch die Patienten selbst und durch

die Therapeuten eingeschätzt. Die Selbstbewertung der Patienten erfolgte mit Hilfe standardisierter Instrumente wie etwa einer „Symptom Checkliste“, dem „Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme“, dem „VEV – Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens“, dem „Fragebogen zur Lebenszufriedenheit“ und einer Skala zur „Zielerreichung“.

Die Therapeuten notierten zu Beginn der Therapie einige grundlegende Informationen über ihre Patienten. Nach jeder Sitzung füllten sie einen Fragebogen zum Verlauf des psychoanalytischen Prozesses aus. Nach Abschluss der Therapie bewerteten die Therapeuten anhand einer von der Forschergruppe entwickelten 5-stufigen Ratingskala u.a. die Entwicklung

der Symptome, die Arbeitsfähigkeit, die Fähigkeit, sich zu freuen, und den Umgang mit Konflikten.

Die Symptome umfassten Depression (F 32 – F 34), Phobie (F 40), Essstörungen (F 50), nicht-organische sexuelle Störungen (F 52), Persönlichkeitsstörungen (F 52) u.a.m und traten bei fast allen Patienten bereits seit über zwei Jahren auf. Bei 82 % der Patienten wurden drei oder mehr Störungen gemäß ICD 10 diagnostiziert und die Komorbidität fiel entsprechend hoch aus.

Aus den bekannten ethischen und praktischen Gründen gibt es auch bei dieser Studie keinen Vergleich mit einer unbehandelten Kontrollgruppe. Stattdessen ziehen die Göttinger For-

scher Daten aus der ebenfalls von Leichsenring et al. (vgl. PTJ 2/05, S. 136) durchgeführten Meta-Analyse als Referenzgröße bzw. Kontrollgruppe heran. Zugleich schlagen die Autoren vor, die Daten aus der Meta-Analyse (die regelmäßig aufzufrischen wären [updates]) – ähnlich wie Daten aus normierten psychologischen Testverfahren – als Bezugsgröße psychotherapeutischer Studien heranzuziehen. Würden die gemessenen Effekte einer Studie den Wert einer solchermaßen konstruierten durchschnittlichen Kontrollgruppe übersteigen, könne man mit hoher Wahrscheinlichkeit davon ausgehen, dass die Effekte auf die Psychotherapie zurückzuführen sind.

Statistisch wurden die erhobenen Daten mit dem Statistical Analysis System (SAS) verarbei-

tet. Im Prä-Post-Vergleich zeigten die Patienten signifikante Verbesserungen auf allen SCL-90-R-Skalen. Bei den meisten der Skalen wurden große Effekte ($d \geq 0.80$) deutlich. Gleiches gilt für die Werte, die ein Jahr nach Beendigung („1-year follow-up“) bei 23 Patienten erhoben worden sind; teilweise zeigten sich zu diesem Zeitpunkt weitere Verbesserungen. Letzteres gilt etwa für das Kriterium Lebensqualität („quality of life“), bei dem sich der Wert ein Jahr nach Beendigung der Therapie von 1.55 auf 1.81 erhöhte. Auch im Vergleich mit der oben definierten Kontrollgruppe zeigte sich ein deutlicher Effekt psychoanalytischer Behandlung.

Kommentar: Mit ihrer Arbeit zur Wirksamkeit der analytischen Psychotherapie haben

Leichsenring et al. eine Studie vorgelegt, die sich insbesondere in ihrer methodischen Anlage als qualitativ hoch stehend erweist. Wie bei jeder psychotherapeutischen Wirksamkeitsstudie stellt sich die Frage nach der Kontrollgruppe, die sich in diesem Feld aus den hinlänglich bekannten Gründen methodisch kaum völlig befriedigend lösen lässt. Die hier gewählte Lösung, die aus der Meta-Studie abgeleitete Referenzgruppe als Bezugsgröße zu verwenden, scheint einen gangbaren Weg auch für weitere Untersuchungen aufzuzeigen. Weitere Aspekte, die auch bei dieser Studie offen bleiben, werden von den Autoren selber angesprochen und betreffen u.a. die Frage nach dem Zusammenhang von Dauer und Häufigkeit von therapeutischen Sit-

zungen und deren Auswirkung auf die Wirksamkeit. Eine nicht nur theoretisch-konzeptuelle Frage, sondern auch eine, die berufspolitisch von großer Bedeutung ist, kommen an dieser Stelle doch auch gesundheitssystemimmanente Aspekte wie etwa das Verhältnis von Aufwand und Ertrag einer Psychotherapie ins Spiel. Dem Resümee von Leichsenring et al. „further research is necessary“ kann deshalb nur zugestimmt werden.

Dr. Thomas Lecher

Freier Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Psychotherapeutenkammer Berlin
Brümmerstr. 46a
14195 Berlin
Tel./FAX: 030-8322 6753
thomas-lecher@versanet.de

Buchrezension

Qualitätssicherung in Beratung und ambulanter Therapie von Essstörungen. Eine Praxisstudie. Reich, G., Witte-Lakemann, G. & Killius, U. (2005). Göttingen: V&R unipress. 394 Seiten.

Dietrich Munz

Der Titel des Buches verrät nicht, dass es sich neben dem Bericht über eine Praxisstudie zur Qualitätssicherung der ambulanten Versorgung von Frauen mit Essstörungen in Beratungsstellen auch um die Darstellung der Entwicklung und Organisation einer bundesweiten Studie zur Inanspruchnahme von Beratungsstellen für essgestörte Frauen und deren Beratung und Therapieangebote handelt. Diese Studie wurde vom Bundesfachverband Essstörungen in Kooperation mit der Ambulanz für Familientherapie und für Ess-Störungen der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Göttingen mit finanzieller Förderung durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie der Stiftung Bildung und Behindertenförderung durchgeführt.

Der inhaltliche Aufbau des Buches ist außerordentlich gut gelungen. Zunächst wird eine Zusammenfassung der Planung und Realisierung der Studie gegeben. Es folgt ein ausreichend umfassender Überblick über die Studienergebnisse, dessen Lektüre wiederholt anregt, im späteren, ausführlichen Textteil einzelne Passagen sowohl bezüglich der Studiendurchführung als auch der statistischen Auswertung und ausführlichen

Ergebnisdarstellung genauer zu studieren, ohne das ganze Buch lesen zu müssen. Für weiteres Detailinteresse sind die in der Studie eingesetzten Fragebogen vollständig abgedruckt.

An der bundesweiten explorativen Studie haben 40 Beratungsstellen teilgenommen, die entweder vollständig oder teilweise auf Beratung und Behandlung von Essstörungen spezialisiert sind. In der Darstellung der Struktur der Beratungsstellen fällt auf, dass diese großteils in privater Trägerschaft von gemeinnützigen Vereinen sind. Die dort arbeitenden Kolleginnen und Kollegen sind als Sozialpädagoginnen, Dipl.-Sozialarbeiterinnen, Dipl.-Psychologinnen und Dipl.-Pädagoginnen ausgebildet. Drei der 110 teilnehmenden MitarbeiterInnen waren Männer. Etwa ein Drittel der beteiligten Beraterinnen war approbiert. Die meisten verfügten über eine langjährige Berufserfahrung, nur etwa 10 Prozent der Teilnehmenden waren Anfängerinnen, wobei knapp 30 Prozent noch wenig Erfahrung im Umgang mit Essstörungen hatten, über 50 Prozent der Beratungsstellenmitarbeiterinnen verfügte jedoch über eine mehr als siebenjährige Erfahrung in Beratung und Behandlung von Essstörungen. Als beraterische und therapeutische Orientie-

rung werden von vielen mehrere Therapierichtungen angegeben, es dominieren systemischer und humanistischer Hintergrund, etwa die Hälfte arbeitet auch auf psychodynamischer oder kognitiv-behavioraler Grundlage, wobei feministische und integrative Ansätze häufig genannt wurden.

32 der 40 untersuchten Beratungsstellen bieten telefonische Beratung an. Diese wird bei knapp 11 000 Anrufen pro Jahr intensiv genutzt, variierend zwischen jährlich etwa 2500 Telefonaten in spezialisierten Beratungsstellen und unter 10 Anrufen in größeren Einrichtungen, die nur partiell mit Essstörungen arbeiten. Ratsuchende sind vor allem unter 20-jährige Anorektikerinnen, 20- bis 30-jährige Bulimikerinnen und Frauen mit Essanfällen, die in der Regel noch älter waren. Weiterhin suchten telefonisch viele Angehörige von Anorektikerinnen Rat.

Ein ähnliches Bild ergibt sich bei einmaligen Beratungen mit persönlichen Kontakten in der Beratungsstelle. Ziel der telefonischen oder einmaligen Beratung war die Information über Behandlungsmöglichkeiten oder Vermittlung in eine Behandlung sowie die Einleitung weiterer Beratung oder Therapie in der Beratungsstelle.

Die Rat suchenden Frauen mit Anorexie waren eher kürzer erkrankt, bei Bulimikerinnen und Klientinnen mit Essanfällen war die Störung meist schon deutlich chronifiziert.

Vor allem bei chronifizierten Essstörungen aller Diagnosegruppen waren weitere Gespräche notwendig, um diese zu einer adäquaten Behandlung zu motivieren. Im Rahmen der Beratung wurde bei einer relativ großen Gruppe dieser Klientinnen (ca. 20%) eine weitere seelische Störung diagnostiziert. Bezüglich der häufig beobachteten Selbstwertprobleme und der belasteten sozialen Beziehungen konnte in kurzen Beratungen mit bis zu fünf Gesprächen eine Verbesserung erreicht werden, nicht jedoch bezüglich der Depressivität und Essstörungssymptomatik sowie der sozialen Situation.

Mittellange Beratungen mit bis zu 10 Stunden wurden vor allem bei Klientinnen mit Bulimie oder Anorexie durchgeführt, von denen etwa die Hälfte gleichzeitig in ärztlicher Behandlung war. Die Betroffenen kamen auf eigene Initiative oder Rat des Arztes, waren gegenüber einer Psychotherapie ambivalent und sehr schwankend motiviert. Wie auch bei langen Beratungen waren in dieser Gruppe im Vergleich zu

kurzen Beratungen jüngere Klientinnen mit höherem Bildungsabschluss überrepräsentiert. Die langen Beratungen bzw. Behandlungen in den Beratungsstellen ergaben bei Anorexie und Bulimie eine signifikante Veränderung verschiedener Symptome und Probleme. Bei übergewichtigen und adipösen Klientinnen konnte nur eine gering ausgeprägte Gewichtsveränderung erreicht werden. Die Störung der Körperwahrnehmung und des Essverhaltens war bei allen Klientinnen kaum veränderbar.

Nach den langen Einzelberatungen und Therapien mit durchschnittlich 46 Sitzungen in durchschnittlich 19 Monaten wurden Katamnesen durchgeführt. Die meisten Klientinnen hatten anschließend keine weitere Behandlung wahrgenommen. Für den Katamnesezeitraum von einem halben Jahr bis zu knapp zwei Jahren ergaben sich bei Anorektikerinnen und Bulimikerinnen insgesamt stabile Behandlungsergebnisse mit deutlicher Verbesserung des allgemeinen klinischen Zustands, der essstörungsspezifischen Einstellungen und Verhaltensweisen und des Selbstwertgefühls sowie der Affektregulierung und der Partnerschafts- bzw. familiären Probleme sowie geringere soziale Isolierung. Bei übergewichtigen und adipösen Klientinnen ergaben sich im Gegensatz hierzu kaum positive Veränderungen.

Auch die von acht beteiligten Einrichtungen angebotenen Angehörigengruppen wurden untersucht. Diese waren meist von den Müttern (75%) besucht, deren Töchter mit einem Alter zwischen 15 und 25 Jahren seit durchschnittlich 2,5 Jahren eine Anorexie oder Bulimie hatten. Neben einem verbesserten Verständnis für das betroffene Kind konnte mehr Distanz zur Essstörung gefunden und eine stärkere Öffnung nach außen erreicht werden, die Familien wurden konfliktfähiger und weniger kohäsiv. Bei vielen Beteiligten entstand die Einsicht zu eigener Verhaltensänderung, etwa ein Drittel der Teilnehmerinnen nahm im Anschluss an die Gruppe selbst eine Einzelpsychotherapie auf.

Zwei der Beratungseinrichtungen boten kurze Ernährungsberatung mit bis zu fünf Gesprächen an. Die Klientinnen beurteilten diese Beratung sehr positiv, wobei die Nachhaltigkeit unbekannt bleibt. Gezielte Ernährungsberatung mit guten Kenntnissen über Essstörungen kann nach dem Urteil der Klientinnen hilfreich sein und neue Impulse zum Umgang mit der Essstörung geben.

Die Autoren ziehen aus ihrer Studie Schlüsse und Empfehlungen für die Versorgung von Essstörungen. Nach ihrer Einschätzung bedarf diese einer Versorgungskette, die mit ei-

nem niederschweligen, auf Essstörungen spezialisierten Beratungsangebot wie beispielsweise der Möglichkeit zu telefonischer Kontaktaufnahme beginnt und kurz- und längerfristige Beratungen anbietet, um dann in ambulante oder stationäre Psychotherapie überzuführen. In diesen Zusammenhang betonen sie die Notwendigkeit, in Haupt- und Berufsschulen besser über Essstörungen aufzuklären, um dort die geeigneten Beratungsstellen besser bekannt zu machen, da eine eindeutig intensivere Inanspruchnahme der Beratungsstellen von höher gebildeten Mädchen und Frauen nachweisbar war.

Die im Buch formulierten „Leitlinien für die Beratung und ambulante Therapie bei Essstörungen“ beziehen sich primär auf die Arbeit in Beratungsstellen. Hergeleitet werden diese unter anderem aus den in der Studie erhobenen seelischen und essstörungsspezifischen Belastungen in den Familien und Partnerschaften sowie den untersuchten mädchen- und frauenspezifischen Einschätzungen zu Körper, Leistung, Partnerschaft und Sexualität. Betont wird hier, dass die Beratungsangebote diese Aspekte mit einbeziehen müssen und die Beraterinnen hierzu aus- bzw. fortgebildet sein sollten.

Kritisch anzumerken ist, dass mit dem Titel des Buches fal-

sche Erwartungen geweckt werden können. Wie aus dem Dargestellten deutlich wird, berichten die Autoren eine umfassende Evaluation. Sollte man Anregungen für die Einführung und Durchführung von Qualitätssicherung in Beratungsstellen und ambulanten Therapie suchen, wird man enttäuscht sein. Dieser Schritt von der Evaluation zur Qualitätssicherung wird nicht vollzogen. Es wird allerdings ein Instrumentarium vorgestellt, das sich für die Evaluation der Einrichtungen und der Therapien eignet und somit für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement eingesetzt werden kann. Der Schritt zur systematischen Qualitätssicherung mit Prüf- und Rückmeldeprozessen und möglichen Vergleichen ist unterblieben oder wurde nicht berichtet.

Trotz dieser Kritik kann man sich wünschen, dass dieses Buch, wie auch das von Michael Borg-Laufs rezensierte Buch von Andreas Vossler „Perspektiven der Erzielungsberatung“ (PTJ 1/2004, S. 32) genügend Anregung gibt für weitere Forschungsprojekte in dem Bereich der Beratungsstellen. Gerade in diesem Feld der Sekundär- und Tertiärprävention sowie von niederschweligen Behandlungsangeboten wird ein gesundheitsökonomisch bedeutsamer Beitrag geleistet, für den bisher wenig empirisch fundiertes Wissen vorliegt. Die

Gruppenanalyse

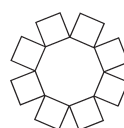
nach S. H. Foulkes

Kurs: Gruppenleitung in der Psychotherapie
(Laufzeit: 2 ½ Jahre)

**Gruppenprozesse in Klinik und Praxis –
Workshop zur Leitung psychotherapeutischer Gruppen**

Selbsterfahrung in Blockveranstaltungen

Information und Prospekte:



**Institut für Therapeutische
und
Angewandte Gruppenanalyse**

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

Autoren zeigen, wie mit erträglichem Zeitaufwand die strukturellen Gegebenheiten der Beratungsstellen und die erbrachten Beratungen dokumentiert werden können. Wichtig erscheint mir die Publikation dieser Ergebnisse, um in der aktuellen Debatte über Sparmöglichkeiten im Gesundheitssystem aufzuzeigen, dass hier

an der falschen Stelle gespart wird, wenn dieser Zugang in das Gesundheitssystem enger werden würde. Die Besprechung der Ergebnisse innerhalb der Beratungsstellen kann die Qualität der erbrachten Beratungen verbessern; hieraus systematische Qualitätssicherungsprozesse für Beratungsstellen und Therapie zu entwi-

ckeln, bleibt weiterer Entwicklung und Forschung vorbehalten.

Wir können den Initiatoren der Studie dankbar sein, dass sie hierfür einen ersten Schritt unternommen haben, mehr noch ist den Trägern und Mitarbeitern der Beratungsstellen für ihren

erbrachten Aufwand zu danken.

Dr. Dietrich Munz

Sonnenberg Klinik Stuttgart
Christian-Beleser-Str. 79
70597 Stuttgart
dietrich.munz@
sonnenbergklinik.de

Gesundheitsgesetze

Alles auf einer Scheibe!

Gesundheitsgesetze

2006. CD-ROM mit Booklet.
€ 49,- (zzgl. ca. 3-4 Updates
pro Jahr zu je € 29,-)
ISBN 3-87081-347-4

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

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



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

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

BESTELLCOUPON

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

Firma/Institution:

Abteilung:

Name/Vorname:

Straße:

PLZ/Ort:



Gesundheitsgesetze. CD-ROM mit Booklet.
€ 49,- (zzgl. ca. 3-4 Updates pro Jahr zu je € 29,-)
ISBN 3-87081-347-4

Datum/Unterschrift:

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



Mitteilungen der Bundespsychotherapeutenkammer

Musterberufsordnung verabschiedet

Am 13. Januar 2006 verabschiedete der 7. Deutsche Psychotherapeutentag in Dortmund die Musterberufsordnung der Psychotherapeuten. In der Musterberufsordnung sind exemplarisch alle Rechte und Pflichten aufgelistet, an die Psychotherapeuten sich halten wollen. Die Musterberufsordnung dient als Orientierung für die Landespsychotherapeutenkammern, die jeweils für ihre Region Berufsordnungen verabschieden.



Die Mitglieder der Lenkungsgruppe MBO (v.l.n.r.): Bernhard Morsch (Vertreter der Angestelltenbelange; PtK Saarland), Ellen Bruckmayer (PtK Bayern), Dirk Fiedler (PtK Hessen), Inge Berns (Vertreterin der KJP; PtK Niedersachsen), Monika Konitzer; (Vertreterin des Vorstands der BPTK, nicht im Bild)

Die Musterberufsordnung wurde von der Lenkungsgruppe MBO, die der 4. Deutsche Psychotherapeutentag eingesetzt hat, entwickelt. Der Lenkungsgruppe gehörten Inge Berns, Ellen Bruckmayer, Dirk Fiedler sowie Bernhard Morsch an. Aus dem Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer arbeitete bis zu seinem Tod im Juli 2005 der Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, Detlev Kommer, mit. Ihm folgte als Vertreterin des Vorstands Frau Monika Konitzer, Vizepräsidentin der Bundespsychotherapeutenkammer und Präsidentin der Landespsychotherapeutenkammer NRW. Die Lenkungsgruppe stand stets im intensiven Informations- und Meinungsaustausch mit den Landespsychotherapeutenkammern. Neben schriftlichen Stellungnah-

men zu den unterschiedlichen Entwurfsfassungen der Musterberufsordnung gab es zwei Anhörungen, die die Möglichkeit einer intensiven Diskussion boten.



Abstimmung mit der Versammlungsleitung

Die Lenkungsgruppe hatte bereits zum 6. Deutschen Psychotherapeutentag im Herbst 2005 ihren Entwurf einer Musterberufsordnung inklusive Erläuterungen präsentiert. Die auf dem 6. DPT notwendigen Wahlen machten jedoch einen Sonder-DPT zur Verabschiedung der Musterberufsordnung erforderlich. Nur so bestand ausreichend Zeit, die Musterberufsordnung angemessen zu diskutieren. In Dortmund haben sich die Delegierten des Deutschen Psychotherapeutentages insgesamt fünf Stunden diese Zeit genommen. Im Diskurs mit der Lenkungsgruppe wurden an einzelnen Stellen Präzisierungen vorgenommen. Letztlich fand der Entwurf der Lenkungsgruppe die volle Unterstützung der Delegierten, die mit großer Mehrheit für den Entwurf stimmten (1 Gegenstimme, 4 Enthaltungen). Versammlungsleitung und Delegierte dankten den Mitgliedern der Lenkungsgruppe für die professionelle und mit viel Engagement geleistete Arbeit.

Die Musterberufsordnung beschreibt im Einzelnen, wie sich Psychotherapeuten berufswürdiges Verhalten gegenüber Patienten, Kollegen u. a. Partnern im Gesundheitswesen vorstellen. Die Musterberufsordnung ist eine wichtige Orientierung für die Weiterentwicklung des Sozialrechts auf

Bundesebene, z. B. in Bezug auf die Regelungen zur Berufstätigkeit, zur Niederlassung, zur fachlichen Selbständigkeit und zu den Kooperationsmöglichkeiten mit anderen Berufen. Die vertraglichen Regelungen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung müssen das Berufsrecht der betroffenen Heilberufe berücksichtigen. Insofern ist die Musterberufsordnung nicht nur für Psychotherapeuten und Patienten, sondern auch für die Gesundheitspolitik und die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung eine wichtige Orientierung.



Breite Zustimmung: Die Delegierten votieren mit großer Mehrheit für die Verabschiedung der Musterberufsordnung

Die Musterberufsordnung richtet sich auch an Patienten. Die in der Musterberufsordnung schriftlich fixierten Regeln, wie sich Psychotherapeuten die Zusammenarbeit mit ihren Patienten vorstellen, fördern das Vertrauen zwischen Patienten und Psychotherapeuten. Zur Grundlage des Selbstverständnisses der Psychotherapie gehört, dass Patienten an den Entscheidungen während der Behandlung beteiligt werden. Dieser Grundsatz des „Shared Decision Making“ ist inhaltliche Grundlage der Konstruktion der Musterberufsordnung zu den Beziehungen zwischen Patient und Psychotherapeut.

(Näheres entnehmen Sie bitte dem Beitrag von Inge Berns und Dr. Martin Stellpflug im redaktionellen Teil.)

Muster-Berufsordnung

für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

in der Fassung der Beschlüsse des 7. Deutschen Psychotherapeutentages
in Dortmund am 13. Januar 2006

Präambel

Die auf der Grundlage der Kammer- und Heilberufsgesetze beschlossene Berufsordnung regelt die Berufsausübung der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.¹ Sie sieht sich im Einklang mit berufsethischen Traditionen von akademischen Heilberufen auf nationaler und internationaler Ebene und bezieht sich auf die ethischen Wertentscheidungen, wie sie in den Grundrechten des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland verankert sind. Die Berufsordnung stellt die Überzeugung der Psychotherapeuten zu berufswürdigem Verhalten gegenüber Patienten², Kollegen, anderen Partnern im Gesundheitswesen sowie zum Verhalten in der Öffentlichkeit dar. Die Berufsordnung dient dem Ziel,

- das Vertrauen zwischen Psychotherapeuten und ihren Patienten zu fördern,
- den Schutz der Patienten zu sichern,
- die Qualität der psychotherapeutischen Tätigkeit im Interesse der Gesundheit der Bevölkerung sicherzustellen,
- die freie Berufsausübung zu sichern,
- das Ansehen des Berufs zu wahren und zu fördern und
- auf berufswürdiges Verhalten hinzuwirken und berufsunwürdiges Verhalten zu verhindern.

Grundsätze

§ 1 Berufsaufgaben

(1) Psychotherapeuten üben die Heilkunde unter Berücksichtigung der aktuellen wissenschaftlichen Standards aus mit dem Ziel, Krankheiten vorzubeugen und zu heilen, Gesundheit zu fördern und zu erhalten sowie Leiden zu lindern.

(2) Sie betätigen sich insbesondere in der kurativen und palliativen Versorgung, in der Prävention und Rehabilitation, in der Aus-, Fort- und Weiterbildung, in Forschung und Lehre, im öffentlichen Gesundheitsdienst, in der Kinder- und Jugendhilfe und in anderen Feldern des Sozialwesens, in der Beratung, in der Leitung und im Management von Gesundheits- und Versorgungseinrichtungen sowie deren wissenschaftlicher Evaluation, in der wissenschaftlichen Weiterentwicklung der Konzepte, Verfahren und Methoden der Psychotherapie. Sie beteiligen sich darüber hinaus an der Erhaltung und Weiterentwicklung der soziokulturellen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für die psychische Gesundheit der Menschen.

(3) Der Beruf des Psychotherapeuten ist seiner Natur nach ein freier Beruf und kein Gewerbe.

§ 2 Berufsbezeichnungen

(1) Zulässige Berufsbezeichnungen sind nach § 1 Absatz 1 PsychThG

- „Psychologische Psychotherapeutin“ oder „Psychologischer Psychotherapeut“

- „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin“ oder „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“.
- „Psychotherapeutin“ oder „Psychotherapeut“

Die genannten Berufsbezeichnungen sind gesetzlich geschützt.

(2) Als zusätzliche Bezeichnung kann der Berufsbezeichnung das Psychotherapieverfahren beigefügt werden, das Gegenstand der vertieften Ausbildung und der Prüfung nach der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten oder der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten war oder gemäß § 12 PsychThG zur Approbation führte.

(3) Qualifikationen und Tätigkeitsschwerpunkte dürfen angegeben werden, sofern dies in angemessener Form erfolgt und nicht irreführend ist. Die Voraussetzungen für derartige Angaben sind gegenüber der Kammer auf Verlangen nachzuweisen. Die Angabe eines Tätigkeitsschwerpunkts setzt eine nachhaltige Tätigkeit in diesem Bereich voraus und muss mit dem Zusatz 'Tätigkeitsschwerpunkt' erfolgen.

(4) Sonstige Regelungen zur Führung von Zusatzbezeichnungen bleiben einer gesonderten satzungsrechtlichen Regelung der Landeskammer vorbehalten.

§ 3 Allgemeine Berufspflichten

(1) Psychotherapeuten sind verpflichtet, ihren Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihnen entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen.

(2) Bei der Berufsausübung sind die international anerkannten ethischen Prinzipien zu beachten, insbesondere

- die Autonomie der Patienten zu respektieren,
- Schaden zu vermeiden,
- Nutzen zu mehren und
- Gerechtigkeit anzustreben.

(3) Psychotherapeuten haben die Würde ihrer Patienten zu achten, unabhängig insbesondere von Geschlecht, Alter, sexueller Orientierung, sozialer Stellung, Nationalität, ethnischer Herkunft, Religion oder politischer Überzeugung.

(4) Psychotherapeuten dürfen keine Grundsätze und keine Vorschriften oder Anweisungen befolgen, die mit ihrer Aufgabe unvereinbar sind und deren Befolgung einen Verstoß gegen diese Berufsordnung beinhalten würde.

(5) Fachliche Weisungen dürfen sie nur von Personen entgegennehmen, die über die entsprechende fachliche Qualifikation verfügen.

(6) Psychotherapeuten sind verpflichtet, die professionelle Qualität ihres Handelns unter Einbeziehung wissenschaftlicher Erkenntnisse zu sichern und weiterzuentwickeln.

(7) Psychotherapeuten haben bei ihrem öffentlichen Auftreten alles zu unterlassen, was dem Ansehen des Berufsstandes schadet. Fachliche

Äußerungen müssen sachlich informierend und wissenschaftlich fundiert sein. Insbesondere sind irreführende Heilungsversprechen und unlaute Vergleiche untersagt.

(8) Sofern landesrechtliche Vorschriften im Falle von Großschadensereignissen oder Katastrophen eine psychosoziale Notfallversorgung der Bevölkerung vorsehen, sind Psychotherapeuten verpflichtet, sich daran in berufsangemessener Form zu beteiligen. Zu Art und Umfang der Beteiligung sowie etwaigen Befreiungsmöglichkeiten erlässt die jeweilige Landeskammer gesonderte Regelungen.

Regeln der Berufsausübung

§ 4 Allgemeine Obliegenheiten

(1) Psychotherapeuten sind verpflichtet, sich über die für die Berufsausübung geltenden Vorschriften unterrichtet zu halten, diese zu beachten und darauf gegründete Anordnungen und Richtlinien zu befolgen.

(2) Psychotherapeuten sind verpflichtet, sich hinreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit abzusichern.

§ 5 Sorgfaltspflichten

(1) Psychotherapeuten dürfen weder das Vertrauen, die Unwissenheit, die Leichtgläubigkeit, die Hilflosigkeit oder eine wirtschaftliche Notlage der Patienten ausnutzen, noch unangemessene Versprechungen oder Entmutigungen in Bezug auf den Heilungserfolg machen.

(2) Vor Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung hat in der Regel eine diagnostische Abklärung unter Einbeziehung anamnestischer Erhebungen zu erfolgen. Dabei sind erforderlichenfalls Befundberichte Dritter zu berücksichtigen. Indikationsstellung und Erstellung eines Gesamtbehandlungsplans haben unter Berücksichtigung der mit den Patienten erarbeiteten Behandlungsziele zu erfolgen.

(3) Psychotherapeuten dürfen keine Behandlung durchführen und sind verpflichtet, eine begonnene Behandlung zu beenden, wenn sie feststellen, dass das notwendige Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Behandler nicht herstellbar ist, sie für die konkrete Aufgabe nicht befähigt oder hierfür nicht ausgebildet sind. Eine kontraindizierte Behandlung ist selbst bei ausdrücklichem Wunsch eines Patienten abzulehnen. Wird eine Behandlung bei fortbestehender Indikation beendet, ist der Psychotherapeut ver-

- 1 In dieser Berufsordnung steht die Bezeichnung Psychotherapeut sowohl für Psychologische Psychotherapeuten als auch für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Soweit die männliche Form benutzt wird, gilt sie in gleicher Weise für weibliche Personen.
- 2 Soweit in dieser Berufsordnung das Wort Patient benutzt wird, gilt es auch für andere Nutzer der Dienstleistungen von Psychotherapeuten, im Sinne des § 1 (2).

pflichtet, dem Patienten ein Angebot zu machen, ihn bei der Suche nach Behandlungsalternativen zu unterstützen.

(4) Erkennen Psychotherapeuten, dass ihre Behandlung keinen Erfolg mehr erwarten lässt, so sind sie gehalten, sie zu beenden. Sie haben dies dem Patienten zu erläutern und das weitere Vorgehen mit ihm zu erörtern.

(5) Psychotherapeuten erbringen psychotherapeutische Behandlungen im persönlichen Kontakt. Sie dürfen diese über elektronische Kommunikationsmedien nur in begründeten Ausnahmefällen und unter Beachtung besonderer Sorgfaltspflichten durchführen. Modellprojekte, insbesondere zur Forschung, in denen psychotherapeutische Behandlungen ausschließlich über Kommunikationsnetze durchgeführt werden, bedürfen der Genehmigung durch die Kammer und sind zu evaluieren.

(6) Psychotherapeuten haben Kollegen, Ärzte oder Angehörige anderer Heil- und Gesundheitsberufe in Absprache mit dem Patienten hinzuzuziehen, wenn weitere Informationen oder Fähigkeiten erforderlich sind.

(7) Die Überweisung bzw. Zuweisung von Patienten muss sich an den fachlichen Notwendigkeiten orientieren. Psychotherapeuten dürfen sich für die Zuweisung bzw. Überweisung von Patienten weder Entgelt noch sonstige Vorteile versprechen lassen noch selbst versprechen, annehmen oder leisten.

(8) Die Übernahme einer zeitlich parallelen oder nachfolgenden Behandlung von Ehegatten, Partnern, Familienmitgliedern oder von in engen privaten und beruflichen Beziehungen zu einem Patienten stehenden Personen ist mit besonderer Sorgfalt zu prüfen.

§ 6 Abstinenz

(1) Psychotherapeuten haben die Pflicht, ihre Beziehungen zu Patienten und deren Bezugspersonen professionell zu gestalten und dabei jederzeit die besondere Verantwortung gegenüber ihren Patienten zu berücksichtigen.

(2) Sie dürfen die Vertrauensbeziehung von Patienten nicht zur Befriedigung eigener Interessen und Bedürfnisse missbrauchen.

(3) Die Tätigkeit von Psychotherapeuten wird ausschließlich durch das vereinbarte Honorar abgegolten. Die Annahme von entgeltlichen oder unentgeltlichen Dienstleistungen im Sinne einer Vorteilnahme ist unzulässig. Psychotherapeuten dürfen nicht direkt oder indirekt Nutznießer von Geschenken, Zuwendungen, Erbschaften oder Vermächtnissen werden, es sei denn, der Wert ist geringfügig.

(4) Psychotherapeuten sollen außertherapeutische Kontakte zu Patienten auf das Nötige beschränken und so gestalten, dass eine therapeutische Beziehung möglichst wenig gestört wird.

(5) Jeglicher sexuelle Kontakt von Psychotherapeuten zu ihren Patienten ist unzulässig.

(6) Die abstinente Haltung erstreckt sich auch auf die Personen, die einem Patienten nahe stehen, bei Kindern und Jugendlichen insbesondere auf dessen Eltern und Sorgeberechtigte.

(7) Das Abstinenzgebot gilt auch für die Zeit nach Beendigung der Psychotherapie, solange noch eine Behandlungsnotwendigkeit oder eine Ab-

hängigkeitsbeziehung des Patienten zum Psychotherapeuten gegeben ist. Die Verantwortung für ein berufsethisch einwandfreies Vorgehen trägt allein der behandelnde Psychotherapeut. Bevor private Kontakte aufgenommen werden, ist mindestens ein zeitlicher Abstand von einem Jahr einzuhalten.

§ 7 Aufklärungspflicht

(1) Jede psychotherapeutische Behandlung bedarf der Einwilligung und setzt eine Aufklärung voraus. Anders lautende gesetzliche Bestimmungen bleiben davon unberührt.

(2) Psychotherapeuten unterliegen einer Aufklärungspflicht gegenüber Patienten über Indikation, Art der Behandlung, Therapieplan, gegebenenfalls Behandlungsalternativen und mögliche Behandlungsrisiken. Die Aufklärungspflicht umfasst weiterhin die Klärung der Rahmenbedingungen der Behandlung, z. B. Honorarregelungen, Sitzungsdauer und Sitzungsfrequenz und die voraussichtliche Gesamtdauer der Behandlung.

(3) Die Aufklärung hat vor Beginn einer Behandlung in einer auf die Befindlichkeit und Aufnahmefähigkeit des Patienten abgestimmten Form zu erfolgen. Treten Änderungen im Behandlungsverlauf auf oder sind erhebliche Änderungen des Vorgehens erforderlich, ist der Patient auch während der Behandlung darüber aufzuklären.

(4) In Institutionen arbeitende Psychotherapeuten haben darüber hinaus ihre Patienten in angemessener Form über Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, über den Ablauf der Behandlung, über besondere institutionelle Rahmenbedingungen sowie über die Zuständigkeitsbereiche weiterer, an der Behandlung beteiligter Personen zu informieren.

§ 8 Schweigepflicht

(1) Psychotherapeuten sind zur Verschwiegenheit über Behandlungsverhältnisse verpflichtet und über das, was ihnen im Zusammenhang mit ihrer beruflichen Tätigkeit durch und über Patienten und Dritte anvertraut und bekannt geworden ist. Dies gilt auch über den Tod der betreffenden Personen hinaus.

(2) Soweit Psychotherapeuten zur Offenbarung nicht gesetzlich verpflichtet sind, sind sie dazu nur befugt, wenn eine wirksame Entbindung von der Schweigepflicht vorliegt oder die Offenbarung zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist. Dabei haben sie über die Weitergabe von Informationen unter Berücksichtigung der Folgen für die Patienten und deren Therapie zu entscheiden.

(3) Ist die Schweigepflicht aufgrund einer gesetzlichen Vorschrift eingeschränkt, so ist die betroffene Person darüber zu unterrichten.

(4) Gefährdet ein Patient sich selbst oder andere oder wird er gefährdet, so haben Psychotherapeuten zwischen Schweigepflicht, Schutz des Patienten, Schutz eines Dritten bzw. dem Allgemeinwohl abzuwägen und gegebenenfalls Maßnahmen zum Schutz des Patienten oder Dritter zu ergreifen.

(5) Mitarbeiter und die Personen, die zur Vorbereitung auf den Beruf an einer psychotherapeutischen Tätigkeit teilnehmen, sind über die gesetzliche Verpflichtung zur Verschwiegenheit zu belehren. Dies ist schriftlich festzuhalten.

(6) Im Rahmen kollegialer Beratung, Intervention, Supervision oder zum Zwecke der wissen-

schaftlichen Forschung und Lehre dürfen Informationen über Patienten und Dritte nur in anonymisierter Form im Sinne des Bundesdatenschutzgesetzes verwendet werden. Die Anonymisierung muss sicherstellen, dass keinerlei Rückschlüsse auf die Person des Patienten erfolgen können. Kann diese Anonymisierung nicht gewährleistet werden, ist die Weitergabe von Informationen nur mit vorausgegangener ausdrücklicher Entbindung von der Schweigepflicht zulässig.

(7) Ton- und Bildaufnahmen psychotherapeutischer Tätigkeit bedürfen der vorherigen Einwilligung des Patienten. Ihre Verwendung unterliegt der Schweigepflicht. Der Patient ist über das Recht zu informieren, eine Löschung zu verlangen.

(8) In allen Fällen der Unterrichtung Dritter nach den Absätzen 2 bis 7 hat sich der Psychotherapeut auf das im Einzelfall erforderliche Maß an Informationen zu beschränken.

§ 9 Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht

(1) Psychotherapeuten sind verpflichtet, die psychotherapeutische Behandlung und Beratung zu dokumentieren. Diese Dokumentation muss mindestens Datum, anamnestische Daten, Diagnosen, Fallkonzeptualisierungen, psychotherapeutische Maßnahmen sowie gegebenenfalls Ergebnisse psychometrischer Erhebungen enthalten.

(2) Die Dokumentationen nach Absatz 1 sind zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit sich nicht aus gesetzlichen Vorschriften eine längere Aufbewahrungsdauer ergibt.

§ 10 Datensicherheit

(1) Psychotherapeuten haben in ihrem Verantwortungsbereich sicherzustellen, dass erhobene Daten und persönliche Aufzeichnungen sicher verwahrt werden und gegenüber Zugriffen unbefugter Dritter umfassend geschützt sind.

(2) Dies gilt auch für elektronisch gespeicherte Daten und Aufzeichnungen. Die jeweils aktuellen Sicherheitsstandards sind einzuhalten und die gesetzlich vorgeschriebenen Fristen sind zu beachten.

§ 11 Einsicht in Behandlungsdokumentationen

(1) Patienten ist auch nach Abschluss der Behandlung auf ihr Verlangen hin Einsicht in die sie betreffenden Dokumentationen zu gewähren, die nach § 9 Absatz 1 zu erstellen sind.

(2) Psychotherapeuten können die Einsicht ganz oder teilweise nur verweigern, wenn dies den Patienten gesundheitlich gefährden würde oder wenn Rechte Dritter betroffen sind. Die Einsichtnahme in persönliche Aufzeichnungen des Therapeuten über seine emotionalen Erlebnisweisen im Rahmen des therapeutischen Geschehens (subjektive Daten) kann verweigert werden, wenn die Einsicht dem Patienten oder dem Therapeuten oder Dritten schaden würde. Eine Einsichtsverweigerung ist gegenüber dem Patienten zu begründen.

§ 12 Umgang mit minderjährigen Patienten

(1) Bei minderjährigen Patienten haben Psychotherapeuten ihre Entscheidung, eine psychotherapeutische Behandlung anzubieten, unter sorgfältiger Berücksichtigung der Einstellungen aller Beteiligten zu treffen. Sie haben allen Beteilig-

ten gegenüber eine professionelle Haltung zu wahren.

(2) Einwilligungsfähig in eine psychotherapeutische Behandlung ist ein Minderjähriger nur dann, wenn er über die behandlungsbezogene natürliche Einsichtsfähigkeit verfügt. Verfügt der Patient nicht über diese Einsichtsfähigkeit, sind die Psychotherapeuten verpflichtet, sich der Einwilligung des oder der Sorgeberechtigten zu der Behandlung zu vergewissern.

(3) Können sich die Sorgeberechtigten nicht einigen, ist die Durchführung einer Behandlung mit dem noch nicht einsichtsfähigen Patienten von einer gerichtlichen Entscheidung abhängig.

(4) Die Einwilligung der Sorgeberechtigten setzt deren umfassende Aufklärung entsprechend § 7 voraus.

(5) Einsichtsfähige minderjährige Patienten sind umfassend gemäß § 7 aufzuklären. Ihre Einwilligung in die Behandlung ist einzuholen.

(6) Psychotherapeuten sind schweigepflichtig sowohl gegenüber dem einsichtsfähigen Patienten als auch gegebenenfalls gegenüber den am therapeutischen Prozess teilnehmenden Bezugspersonen hinsichtlich der von den jeweiligen Personen ihm anvertrauten Mitteilungen. Es gelten die Ausnahmen entsprechend den Regelungen nach § 8.

§ 13 Umgang mit eingeschränkt einwilligungsfähigen Patienten

(1) Einwilligungsfähig in eine psychotherapeutische Behandlung ist ein Patient, für den ein rechtlicher Vertreter eingesetzt ist, nur dann, wenn er über die behandlungsbezogene natürliche Einsichtsfähigkeit verfügt.

(2) Verfügt der Patient nicht über diese Einsichtsfähigkeit, hat der Psychotherapeut nach entsprechender Aufklärung die Einwilligung des rechtlichen Vertreters einzuholen. Bei Konflikten zwischen gesetzlich eingesetzten Vertretern und Patienten ist der Psychotherapeut verpflichtet, insbesondere auf das Wohl des Patienten zu achten.

(3) Der gesetzlichen Betreuungssituation und den sich daraus ergebenden besonderen Anforderungen an die Indikationsstellung und Durchführung der Behandlung ist Rechnung zu tragen.

§ 14 Honorierung und Abrechnung

(1) Psychotherapeuten haben auf eine angemessene Honorierung ihrer Leistungen zu achten. Das Honorar ist nach der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) zu bemessen, soweit nicht gesetzlich etwas anderes bestimmt ist.

(2) Psychotherapeuten dürfen die Sätze nach der GOP nicht in unlauterer Weise unterschreiten oder sittenwidrig überhöhte Honorarvereinbarungen treffen. In begründeten Ausnahmefällen können sie Patienten das Honorar ganz oder teilweise erlassen.

(3) Honorarfragen sind zu Beginn der Leistungserbringung zu klären. Abweichungen von den gesetzlichen Gebühren (Honorarvereinbarungen) sind schriftlich zu vereinbaren.

(4) Die Angemessenheit der Honorarforderung hat der Psychotherapeut auf Anfrage gegenüber der Landespsychotherapeutenkammer zu begründen.

(5) Abrechnungen haben der Klarheit und Wahrheit zu entsprechen und den zeitlichen Ablauf der erbrachten Leistungen korrekt wiederzugeben.

§ 15 Fortbildungspflicht

Psychotherapeuten, die ihren Beruf ausüben, sind verpflichtet, entsprechend der Fortbildungsanforderungen der Landespsychotherapeutenkammer ihre beruflichen Fähigkeiten zu erhalten und weiterzuentwickeln. Sie müssen ihre Fortbildungsmaßnahmen auf Verlangen der Kammer nachweisen.

§ 16 Qualitätssicherung

(1) Psychotherapeuten sind dafür verantwortlich, dass ihre Berufsausübung aktuellen Qualitätsanforderungen entspricht. Hierzu haben sie angemessene qualitätssichernde Maßnahmen zu ergreifen.

(2) Dies schließt gegebenenfalls entsprechende Maßnahmen für Mitarbeiter ein.

(3) Psychotherapeuten müssen diese Maßnahmen gegenüber der Kammer nachweisen können.

§ 17 Verhalten gegenüber anderen Kammermitgliedern und Dritten

(1) Psychotherapeuten sind verpflichtet, ihren Berufskollegen und Angehörigen anderer Heilberufe mit Respekt zu begegnen und Rücksicht auf deren berechnete Interessen zu nehmen. Unsachliche Kritik an der Vorgehensweise oder dem beruflichen Wissen sowie herabsetzende Äußerungen über deren Person sind zu unterlassen. Davon unberührt bleibt die Verpflichtung von Psychotherapeuten, in einem Gutachten oder in anderen fachlichen Stellungnahmen nach bestem Wissen ihre fachliche Überzeugung auszusprechen, auch soweit es die Vorgehensweise von Kollegen betrifft.

(2) Anfragen von Kollegen und Angehörigen anderer Heilberufe sind zeitnah unter Beachtung von § 8 zu beantworten.

(3) Psychotherapeuten können sich in kollegialer Weise auf Vorschriften der Berufsordnung aufmerksam machen. Sie verletzen ihre Pflicht zur Kollegialität auch dann nicht, wenn sie bei Vorliegen eines begründeten Verdachts die Landespsychotherapeutenkammer auf einen möglichen Verstoß eines Kollegen gegen die Berufsordnung hinweisen.

(4) Konflikte zwischen Kammermitgliedern untereinander, zwischen Kammermitgliedern und Angehörigen anderer Berufe oder zwischen Kammermitgliedern und Patienten können im gegenseitigen Einvernehmen außergerichtlich durch die Landespsychotherapeutenkammer geschlichtet werden.

§ 18 Delegation

(1) Psychotherapeuten können diagnostische Teilaufgaben sowie behandlungsergänzende Maßnahmen an Dritte delegieren, sofern diese über eine dafür geeignete Qualifikation verfügen und die Patienten wirksam eingewilligt haben.

(2) Die Gesamtverantwortung für die delegierten Maßnahmen verbleibt bei dem delegierenden Psychotherapeuten.

(3) Im Falle der Delegation von Maßnahmen sind Psychotherapeuten zur regelmäßigen Kon-

trolle der delegierten Leistungserbringung verpflichtet.

§ 19 Psychotherapeuten als Arbeitgeber oder Vorgesetzte

(1) Beschäftigen Psychotherapeuten in ihrer Praxis, in Ambulanzen oder anderen Institutionen des Gesundheitswesens sowie in Ausbildungs- und Forschungsinstituten oder anderen Einrichtungen Mitarbeiter, so haben sie auf angemessene Arbeits- und Vergütungsbedingungen hinzuwirken und Verträge abzuschließen, welche der jeweiligen Tätigkeit entsprechen.

(2) Psychotherapeuten als Arbeitgeber oder Vorgesetzte dürfen keine Weisungen erteilen, die mit dieser Berufsordnung nicht vereinbar sind.

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

Formen der Berufsausübung

§ 20 Ausübung psychotherapeutischer Tätigkeit in einer Niederlassung

(1) Die selbständige Ausübung psychotherapeutischer Behandlungstätigkeit ist grundsätzlich an die Niederlassung in einer Praxis gebunden, soweit nicht gesetzliche Vorschriften etwas anderes zulassen. Die Durchführung einzelner therapeutischer Schritte kann auch außerhalb der Praxisräumlichkeiten stattfinden, soweit dies für die Behandlung notwendig ist und berufsrechtliche Belange nicht beeinträchtigt werden.

(2) Es ist zulässig, über den Praxissitz hinaus an bis zu zwei weiteren Orten psychotherapeutisch tätig zu sein. Dabei hat der Psychotherapeut Vorkehrungen für eine ordnungsgemäße Versorgung an jedem Ort seiner Tätigkeit zu treffen.

(3) Orte und Zeitpunkte der Aufnahme psychotherapeutischer Tätigkeiten und jede Veränderung sind der Landespsychotherapeutenkammer unverzüglich mitzuteilen.

(4) Bei längeren Abwesenheiten von der Praxis ist der Praxisinhaber verpflichtet, für eine geeignete Vertretung Sorge zu tragen.

(5) Die Beschäftigung von Praxisassistenten bzw. von Vertretern, wenn die Vertretung insgesamt länger als drei Monate innerhalb eines Zeitraumes von zwölf Monaten andauert, ist der Landespsychotherapeutenkammer anzuzeigen.

(6) Niedergelassene Psychotherapeuten sind zur Teilnahme am psychotherapeutischen Notfalldienst verpflichtet, wenn ein solcher eingerichtet wurde. Zu Art und Umfang der Beteiligung sowie etwaigen Befreiungsmöglichkeiten erlässt die jeweilige Landespsychotherapeutenkammer gesonderte Regelungen. Die Teilnahme an einem Notfalldienst entbindet den behandelnden Psychotherapeuten nicht von seiner Verpflichtung, für die Betreuung seiner Patienten in dem Umfange Sorge zu tragen, wie es deren Krankheitszustand erfordert. Psychotherapeuten haben sich für den Notfalldienst fortzubilden, wenn sie nicht auf Dauer von der Teilnahme am Notfalldienst befreit sind.

§ 21 Zusammenschlüsse zur gemeinsamen Praxisführung, zu Kooperationsgemeinschaften und sonstigen Organisationen

(1) Psychotherapeuten dürfen sich im Rahmen der Vorgaben des Heilberufsgesetzes zu Berufs-

ausübungsgemeinschaften in allen rechtlich möglichen Formen mit anderen Angehörigen ihrer Berufsgruppe oder Angehörigen anderer Gesundheits- oder Beratungsberufe zusammenschließen.

(2) Bei Berufsausübungsgemeinschaften sind die Namen aller in der Gemeinschaft zusammengeschlossenen Psychotherapeuten, der Angehörigen der anderen Berufsgruppen, die zugehörigen Berufsbezeichnungen, die Rechtsform und jeder Ort der Berufsausübung öffentlich anzukündigen.

(3) Darüber hinaus dürfen Psychotherapeuten sich an Kooperationen beteiligen, deren Ziel ein bestimmter Versorgungsauftrag oder eine andere Form der Zusammenarbeit zur Patientenversorgung ist.

(4) Bei allen Formen von Zusammenschlüssen muss die freie Wahl der Psychotherapeuten durch die Patienten gewährleistet und die eigenverantwortliche und selbständige sowie nicht gewerbliche Berufsausübung gewahrt bleiben.

(5) Bei allen Formen von Zusammenschlüssen ist die Verarbeitung der Patientendaten so zu organisieren, dass bei Auflösung des Zusammenschlusses eine Trennung der Datenbestände unter Wahrung der gesetzlichen Geheimhaltungspflichten, der Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten, der schutzwürdigen Belange der Psychotherapeuten sowie der schutzwürdigen Belange der betroffenen Patienten möglich ist.

(6) Eine Beteiligung von Kammermitgliedern an privatrechtlichen Organisationen, die missbräuchlich die eigenverantwortliche Berufsausübung einschränken, Überweisungen an Leistungserbringer außerhalb der Organisation ausschließen oder in anderer Weise die Beachtung der Berufspflichten der Kammermitglieder beschränken, ist unzulässig.

(7) Alle Zusammenschlüsse nach Absatz 1 bis Absatz 3 sowie deren Änderungen sind der Landespsychotherapeutenkammer anzuzeigen. Kooperationsverträge nach Absatz 1 bis Absatz 3 sind auf Verlangen der Kammer vorzulegen.

§ 22 Anforderungen an die Praxen

(1) Praxen von Psychotherapeuten müssen den besonderen Anforderungen der psychotherapeutischen Behandlung genügen. Präsenz und Erreichbarkeit sind zu gewährleisten.

(2) Anfragen von Patienten, die sich in laufender Behandlung befinden, müssen zeitnah, in Notfällen unverzüglich, beantwortet werden, sofern dem nicht besondere Gründe entgegenstehen. Bei Verhinderung des Psychotherapeuten sind dem Patienten alternative Kontaktmöglichkeiten mitzuteilen.

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

(4) Die Anforderungen nach den Absätzen 1 bis 3 gelten für alle Orte psychotherapeutischer Tätigkeit entsprechend.

§ 23 Informationen über Praxen und werbende Darstellung

(1) Die Ausübung von Psychotherapie in einer Niederlassung muss durch ein Schild angezeigt werden, das die für eine Inanspruchnahme durch Patienten notwendigen Informationen enthält.

(2) Die Verwendung anderer Bezeichnungen als „Praxis“ bedarf der Genehmigung durch die jeweilige Landeskammer.

(3) Psychotherapeuten dürfen auf ihre berufliche Tätigkeit werbend hinweisen. Die Werbung muss sich in Form und Inhalt auf die sachliche Vermittlung des beruflichen Angebots beschränken. Insbesondere anpreisende, irreführende oder vergleichende Werbung ist unzulässig. Dies gilt auch für die Darstellung auf Praxisschildern. Werbeverbote auf Grund anderer gesetzlicher Bestimmungen bleiben unberührt.

(4) Eine Internetpräsenz muss den gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere den Vorschriften des Teledienstgesetzes (TDG) entsprechen.

(5) Psychotherapeuten dürfen sich in Verzeichnisse eintragen lassen, wenn diese folgenden Anforderungen gerecht werden:

- sie müssen allen Psychotherapeuten, welche die Kriterien des Verzeichnisses erfüllen, zu denselben Bedingungen mit einem kostenfreien Grundeintrag offen stehen,
- die Eintragungen müssen sich auf die ankündigungsfähigen Informationen beschränken und
- die Systematik muss zwischen den erworbenen Qualifikationen einerseits und Tätigkeitsschwerpunkten andererseits unterscheiden.

§ 24 Aufgabe der Praxis

(1) Der Praxisinhaber hat rechtzeitig dafür Sorge zu tragen, dass bei der Beendigung seiner Tätigkeit, bei der Auflösung oder der Veräußerung der Praxis – auch für den Todesfall – die Regeln der Datensicherheit gem. § 10 eingehalten werden. Die Beendigung der Praxistätigkeit ist der Kammer mitzuteilen.

(2) Psychotherapeuten können Patientenunterlagen bei Aufgabe oder Übergabe der Praxis grundsätzlich nur mit schriftlicher Einwilligungserklärung der betroffenen Patienten an den Praxisnachfolger übergeben. Soweit eine Einwilligung des Patienten nicht vorliegt, hat der bisherige Praxisinhaber für eine ordnungsgemäße Aufbewahrung und Sicherung der Unterlagen nach § 9 Absatz 2 und § 10 Sorge zu tragen.

(3) Psychotherapeuten haben dafür Sorge zu tragen, dass bei Praxisübergabe und im Falle eigenen Unvermögens (Krankheit, Tod) ihre Dokumentationen sicher verwahrt und nach Ablauf der Aufbewahrungszeit (§ 9 Absatz 2) unter Beachtung der Grundsätze der Datenschutzbestimmungen vernichtet werden.

(4) Ist eine Aufbewahrung bei dem bisherigen Praxisinhaber nicht möglich, kann diese Aufgabe an den Praxisnachfolger übertragen werden, wenn dieser die Unterlagen getrennt von den eigenen Unterlagen unter Verschluss hält.

(5) Der sachliche und ideelle Verkaufswert einer Praxis darf nicht sittenwidrig überhöht festgelegt werden.

§ 25 Ausübung des Berufs in einem Beschäftigungsverhältnis

(1) Psychotherapeuten in einem privaten oder öffentlich-rechtlichen Beschäftigungsverhältnis dürfen nur Weisungen befolgen, die mit dieser Berufsordnung vereinbar sind und deren Befolgung sie selbst verantworten können.

(2) Sie dürfen in Bezug auf fachliche Angelegenheiten ihrer Berufsausübung Weisungen von

Vorgesetzten nur dann befolgen, wenn diese über entsprechende psychotherapeutische Qualifikationen verfügen.

(3) Psychotherapeuten als Dienstvorgesetzte dürfen keine Weisungen erteilen, die mit der Berufsordnung unvereinbar sind. Sie haben bei der Gestaltung beruflicher Rahmenbedingungen darauf hinzuwirken, dass diese dem weisungsgebundenen Berufskollegen die Einhaltung seiner Berufspflichten ermöglichen.

(4) Üben Psychotherapeuten ihren Beruf in einem Beschäftigungsverhältnis und zugleich selbstständig in einer Praxis aus, haben sie Interessenkonflikte, die sich hierbei ergeben könnten, unter vorrangiger Berücksichtigung des Patientenwohls zu lösen.

§ 26 Psychotherapeuten als Lehrende, Ausbilder und Lehrtherapeuten sowie als Supervisoren

(1) In der Ausbildung tätige Psychotherapeuten dürfen Abhängigkeiten nicht zur Befriedigung eigener Bedürfnisse und Interessen ausnutzen oder Vorteile daraus ziehen. Die Regelungen zur Abstinenz (§ 6) gelten entsprechend.

(2) Psychotherapeuten dürfen keine Prüfungen bei Ausbildungsteilnehmern abnehmen, die bei ihnen in Selbsterfahrung oder Lehrtherapie sind oder waren.

(3) Die Ausbildungsbedingungen müssen für alle Betroffenen transparent und durch schriftlichen Vertrag festgelegt sein.

(4) Auszubildende sind auf ihren späteren Beruf hin angemessen auszubilden.

§ 27 Psychotherapeuten als Gutachter

(1) Psychotherapeuten dürfen sich als Gutachter betätigen, soweit ihre Fachkenntnisse und ihre beruflichen Erfahrungen ausreichen, um die zu untersuchende Fragestellung nach bestem Wissen und Gewissen beantworten zu können.

(2) Gutachten sind den fachlichen Standards entsprechend innerhalb angemessener Frist zu erstellen und dürfen keine Gefälligkeitsaussagen enthalten.

(3) Psychotherapeuten haben vor Übernahme eines Gutachtauftrags ihre gutachterliche Rolle zu verdeutlichen und von einer psychotherapeutischen Behandlungstätigkeit klar abzugrenzen.

(4) Ein Auftrag zur Begutachtung eigener Patienten im Rahmen eines Gerichtsverfahrens ist in der Regel abzulehnen. Eine Stellungnahme ist dann möglich, wenn der Patient auf die Risiken einer möglichen Aussage des Psychotherapeuten in geeigneter Weise hingewiesen wurde und wenn er den Psychotherapeuten diesbezüglich von der Schweigepflicht entbunden hat. Im Falle einer Entbindung von der Schweigepflicht ist der Psychotherapeut gem. § 53 Abs. 2 StPO verpflichtet, als Zeuge vor Gericht auszusagen.

§ 28 Psychotherapeuten in der Forschung

(1) Psychotherapeuten haben bei der Planung und Durchführung von Studien und Forschungsobjekten die in der Deklaration von Helsinki 2000 niedergelegten ethischen Grundsätze zu beachten.

(2) Die Teilnehmer sind vor Beginn von Psychotherapiestudien sorgfältig über deren Inhalte, Rahmenbedingungen und mögliche Belas-

tungen sowie Risiken aufzuklären. Diese Information und die Zustimmung zur Teilnahme an der Studie müssen vor Beginn der Durchführung schriftlich niedergelegt sein.

(3) Sofern Behandlungen im Rahmen eines Forschungsvorhabens nicht abgeschlossen werden können, ist dafür Sorge zu tragen, dass Weiterbehandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen oder vermittelt werden können.

(4) Bei der Veröffentlichung von Forschungsergebnissen haben Psychotherapeuten Auftraggeber und Geldgeber der Forschung zu nennen.

Schlussbestimmungen

§ 29 Pflichten gegenüber der Landespsychotherapeutenkammer

Die Mitglieder der Landespsychotherapeutenkammer sind diesen gegenüber zur Erfüllung

aller Aufgaben verpflichtet, die sich aus Gesetzen, Rechtsverordnungen, Verträgen, Richtlinien und Satzungsnormen ergeben. Die Mitglieder sind ferner verpflichtet, ihrer Landespsychotherapeutenkammer unverzüglich nach Aufforderung alle Auskünfte zu erteilen und die erforderlichen Unterlagen vorzulegen, welche diese zur Durchführung ihrer Aufgaben benötigt.

§ 30 Ahnden von Verstößen

(1) Schuldhaft, d. h. vorsätzliche und fahrlässige Verstöße gegen die Bestimmungen dieser Berufsordnung können berufsrechtliche Verfahren nach den Heilberufsgesetzen nach sich ziehen.

(2) Ein außerhalb des Berufs liegendes Verhalten eines Psychotherapeuten kann dann eine berufsrechtlich zu ahndende Pflichtverletzung sein, wenn es nach den Umständen des Einzel-

falles in besonderem Maße geeignet ist, Achtung und Vertrauen in einer für die Ausübung oder das Ansehen dieses Berufes bedeutsamen Weise zu beeinträchtigen.

Geschäftsstelle

Klosterstr. 64
10179 Berlin
Tel 030 / 278785 – 0
Fax 030 / 278785 – 44
info@bptk.de
www.bptk.de



Fortbildungsprogramm 2006 Deutsche Gesellschaft für Biofeedback e.V.

Herzratenvariabilität-Biofeedback	Prien am Chiemsee	29. Apr
Biofeedback bei Schlafstörungen	München	29./30. Apr
Biofeedback bei chronischen Kopfschmerzen	Bad Bramstedt	10./11. Jun
Grundkurs I	Prien	17./18. Jun
Biofeedback bei Angststörungen	Prien	24. Jun
Supervisions Kompakt Workshop	München	08./09. Jul
sEMG in der neuromotor. Rehabilitation	München	14. Okt
Behandlung chronischer Schmerzen	Prien	21./22. Okt
Grundkurs I	Prien	28./29. Okt
Grundkurs II	Prien	11./12. Nov
Migräne und KST	Prien	02. Dez
Fortlaufende Supervisionsgruppe	München	Freitags, ca. 1x/Monat

Anmeldungen und weitere Infos unter:
www.dgbfb.de oder Sekretariat@dgbfb.de



HUMANPROTECT®
CONSULTING GMBH

sicher ist sicher

Die HumanProtect Consulting GmbH ist ein bundesweit und in Europa marktführendes Dienstleistungsunternehmen zur Überfall- und Unfallhilfe und psychologischen Akutintervention nach belastenden Ereignissen (Arbeitsunfälle, Raubüberfälle, Terroranschläge, Zug- und Flugzeugkatastrophen, Naturkatastrophen, Amokläufe etc.).

Wir suchen hoch qualifizierte, motivierte Mitarbeiter mit Eigeninitiative und Teamgeist.

Diplom-Psychologen

auf Honorarbasis: Approbation oder HP-Zulassung, Kenntnisse und Erfahrung in Psychotraumatologie, Erfahrung in Diagnostik, Mobilität und zeitliche Flexibilität; wünschenswert in Bayern, Hessen, neue Bundesländer und Berlin.

Wir freuen uns auf Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen.

HumanProtect Consulting GmbH
Worringer Straße 25
50668 Köln

Weitere Informationen: www.humanprotect.de



Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die zweite Amtsperiode der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg hat begonnen: am 14. Januar fand die konstituierende Sitzung der Vertreterversammlung statt und wählte den neuen Vorstand sowie die Mitglieder der Ausschüsse der Kammer. Dem scheidenden Vorstand dankte die Vertreterversammlung mit stehendem Applaus für seine Arbeit.

Der bisherige Vorstand legte den Mitgliedern der Vertreterversammlung einen umfassenden Tätigkeitsbericht vor, in dem die Kammerarbeit mit ihren vielfältigen Aufgaben von der Errichtungsphase bis heute dokumentiert ist. Dieser Bericht wird den Kammermitgliedern zugeschickt sowie auf der Homepage als Download zur Verfügung gestellt.

Allen Kolleginnen und Kollegen, die bisher in der Vertreterversammlung, den

Ausschüssen und anderen Kammergremien aktiv waren, sei an dieser Stelle herzlich gedankt für ihre engagierte Mitarbeit.

Besonderer Dank gilt den Mitgliedern des bisherigen Kammervorstandes, Mareke de Brito Santos-Dodt, Trudi Raymann und Prof. Thomas Fydrich, die zusammen mit dem verstorbenen Kammerpräsidenten Detlev Kommer sowie anfangs Siegfried Schmieider, später Dr. Dietrich Munz als Vizepräsident mit großem Engagement den Aufbau der Kammer und die berufspolitische Arbeit gestaltet haben.

Bei der Fußballweltmeisterschaft im Sommer dieses Jahres werden wir in Zusammenarbeit mit den regionalen Einsatzkoordinatoren eine psychotherapeutische Notfallversorgung organisieren. Hierzu bieten wir den Kolleginnen und Kollegen im Großraum

Stuttgart Fortbildungen zur Einbindung in die geplante Akutversorgung an. Prof. Dr. Jürgen Bengel (Universität Freiburg) wurde in diesem Zusammenhang zum Vorstandsbeauftragten für den Bereich Notfallpsychologie-/psychotherapie und Akutversorgung berufen.

Am Ende dieser Mitteilungen finden Sie in einer *Bekanntmachung* der Landespsychotherapeutenkammer die *Beitragstabelle 2006*, wie sie in der Vertreterversammlung am 24. September 2005 beschlossen wurde.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Kammervorstand
Dietrich Munz
Martin Klett
Kristiane Göpel
Renate Hannak-Zeltner
Birgitt Lackus-Reitter

Wahlen zur Vertreterversammlung

Im Herbst 2005 fanden die Wahlen zur Vertreterversammlung der Kammer statt. Von den 3911 wahlberechtigten Mitgliedern haben 2464 Mitglieder von ihrem Wahlrecht Gebrauch gemacht. 393 Stimmen konnten wegen eines administrativen Fehlers bei der Wahldurchführung nicht gezählt werden, 17 Stimmen waren anderweitig ungültig. Zwei wegen dieses Fehlers eingegangene Wahleinsprüche wurden im Wahlprüfungsausschuss zurückgewiesen und die Wahl für gültig erklärt. Die Tabelle zeigt die Ergebnisse im Überblick. Weitere Informationen zur Kammerwahl finden Sie auf der Homepage der Kammer www.lpk-bw.de.

Das Ergebnis der Kammerwahl im Überblick

Listen	PP			KJP			Gesamt		
	n	%	S	n	%	S	n	%	S
Psychotherapeutenbündnis B-W	745	36,3	14	315	15,3	6	1060	51,6	20
Neue Gemeinsame Liste	471	22,9	9	29	1,4	1	500	24,3	10
Freie Liste	203	9,9	4	33	1,6	1	236	11,5	5
Kompetenz und Vielfalt	136	6,6	3	22	1,1	0	158	7,7	3
Wahlliste der Beratungsstellen	82	4,0	2	18	0,9	0	18	0,9	2
Gesamt	1637	79,7	32	417	20,3	8	2054	100	40

Legende:

n = Anzahl Stimmen,

% = prozentualer Anteil am Gesamt der Stimmen (n=2054),

S = Sitze, Anzahl der Mandate in der Delegiertenversammlung

Bericht von der Vertreterversammlung am 14. Januar 2005

Am Samstag den 14.01.2006 kamen die von den Kammermitgliedern gewählten Delegierten zu ihrer konstituierenden Sitzung für die 2. Wahlperiode zusammen. Auf der Tagesordnung stand nach dem Bericht und der Verabschiedung des amtierenden Vorstandes die Wahl des neuen Kammervorstandes sowie der Mitglieder der Ausschüsse.

Bericht und Verabschiedung des amtierenden Vorstands

Der Vorstand berichtete über das Suchtforum am 15. 11. 2005 und die Informationsveranstaltung für Apotheker und Psychotherapeuten zum Thema Tabakentwöhnung, die zusammen mit der Landesapothekerkammer in Karlsruhe durchgeführt wurden, wird den Mitgliedern der LPK voraussichtlich im April 2006 zugestellt werden; weiteren Interessierten steht er dann darüber hinaus auf der Kammerhomepage als Download zur Verfügung. Weiterhin berichtete der Vorstand über die geplante Novellierung des Heilberufe-Kammergesetzes, die dem Landtag zugeleitet wurde.

Der Vertreterversammlung wurde ein ausführlicher Tätigkeitsbericht über die Errichtungsphase 2001 und die erste Amtsperiode des Kammervorstandes 2002 bis 2005 in einer vorläufigen Fassung vorgelegt. Der endgültige Tätigkeitsbericht wird den Mitgliedern der LPK voraussichtlich im April 2006 zugestellt werden; weiteren Interessierten steht er dann darüber hinaus auf der Kammerhomepage als Download zur Verfügung..

Abschließend verabschiedeten sich die Mitglieder des Vorstandes und bedankten sich für die gute, listenübergreifende und sachbezogene Zusammenarbeit. Nach einer Würdigung der Vorstandsarbeit durch Frau Steglich bedankte sich die Vertreterversammlung bei den scheidenden Vorstandsmitgliedern Mareke de Brito Santos-Dodt, Thomas Fydrich, Dietrich Munz und Trudi Raymann mit stehendem Applaus für ihre gleichermaßen engagierte wie qualifizierte Arbeit in der vergangenen ersten Wahlperiode.



Der neue Vorstand der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg; v.l.n.r.: Renate Hannak-Zeltner, Dietrich Munz (Präsident), Kristiane Göpel, Martin Klett (Vizepräsident) und Birgitt Lackus-Reitter (Psychotherapeutenbündnis Baden-Württemberg)

Wahlen des Vorstands und der Mitglieder der Ausschüsse

Satzungsgemäß wählte die Vertreterversammlung in ihrer konstituierenden Sitzung am 14. Januar 2006 den neuen Kammervorstand und die Mitglieder der Ausschüsse. Dietrich Munz, bisher Vizepräsident der Landespsychotherapeutenkammer, wurde dabei als Nachfolger des verstorbenen Gründungspräsidenten Detlev Kommer in das Amt des Präsidenten gewählt. Neuer Vizepräsident wurde Martin Klett. Der Vorstand wird komplettiert durch Renate Hannak-Zeltner als Rechnungsführerin sowie Kristiane Göpel und Birgitt Lackus-Reitter als Beisitzerinnen. Ausführlich vorgestellt wird der neue Vorstand auf der Homepage der Kammer www.lpk-bw.de.

Die Neuwahlen fanden in einer konzentrierten Arbeitsatmosphäre statt, getragen von dem Bemühen, den Interessen aller Gruppierungen gerecht zu werden.

Neubesetzung der Ausschüsse

Im Anschluss an die Vorstandswahlen fanden die Wahlen zur Neubesetzung der Ausschüsse statt. In der nachfolgenden Übersicht sind alle Ausschussmitglieder benannt, wobei das erstgenannte Mitglied jeweils den Vorsitz, das zweitgenannte Mitglied jeweils den stellvertretenden Vorsitz inne hat:

Umlageausschuss: Ute Steglich, Nikolaus Haeberle, Harald Massing, Michael Reisch, Dr. Bernd Rothenberger

Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen: Trudi Raymann, Michaela Willhauck-Fojkar, Gabriele Häußler, Monika Laitenberger, Michael Reisch

Ambulante Versorgung: Jürgen Doebert, Susanne Loetz, Ronald Höfner, Miliane Molsen, Thomas Müller-Staffelstein, Rolf Wachendorf

Berufsordnung: Friedrich Gocht, Trudi Raymann, Dr. Matthias Fünfgeld, Siegfried Schmieder

Psychotherapie in Institutionen: Dr. Roland Straub, Jürgen Pitzing, Ullrich Böttinger, Michael Müller-Mohnssen, Elisabeth Noeske, Andreas Schale, Dieter Schmucker, Andreas Weber, Dr. Uwe Zemlin

Qualitätssicherung: Sibille Seeger, Werner Wiegand, Prof. Dr. Reiner Bastine, Dr. Peter Baumgartner, Peter Gabriel, Georgios Koumaniotis, Dr. Daniel Weimer

Aus- Fort- und Weiterbildung: Mareke de Brito Santos-Dodt, Gabriele Häußler, Dr. Hinrich Bents, Jürgen Doebert, Günter Ruggaber, Sabine Schäfer, Siegfried Schmieder

Rolf Wachendorf gab kurz vor Ende der Sitzung der Vertreterversammlung bekannt,

dass er aus Protest sein Mandat im Ausschuss Ambulante Versorgung niederlege, da er Kolleginnen und Kollegen seines Wahlbündnisses in den Ausschüssen nicht ausreichend repräsentiert sehe.

Delegierte für die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)

Nachdem Prof. Dr. Thomas Fydrich sein Mandat als Delegierter der Kammer Baden-Württembergs in der Bundespsy-

chotherapeutenkammer wegen Aufgabe der Mitgliedschaft in der Kammer Baden-Württemberg zurückgab, musste ein Mitglied nachgewählt werden. Auch bei den Stellvertretern musste eine Nachwahl stattfinden. Der Vollständigkeit halber listen wir nachfolgend die insgesamt 11 BPTK-Delegierten unserer Kammer auf, die nach unserer Satzung bis zum Ende der BPTK-Amtsperiode im Frühjahr 2007 im Amt bleiben (in Klammer jeweils der persönliche Stellvertreter des Delegierten):

Mareke de Brito Santos-Dodt (Andreas Schale), Sabine Schäfer (Rüdiger Retzlaff), Dr. Alessandro Cavicchioli (Dr. Jens Hertel), Friedrich Gocht (Dr. Fred Christmann), Marianne Funk (Günter Ruggaber), Trudi Raymann (Sibille Seeger), Dr. Dietrich Munz (Ursula Neumann), Siegfried Schmieder (Peter Gabriel), Martin Klett (Monika Laitenberger), Prof. Dr. Walter Bongartz (Thomas Müller-Staffelstein) und Michael Reisch (Prof. Dr. Herbert Pielmeier).

Nie (wieder) rauchen! Über 600 Schüler und Lehrer beim Suchtforum 2005 – Tabakabhängigkeit in Karlsruhe. Erfolgreiche Kooperation zwischen Landespsychotherapeutenkammer, Landesapothekerkammer und dem Regierungspräsidium Karlsruhe

Das diesjährige Suchtforum 2005 – Tabakabhängigkeit am 15.11.2005 in Karlsruhe wurde ein voller Erfolg. Die gemeinsam von Landesapothekerkammer, Landespsychotherapeutenkammer und dem Regierungspräsidium Karlsruhe organisierte Veranstaltung richtete sich in präventivem Sinn an Schüler von 11 – 13 Jahren, um gerade diese Gruppe dazu zu motivieren, gar nicht erst mit dem Rauchen anzufangen. Sie lockte über 600 interessierte Schüler und Lehrer an. Die LPK wurde von Prof. Thomas Fydrich vertreten, der – trotz dem am gleichen Tag stattfindenden SPD-Parteitag – auf ein großes Presseinteresse stieß (s. Abb.). Im Plenum sowie in der Pressekonferenz ging Prof. Fydrich v.a. auch auf die Möglichkeiten psychologischer und psychotherapeutischer Unterstützungen sowohl bei Prävention als auch bei der Raucherentwöhnung ein.

Das Programm umfasste Fachvorträge zum Thema Rauchen von Barbara Hofmann (Apothekerin und Vorsitzende des Arbeitskreises Sucht der Apothekerkammer), Dr. Johannes Schildge (Chefarzt der Lungenklinik am Vincentius-Krankenhaus Karlsruhe), Dr. Konrad Pumpe (niedergelasse-



Prof. Thomas Fydrich im Gespräch mit dem SWR

ner Lungenfacharzt in Karlsruhe) und Paul Siedow (Diplompsychologe und Suchtexperte beim Badischen Landesverband für Prävention und Rehabilitation).

Die Vorträge konnten dabei nicht nur durch inhaltliche, sondern v.a. auch durch ihre hohe didaktische Kompetenz die Schüler überzeugen und zur aktiven Mitarbeit anregen. Um in kreativer Weise die jugendliche Zielgruppe anzusprechen, wurde außerdem ein Quiz durchgeführt. Hohen

Anteil am Erfolg der Veranstaltung hatten auch die Schüler des Fichte-Gymnasiums Karlsruhe. Ihre Schülerband „Time“ stimmte die Jugendlichen mit ihren selbstkomponierten Songs ein, die Klasse um Lehrerin Roswitha Riehle regte mit ihrem Rap „Warum...?“ zum Mitsingen und –denken an. Mit dabei war auch das Fernseherteam des regionalen Senders RTV und DASDING, deren Moderatorin Domenica Berger durch die Veranstaltung führte und die Aufmerksamkeit der Schüler geschickt lenkte.

Gemeinsame Fortbildung von Landespsychotherapeutenkammer und Landesapothekerkammer

Im Rahmen des Suchtforums fand am 26.10.2005 eine Fortbildung für Psychotherapeuten und Apotheker zum Thema Tabakentwöhnung in Karlsruhe statt. Referenten waren zwei Mitarbeiter des wissenschaftlichen Arbeitskreises Tabakent-

wöhnung der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen. Dr. med. Anil Batra referierte über die körperlichen Abläufe bei der Entstehung von Tabakabhängigkeit sowie über die Folgen dieser weit verbreiteten Sucht. Frau Dipl-

Psych. Iris Torchalla stellte ein Programm zur Raucherentwöhnung vor, das psychotherapeutische Interventionen und Nikotinersatzpräparate kombiniert und bezüglich seiner langfristigen Wirksamkeit wissenschaftlich evaluiert ist.

Aktuelle Informationen aus dem Fortbildungsmanagement

Bis Mitte Januar 2006 wurden insgesamt 2700 Fortbildungsveranstaltungen akkreditiert. Das 4. Quartal 2005 stand im Zeichen weiterer Klärungen und Vereinfachungen im Fortbildungsmanagement. Wir bedanken uns bei allen, die lange auf die Bearbeitung ihrer Anträge warten mussten, für ihre Geduld.

Wartezeiten waren vor allem für die Anträge auf Akkreditierung von Supervisoren entstanden, da hier erst weitere Klärungen hinsichtlich der Anerkennungsvoraussetzungen erforderlich waren. Die neu festgelegten Kriterien für die Anerkennung von Supervisoren und von Selbsterfahrungsleitern sind auf der Homepage der Kammer nachzulesen. Die wichtigste Änderung besteht darin, dass die bisherige geforderte „Dozententätigkeit an einem anerkannten Institut“ entfällt. Alle Anträge auf Anerkennung als Supervisor oder als Selbsterfahrungsleiter, die bis Ende 2005 eingegangen waren, wurden inzwischen beschieden.

Damit bei der Erteilung des Fortbildungszertifikats eine wechselseitige Anerkennung zwischen den Ländern möglich wird, startete der LPK-Vorstand eine Initiative im Länderrat, mit dem Ziel, die in den einzelnen Bundesländern geltenden Durchführungsbestimmungen zu erheben und zu einer bundesweiten Angleichung zu gelangen. Nachfolgend geben wir Ihnen einen zusammenfassenden Überblick über die Neuerungen.

Novellierung des Heilberufe-Kammergesetzes

Im letzten Psychotherapeutenjournal haben wir den Entwurf des Sozialministeriums zur Novellierung des Heilberufe-Kammergesetzes ausführlich dargestellt. Zwischenzeitlich wurden vom Ministerium einige Anregungen in die jetzt vorliegende Novellierung aufgenommen. So können weiterhin Experten, die keine Mitglieder der Vertreterversammlung sind, als gewählte Mitglieder in die Arbeit der Ausschüsse einbezogen werden.

Neue Regelung für Supervisoren und Selbsterfahrungsleiter

Das Ministerium für Arbeit und Soziales hatte uns darauf hingewiesen, dass die Kammer die Akkreditierung einzelner Veranstaltungen, und dazu gehören eben auch Supervisionsveranstaltungen, nicht an Personen oder Institutionen delegieren kann. Aufgrund dieser rechtlichen Bestimmung waren wir aufgefordert, das Verfahren zur Anerkennung von Supervisoren und Selbsterfahrungsleitern und Akkreditierung der von Ihnen durchgeführten Veranstaltungen neu zu regeln.

Im nun gültigen Verfahren wird zwischen der Anerkennung von Supervisoren bzw. Selbsterfahrungsleitern einerseits und der Akkreditierung konkreter Supervisions- und Selbsterfahrungsveranstaltungen andererseits unterschieden. Mit zwei neuen, ebenfalls vereinfachten Antragsformularen kann die Anerkennung als Supervisor bzw. Selbsterfahrungsleiter beantragt werden. Natürlich behalten alle bereits erteilten Anerkennungen ihre Gültigkeit.

Aus den genannten rechtlichen Gründen ist es jedoch erforderlich, die Akkreditierung der konkreten Einzel- und Gruppen-Supervisionen/- Selbsterfahrungen jeweils separat für jede Zielgruppe zu beantragen. Auch dafür gibt es neue Antragsformulare. Die Akkreditierung kann entweder vom Supervisor bzw. Selbsterfahrungsleiter selbst oder von einem Teilnehmer beantragt werden. Das Akkreditierungsverfahren für diese fortlaufenden, kontinuierlich stattfindenden Veranstaltungen entspricht dem verein-

fachten Verfahren für Interventionsgruppen und Qualitätszirkeln: es wird einmalig eine Akkreditierungsnummer vergeben, die für alle genannten und zukünftigen Einzeltermine dieser Gruppe oder Einzelperson verwendet wird. Für alle akkreditierten Veranstaltungen werden entsprechende Teilnahmebescheinigungen zur Verfügung gestellt.

Übergangsfrist bis 30. April 2006

Aus Gründen der Gleichbehandlung gibt es für alle bisher anerkannten bzw. nach dem alten Verfahren noch „akkreditierten“ Supervisoren und Selbsterfahrungsleiter eine Übergangsregelung bis zum 30. April 2006. Für alle bis zu diesem Zeitpunkt durchgeführten Supervisionen und Selbsterfahrungen können noch die „alten“ Teilnahmebescheinigungen verwendet werden. Für alle Veranstaltungen, die nach dem 30. April 2006 durchgeführt werden, gilt das neue Verfahren: Veranstaltungen müssen als Fortbildung akkreditiert sein. Alle betroffenen Supervisoren und Selbsterfahrungsleiter wurden bereits Anfang des Jahres persönlich angeschrieben und gebeten, entsprechende Anträge zur Akkreditierung ihrer laufenden Veranstaltungen einzureichen.

Neue Formulare und Teilnehmerlisten auf der Homepage

Die neuen Antragsformulare können ebenso wie die neuen Teilnehmerlisten als beschreibbares PDF-Dokument oder/und als Word-Datei von der Homepage (www.lpk-bw.de), unter „Fortbildung“ → „Fortbildungsunterlagen“) heruntergeladen werden.

In dem Gesetzesentwurf ist weiterhin vorgesehen, dass die Heilberufekammern „herrenlose“ Krankenakten ihrer Mitglieder (z.B. nach Tod) aufzubewahren haben. Die Kammer muss dann sicherstellen, dass bei Anforderung durch Patienten die Akten zur Einsicht durch die Patienten oder Kollegen zugänglich sind. Dies bedeutet, dass alle Akten, auch die auf Datenträgern befindlichen Unterlagen, nicht nur verwahrt, sondern auch archiviert

werden müssen. Wegen des zu erwartenden und kaum überschaubaren Aufwands

haben Ärztekammer, Zahnärztekammer und Psychotherapeutenkammer ge-

meinsam gegenüber dem Sozialausschuss des Landtages gegen diese Regelung protestiert.

Großraum Heilbronn Testregion für die elektronische Gesundheitskarte

Die Arbeitsgemeinschaft elektronische Gesundheitskarte Baden-Württemberg (ARGE eGKBW), in der die Psychotherapeutenkammer mitarbeitet, hat die Bewerbung für die Testregion Heilbronn beim Bundesgesundheitsministerium vorbereitet. Zwischenzeitlich wurde die Erprobung im Großraum Heilbronn bestätigt. Der Beginn für die Testphase ist ab dem 3. Quartal 2006 geplant.

Zunächst wird die eGK als Ersatz der Krankenversichertenkarte ohne Zugang zu dem

geplanten elektronischen Netz erprobt, um dann in der nächsten Phase mit Netzzugang in Verbindung mit dem Heilberufsausweis (HBA) geprüft zu werden.

Psychotherapeuten müssen sich am Heilbronner Modellprojekt nicht beteiligen, da sie keine Rezepte und Verordnungen ausstellen. Für sie wird die elektronische Gesundheitskarte erst in einer späteren Phase relevant. Die ARGE eGKBW und die Psychotherapeutenkammer werden Sie über die weiteren Entwicklungen rechtzei-

tig informieren bzw. über das Psychotherapeutenjournal auf dem Laufenden halten.

Geschäftsstelle

Hauptstätter Straße 89
70178 Stuttgart
Mo – Do 9.00 – 15.30 Uhr
Fr 9.00 – 13.00 Uhr
Tel. 0711 / 674470 – 0
Fax 0711 / 674470 – 15
info@lpk-bw.de
www.lpk-bw.de

Bekanntmachung der Landespsychotherapeutenkammer: Beitragstabelle 2006

Vom 24. September 2005

A. Gemäß § 3 der Umlageordnung wird festgesetzt:

1. Zur Erfüllung der Aufgaben der Landespsychotherapeutenkammer im Jahr 2006 wird für alle Mitglieder eine Umlage von 320 Euro erhoben.
2. Nicht beitragspflichtig sind Mitglieder der Kammer, die ihren Beruf nicht mehr ausüben und auf Wahlrecht, Wählbarkeit und Mitgliedschaft in der Vertreterversammlung schriftlich verzichten.
3. Mitglieder, die auch als Ärztin oder Arzt approbiert sind, zahlen einen Beitrag von 160 Euro.
4. Freiwillige Mitglieder zahlen einen Beitrag von 160 Euro.

B. Die Beitragstabelle tritt am 1. Januar 2006 in Kraft.

Vorstehende Beitragstabelle 2006 der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg wird nach Genehmigung des Sozialministeriums Baden-Württemberg vom 25. November 2005, Az.: 55-5415.2-4.4, hiermit ausgefertigt und ist bekannt zu machen.

*Stuttgart, den 1. Dezember 2005
gez. Dipl.-Psych. Dr. Dietrich Munz
Vizepräsident der Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg*

Mitteilungen der Bayerischen Landeskammer der Psycholo- gischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeuten

1. Bayerischer Landespsychotherapeutentag am 12. November 2005 in München

„Psychotherapie im Wandel des Gesundheitssystems am Beispiel der Depression“

Großes Interesse fand der 1. Bayerische Landespsychotherapeutentag sowohl bei den Mitgliedern als auch bei Vertretern von Medien, Politik und Gesundheitswesen. Rund 700 Teilnehmer belegten das Bedürfnis nach einem gemeinsamen Forum für berufspolitischen und fachlichen Austausch. „Mit dieser Tagung wollen wir nach innen für die Mitglieder einen Raum für die fachliche Fortbildung, die Diskussion und das Zusammentreffen bieten“ sagte *Nikolaus Melcop* in seiner Eröffnungsrede, „und nach außen ein Signal setzen, ...um über die aktuelle Versorgungssituation zu diskutieren“. Das Thema der Tagung, das zwei Aspekte verband – die Perspektive auf die Umbrüche im Versorgungssystem und die fachliche Sicht auf neue Behandlungsmodalitäten – traf auf breites Interesse bei den Kammermitgliedern.

„Es geht sowohl um die Suche nach der besten Arbeitsweise für die einzelne Patientin, den einzelnen Patienten, der zu uns kommt. Aber es geht auch darum, dass wir unsere Profession als zentralen Pfeiler in einer Gesellschaft begreifen, in der immer mehr Menschen leben mit der Diagnose einer behandlungsbedürftigen psychischen Krankheit... Wir wollen hier unsere Verantwortung auch über die einzelne Therapie-sitzung hinaus wahrnehmen und erfüllen“ führte *Melcop* weiter aus.

Staatsministerin *Christa Stewens* unterstrich in ihren Grußworten die Bedeutung von Prävention, Diagnostik und effizienter Behandlung psychischer Erkrankungen.



Dr. N. Melcop bei der Eröffnung

Sie beschrieb das Bestreben, einen Paradigmenwechsel hin zu personenbezogenen Hilfen, vor allem im Bereich der schweren psychischen Störungen, zu vollziehen: „Einzelne Hilfemaßnahmen sollen zu einem ganzheitlichen Konzept zusammengefasst werden, das die multiprofessionellen Hilfen integriert. Auf diese Weise kann auch den vielfältigen Störungsbildern und den individuellen Lebensentwürfen der betreuten Menschen besser Rechnung getragen werden.“ Sie betonte in ihrer Rede die Notwendigkeit von Reformen des Versorgungssystems. Sie verwies dabei jedoch auch darauf, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen weiter eine zentrale Rolle spielen sollen.

Prof. Willi Butollo überbrachte die Grüße des Rektors der Ludwig-Maximilians-Universität, *Dr. Irmgard Pfaffinger* die der bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und

Prof. Rainer Richter begrüßte die Anwesenden als neu gewählter Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer.

Die beiden Hauptvorträge befassten sich mit den Versorgungsstrukturen von Psychotherapie, analysierten dabei die jetzige Versorgungslandschaft und gaben Ausblick auf zukünftige Entwicklungen.



Staatsministerin Christa Stewens

Prävalenz psychischer Störungen

In einem State-of-the-Art-Vortrag zu Fakten und Zahlen des Versorgungssystems in Deutschland belegte *Prof. Uwe Koch* (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf) eindrucksvoll die hohe Prävalenz psychischer Störungen und analysierte Stand und Bedarfsgerechtigkeit der psychotherapeutischen Versorgung. Man könne davon ausgehen, dass ca. 1/3 aller Erwachsenen in Deutschland innerhalb eines Zeitraums von

12 Monaten „irgendeine behandlungsbedürftige psychische Störung“ aufwies, mehr als 10% aller Erwachsenen in Deutschland eine behandlungsbedürftige affektive Störung (Bundesgesundheitsurvey, 1998). Zudem gebe es in Deutschland einen erheblichen Anstieg der Arbeitsunfähigkeitsfälle, -tage und auch der vorzeitigen Berentungen aufgrund psychischer Erkrankungen (Badura et al., 2005; DAK, 2005).

Ein Großteil der ambulanten Leistungen im Bereich psychischer Erkrankungen werde von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erbracht. Koch forderte eine größere Transparenz von Spezialisierungen und der Steuerungsprozesse der Art der Inanspruchnahme ambulanter Angebote.

Wettbewerbsfähigkeit und Kooperation

Thomas Ballast (Abteilungsleiter Vertrags- und Versorgungsmanagement der VdAK/AEV) entwickelte in seinem Vortrag „Psychotherapie in den Versorgungsstrukturen von heute und morgen“ Perspektiven für mögliche zukünftige Vertragsstrukturen und Organisationsformen der Versorgungslandschaft. Gefordert sei ein größerer Wettbewerb der Versorgungsangebote und Versorgungserbringer, zum einen bezüglich der monetären Aspekte, aber auch bezüglich der Qualität der Versorgung. Ballast forderte überzeugende, evidenzbasierte Psychotherapiekonzepte für die Zukunft, er forderte dass PP und KJP die Bereitschaft zur Qualitätssicherung und -kontrolle mitbrächten, sich zu Effizienz verpflichteten



Große Aula

und auch ihre Bereitschaft zur Kooperation mit anderen Berufsgruppen deutlich machten.

Herausforderungen für die Zukunft

Auf der Podiumsdiskussion zum Thema „Psychotherapeut/inn/en in der Depressionsbehandlung. Bestandsaufnahme und Perspektiven“ diskutierte das Publikum mit Prof. Anna Auckenthaler (FU Berlin), Thomas Ballast (VdAK/AEV), Prof. Martin Hautzinger (Universität Tübingen), Prof. Uwe Koch (Universität Hamburg), Dr. Klaus-Thomas Kronmüller (Psychiatrische Universitätsklinik Heidelberg), Prof. Marianne Leuzinger-Bohleber (Sigmund-Freud-Institut Frankfurt/M.) und Prof. Almuth Sellchopp (TU München) unter Moderation

von Werner Buchberger (BR2, München). Melcop fasste in seinem Redebeitrag am Schluss die Diskussion zusammen: „Ich erlebe hier im Saal ein Innehalten. Zum einen haben wir als Berufsgruppe vergleichsweise viel erreicht bei der Etablierung von Psychotherapie im Gesundheitssystem. Wenn wir in die Zukunft schauen, stehen aber schon wieder enorme Herausforderungen vor uns, auf die wir uns einstellen müssen. Die Kammer will hier für alle eine wichtige Unterstützung bieten.“

Im fachlichen Teil wurde in zwölf teilweise parallelen Vorträgen und Workshops zu vielfältigen Themen referiert, rege Diskussionen schlossen sich an. Bitte beachten Sie unseren ausführlichen Abstractband auf unserer Homepage zu den Inhalten!

Kommission „Psychotherapeutische Notfallversorgung und Traumabehandlung in Bayern“

Am 3. Januar 2006 stürzte in Bad Reichenhall das Dach einer Eishalle ein und begrub fast 50 Menschen unter sich. Insgesamt wurden 34 Menschen verletzt, 15 starben, darunter viele Kinder und Jugendliche. Die Bayerische Landeskammer erstellte in Folge des Unglücks in Kooperation mit der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung

Bayerns eine Liste von Psychotherapeut/inn/en in der Region Berchtesgardener Land/Traunstein, die kurzfristig Therapieplätze für die psychotherapeutische Nachsorge für Betroffene des Unglücks in Bad Reichenhall bereitstellten. Über die Psychotherapie-Koordinationsstelle der KVB konnten und können die entsprechenden Adressen und Telefonnummern abgefragt wer-

den: Tel. 01805 / 80 96 80. Vielen Dank allen Kolleginnen und Kollegen, die kurzfristig Behandlungsangebote einräumten!

Mit der Fußballweltmeisterschaft und dem Papstbesuch werden im Jahr 2006 Großveranstaltungen in Bayern stattfinden, die evtl. einen Einsatz der Notfallkommission nötig machen.

So hat die Landeshauptstadt München die PTK Bayern mit der Bitte angeschrieben, für die psychosoziale Notfallversorgung rund um die Allianz-Arena zur Verfügung zu stehen. Es besteht durchaus die Möglichkeit, dass auch Nürnberg unsere Dienste in Anspruch nehmen wird.

Im April 2006 werden deshalb alle bayerischen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten per E-mail angeschrieben, damit die PTK Bayern Listen mit potentiellen Behandlungsplätzen erstellen kann.

Kolleginnen und Kollegen, die über keine Internetanbietung verfügen, können den Fragebogen von der Geschäftsstelle anfordern.

7. Delegiertenversammlung der Kammer am 1.12.05 in München

Nikolaus Melcop eröffnete die 7. Sitzung der Delegiertenversammlung der Kammer und begrüßte erstmalig auch Vertreter der bayerischen PT-Ausbildungsteilnehmer, Hochschulinstitute und der PT-Ausbildungsinstitute.

Der Leitsatz „Wir wollen unsere gesellschaftliche Verantwortung – auch über die einzelne Therapiesitzung hinaus – wahrnehmen und ausfüllen.“ positioniert die Kammerarbeit im gesundheitspolitischen Kontext. Melcop forderte in seiner Eröffnungsrede, dass „die Einbettung des Menschen in sein soziales Umfeld von der singulären Beziehungsebene bis hin zur gesamtgesellschaftlichen Dimension Teil des Verständnisses einer wissenschaftlich fundierten Psychotherapie sein muss“. Angesichts sich verschärfender Bedingungen im Gesundheitssystem und der bestehenden Finanzierungsprobleme habe die Psychotherapeutenchaft die Aufgabe, sich vor allem für ihre Zielgruppe, psychisch kranke Menschen, einzusetzen und deren Interessen auch gesamtgesellschaftlich zu vertreten.

Psychische Störungen und psychische Krankheit seien in der Gesellschaft immer noch stigmatisiert, viele psychisch kranke Menschen seien durch ihre Erkrankung benachteiligt. Diese dürften keinesfalls durch das Raster des ökonomischen Drucks und der Wettbewerbsideologie fallen. Er forderte, die Ausgaben für Psychotherapie aufgrund der gravierenden Unterversorgung einer Vielzahl von unterschiedlichen Personengruppen, z.B. Kinder, ältere Menschen, behinderte Menschen, psychotisch Kranke, somatisch Kranke, zu erhöhen. Darüber hinaus müssten sich Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Vorbeugung psychischer Krankheit auch in den Bereichen Prävention und psychotherapeutisch fundierter Strukturberatung engagieren.

In der folgenden Aussprache zum Vorstandsbericht äußerten die Delegierten Zustimmung und Dank für die geleistete Arbeit des Vorstands. Eine intensive Beratung über zukünftige inhaltlich-konzeptionelle Schwerpunkte der Kammerarbeit ergab zwei wichtige Bereiche: Stärkung der Position der Ausbildungsteilnehmer und Auseinanderset-

zung mit der psychologisch-psychotherapeutischen Versorgung älterer Menschen, insbesondere in Alten- und Pflegeheimen.

Die Neufassungen der Wahl- und der Meldeordnung wurden verabschiedet (s. Beilage in diesem Heft). Weiterhin wurde der Haushaltsplan 2006 beschlossen.

In den Verwaltungsrat der Versorgungskammer wurden *Nikolaus Melcop* und *Herbert Ühlein* gewählt, als Stellvertreter *Rainer Knappe* und *Benedikt Waldherr*. Nach einem Einführungsvortrag von *Dr. Heubisch*, dem Präsidenten des Verbands freier Berufe in Bayern e.V., und anschließender Aussprache wurde dann dem Beitritt zum *Verband freier Berufe* zugestimmt. Eine Mitgliedschaft bietet den Vorteil einer besseren Einflussnahmemöglichkeit durch gemeinsame Lobbyarbeit.

Zwei wichtige Stellungnahmen wurden auf der Delegiertenversammlung verabschiedet: mit großer Mehrheit ein Meinungsbild zur Musterweiterbildungsordnung und einstimmig eine Resolution zur Studienreform (s.u.).

Meinungsbild zur Musterweiterbildungsordnung: DV am 1.12.05

Die Delegiertenversammlung der Bayerischen Landeskammer fordert den Bundesvorstand und die Delegiertenversammlung der Bundespsychotherapeutenkammer auf, die Verabschiedung einer Musterweiterbildungsordnung für mindestens ein Jahr zurückzustellen, jedoch die Beratungen über die Thematik fortzusetzen.

Begründung:

Angesichts der gravierenden Unterversorgung der Bevölkerung mit Psychotherapie in einer Vielzahl von Bereichen halten wir den Weg in Richtung einer Weiterbildungsordnung für eine schädliche Weichenstellung und Positionierung.

Auch bewegt uns die Sorge um den Nachwuchs. Im Zusammenhang mit der aktuellen Diskussion um die akademische Grundqualifikation und die Notwendigkeit eines

Masterabschlusses als Eingangsvoraussetzung für die Psychotherapie-Ausbildung denken wir, dass zum gegenwärtigen Zeitpunkt von der Verabschiedung einer Weiterbildungsordnung in diesem Zusammenhang ein völlig falsches Signal ausgehen würde. Dies könnte fälschlicherweise als „Eingeständnis“ unzureichender Behandlungskompetenzen bei den ausschließlich approbierten PP und KJP gewertet werden. Eine Verlängerung der psychotherapeutischen Qualifikationsphase könnte seitens

der Politik wiederum als Argument zur Senkung der Eingangsvoraussetzungen verwendet werden.

Der Weiterbildungsbegriff ist im Bereich des Gesundheitswesens von der ärztlichen Begriffssystematik her semantisch besetzt und rechtlich definiert. Zu befürchten wäre, dass die Unterschiede zwischen unserer und der ärztlichen Aus- und Weiterbildung nicht hinreichend wahrgenommen werden. Unser Berufsabschluss entspricht im Ni-

veau mindestens dem eines Gebietsarztes – ein Titel, der erst durch die Absolvierung einer ärztlichen Weiterbildung erlangt wird.

In Bereichen, in denen Regelungsbedarf gesehen wird, darf dies nicht mit einem Instrument geschehen, das aus einer vollständig anderen Systematik stammt und hierzu in Bezug gestellt würde bzw. werden soll. Dies gilt insbesondere für sozialrechtliche Regelungen. Die Hoffnung, hiermit neue Tätigkeitsbereiche und Honorierungen zu erschließen, ist deutlich geringer zu werten als die Gefahr, dass unsere Grundqualifikation abgewertet wird.

Umgekehrt ist das Erschließen neuer Tätigkeitsbereiche und Honorierungen nicht zwangsläufig an die Existenz einer Weiterbildungsordnung gebunden.

Eine weitere Aufteilung des psychotherapeutischen Feldes würde die Entwicklung einer zunehmenden Spezialisierung der Psychotherapie beschleunigen. Einschränkungen unseres Tätigkeitsfeldes oder von angemessener Honorierung wären ebenso zu befürchten wie erhebliche zusätzliche Belastungen sowohl für etablierte Kolleg/inn/en, als auch insbesondere zukünftige Kolleg/inn/en in Ausbildung.

Der Nachweis von Qualifikationen, die ggf. im Rahmen der Approbation nicht ausreichend vermittelt werden, könnte auch mit anderen Instrumenten als mit einer Weiterbildungsordnung geschehen. Auch hier gilt, dass die Gefahr einer Abwertung der Bedeutung der Approbation einerseits und damit einhergehend die mögliche Verunsicherung bzgl. des Versorgungsauftrages der Psychotherapeuten für die gesamte Bevölkerung andererseits höher zu werten ist als das Ziel der Etablierung einer Weiterbildungsordnung zur Regelung der derzeit noch unregulierten oder von anderen Institutionen geregelten Bereiche.

Resolution zur Studienreform

Resolution zur geplanten Europäisierung der Hochschulausbildung (Umsetzung der Beschlüsse von Bologna) und der damit verbundenen Einführung eines zweistufigen Studiensystems (Bachelor- und Masterstudiengänge):

1. Der Masterabschluss ist die unverzichtbare Eingangsqualifikation für die Ausbildung zum Psychotherapeuten (Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten).
2. Das Psychotherapeutengesetz soll entsprechend eindeutig formuliert, d.h. geändert werden.
3. Für die entsprechenden Master-Studiengänge müssen eine ausreichende Anzahl Studienplätze ohne Quotierungen bereitgestellt werden.
4. Bei der Akkreditierung neuer Studiengänge, die Grundlage für die Psychotherapieausbildung sind, sind die Psychotherapeutenkammern als Vertreter der Berufspraxis einzubeziehen.

Begründung:

Die Umstrukturierung der Hochschulstudiengänge nach dem sog. Bologna-Prozess betrifft die Heilberufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in besonderer Form. Beide Berufe basieren seit der Festlegung durch das Psychotherapeutengesetz (nach § 5 Abs. 2 PsychThG) auf einem spezifischen abgeschlossenen

Hochschulstudium, an das sich die Ausbildung des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten anschließt, die dann mit einer staatlichen Prüfung endet, deren Bestehen wiederum eine Grundvoraussetzung für die Erteilung einer Approbation ist.

Die Zulassungsvoraussetzungen zur Psychotherapieausbildung haben sich bewährt. Sie gewährleisten eine qualitativ hoch stehende und insbesondere für die Behandlung von Menschen mit psychischen Krankheiten unverzichtbare wissenschaftliche Grundkompetenz, die im Rahmen der Psychotherapieausbildung dann um die zur Ausübung der Heilkunde erforderlichen Kenntnisse, Erfahrungen und Fähigkeiten erweitert werden kann. Erreicht wird diese qualitativ hoch stehende Kompetenz dadurch, dass das PsychThG eine Zugangsqualifikation zur Psychotherapieausbildung vorgibt, die zu einer wissenschaftlich fundierten Berufsausübung befähigt. Eine solche Befähigung ist unverzichtbar, wird doch Psychotherapie wie in § 1 Abs. 3 PsychThG als „jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene (heilkundliche) Tätigkeit“ definiert. Wird zugleich die Psychotherapieausbildung gemäß § 1 Abs. 1 PsychTh-APrV bzw. KJPsychTh-APrV auf die Vermittlung psychotherapeutischer Verfahren und auf praxisnahe und patientenbezogene Durchführung begrenzt, also auf eine interventionsbezogene Ausbildung, so muss die wissenschaftlich-

methodologische, forschungsbezogene Grundausbildung in dem vorausgehenden Studium erfolgen.

Eine umfassende wissenschaftliche Methodenkompetenz und vertiefte forschungsbezogene Expertise ist aber nicht nur gesetzesimmanent, sondern auch aus inhaltlichen Erwägungen unverzichtbar. Dies ist schon allein deshalb der Fall, weil die Weiterentwicklung der wissenschaftlichen Erkenntnisse über psychische Störungen und ihre Feststellung, Heilung oder Linderung ohne solche Kompetenzen nicht (kritisch) rezipiert und für die praktische Berufsausübung nutzbar gemacht werden könnte. Fehlten diese Kompetenzen, so wäre angesichts tausender einschlägiger wissenschaftlicher Publikationen pro Jahr zu befürchten, dass sich die Berufspraxis immer weiter von der wissenschaftlichen Entwicklung abkoppelt, mit allen nachteiligen Folgen für die Effektivität und Effizienz der psychotherapeutischen Berufsausübung und damit die Qualität der Versorgung. Zu demselben Ergebnis führt auch der Vergleich mit den Studiengängen und den Aus-, Fort- und Weiterbildungserfordernissen der übrigen akademischen Heilberufe.

Grundlage für den Erwerb der wissenschaftlichen Kompetenzen bildeten zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des PsychThG Studiengänge, die in der Regel mit einer Diplomprüfung abschlossen. Diesen Qualitätsstandard gilt es auch bei Einführung der konsekutiven Bachelor-/Masterstudien-

gänge zu erhalten. Dieses Ziel würde verfehlt, sollte ein Studienabschluss als „Bachelor“ als Abschlussprüfung im Sinne des § 5 Abs. 2 PsychThG akzeptiert werden. Die erforderliche umfassende wissenschaftliche Methodenkompetenz und vertiefte forschungsbezogene Expertise bleibt in der Logik der Studienreform dem Studiengang zum „Master“ vorbehalten. Nur mit dieser Zugangsqualifikation lässt sich die bisherige aufgabenteilige Ausbildung mit einem wissenschaftlich qualifizierenden Studium und einer darauf aufbauenden interventionsbezogenen Psychotherapieausbildung aufrechterhalten. Dieses Ziel ist nur zu erreichen, wenn der Studienabschluss mit dem „Master“ als Zugangsvoraussetzung zur Psychotherapieausbildung bestimmt wird, und zwar in gleicher Weise für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten wie zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Auf diese Weise bliebe ein wissenschaftlich qualifizierendes (konsekutives) Studium Zu-

gangsvoraussetzung, auf dem die Psychotherapieausbildung in ihrer jetzigen Form aufsetzen kann.

Bei der Einrichtung der Studiengänge darf keine Quotierung in der Form erfolgen, dass nur für einen Teil – beispielsweise 50% – der Studienplätze im Bachelorstudiengang ein Studienplatz in einem Masterstudiengang eingerichtet wird. Eine solche Quotierung hätte zur Folge, dass sich die bereits bestehenden Nachwuchsprobleme an Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in einem Maße verstärken würden, das zwangsläufig zu einem allmählichen Aussterben dieser Heilberufe führen würde. Erhalten bleiben sollte im Falle der Psychologischen Psychotherapeuten die gesetzliche Bestimmung, dass der Studiengang das Fach Klinische Psychologie „einschließen“ muss. Zuzulassen wäre demnach der Master in Psychologie jedweder inhaltlichen Spezifizierung, sofern

das Fach Klinische Psychologie eingeschlossen ist – nicht etwa ausschließlich Absolventen mit einem Master in Klinischer Psychologie.

Für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind neben dem Psychologiestudium auch bestimmte andere Studiengänge qualifizierend. Dafür sind gemeinsam mit Vertretern der Universitäten und Fachhochschulen Inhalte von pädagogischen bzw. heil- oder sozialpädagogischen Masterstudiengängen zu definieren, die explizit spezifische klinische Kenntnisse und Kompetenzen in Bezug auf die Altersgruppen der Kinder und Jugendlichen vermitteln (z.B. zur psychologischen Diagnostik oder empirischen Sozialforschung).

Entscheidend für beide Berufe in gleicher Weise ist in erster Linie die forschungsbezogene Ausbildung, wie sie mit einem Master erworben wird, zusätzlich zum inhaltlichen, klinischen Schwerpunkt.

Treffen der PT-Ausbildungsteilnehmer/inn/en und der Vertreter der Hochschulen sowie der PT-Ausbildungsinstitute in der Kammer

In der neuen Satzung der PTK Bayern wurde festgelegt, dass an den Delegiertenversammlungen Vertreter von drei Gruppen mit beratender Stimme teilnehmen können. Um dies vorzubereiten, fanden Mitte Oktober bis Anfang November Treffen der bayerischen Ausbildungsteilnehmer, der Ausbildungsinstitute und der Hochschulinstitute in der Geschäftsstelle der Kammer statt. Die drei Gruppen hatten Gelegenheit, jeweils einen Vertreter zu wählen, und nutzten das Treffen auch zum Austausch bezüglich aktueller politischer und fachlicher Themen mit der Kammer.

Als Vertreterin der Psychotherapeut/inn/en in Ausbildung (PiA) wurde *Christa Müller* von der Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie e.V. München gewählt, als ihre Stellvertreterin *Dr. Nathalie Klingens* vom Institut für Therapieforchung (IFT). Als Vertreterin der Ausbildungsinstitute wurde *Susanne Färber* von der Münchner Arbeitsgemeinschaft für Psychoanalyse MAP e.V. gewählt, ihr Stellvertreter ist *Dr. Christoph Kröger* (IFT). Vertreter der bayerischen Hochschulen in den Delegiertenversammlungen wird *Prof. Georg Hör-*

mann (Universität Bamberg) sein, als seine Stellvertreterin wurde *Prof. Maria Ohling* (FH Landshut) gewählt.

Das *Treffen der Ausbildungsteilnehmer/inn/en* am 17. Oktober 2005 war vom regen Interesse der PiA an einem Informationsaustausch und Fragen zur Funktion der Berufskammer und möglicher Unterstützung geprägt. Auch Fragen der Ausbildungsorganisation und der beruflichen Perspektiven wurden diskutiert.

Das *Treffen der Ausbildungsinstitute* am 27. Oktober 2005 beschäftigte sich u.a. mit Fortbildungsangeboten und den Erfahrungen mit der Fortbildungsrichtlinie aus Sicht der Institute. Die Anregungen und Wünsche der Ausbildungsinstitute wurden diskutiert, besonders beleuchtet wurde die Möglichkeit der Akkreditierung von Fortbildungsanbietern bei der PTK Bayern, die dazu ein „Gütesiegel“ entwickelt hat. Insgesamt ergaben sich bei der Diskussion viele Ansätze zur Fortführung des Meinungsaustausches, so dass die Veranstaltung mit dem Ausblick auf ein fortführendes Treffen geschlossen wurde.

Am 10. November 2005 fand das *Treffen der Hochschulinstitute* statt. Schwerpunkt der Veranstaltung war die Beratung zur Neuorganisation der Studiengänge und deren Auswirkung auf die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. In der Diskussion wurde deutlich, dass die universitären Vertreter die Position der Kammer, die als einzig akzeptable Zugangsvoraussetzung für den Beruf des Psychologischen Psychotherapeuten oder des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten den Master-Abschluss sieht, mittragen. Im Bereich des Zugangs zur PP- und zur KJP-Ausbildung wird aber ein Risiko darin gesehen, dass für einen Master zukünftig nicht genügend Studienplätze bereitstehen könnten, damit auch die notwendige Zahl an Ausbildungsteilnehmern erreicht werden kann. Die Kammer wird sowohl die Fachbereiche Klinische Psychologie an den Universitäten als auch die Fachhochschulen dabei unterstützen, dass ausreichend Mittel für die entsprechenden Studiengänge bereit gestellt werden.

Fachtagung „Situation und Zukunft der sozialpsychiatrischen Dienste“

Am 28.10.05 hat die Kammer eine ganztägige Veranstaltung zur Situation der gemeindenahen Versorgung durch sozialpsychiatrische Dienste (SPDi) ausgerichtet. An der Veranstaltung in Nürnberg nahmen neben Vertretern der Kammer ca. 40 Mitarbeiter/inn/en aus Sozialpsychiatrischen Diensten in ganz Bayern teil. Nach der Einführung durch *Nikolaus Melcop*, *Heiner Vogel* und *Klaus Stöhr* wurde in Vorträgen und Gruppenarbeiten eine Bestandsaufnahme vorgestellt, und es wurden Zukunftsperspektiven entworfen.



Von links: E. Brinckmann, H. Vogel, N. Melcop, K. Stöhr

Ernst Brinckmann, Bezirk Oberbayern, berichtete zur finanziellen und personellen Ausstattung der ambulanten psychosozialen Dienste, die im Bezirk Oberbayern staatliche Mittel erhalten. Es gibt danach derzeit 32 Sozialpsychiatrische sowie 5 Gerontopsychiatrische Dienste und ca. 40 Suchtberatungsstellen in Oberbayern, d.h. in ganz Bayern etwa die dreifache Anzahl. In den SPDi gibt es insgesamt 123 Stellen, davon 27 Psychologen-Stellen, in den Suchtberatungsstellen insgesamt 337 Stellen, davon 52 Psychologen-Stellen. Knapp 7 Mio € / Jahr werden vom Bezirk für die SPDi aufgewendet, ca. 9,8 Mio € / Jahr für die Suchtberatungsstellen.

Eva Straub, Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker, erläuterte die Rolle der SPDi aus der Sicht der Angehörigen. Sorge sei, dass durch die zunehmende Ausdünnung der Stellen der SPDi den Angehörigen zunehmend mehr Last an der Versorgung der psychisch Kranken aufgebürdet würde, die diese nicht leisten könnten. Wünsche an die SPDi aus Sicht der Angehörigen sind Niedrigschwelligkeit, Hausbesuche und eine aufsuchende Krisenhilfe – Interventionen, die zum einen kosten- und zeitaufwendig sind, zum anderen, gerade in Akutzuständen und bei chronischen Verläufen, unverzichtbare Bestandteile einer ambulanten Begleitung darstellen.

Dr. Heinrich Berger, SPDi München-Giesing, belegte eindrücklich den vergleichsweise geringen monetären Aufwand für eine Stelle in einem SPDi, verglichen mit

den Kosten für stationäre Behandlungen bzw. Eingliederungshilfe. Er präsentierte Zahlenmaterial zum Versorgungsumfang, den ein sozialpsychiatrischer Dienst leistet, und zur Effektivität der Betreuung.

In drei Arbeitskreisen wurden anschließend verschiedene Themen vertieft: Interessenartikulation der SPDi, Evaluation und Qualitätssicherung durch wissenschaftliche Begleitforschung, Zukunftswerkstatt.

Hintergrund für diese erneute Veranstaltung der Kammer zum Themenfeld SPDi, die vom *Ausschuss Psychotherapie in Institutionen* initiiert wurde, ist die Tendenz der zuständigen Bezirke, die finanzielle Ausstattung und die strukturellen Anforderungen der SPDi erneut zu hinterfragen. Während auf der einen Seite die freien Wohlfahrtsverbände als Träger der Einrichtungen sich über politische Einflussnahmen bemühen, die schlimmsten Entwicklungen zu begrenzen, gilt es auf der anderen Seite auch, die Positionen und Erfahrungen

der Mitarbeiter/inn/en zu nutzen, um ggf. auch mit den Mitteln der Kammer weiter auf Öffentlichkeit und politische Institutionen einzuwirken, damit eine qualifizierte gemeindepsychiatrische Versorgung dauerhaft gewährleistet wird. Gerade die Psychotherapeut/inn/en haben in den Diensten durch ihre häufige Mitwirkung in der Leitung der Dienste und der Konzeptentwicklung eine besondere Verantwortung für die fachlichen Qualitätsstandards. In diesem Sinne haben die Kolleg/inn/en bei der Veranstaltung auch eine weitere Zusammenarbeit abgesprochen.

Die Geschäftsstelle erstellt eine Liste niedergelassener PPs und KJPs, die Erfahrung und Interesse an der Behandlung von Menschen mit Psychosen haben und bereit sind, mit den Sozialpsychiatrischen Diensten zusammenzuarbeiten. Bitte melden Sie sich bei der Kammer, Stichwort: SPDi-Liste; info@ptk-bayern.de; Fax: 089 – 51 55 55 – 25

Die Kammer im Bayerischen Rundfunk

Nikolaus Melcop war am 19.12.2005 zu Gast in der Sendung „Notizbuch“ des Bayerischen Rundfunks zum Thema „Leistungsgesellschaft und psychische Erkrankung“. Er unterhielt sich in einem ersten Teil mit der Moderatorin über den Anstieg psychischer Krankheiten und Ansätze zur Förderung psychischer Gesundheit. Im zweiten Teil erläuterte er für Psychothe-

rapiesuchende die notwendige fachliche Qualifikation von Psychotherapeuten und gab Hinweise zur Einleitung einer Psychotherapie. *Karin Welsch* (Geschäftsstelle) beschrieb Möglichkeiten zur Prävention psychischer Erkrankungen, *Petra Kümmler* (Geschäftsstelle) stellte die psychotherapeutische Versorgungssituation in Bayern dar.

Versorgungswerk zum 1. Januar 2006 gestartet

Nach Verabschiedung der Gesetzesänderung durch den Bay. Landtag (unterschrieben vom Ministerpräsidenten am 24.12.05) startete das bay. Psychotherapeutenversorgungswerk (durch Zusammenschluss mit dem VW der Bauingenieure) zum 1.1.2006.

Die bayerischen Psychotherapeuten verfügen somit zum Jahresbeginn 2006 über eine geregelte Alters-, Hinterbliebenen- und Berufsunfähigkeitsvorsorge.

Nähere Informationen finden Sie auf der Homepage www.psychotherapeutenversorgung.de und über die telefonische Hotline: 089/9235-8770.

Landespsychotherapeutentag 2006

Auch dieses Jahr wird es wieder einen Landespsychotherapeutentag zum kollegialen und fachlichen Austausch geben! Die „Prävention psychischer Störungen“ wird im Zentrum der Veranstaltung stehen. Vorträge und Workshops mit namhaften Referent/inn/en aus Forschung und Gesundheitspolitik werden zu einem

breiten Spektrum verschiedener Störungen angeboten, zudem wird der Stellenwert von Prävention in der Gesundheitspolitik und als Arbeitsfeld für Psychotherapeut/inn/en beleuchtet.

Die Tagung findet am **Samstag, 30.09.2006** im Hauptgebäude der Ludwig-

Maximilians-Universität (U3/U6 Haltestelle „Universität“) in München statt.

Das Anmeldeformular finden Sie auf unserer Homepage. Auskünfte erteilt Ihnen über die Tel. 01801 / 51 55 55 unser Tagungsbüro. Weitere Infos über Tagung@ptk-bayern.de

Termine

Kammerversammlungen für Mitglieder (Diskussion über aktuelle Kammerthemen, jeweils 18.00–21.00 Uhr):

Würzburg: Do, 4.5.06, Universität Würzburg, Institut f. Psychologie, Marcusstraße

Nürnberg: Do, 11.5.06, Haus Eckstein

Rosenheim: Do, 29.6.06, Ku'Ko

Kempten: Do, 13.7.06, Kornhaus

München: Do, 20.7.06, LMU, M018

Vorstand der Kammer:

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

Geschäftsstelle

80336 München, St.-Paul-Str. 9
Post: Postfach 151506, 80069 München
Tel. 089/515555-0, Fax 089/515555-25
Mo–Do 9.00–15.30, Fr 9.00–13.00 Uhr
info@ptk-bayern.de
www.ptk-bayern.de



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Berlin

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in den ersten 100 Tagen unserer Tätigkeit haben wir uns in das Alltagsgeschäft der Kammer eingefunden. Die listenübergreifende Zusammenarbeit entwickelt sich gut und produktiv. Im Januar haben Vorstand und Geschäftsführung auf einer Klausurtagung erste inhaltliche Festlegungen für die Arbeit dieser Legislaturperiode getroffen. Folgende Vorhaben sollen im März von der Delegiertenversammlung diskutiert und abgestimmt werden.

- **Priorität** hat die weitere Entwicklung der Kooperation mit der Zahnärztekammer, deren Institutionalisierung in Form einer Rahmenvereinbarung und die noch ungeklärte Finanzierung. Neben der von Psychotherapeuten und Zahnärzten gemeinsamen durchgeführten und stark nachgefragten Patientenberatung arbeiten paritätisch besetzte Gruppen von Zahnärzten und Psychotherapeuten an einem Curriculum „Psychosomatik“ und an der Thematik des „schwierigen Patienten“.
- In Planung ist ein Präventionsprojekt „gefährdete Kinder“, bei dem wir uns auf bestehende (Versorgungs-)Strukturen „vor Ort“ beziehen und u. a. die Zusammenarbeit von angestellten und niedergelassenen PP und KJP mit Kinderärzten, Lehrern, Beratungsstellen etc. fördern wollen. Besonders wichtig ist uns die Einbeziehung der Erfahrungen der Kollegen, die Familien, Mütter, deren Säuglinge und Kleinstkinder behandeln und beraten. Differenzierte kurative und präventive Maßnahmen und Erfahrungen könnten „wohnortnah“ praktiziert werden.

Darüber wird in den nächsten Ausgaben des PTJ ausführlich berichtet werden.

Erste Ergebnisse der von der Delegiertenversammlung eingerichteten Strukturkommission zur Konzeptionalisierung der Mitarbeit von PP und KJP in der „integrierten Versorgung“ und in „medizinischen Versorgungszentren“ liegen vor und werden u.a. mit folgenden Fragestellungen diskutiert: Wie und mit welchem Ziel können PP und KJP ihre berufliche Kompetenz in einem nichttherapeutischen Kontext (z. B. in einer sektorenübergreifenden Großpraxis) anwenden? Welche Konsequenzen haben „neue Versorgungsformen“ für die Beziehung zwischen Psychotherapeut und Patient, für die Psychotherapie, für Verfahren, Methoden?

Ein Ziel der Kammerarbeit ist die mangelhafte psychotherapeutische Versorgung (s. Fogs-Studie) z.B. von psychotischen, schwer depressiv und persönlichkeitsgestörten Patienten zu verbessern. Die Zusammenarbeit mit dem „Bündnis gegen Depressionen“, Psychiatern und anderen Gruppen ist angelaufen. Unter Federführung der Kammer hat im Dezember 2005 eine Kommission, in der u.a. Leistungserbringer von Psychotherapie, Vertreter von Beratungsstellen, freien Trägern und der Jugendämter mitgewirkt haben, einen umfangreichen Katalog von Indikationskriterien für Psychotherapie im Rahmen der Jugendhilfe nach dem KJHG vorgelegt. Er wird von der Verwaltung als orientierend und hilfreich gewertet.

In Zusammenarbeit mit der Bundes- und den Länderkammern entwickeln wir ein Konzept zur psychotherapeutischen Not-

fallversorgung. Ein erstes Ziel ist, dass notfallpsychotherapeutisch fortgebildete Kollegen zu Beginn der Fußballweltmeisterschaft nach einem – hoffentlich nicht eintretenden – „Großschadensereignis“ auf Anfrage nachsorgend tätig sein können. Zeit-, finanziell und verwaltungstechnisch aufwendig gestalten sich Kauf und Einrichtung der Software für die Verwaltung der Fortbildungsdaten aller Kammermitglieder (Punktekonten, Zertifizierungsunterlagen, Teilnehmerlisten etc.). Wir hoffen, in diesem Jahr die Neuorganisation abschließen zu können.

Bei einem ersten Gesprächstermin mit der Patientenbeauftragten des Berliner Senats, Frau Stötzner, im Februar werden wir die Perspektiven der Psychotherapiepatienten, ihre Wünsche und Anforderungen an uns Psychotherapeuten diskutieren. Die Folgerungen sollen in die zukünftige Kammerarbeit einfließen. In diesem Zusammenhang spielt das von den Bürgern gut angenommene Servicetelefon eine wichtige Rolle. Die Ergebnisse der einjährigen Erprobungsphase werden in die Weiterentwicklung des Konzepts einfließen.

Im Namen des Vorstandes grüße ich Sie herzlich und kollegial.



*Michael Krenz
Präsident*

Studie zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von psychosekranken und älteren Menschen in Berlin

Seit Sommer 2005 liegt eine Forschungsstudie zu diesen beiden Patientengruppen vor. Wilfried Görgen und Dr. Udo Engler von

der Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich (FOGS) haben sie im Auftrag der Berliner

Kammer erstellt. Sie ist ein wichtiger Schritt für eine Bedarfsplanung nach qualitativen Kriterien. Die Autoren kommen im Wesent-

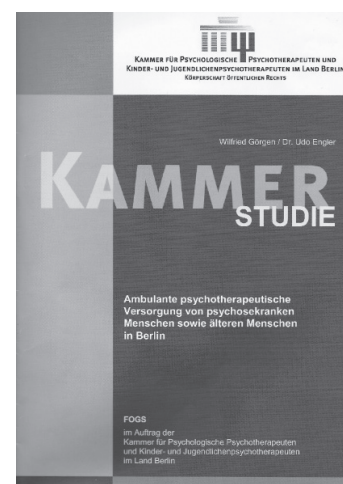
lichen zu folgenden Ergebnissen:

- Da in Berlin keine spezifischen empirischen Daten zur Prävalenz psychotischer Erkrankungen vorliegen, wurden die Zahlen hochgerechnet. Für 2003 wurde davon ausgegangen, dass 60.241 Menschen an behandlungsbedürftigen psychotischen Störungen leiden. Davon hatten ca. 58 % einen spezifischen oder unspezifischen (Behandlungs-)Kontakt zu einer Institution des Gesundheitswesens. In einer ambulanten ärztlichen oder psychotherapeutischen Praxis wurden sie allerdings nur im geringen Umfang behandelt. Von den Psychotherapeuten (N=243), die sich an der Erhebung beteiligt haben, wurden in 2004 durchschnittlich nur 1,4 Psychosekranken behandelt. Bei den Zugangswegen zur ambulanten psychotherapeutischen Praxis fällt auf, dass Fachärzte psychosekranken Menschen relativ häufig zum Psychotherapeuten überweisen (39,3%). Nur 11% kamen von psychiatrischen Krankenhäusern und nur 3,5% vom Sozialpsychiatrischen Dienst/Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst.
- Von der Personengruppe der über 70-jährigen gelten 81.048 Personen als psychotherapeutisch behandlungsbedürftig.

Die häufigste Erkrankung ist die Demenz, es folgen Depression, Angst- und schizophrene Störungen. Nach den Ergebnissen einer Berliner Altersstudie haben 85% der über 70-jährigen regelmäßig Kontakt zu Ärzten. Die Ergebnisse unserer Studie zeigen jedoch, dass in 2004 durchschnittlich nur zwei ältere Menschen (ab 60 J.) von den befragten Psychotherapeuten/innen behandelt wurden. Bei der Analyse der Zugangswege fällt auf, dass die Überweisung durch Facharztpraxen (34,9%) und Allgemeinarztpraxen (21%) wiederum hoch ausfällt, während von den psychiatrischen Krankenhäusern 3,3%, von Allgemeinkrankenhäusern 0,6% und von Pflegediensten 0,5% der psychotherapeutisch behandelten älteren Menschen überwiesen wurden. Deshalb wird vorgeschlagen, die Kooperation mit diesen Einrichtungen deutlich zu intensivieren.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse der Sekundäranalyse und diejenigen der FOGS-Studie, dass psychosekranken und ältere Menschen kaum Zugang zur ambulanten Behandlung durch psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten finden. Zur Verbesserung der Ver-

sorgung empfiehlt die Studie u.a. folgendes: Einrichtung von spezifischen Arbeitsgruppen und Qualitätszirkeln; Fortbildungsangebote, Veränderung des organisatorischen Rahmens (Setting, methodenübergreifendes Vorgehen, Honorargelung), Förderung der Vernetzung der Leistungsanbieter und der „Integrierten Versorgung“.



Die Studie kann unter [www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/aktuelles/15-9-05/Ambulante psychotherapeutische Versorgung.pdf](http://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/aktuelles/15-9-05/Ambulante%20psychotherapeutische%20Versorgung.pdf) ausgedruckt oder für 5 € bei der Geschäftsstelle als Broschüre bestellt werden.

Bericht von der 15. Delegiertenversammlung

- Sitzungsleitung für die 2. Wahlperiode
- Neuer Vorstand stellt seine Arbeit vor
- Empfehlungen des Ausschusses Berufsordnung, Ethik, Patienten- und Menschenrechte zur Musterberufsordnung (MBO) der Bundespsychotherapeutenkammer
- Finanzplan 2006 beschlossen
- Nachbesetzung Fortbildungsbeirat

Sitzungsleitung für die 2. Wahlperiode

Als Sitzungsleiter für die zweite Wahlperiode wurde Prof. Dr. Armin Kuhr, als Vertreter/in wurden Marion Waschkeit, Dr. Wieland Knobbe und Klaus Dillhoff gewählt.

Neuer Vorstand stellt seine Arbeit vor

Der Präsident, Michael Krenz, begrüßte die Delegierten zur 1. DV nach der Wahl des

neuen Vorstandes und berichtete über die zukünftige Ressortverteilung und aus der bisherigen Arbeit des neuen Vorstandes (näheres siehe Bericht des Vorstands).

Empfehlungen des Ausschusses Berufsordnung, Ethik, Patienten- und Menschenrechte zur Musterberufsordnung (MBO) der Bundespsychotherapeutenkammer

Der Ausschuss hat für die Bundesdelegierten Empfehlungen zur Muster-Berufsordnung (MBO) der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTk) erarbeitet. Sie wurden von Dr. Erwin Kaiser auf der DV erläutert. Die Berliner Bundesdelegierten werden ihr weiteres Vorgehen abstimmen.

Finanzplan 2006 beschlossen

Nachdem die Vizepräsidentin, Renate Mrazek, einleitend auf die perspektivisch

steigenden Personalkosten für zu erwartende Dienstleistungen der Kammer (u. a. Health Professional Card, Fortbildungspunktekonto) angesprochen wurde, erläuterte die Geschäftsführerin, K. Struck, den vorliegenden Wirtschafts-/Finanzplan für das Jahr 2006. Im Wesentlichen konnte die Finanzplanung fortgesetzt werden, lediglich bei den Raumkosten und bei der Mitgliederzeitung mussten Anpassungen aufgrund gestiegener Kosten vorgenommen werden. Dr. Joachim Meinke, neuer Sprecher des Finanzausschusses, und die Mitglieder des Ausschusses werden sich mit den aufgeworfenen Fragestellungen befassen und bis zur nächsten DV Vorschläge erarbeiten.

Nachbesetzung Fortbildungsbeirat

Die Beiratsmitglieder sind von der DV für vier Jahre gewählt. Für die zurückgetre-

nen Vertreter bzw. Stellvertreter findet die Nachwahl lediglich für den Rest der Wahlperiode statt. Ausgeschieden sind Renate

Mrazek, Kerstin Reimers, Christian Zschüttig, Werner Roggenbuck. Es wurden folgende Nachfolger/innen gewählt:

Sabine Deitschun, Marga Henkel-Gessat, Anne Springer, Dr. Manfred Thielen, Prof. Dr. Armin Kuhr, Claus Conrads.

Nachruf

Am 8. November 2005 ist unser Kammermitglied Kaschi Bräutigam im Alter von 43 Jahren an einer schweren Krankheit gestorben. Die Erkrankung hatte sie gezwungen, alle ihre beruflichen Verpflichtungen von einem Tag auf den anderen aufzugeben und ihre ganze Kraft auf ihre Genesung zu verwenden. Dabei hatte sie sich nicht nur auf die Schulmedizin verlassen. Noch im letzten Sommer war sie voller Hoffnung, die Krankheit besiegen zu können. Umso größer war das Erschrecken bei der Todesnachricht, die Trauer über ihren zu frühen Tod dauert an.

Kaschi Bräutigam hatte ursprünglich Jura studiert und dieses Studium, das ihr zeitweise wirklich entsprach, fast zum Abschluss gebracht. Aus größerer innerer Neigung wandte sie sich 1987 der Psychologie zu und beendete dieses Studium 1992. In ihrer Diplomarbeit über die Flakhelfergeneration in der DDR wurden schon die Schwerpunkte ihres Engagements deutlich: Politisches Interesse, das auch den Osten Deutschlands einschloss (sie hatte als Tochter des Ständigen Vertreters der Bundesrepublik mehrere Jahre in der DDR verbracht), sowie das Interesse an den Verflechtungen von Biographie und Geschichte, von individueller Psychodynamik mit derjenigen der Gesellschaft.

Konsequenterweise fand sie nach dem Abschluss des Studiums ihre erste Stelle im Berliner Verein für „Psychoanalytische Sozialarbeit“ und behandelte dort im Rahmen des KJHG Kinder und Jugendliche. Sie arbeitete als Therapeutin mit Strafgefangenen in der Haftanstalt Berlin-Tegel und im Frauengefängnis Berlin-Lichtenberg. Von 1998 bis zu ihrem Tod war sie als Supervisorin in einer Tagesstätte für Wohnungslose tätig. Dort befasste sie sich besonders mit den schwierigen Übertragungs-/Gegenübertragungskonstellationen zwischen Mitarbeitern und Besuchern dieser Einrichtung. Ebenfalls im Jahre 1998 ließ sie sich als Psychotherapeutin in einer Praxisgemeinschaft in Berlin-Friedrichshain nieder. Ihre 1995 begonnene psychoanalytische Ausbildung am Karl-Abraham-Institut schloss sie 2002 ab. Psychoanalytikerin war sie mit großer Leidenschaft, außerdem mit der Intention, die Psychoanalyse auch nach außen zu vertreten. „Was man angefangen hat, muss man auch verändern.“ Diese Gedichtzeile von Bert Papenfuß bezeichnete sie als ihren Lieblingsspruch.

Ich lernte Kaschi Bräutigam 2001 kennen, als wir gemeinsam für das Berliner Forum für Psychotherapie und Psychoanalyse als Delegierte für die Psychotherapeutenkammer kandidierten. Kaschi wollte sich berufspolitisch engagieren und tat das nach ihrer Wahl tatkräftig im Ausschuss „Öffentliche psychotherapeutische Versorgung“. Sie konnte tiefe Sensibilität und echtes Interesse an Menschen mit aktiver Tätigkeit verbinden und errang dadurch viel Achtung und Sympathie. Sie vertrat unkonventionell und sanft, aber mit deutlicher Klarheit, ihre wichtigen berufspolitischen und fachlichen Anliegen. In ihren veröffentlichten Fachvorträgen ging es erneut um das Verwobensein des Individuellen mit dem Gesellschaftlichen, so in ihrem Nachdenken über die Bilder des Leipziger Malers Neo Rauch oder in ihren Reflektionen über den deutschen Nationalstolz.

Wir haben in Kaschi Bräutigam eine Kollegin verloren, die – wenige Jahre nach dem Abschluss ihrer psychoanalytischen Ausbildung – begonnen hatte, ihr reifes Können engagiert einzusetzen, es weiterzugeben und schöpferisch zu nutzen. Ihren Kollegen, Patienten und Freunden – allen, die sie mochten und schätzten – wird sie sehr fehlen.

Annette Simon

Spendenaktion für zwei Jugendprojekte

Die Freude war groß, als im Juni 2005 nach jahrelangem Ringen endlich das erste Sechstel der KV-Nachzahlung an die niedergelassenen Berliner Psychotherapeuten ausgezahlt wurde. Die Tatsache in Zeiten, in denen andere den Gürtel so eng schnallen müssen, dass sie kaum noch atmen können, einen solchen Geldsegen zu bekommen, weckte bei einigen Mitgliedern der Kammer den Wunsch, von dem Reichtum etwas abzugeben. So entstand die Idee einer Spendensammlung, die auf der Delegiertenversammlung einstimmig angenommen wurde. Da vor allem die Jugendarbeit in Berlin von massiven Kürzungen betroffen ist und diese Arbeit wohl unverzichtbar

für die Sicherung des sozialen Friedens ist, entschlossen wir uns, zwei Jugendprojekte zu unterstützen. Die Berliner Kammer sammelte für „BASALISA“, eine Initiative, die sich um unbegleitete Flüchtlingskinder kümmert, und für das Projekt „JUGENDWOHNEN IM KIEZ“, das sich in zwei sozialen Brennpunkten um die Integration ausländischer Jugendlicher bemüht.

Es kamen fast 5.000 € zusammen, die am 2. Dez. an Vertreterinnen beider Projekte überreicht wurden. In seiner Ansprache betonte der Präsident der Kammer, Michael Krenz, die ethische Verpflichtung unseres Berufstandes, den Schwachen und Benach-



Übergabe der Spende in der Kammer: Angelika Joao, Michael Krenz, Pilar Isaac-Candeias, Susanne Cokgünger (v.li.)

teiligten beizustehen, wozu sich unsere noch junge Standesvertretung durch gesellschaftliches Engagement öffentlich bekenne. Im

anschließenden Gespräch ergaben sich interessante Berührungspunkte und Kooperationsmöglichkeiten. Die Stimmung

war so gut, dass beschlossen wurde, jedes Jahr eine Spendensammlung der Kammer durchzuführen. Wir freuen uns schon auf das

nächste Mal. (Informationen zur Verwendung der Gelder finden Sie in den Dankesbriefen der Projekte auf unserer Homepage).

Erweiterung Europas – Mehr Rechte für traumatisierte Flüchtlinge?

Im Januar 2003 formulierte der Europäische Rat „Richtlinien zur Festlegung von Mindestnormen für die Aufnahme von Asylbewerbern“ (EU-Richtlinie 2003/9/ EU), die von den Mitgliedsstaaten bis zum 06.02.2005(!) umgesetzt werden sollten. Im Mittelpunkt einer Fachtagung im November 2005 stand die medizinische Versorgung von „Personengruppen mit besonderen Bedürfnissen“. Teilnehmer und Referenten waren Mitarbeiter/innen von Beratungs- und Behandlungszentren für Flüchtlinge und Folteropfer, Vertreter/innen von Menschenrechtorganisationen aus europäischen und außereuropäischen Staaten, UNHCR, Rechtsanwälte, Ärzte und Psychotherapeuten. Die PP und KJP wurden von Dorothee Hillenbrand, Mitglied des Berliner Kammervorstands, auf der Abschlussveranstaltung vertreten.

Die Mindestnormen der Richtlinie sehen u.a. vor, „dass Asylbewerber die erforderliche medizinische Versorgung erhalten, die zumindest die Notversorgung und die unbedingt erforderliche Behandlung von Krankheiten umfasst“ (Art. 15/1). Für „Asylbewerber mit besonderen Bedürfnissen [besonders schutzbedürftige Personen wie Minderjährige, unbegleitete Minderjährige, Behinderte, ältere Menschen, Schwangere, Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern und Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben (Art.17/1)]“ sowie „Minderjährige, die Opfer irgendeiner Form von Missbrauch, Vernachlässigung, Ausbeutung, Folter, grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung gewesen sind oder unter bewaffnenden Konflikten gelitten haben“ ergeht an die Mitgliedsstaaten die Aufforderung, dass diese Personen „Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch nehmen können und dass im Bedarfsfall eine geeignete psychologische Betreuung

und eine qualifizierte Beratung angeboten wird“ (Art. 18/2). Auch erwachsene „Personen, die Folter, Vergewaltigung oder andere schwere Gewalttaten erlitten haben [sollen] im Bedarfsfall die Behandlungen erhalten, die für Schäden, welche ihnen durch die genannten Handlungen zugefügt wurden, erforderlich sind“. (Art. 20)

Eine Bestandaufnahme der gegenwärtigen Behandlungsmöglichkeiten für die o.g. Personengruppen zeigte u.a. die folgenden gravierenden Versorgungsmängel auf:

- Zunächst muss das Störungsbild eingeschätzt werden; dabei ist nicht geklärt, welche Berufsgruppe den „besonderen Bedarf“ feststellt.
- Unklar ist auch, wann, wo und wie die Diagnostik durchgeführt wird, und über welche Qualifikationen Untersucher/innen verfügen müssen.

Zwei Beispiele aus der Praxis könnten dafür als Modell dienen: in Bremen führt der öffentliche Gesundheitsdienst bereits in den aufnehmenden Asylbewerberinstitutionen die medizinischen und sozialpsychiatrischen Untersuchungen durch und veranlasst weitere Maßnahmen. Seit 2002 führen die Psychotherapeuten- und die Ärztekammer in Berlin gemeinsam zertifizierte Fortbildungen zur „Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren“ durch, und es gibt eine Liste mit geschulten Gutachtern.

„Geeignete psychologische Betreuung“, Beratung und Rehabilitationsmaßnahmen können nicht in allen Regionen angeboten werden, da weder im ambulanten noch im stationären Bereich ausreichende traumaspezifische Behandlungsangebote zur Verfügung stehen, die die fachlichen und interkulturellen Besonderheiten in der Ar-

beit mit „most vulnerable persons“ vereinen. (Die Curricula der Ausbildungsinstitute sollten diese Aspekte stärker einbeziehen!) Besonders in den Flächenstaaten und den neuen Bundesländern fehlen Behandlungseinrichtungen in Wohnortnähe.

Auf der Grundlage der Psychotherapie-richtlinien ist nur ein Teil der oben als „Personen mit besonderem Bedarf“ aufgezählten Gruppen zu behandeln, da sowohl die Störungsbilder, die angestrebten Therapieziele, das Setting und auch der Umfang der notwendigen Behandlungen sich davon unterscheiden. Notwendig sind Behandlungen, die eine soziale Integration und (Wieder-) Eingliederung auf der Grundlage von Sozialgesetzen wie SGB IX und SGB VIII zum Ziel haben.

Die Berliner Kammer sieht ihre Aufgabe einerseits in der Vermittlung von Fortbildungsangeboten für die eigene Berufsgruppe und für andere, die mit den genannten Personengruppen arbeiten, und andererseits in gesundheitspolitischen Aktivitäten. An einer qualifizierten Umsetzung der EU-Richtlinie werden wir uns gemeinsam mit anderen Berufsgruppen beteiligen.

Redaktionsteam

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

Geschäftsstelle

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



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Bremen

Neuorganisation der sozialpsychiatrischen Versorgung in Bremen

Bremen verfügt inzwischen über eine regionalisierte psychiatrische Versorgungsstruktur, die in der Bundesrepublik Deutschland bislang einmalig ist. Statt einer zentralisierten stationären Versorgung im Klinikum Bremen Ost bestehen nun fünf regionale Behandlungszentren für die Regionen Nord, West, Mitte, Süd und Ost.

Jedes psychiatrische Behandlungszentrum verfügt über vollstationäre Betten, tages- und akuttagesklinische Plätze und eine Institutsambulanz. Der Sozialpsychiatrische Dienst mit seinen 5 Beratungsstellen für psychisch kranke und suchtkranke Menschen ist seit dem 1.10.2003 ebenfalls in die Behandlungszentren integriert. Als Organisationseinheit des Gesundheitsamtes gibt es den Sozialpsychiatrischen Dienst seitdem nicht mehr.

Die Dezentralisierung der stationären und teilstationären Versorgung des Klinikums Ost konnte noch nicht in allen Regionen vollständig umgesetzt werden. Nur die Regionen Nord und Ost verfügen vor Ort über alle Behandlungsangebote, in Süd und West gibt es neben den ambulanten Angeboten

jeweils eine Tagesklinik, das Behandlungszentrum Mitte verfügt in der Region lediglich über die ambulanten Angebote Institutsambulanz und Sozialpsychiatrischer Dienst. Organisatorisch wurden die Behandlungszentren Mitte/West und Süd/Ost zu zwei Bereichen des Klinikums Bremen Ost mit jeweils eigener Leitungsstruktur zusammengefasst, das Behandlungszentrum Nord ist ein eigenständiger Bereich des Klinikums Bremen Nord.

Unter dem Leitbild „Persönliche Hilfen vor Ort“ sind die Gewährleistung von Betreuungskontinuität und die Flexibilisierung der Hilfen zentrale Ziele dieser neuen Versorgungsstruktur. Wie bisher gibt es außerhalb der normalen Dienstzeiten einen zentralen Krisendienst, der u.a. für Schutzmaßnahmen nach dem Bremischen PsychKG zuständig ist. Die frühere Fachabteilung „Sozialpsychiatrischer Dienst“ des Gesundheitsamtes hat sich als „Sozialpsychiatrische Abteilung“ neu formiert.

Ihr Aufgabenschwerpunkt liegt in der Steuerung und Koordination der steuerfinanzierten kommunalen Leistungen für see-

lisch Behinderte. (z.B. Betreutes Wohnen; Heimwohnen); 2004 kam die Fach- und Ressourcenverantwortung für die Drogenhilfe hinzu.

Für niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dürften folgende Angebote der Behandlungszentren von besonderer Bedeutung sein:

Ist bei einem Psychotherapiepatienten von einer akuten Selbst- oder Fremdgefährdung auszugehen, kann eine Fallberatung mit einem Fachkollegen des Behandlungszentrums angezeigt sein, um zu prüfen, ob besondere Hilfen oder Schutzmaßnahmen notwendig sind. Ein Hinweis auf den zentralen Krisendienst außerhalb der normalen Dienstzeiten kann für gefährdete Patienten ebenfalls eine wichtige Hilfestellung bedeuten.

Bei einer Abhängigkeit von psychotropen Substanzen, z.B. Alkoholabhängigkeit, kann die besondere Suchtberatungs- und Suchtbehandlungskompetenz der BHZ genutzt werden, z.B. zur Einleitung einer Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlung.

Adressen und Telefonnummern der sozialpsychiatrischen Behandlungszentren in Bremen

Nord Aumunder Heerweg 83/85 28757 Bremen Tel. 6606-1234 Mo-Fr 08.30 – 17.00	Süd – Zentrum Buntes Tor Buntentorsteinweg 122 28201 Bremen Tel. 22213-10 Mo-Fr 08.30 – 17.00	West Gröpelinger Heerstr.104-106 28237 Bremen Tel. 22214-10 Mo-Fr 08.30 – 17.00
Mitte Horner Str. 60-70, 28203 Bremen Tel. 361-15566 Mo-Fr 08.30 – 17.00	Ost Haus 7, Osterholzer Landstr. 51, 28325 Bremen Tel. 408-1850 Mo-Fr 08.30 – 17.00	Kriseninterventionsdienst – KID – Horner Str. 60/70, 28203 Bremen Tel. 361-15565 Mo-Fr 17:00-08:30; Sa/So 08:30-08:30

Bei schweren depressiven Entwicklungen kann in Absprache mit dem mitbehandelnden niedergelassenen Facharzt überlegt werden, ob nicht eine vollstationäre

oder tagesklinische Behandlung indiziert ist.

oder tagesklinische Behandlung indiziert ist.

Kinder und Jugendpsychiatrieausschuss nimmt seine Arbeit wieder auf

Zu Beginn des Jahres 2005 wurde auf Initiative von Dr. Lorenz, dem Leiter der KIPSY und der JUPS (der beiden kooperierenden kinder- und jugendpsychiatrischen Beratungsstellen am Gesundheitsamt und im ZKH Bremen Ost) die Arbeit im Fachausschuss Kinder- und Jugendpsychiatrie wieder aufgenommen, die zuvor einige Jahre brachgelegen hatte. Dieser Ausschuss gehört neben drei weiteren Fachausschüssen (Gerontopsychiatrie, Allgemeinpsychiatrie, Sucht) zu den beratenden Gremien der ZAG (Zentrale Arbeitsgruppe zur Versorgung psychisch kranker und suchtkrank Menschen in der Stadtgemeinde Bremen).

Alle wesentlich an der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung mit Kindern und Jugendlichen beteiligten Institutionen bzw. Berufsgruppen nehmen an den vierteljährlich stattfindenden Sitzungen teil, u.a. Vertreter der zuständigen Kliniken, der niedergelassenen Kinder/Jugendlichenpsychiater und -psychotherapeuten, der Jugendhilfeeinrichtungen, des Jugendamtes

und der senatorischen Behörde, der Abteilung Suchtprävention des Landesinstituts für Schulen. Hilke Schröder vertritt die Psychotherapeutenkammer.

Wesentliches Motiv für die „Wiederbelebung“ dieses Gremiums ist die Verbesserung der Versorgungsleistungen. Man verständigte sich zunächst auf eine möglichst unbürokratische Arbeitsweise, um dann eine Reihe von Themen- und damit Arbeitsfeldern zu benennen, in denen Beratungs- bzw. Behandlungs- und Betreuungsangebote nur unzureichend gewährleistet erscheinen: Sucht bei Kinder und Jugendlichen/ Komorbidität mit psychiatrischen Erkrankungen (hierzu wurde wegen der Brisanz und des Umfangs der Thematik eine vorbereitende AG gegründet), Kinder psychisch kranker Eltern, Maßregelvollzug bei Jugendlichen, junge Volljährige, psychische Probleme von Migrantenkindern.

Ersten Überlegungen, man könne nach gemeinsamer Bestandsaufnahme und dem

Nachweis von Versorgungsmängeln ggf. auch Einfluss auf die für die Mittelvergabe zuständigen politischen Gremien geltend machen, folgte eine eher pragmatische Orientierung, in der man sich darum bemüht, mehr Informationsaustausch und Zusammenarbeit der beteiligten Akteure zu gewährleisten und so vorhandene Ressourcen besser zu nutzen. Beispielsweise gelang es, durch eine Kooperation zwischen Ki/Ju-Psychiatrie und Jugendhilfeeinrichtungen die Arbeitsabläufe bei der Einweisung bzw. Entlassung befriedigender zu gestalten. Weiterhin soll eine Abstimmung der Verfahrensregeln zwischen dem Amt für soziale Dienste und den Einrichtungen der Ki/Ju-Psychiatrie in Zukunft verhindern, dass angemessene Jugendhilfemaßnahmen infolge unklarer Zuständigkeiten oder Verschleppung (z.B. infolge von Sparzwängen) verzögert umgesetzt werden. In diesem Zusammenhang wurde auch eine regelmäßige Einbeziehung behandelnder Kinder- und Jugendlichenpsychiater und -psychotherapeuten bei der Hilfeplanung angeregt.

Bremen Testregion für die elektronische Gesundheitskarte

Im Dezember erhielt Bremen neben sieben anderen Regionen den Zuschlag als Testregion für die elektronische Gesundheitskarte. Die wichtigen Akteure des Bremer Gesundheitswesens hatten sich schon seit längerem darauf vorbereitet und eine ausführliche Bewerbung an das Bundesgesundheitsministerium versandt.

Neben den Pflichtenwendungen der Gesundheitskarte, die sich auf die Pflichten-

wendungen (Stammdaten und Arzneimittelverordnung) beziehen, werden in Bremen ebenfalls Funktionen der elektronischen Patientenakte getestet. Basis dieses Testes ist die elektronische Patientenakte, wie sie im Rahmen des Projektes iBON entwickelt wurde (siehe dazu den Bericht über dieses Projekt an anderer Stelle).

Wie schon berichtet ist die Psychotherapeutenkammer Mitglied der Trägerin dieses

Testprojektes, der Arbeitsgemeinschaft Bremer Initiative Telematik. Sie arbeitet aktiv in der Lenkungsgruppe dieser Organisation mit.

Wenn der Zeitplan eingehalten wird, werden im Juli 2006 erste Testmaßnahmen gestartet werden. Zum Redaktionsschluss lagen Einzelheiten noch nicht vor. Wir bitten die Veröffentlichungen auf der Internetseite der Kammer bzw. des Mail-Infodienstes zu beachten.

iBON-Projekt: Elektronische Patientenakte im Praxisversuch

Mitte 2005 wurde in Bremen ein zum damaligen Zeitpunkt einmaliger Vertrag zur integrierten Versorgung krebskranker Menschen geschlossen: Das Integrative Onko-Hämatologie-Netzwerk, kurz „iBON“ ge-

nannt. Es steht für ein integratives, sektorübergreifendes Versorgungskonzept und stellt den Einstieg in eine umfassende – zunächst auf onkologische Daten beschränkte – elektronische Patientenakte

dar. Das integrative Netzwerk hat sich zur Aufgabe gemacht, im Gebiet der Blut- und Tumorerkrankungen, in dem besonders oft interdisziplinäre, organgruppenübergreifende Kompetenz zum Tragen kommt, bei-

spielhaft zu zeigen, wie eine optimierte Versorgung von chronisch Kranken qualitativ-hochwertig und gleichzeitig kosteneffizient organisiert werden kann.

Derzeit werden die Voraussetzungen für den Ausbau des „Pilot-Netzes“ iBON zu einem großflächigen, regionalen Kompetenz- und Versorgungsnetzwerk geschaffen. So soll in einem nächsten Schritt die Struktur des iBON-Netzwerkes analog auf das Feld Rheumatologie übertragen werden.

Insgesamt drei Jahre Entwicklungsarbeit und Kosten in Höhe von knapp 900.000 Euro, die sich das Land Bremen und die Deutsche Telekom AG teilen, sind bislang in das iBON-Projekt geflossen. Fachlich

entwickelt wurde diese Arbeit unter Führung von Dr. Jörg Gröticke, Oberarzt in der inneren Medizin am Klinikum Bremen-Mitte, in Zusammenarbeit mit dem Bremer Krebsregister. Unter der Überschrift „Mehr Sicherheit für Patienten, besserer Überblick für Ärzte“ wurde im Sommer 2005 ein Vertrag zur Integrierten Versorgung Krebskranker zwischen der AOK Bremen/Bremerhaven, der Handelskrankenkasse (HKK) sowie dem Klinikum Bremen-Mitte abgeschlossen.

Zur Zeit beteiligen sich neben dem Klinikum 20 Arztpraxen mit 43 Ärzten in der Versorgung ihrer onkologischen Patienten an diesem Projekt. Die Teilnahme der Ärzte und Patienten ist freiwillig. Die Patien-

ten haben einen entsprechenden Ausweis, die Ärzte eine elektronische Zugriffskarte für die elektronische Patientenakte. In einem Gespräch zwischen Dr. Gröticke und Frau Kappelhoff und Herrn Schrömgens vom Vorstand der Bremer Psychotherapeutenkammer wurden jetzt Möglichkeiten der (freiwilligen) Einbeziehung von Psychotherapeuten erörtert, soweit sie betroffene Patienten behandeln. Da das iBON-Projekt im Rahmen des Testlaufes der elektronischen Gesundheitskarte genutzt wird, um die Anwendungen und Schnittstellen der elektronischen Patientenakte zu testen, werden in diesem Zusammenhang ebenfalls Psychotherapeuten für die Mitwirkung angesprochen werden.

Kammer beklagt Gerechtigkeitslücke

Solidarisch mit „Initiative Honorargerechtigkeit“

Das Jahr 2006 begann erfreulich für viele psychotherapeutische Vertragsbehandler. Im Februar überwies die KV HB die Restzahlung für die ausstehenden Honorarnachzahlungen für den Zeitraum 1. Quartal 2000 bis zum 1. Quartal 2005. Damit haben die leidigen Auseinandersetzungen über die rechtswidrigen Beschlüsse des Bewertungsausschusses und ihre Umsetzung in der Bremer KV endlich ein Ende. Anzuerkennen ist die recht zügige und korrekte Abwicklung der Nachzahlungen durch die Verwaltung der hiesigen KV, nachdem das Bundessozialgericht erneut seine Rechtsposition bekräftigt hatte. Anzuerkennen ist ebenfalls, dass die Bremer Krankenkassen beträchtliche Summen nachgeschossen haben, um diesen Nachzahlungen gerecht zu werden.

Dies ist allerdings nur die halbe Wahrheit. Denn eine nicht unbeträchtliche Gruppe von Vertragsbehandlern schaut dabei in die Röhre. Diese hatten versäumt, regelmäßig jedes Quartal schriftlich Widerspruch gegen die Honorarbescheide der KV einzulegen, da sie auf die Rechtsförmigkeit des

Handelns der KV als Körperschaft des öffentlichen Rechts vertrauten. Ihnen verweigert die KV aus diesem formalen Grund die Nachzahlung, obwohl sie genauso wie die anderen Kolleginnen und Kollegen ihre Leistungen erbracht haben, für die ihnen deshalb auch das gleiche Honorar zusteht. Nach § 44 des SGB X kann die KV einen rechtswidrigen Verwaltungsakt, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, für die Vergangenheit zurücknehmen. Wenn die KV zu ihrer moralischen Verpflichtung steht, angemessene Honorare für erbrachte Leistungen zu zahlen, muss sie allen psychotherapeutischen Leistungserbringern die Nachzahlung gewähren.

Übrigens: Die KVen in Baden-Württemberg, Nordrhein, Hamburg, Saarland u.a. haben die Nachvergütungen der Honorare an alle Leistungserbringer gezahlt. Dies geschah mit Blick auf die grundsätzliche Rechtswidrigkeit der seinerzeitigen Beschlüsse des Bewertungsausschusses, unabhängig von der Tatsache, ob Widerspruch für die jeweiligen Quartale eingelegt wurde oder nicht. In Bremen werden so insgesamt 4 Millionen Euro den Psychotherapeuten vorenthalten.

Nachdem diese Information im Deutschen Ärzteblatt 6/05 veröffentlicht wurde, rief in Bremen eine zunächst kleine Gruppe von Psychotherapeutinnen im Juli 2005 die Kolleginnen und Kollegen, die keine oder nur gelegentliche Widersprüche eingelegt hatten, zur Versammlung der **Nicht-Widerspruchsführer** ein. Wegen des großen Zuspruchs gründete sich in der Folge davon die **„Initiative Honorargerechtigkeit“**. Gespräche mit der KV führten nicht zum Erfolg. Mittlerweile verweigert die KVHB weitere Gespräche. Dadurch ist eine Einigung oder zumindest Kompromisslösung nicht mehr möglich. Die Initiative ist nicht bereit, dies hinzunehmen. Sie plant öffentlichkeitswirksame Maßnahmen und sie eröffnete einen Rechtshilfefonds, um Rechtsmittel einlegen zu können.

Die Psychotherapeutenkammer Bremen sicherte der Initiative ihre Unterstützung zu. In ihrer Stellungnahme führte sie aus, dass die KVHB im Zeitraum 2000 – 2004, trotz Kenntnis der Rechtssprechung des Bundessozialgerichtes rechtswidrige Honorarbescheide erlassen hat. Es sei verwerflich, sich formal auf die Rechtsbeständigkeit dieser Bescheide zu berufen.

Berichte aus der Kammerarbeit

Satzungsänderungen in Kraft getreten

Anfang Januar genehmigte die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales die Änderungen der Satzung, wie sie die Kammerversammlung im November 2005 beschlossen hatte. Notwendig geworden war eine Anpassung der Satzung, weil im Bremer Heilberufsgesetz Rahmenvorgaben für die Kammer sich verändert hatten und weil aus der Praxis der Kammerarbeit entsprechende Anforderungen entstanden. Die wichtigsten Punkte in Stichworten:

- Psychotherapeuten in der Ausbildung können, sobald sie in die Phase der praktischen Ausbildung eintreten, freiwilliges Mitglied der Kammer werden. Zugleich werden sie beitragsfrei gestellt.
- Die Kammer erhält die Aufgabe, Heilberufsausweise auszugeben. Dies hat besonders Bedeutung im Zusammenhang mit der elektronischen Gesundheitskarte.
- Die Kammer hat das Recht, Dritte über Mitgliederdaten, soweit die Berufsausübung betroffen ist, zu informieren. Sie kann z.B. Listen, die über spezifische Qualifikationen informieren, veröffentlichen oder Angaben im Psychotherapeutensuchdienst einstellen.
- Weiter wurde die Wahl der Delegierten zum Deutschen Psychotherapeutentag, die Wiederwählbarkeit des Präsidenten und Stellvertreters geregelt sowie Fragen der Beitragserhebung konkretisiert.

Nachwahl im Bremer Kammer-vorstand

Da der Kollege Matthias Früh aus persönlichen Gründen seine Mitarbeit im Vorstand beendete, war auf der 12. Kammerversammlung am 15.11.05 eine Nachwahl erforderlich. Als Nachfolgerin gewählt wurde mit großer Mehrheit die Kollegin Helga Friehe-Rüdebusch. Herr Früh erklärte sich bereit, weiterhin die Belange der Bremer-

havener Kolleginnen und Kollegen zu vertreten. Er wurde zum Vorstandsbeauftragten für Bremerhaven ernannt.

Helga Friehe-Rüdebusch ist verheiratet und hat zwei erwachsene Kinder. Sie ist seit 1992 niedergelassen in Bremen, seit 1999 mit KV-Zulassung in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie tätig. Sie hat über die Mitarbeit im Berufsordnungsausschuss aktiv die Berufsordnung der Kammer mit erarbeitet. Berufsverbandlich engagiert sie sich seit längerem in der Sprechergruppe des DPTV, jetzt Deutsche Psychotherapeutenvereinigung, und vertrat den Verband in der bundesweiten Leitungskonferenz. Ebenfalls ist sie seit Anfang 2004 Mitglied des beratenden Fachausschusses Psychotherapie der KV Bremen.

Psychotherapeutensuchdienst wird gut angenommen

Seit Dezember können sich die Bremer Kammermitglieder in dem gemeinsamen Psychotherapeutensuchdienst der norddeutschen Kammern eintragen (www.psych-info.de). Alle Mitglieder wurden angeschrieben und hatten die Möglichkeit, sich online mit ihren spezifischen Angaben einzutragen. Alternativ konnten sie den Erhebungsbogen in Paperform bei der Kammer einreichen. Auf der Kammerversammlung im November war der Suchdienst, sein Aufbau und seine Zielsetzung ausführlich von Helmut Hendrys vorgestellt worden. Er wirkte als Vorstandsbeauftragter für Internetfragen aktiv an der Entwicklung dieses Dienstes in der Projektgruppe der Nordkammern mit. Das Konzept fand bei den anwesenden Mitgliedern große Zustimmung.

Der Suchdienst dient vorrangig der Patienteninformation. Aus diesem Grunde werden die eingestellten Daten von der Kammer überprüft, um eine möglichst zutreffende Information sicherzustellen. Bis Ende Januar hatten sich schon über 120 Kolle-

ginnen und Kollegen mit detaillierten Angaben zu ihren Praxisangeboten eingetragen. Grundsätzlich steht allen Mitgliedern die Möglichkeit zu, sich mit ihren Daten aufzunehmen. Dies gilt selbstverständlich auch für die angestellten oder beamteten Kammerangehörigen.

Da die Psychotherapeutenkammer durch das Heilberufsgesetz das Recht besitzt, potentielle Patienten über berufliche Merkmale ihrer Mitglieder zu informieren, hat die Kammer alle Kammerangehörigen, die aufgrund einer KV-Zulassung zu Lasten einer gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen können, mit ihren wichtigen Praxisdaten (Anschrift, Telefon, KV-Zulassung, Abrechnungsgenehmigungen) in den Suchdienst gestellt. Mitglieder, die keinen Eintrag in den Suchdienst wünschen, können der Veröffentlichung ihrer Daten gegenüber der Geschäftsstelle widersprechen. In diesem Fall werden ihre Daten aus dem Suchdienst entfernt.

Redaktion Bremer Kammer-seiten

An diesen Seiten arbeiteten mit: Helga Friehe-Rüdebusch, Ursula Kappelhoff, Dr. Gerd Möhlenkamp, Hilke Schröder, Karl Heinz Schrömgens.

Geschäftsstelle:

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



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hamburg

Aktuelle Informationen des Vorstandes

Neues Heilberufekammergesetz beschlossen

Am 7. Dezember 2005 hat die Hamburger Bürgerschaft das neue einheitliche Heilberufekammergesetz mit einigen Änderungen gegenüber dem Senatsentwurf verabschiedet. Aus unserer Sicht ist erfreulich, dass nunmehr auch die freiwillige Mitgliedschaft von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Ausbildung (PiA) gesetzlich geregelt ist. Damit können alle PiA nunmehr freiwillige Mitglieder der Psychotherapeutenkammer Hamburg werden. Erste Gespräche zwischen Kammervorstand und einer Gruppe von PiA aus den verschiedenen Ausbildungsinstituten haben ergeben, dass ein großes Interesse an dieser Möglichkeit und den sich daraus ergebenden Mitwirkungsmöglichkeiten besteht.

Praxis als juristische Person

Zusätzlich ist mit dem Kammergesetz nun die Möglichkeit geschaffen worden, dass die ambulante Heilbehandlung auch gemeinschaftlich oder kooperativ in der Form der juristischen Person privaten Rechts erfolgen kann, soweit eine eigenverantwortliche und unabhängige Berufsausübung gewährleistet ist und diese juristische Person verantwortlich von einem Berufsangehörigen geführt und/oder die gesetzliche Vertretung mehrheitlich von Berufsangehörigen wahrgenommen wird. Zusätzlich muss die Mehrheit der Gesellschaftsanteile und der Stimmrechte Berufsangehörigen zustehen; Dritte dürfen nicht am Gewinn beteiligt werden und es muss eine ausreichende Haftpflichtversicherung für die juristische Person bestehen. In der Konsequenz sind somit Psychotherapeutische

Praxen in der Rechtsform der GmbH möglich. Damit diese Kammergesetzliche Regelung auch in der Praxis sinnvoll greifen kann, ist allerdings noch eine Änderung der Zulassungsverordnung notwendig, die aber von dem zuständigen Bundesgesundheitsministerium bereits eingeleitet worden ist.

Als kleiner Wermutstropfen im neuen Heilberufekammergesetz sei das neue Wahlverfahren für die Delegiertenversammlung erwähnt, das zukünftig nur noch die reine Listen- anstelle der Kombination aus Listen- und Mehrheitswahl zulässt. Die sich aus dem neuen Heilberufekammergesetz ergebenden Änderungen in der Kammerstatzung und der Wahlordnung sind zwischenzeitlich auf den Beschluss- und Genehmigungsweg gebracht worden.

Berufsordnung, Schlichtungsordnung und Ethik-Satzung beschlossen

In der 16. bzw. 17. Delegiertenversammlung wurden die Berufsordnung, die Schlichtungsordnung und die Ethiksatzung von den Delegierten jeweils einstimmig beschlossen. Mit dieser Ausgabe des PT-Journals erhalten alle Hamburger Kammermitglieder die Berufsordnung als Sonderbeilage zugesandt. Die Schlichtungsordnung und die Ethiksatzung folgen in der nächsten Ausgabe.

Auswirkungen des Falles „Jessica“ auf die Berufsordnung

Die Diskussion, die sich in Hamburg nach dem tragischen Hungertod der kleinen Jessica ergeben hat, und die zahlreichen anderen Fällen von Kinderverwahrlosung nicht nur in Hamburg werden wahrscheinlich Auswirkungen in der Gesetzgebung aber auch in der Berufsordnung der Kammer zur Folge haben. Seitens der Behörde

für Wissenschaft und Gesundheit ist die Kammer gebeten worden, den § 14 Abs. 2 der Berufsordnung wie folgt zu ändern: (Änderung kursiv – unterstrichen). „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind zur Offenbarung nur befugt, soweit sie entweder von der Schweigepflicht entbunden worden sind oder soweit es zur Wahrung eines gegenüber der Schweigepflicht vorrangig öffentlichen oder privaten Interesses im konkreten Einzelfall, insbesondere auch bei dem Verdacht einer Kindesmisshandlung, eines Kindesmissbrauchs oder einer schwerwiegenden Vernachlässigung eines Kindes, erforderlich ist.“ Wenn die rechtliche Prüfung der angestrebten Änderung keine negativen Folgen erwarten lässt, wird der Änderungsantrag im Rahmen der 18. Delegiertenversammlung zur Diskussion gestellt.

Erfolgreicher Start des Versorgungswerks in Hamburg

Nach Ablauf der Erklärungsfrist für die Hamburger Kammermitglieder (dem sog. „Anfangsbestand“ zur Befreiung von der Pflichtmitgliedschaft im PVW am 31.08.2005, haben sich 353 Kammermitglieder zu einer Mitgliedschaft im PVW entschlossen. Dies entspricht einer sehr guten Quote von 29,92%. Im Vergleich zu den bisherigen Mitgliedern des PVW haben die Hamburger im Durchschnitt eine höhere Beitragsquote gewählt. Hintergrund hierfür sind vermutlich die Anfang des Jahres erfolgten Nachzahlungen der KV Hamburg für die zurückliegenden Jahre und die inzwischen geänderten steuerlichen Regelungen.

Am 9.09.2005 fand in Hannover die konstituierende Sitzung der Delegiertenversammlung des PVW statt. Zum Vorsitzenden der Delegiertenversammlung wurde Herr Dr. Josef Könnig (Osnabrück), zum

stellvertretenden Vorsitzenden Herr Frank Bodenstein (Bremen) gewählt. Hamburg ist in dieser DV noch nicht vertreten, weil der Beitritt erst nach der Schließung der Wählerlisten erfolgte. Nach der Satzung müssen aber nach dem Beitritt neuer Kammern zum PVW Neuwahlen zur Delegiertenversammlung stattfinden. Das wird deshalb im nächsten Sommer/Herbst geschehen. (Claus Gieseke, *Hamburger Vertreter im Verwaltungsrat des PVW*)

Harry Askitis verabschiedet sich nach 20 Jahren aus der Berufspolitik.



Interview: Gerda Krause

Lieber Harry,

Du willst Dich, nach fast 20 Jahren unermüdlichem Einsatz für die Sache der PsychotherapeutInnen, aus der Politik zurückziehen. Was war damals vor 20 Jahren Deine Motivation, Dich als Kollege im Delegationsverfahren so engagiert für ein Psychotherapeutengesetz einzusetzen?

Einerseits war mir klar, dass das Delegationsverfahren uns Psychologen nur so lange eine Existenzberechtigung zuerkannte, bis die Ärzte die Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung übernommen hätten. Damit war zugleich festgeschrieben, dass die Psychotherapie eine Domäne der Ärzte sei und wir Psychologen ohne

eine rechtliche Absicherung waren. Zum zweiten war es für mich auch eine Frage der beruflichen Identität als Psychologischer Psychotherapeut, dass ich für unsere hohe psychotherapeutische Qualifikation eine gesetzliche Absicherung und sozialrechtliche Anerkennung anstrebte. Zudem habe ich mich nie von den Kostenerstattlern, von denen ich ja auch einer gewesen war, gesondert gesehen. Wir gehörten dem selben Berufsstand an.

GK: Was waren damals, aus Deiner Sicht, die politischen Kräfte, die gegen ein Psychotherapeutengesetz standen? Ging es hauptsächlich um die Lobbypolitik der ärztlichen Psychotherapeuten oder lag es auch an einer uneinheitlichen Haltung der Psychologen und Psychotherapeutenverbände?

Da kamen meines Erachtens diverse Kräfte zusammen: Die ärztlichen Psychotherapeuten brauchten natürlich kein Gesetz, das ihre Konkurrenten absicherte. Die Verbandsfunktionäre der Delegationspsychologen wollten ein Psychotherapeutengesetz, das allerdings nur die rechtliche Absicherung der Delegationspsychologen umfassen sollte und damit für die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung nichts gebracht hätte. Und einige Krankenkassen, vor allem etwa der AOK-Bundesverband, argumentierte, dass das Gesetz 20 Milliarden DM kosten würde, was den Politikern, die uns wohlgesonnen waren, durchaus Angst bereitete. Diese „Bedrohung“ spielte natürlich auch in die Frage hinein, wie viele PsychotherapeutInnen zugelassen werden sollten und zielte damit direkt auf die Frage der Kriterien für Approbation und Kasenzulassung.

GK: Inwieweit warst Du damals in die politischen Auseinandersetzungen involviert, welche Aufgaben hast Du damals – zunächst im BDP, später im DPTV, übernommen?

Nachdem ich über einige Jahre an einem Arbeitskreis von Kostenerstattlern beteiligt war, habe ich nach Abschluss meiner VT-Ausbildung einen Arbeitskreis von Delegationspsychologen gegründet, um die berufspolitische Power dieser KollegInnen

nicht den Delegationsverbänden zu überlassen. Diesen AK wollte ich dem Hamburger BDP angliedern, in dem ich seit meiner Niederlassung 1983 Mitglied war. Das war trotz großer Unterstützung durch den Vorsitzenden Peter Riedel nicht unumstritten. Die Sektion Klinische Psychologie im BDP erlaubte damals Ulf Jacob, einen Bundesarbeitskreis von Delegationspsychologen zu gründen, an dem auch der Psychoanalytiker Willi Meyer teilnahm. Dort habe ich eine für mich entscheidende politische Weiterentwicklung erfahren: In diesem AK wurde seinen Mitgliedern auch deutlich, dass wir einen eigenständigen Berufsverband der Psychologischen Psychotherapeuten brauchten, um aus den internen Konflikten des BDP, der nicht nur die psychotherapeutisch tätigen Psychologen vertrat, herauszukommen und handlungsfähig zu werden. Mitglieder dieses AK, der Sektion Klinische Psychologie des BDP und andere BDP-Mitglieder (darunter Willi Meyer, Rainer Richter, Hans-Joachim Schwarz) taten sich dann zur Gründung des DPTV zusammen.

Ich habe zur Jahreswende 93/94 mit einigen KollegInnen zusammen die Hamburger Landesgruppe des DPTV gegründet. Mir lag nie an Positionen, aber immer daran, etwas zu erreichen. So habe ich schon 1994 die Mitgliederzeitschrift des DPTV, das PsychotherapeutenFORUM, gegründet und einige Jahre auf meinem PC erstellt. Später habe ich dann die ALLIANZ psychotherapeutischer Berufs- und Fachverbände in Hamburg gegründet, da mir daran lag, die politischen Kräfte für ein PTG im Sinne der Kostenerstatter und des gemeinsamen Berufsstandes zu bündeln.

GK: Das klingt nach sehr viel Engagement und nach sehr viel Arbeit. Was hat Dir die Kraft gegeben, diese lange Zeit politisch aktiv zu bleiben?

Sicher war die Unterstützung durch die Hamburger KollegInnen und das Präsidium des DPTV für mich sehr wichtig. Ich habe aber auch gelernt, mich von politischen Rückschlägen nicht lange entmutigen zu lassen, sondern versucht, daraus zu lernen. Außerdem hatte ich eine klare Vision von einem vereinten, selbstbewusst-

ten und kompetenten Berufsstand der Psychologischen PsychotherapeutInnen, die ich erreichen wollte.

GK: Was waren die größten Erfolge, an denen Du beteiligt warst?

Sicher auf Bundesebene die Verabschiedung des PTC, aber auch die Formulierung der Übergangsbestimmungen auf Bundes- wie auf Landesebene, dann die Durchführung der Nachqualifikation, vor allem in TP zusammen mit der DFT und schließlich auch der erfolgreiche Abschluss der Honorarklagen.

GK: Es ist ja heute nicht mehr so einfach, junge KollegInnen für die Berufspolitik zu gewinnen. Gibt es etwas, was Du persönlich von Deinem politischen Engagement, quasi als persönlichen Gewinn, erhalten hast, etwas was andere KollegInnen ebenfalls motivieren könnte, sich zu engagieren?

Ich habe mich auch persönlich sehr stark weiter entwickelt durch mein berufspolitisches Engagement, und dafür bin ich dankbar. M.E. braucht es persönliche Unterstützung durch erfahrene KollegInnen, eine umfassende Information über die

politischen Hintergründe durch die Organisationen, in der man tätig ist, den Willen, für den eigenen Berufsstand etwas zu erreichen und auch ein Gefühl für die möglichen Bedrohungen, die etwa der Psychotherapie in der GKV drohen, wenn für ihren Erhalt und Ausbau nicht weiter entschieden gekämpft wird. Das sollte gerade für die KollegInnen, die sich hier eine Perspektive für die nächsten 3 oder 4 Jahrzehnte erhoffen, nicht unwichtig sein.

GK: Wenn die Berufsverbände für Dich nach wie vor so wichtig sind, welche Aufgaben haben dann für Dich die Kammern?

Die Kammern dienen vor allem der Identitätsbildung des gesamten Berufsstandes, und dafür finde ich sie außerordentlich wichtig. Zudem kann die Bundeskammer auf der Ebene der Berufspolitik vieles erreichen, wie die Bundesärztekammer es vorgemacht hat, auch für die Niedergelassenen.

GK: Hat Dir denn Dein Engagement in der Politik auch Spaß gemacht?

Na klar! Ich war froh über jeden erreichten Erfolg, habe sehr viel Selbstwertgefühl dazu gewonnen und sowohl die Arbeit im Be-

rufsverband als auch die Kooperation in der ALLIANZ sehr genossen und mich von der Zustimmung der KollegInnen sehr getragen gefühlt.

GK: Was liegt Dir für die Zukunft der Berufspolitik besonders am Herzen?

Dass sich die Berufsverbände und auch die Landes- und Bundeskammern, die ja für den einheitlichen Willen unseres Berufsstandes stehen, gemeinsam weiter entschieden für den Erhalt und die Weiterentwicklung einer qualitativ hochwertigen und wirksamen psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung in der Finanzierung durch die GKV einsetzen und für eine angemessene Beteiligung der PsychotherapeutInnen an den jetzigen und an zukünftigen Versorgungsmodellen in einer Form, die den Besonderheiten der Psychotherapie in ihren unterschiedlichen Strömungen und Versorgungsbeiträgen gerecht wird.

Lieber Harry, ich bedanke mich im Namen der Psychotherapeutenkammer Hamburg für Dein langjähriges tatkräftiges berufspolitisches Engagement und wünsche Dir alles Gute für die Zeit „jenseits der Politik“.

Gerda Krause



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hessen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

In wenigen Wochen wird sich die neue Delegiertenversammlung der Hessischen Psychotherapeutenkammer konstituieren; Vorstand und Gremien der Kammer werden neu gewählt. Im Mai werden Sie zu dieser Wahl aufgerufen. Ich bitte Sie, von Ihrem Wahlrecht Gebrauch zu machen.

Bei der ersten Wahl konnten wir alle nur erahnen, was auf uns zukommen würde. Mittlerweile ist der Aufbau unserer Kammer weitgehend abgeschlossen. Die Geschäftsstelle erledigt ihr großes Arbeitsprogramm und kümmert sich um die Belange der Mitglieder, die Delegiertenversammlung hat eine beachtliche Arbeitsroutine entwickelt, die – neben der „Abarbeitung“ von Tagesordnungen – Zeit für inhaltliche Diskussionen und kollegiale Begegnungen lässt. Die Ausschüsse ha-

ben ein großes Arbeitsprogramm erledigt. Auch ist die Kammer in vielen Bereichen bekannt geworden.

Künftig werden sich neue Schwerpunkte für die Arbeit ergeben, die zuerst „politisch“ entschieden werden müssen, damit die in der Kammer Verantwortlichen nach dem Willen derer, die sie vertreten, handeln können.

Die zu erwartenden Profilierungen der einzelnen Listen, die unterschiedliche Zielsetzungen verfolgen und Interessen repräsentieren, werden möglicherweise zu einem Wahl-„Kampf“ führen, der die gemeinsamen Interessen Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten

unterschiedlicher Fachrichtungen in den Hintergrund drängt. Ich möchte darum bitten und werde mich dafür einsetzen, dass der Wahl-„Kampf“ den kollegialen Respekt nicht verletzt und dass bei aller Unterschiedlichkeit nicht in Frage gestellt wird, dass auch diejenigen, die andere Vorstellungen vertreten, die ihnen bestmöglich erscheinenden Absichten verfolgen. Eine solche Haltung sind wir uns als Psychotherapeuten gegenseitig schuldig, selbst dann, wenn sie die politische Profilierung behindert.

Mir ist daran gelegen, dass der Wahlkampf ein Wettbewerb der Interessen und der Ideen wird. Wenn uns das gelänge, wäre viel gewonnen.

Jürgen Hardt, Präsident

Expertenhearing Psychotherapie über Internet

Kammerdelegierte sprechen sich für kritische Offenheit gegenüber neuen Behandlungskonzepten aus

In §5, Abs. 2 der 2004 verabschiedeten Hessischen Berufsordnung ist geregelt, dass Psychotherapien immer einen Live-Kontakt zwischen PatientInnen und PsychotherapeutInnen erfordern. Die Berufsordnung lässt Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aber die Möglichkeit, Teile von Behandlungen oder bei Forschungsprojekten nach Genehmigung in Einzelfällen auch vollständige Behandlungen „über Kommunikationsmedien“ durchzuführen. In einem vom Ausschuss für ethische Fragen und Berufsordnung unter Leitung von Dirk Fiedler vorbereiteten **Expertenhearing am 4. November 2005 in Frankfurt in-**

formierten sich die Delegierten der Hessischen Kammer über Möglichkeiten und Erfahrungen, psychotherapeutische Interventionen über internetbasierte Kommunikationswege durchzuführen.

Christiane Eichenberg, Diplom-Psychologin und Doktorandin an der Universität Köln, beschrieb in ihrem Vortrag eine wachsende Nachfrage nach psychologischen Dienstleistungen und Interventionen im deutschsprachigen Raum. Beratung finde in erster Linie schriftlich per E-Mail statt. **Psychologische Onlineberatung** biete als

■ Vorteile größere Anonymität und geringere Schwellenängste bei den Ratsuchenden, höhere Beratungsfrequenzen als in traditionellen Settings sowie gute Archivierung und Nachlesbarkeit. Es würden Klientengruppen erreicht, die von traditioneller Beratung und Therapie nicht erreicht würden.

■ Der Nachteil bestehe darin, dass eine präzise Diagnostik mit klinischem Eindruck bisher nicht möglich sei und dass eine theoretische Fundierung sowie eine Klärung von Wirkmechanismen bisher völlig fehlten.

In Metaanalysen bisher vorliegender, wenn teilweise auch methodisch schlechter Studien hätten sich allerdings in mehr als drei Viertel der Fälle Hinweise auf Besserung der vorgetragenen Beschwerden finden lassen.

Rupert Martin, Diplom-Psychologe und Psychoanalytiker in Köln, reflektierte in einem weiteren Vortrag „Psychodynamische Aspekte der virtuellen Beziehung“: Er stellte die Beziehung zwischen PatientIn und PsychotherapeutIn als zentralen Wirkfaktor dar, der sich online nicht in gleicher Weise realisieren lasse. Rupert Martin sieht die Psychologischen Onlineangebote in einer Grauzone zwischen Beratung und Therapie.

Gleichzeitig aber bleibe es im Dunklen, wie sich ohne Live-Kontakt zwischen Ratsuchendem und Therapeut diagnostisch hinreichend entscheiden lasse, ob Beratung im fraglichen Fall ausreichend sei. Convenience – Bequemlichkeit – sei in vielen Fällen die Hauptmotivation für psychologische Onlinebehandlungen, nicht mehr der oder die Behandelnde setze das Setting, sondern der oder die Ratsuchende suche das aus, was ihm oder ihr am meisten passe.

In der Diskussion kamen die Delegierten zu der Haltung, Onlineangebote seien bisher weit davon entfernt, die Kriterien einer Psychotherapie zu erfüllen, und dürften auch nicht als solche angesehen werden.

Gleichwohl sei das Internet als Kontaktmedium gerade für junge Menschen nicht mehr wegzudenken. Beratung finde in den verschiedensten Themenbereichen über das Internet statt – häufig zur Zufriedenheit der Ratsuchenden. Auch das Flankieren klassischer Psychotherapie mit internetbasierten Angeboten habe sich längst als fruchtbar erwiesen: So hieß es, die Nachsorge einer stationären Psychotherapie in Form einer regelmäßigen „virtuellen Gruppe“ habe die Katamnese gegenüber Patienten, die ein solches Angebot nicht wahrnehmen konnten, deutlich verbessern können. Sogar der regelmäßige standardisierte Austausch von SMS-Nachrichten über Mobiltelefone habe bei Bulimie-Patientinnen zur Stabilisierung der Behandlungserfolge beitragen können.

Für onlinegestützte psychologische bzw. psychotherapeutische Angebote besteht aus Sicht der Delegierten großer Forschungsbedarf, um in der Perspektive einer „Theorie der Onlineberatung“ näher zu kommen. Aus Sicht der Delegierten zeigte sich die hessische Berufsordnung als klug und zukunftssicher formuliert: **Onlineberatung und Begleitung traditioneller Therapien: Ja; vollständig internetbasierte Onlinetherapie bis heute allenfalls im Rahmen zu evaluieren der Forschungsprojekte.** Dieser Diskussionsstand war für die DV Anlass, §5, Abs. 2 für die Musterberufsordnung der Bundeskammer vorzuschlagen, wo er bei der Abstimmung am 5. November 2005 auch übernommen wurde.

Weitere Informationen zu diesem Thema finden Sie unter www.psychotherapeutenkammer-hessen.de/ptj.

Delegiertenversammlung am 5. November 2005

Vor der Verabschiedung des Haushalts 2006 waren Beschlüsse zur *Beitragshebung* erforderlich. Honorarnachzahlungen der KVH an die niedergelassenen PsychotherapeutInnen erforderten für alle Beteiligten gerechte Lösungen. Die Delegierten entschieden einstimmig, nur jene Honorarnachzahlungen für den Kammerbeitrag zu berücksichtigen, die sich auf Zeiten beziehen, in denen sie eine vergleichbare Beitragspflicht ausgelöst hätten. Nicht berücksichtigt werden also Nachzahlungen, die die Jahre vor 2002 betreffen.

Angesichts solider finanzieller Rücklagen der Kammer, die im oberen Bereich des Erforderlichen liegen, sowie der Mittelzuflüsse aus Honorarnachzahlungen im Jahr 2005 der GKV-Behandler diskutierten die Delegierten Möglichkeiten einer *Beitragsenkung*. Ausgehend von verschiedenen Rechenmodellen entschied sich die Mehrheit der Delegierten für eine moderate, aber solide aus den Rücklagen gegenfinanzierte Senkung um 20 Euro in allen Beitragsklassen. Der Mindestbeitrag wurde, auch für freiwillige Mitglieder, bei 40 Euro belassen. Mitglieder ohne Approbation (PiA) werden von der Beitragspflicht befreit.

Der *Haushalt* 2006 wurde mit großer Mehrheit genehmigt.

Auf Antrag des Ausschusses für Psychotherapeuten in Institutionen (PTI) bewilligten die Delegierten aus den Rücklagen Mittel für einen *PTI-Psychotherapeutentag im Jahr 2006*.

Ohne finanzielle Festlegung verabschiedeten die Delegierten einen Perspektivbeschluss zur *Förderung von Forschungsvorhaben*, die sich aus der praktisch-klinischen Tätigkeit von Psychotherapeuten ergeben.

Weiterhin diskutieren die Delegierten über *Anpassungen der Fortbildungsordnung*, die aus den bisherigen praktischen Erfahrungen,

aufgrund der nunmehr vorliegenden Muster-Fortbildungsordnung der Bundeskammer sowie nach Regelungen der KBV notwendig geworden waren. Die konkreten Veränderungen sind detailliert im nächsten Beitrag „Rückblick auf zwei Jahre Fortbildungsordnung“ (S. 65) wiedergegeben.

Folgend stellte der Ausschuss Aus-, Fort- und Weiterbildung (AFW) den Stand seiner Überlegungen zur *Konzeption einer Hessischen Weiterbildungsordnung (WBO)* vor. Auf der 11. DV hatte der Ausschuss den Auftrag erhalten, eine eigene WBO für das Land Hessen im Jahr 2006 zur Abstimmung vorzulegen, sofern die DV der Bundeskammer bis zum Juni 2006 keine Muster-WBO verabschiedet hätte. In der eineinhalbstündigen Diskussion wurde vor allem diskutiert, wer darüber entscheidet, welche Verfahren in eine WBO aufgenommen werden, welchen Stundenumfang Weiterbildungen haben sollen und wer zur Weiterbildung zugelassen werden soll (Institute und / oder Personen). Wichtig war den Delegierten auch, dass die mit der Approbation gegebene umfassende Behandlungserlaubnis nicht eingeschränkt wird und dass in Ausbildung und Berufstätigkeit bereits erbrachte Leistungen in sinnvollem Umfang angerechnet werden können.

Der Ausschuss erhielt das einstimmige Votum, entsprechend der vorgelegten Agenda (13. DV im Juni 2006 1. Lesung; 14. DV im November 2006 2. Lesung und ggf. Verabschiedung) in seiner Arbeit mit den bisher erkennbaren Positionen fortzusetzen. Weitere Ausführungen des Ausschusses AFW zur WBO finden Sie im Internet unter www.psychotherapeutenkammer-hessen.de/ptj.

Nach der *Neuwahl der Delegiertenversammlung* im Mai 2006 wird die alte DV zum letzten Mal am 28. Juni 2006 tagen. Die neue DV wird einen Tag später am 29. Juni 2006 zu ihrer konstituierenden Sitzung zusammentreten.

Rückblick auf zwei Jahre Fortbildungsordnung

Am 1. April 2004 hat die LPPKJP in Hessen als eine der ersten Kammern eine Fort-

bildungsordnung verabschiedet, die den Anforderungen des „Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitswesens“ genügte und eine Anerkennung von Fortbildungsveranstaltungen im Rahmen des hessischen Fortbildungszertifikats ermöglichte.

Das dabei geschaffene Punktesystem zur Dokumentation von Fortbildungen hat sich seither als zweckmäßig erwiesen:

- Korrekturen und Anpassungen im Laufe der Zeit bleiben möglich.
- Kompatibilität ist auch mit später von anderen Psychotherapeuten- und Ärztekammern verabschiedeten Ordnungen gewährleistet.
- Es wurde bestätigt durch später verabschiedete Verordnungen der KBV.

Der Ausschuss Aus-, Fort- und Weiterbildung hat sich für die hessische FBO um Regularien bemüht, die sowohl die vielfältigen psychotherapeutischen Verfahren als auch die unterschiedlichen Formen von Fortbildung angemessen berücksichtigen. Die FBO sieht die Gliederung in die folgenden Bereiche vor:

- Theoretische Vertiefung und Erweiterung
- Praktisch-klinische Tätigkeit und
- Supervision / Intervention / Selbsterfahrung

Diese Gliederung erfolgte in der Absicht, eine innere Ordnung der vielfältigen Angebote herzustellen und auch den angestellten Kolleginnen und Kollegen ihre Fortbildungen bescheinigen zu können.

Darüber hinaus lag uns daran, Selbsterfahrung, Supervision und Intervention hoch zu bewerten, um die Kolleginnen und Kollegen zu intensivem fachlichem Austausch sowie zu Weiterqualifizierung über die Wahrnehmung von Supervision bzw. Selbsterfahrung zu motivieren. Hier bietet die hessische Ordnung erfahrenen Kolleginnen und Kollegen die Möglichkeit, sich für einen bestimmten Zeitraum als Supervisor und Selbsterfahrungsleiter akkreditieren zu lassen und damit allen Teilnehmern von Supervision oder Selbsterfahrung die Stunden als Fortbildungszeit bescheinigen zu können. Dies gilt zur Wahrung der Ein-

heitlichkeit auch für Ärzte, die in Psychotherapie qualifiziert sind. Die ursprünglich auf zwei Jahre festgesetzte Akkreditierung wurde mittlerweile auf fünf Jahre erweitert.

Bis Januar 2006 haben sich in Hessen 175 Kolleginnen und Kollegen als Supervisoren und 83 als Selbsterfahrungsleiter akkreditieren lassen. Ebenfalls wurden alle Qualitätszirkel der KV Hessen sowie insgesamt 254 Intervisionsgruppen anerkannt.

Für die Umsetzung und die Bearbeitung von Anträgen zur Akkreditierung waren neben verwaltungstechnischen auch fachliche Kompetenzen erforderlich. Die Delegiertenversammlung der Kammer hat daher die „Akkreditierungs- und Zertifizierungskommission“ eingesetzt und für die Kommission die Mitglieder des Ausschusses AFW berufen. Die Aufgaben dieser Kommission sind, allgemeine Ausführungsbestimmungen für die Fortbildung zu entwickeln und fortzuschreiben, die Mitarbeiter in der Geschäftsstelle bei der Bearbeitung und Klärung komplexer und schwieriger Akkreditierungsanfragen zu beraten und dabei zunehmend in das umfangreiche Fachgebiet einzuarbeiten, Kritik und Beschwerden aufzunehmen und Widersprüche zu beantworten.

Wesentliche Kritikpunkte der Kammermitglieder waren die Begrenzung der für das Zertifikat anzuerkennenden Veranstaltungen auf die Zeit ab 2004, die Höhe der Gebühren für die Akkreditierungen, die anfangs hohe Komplexität der Bepunktungen und teilweise die Nichtanerkennung von Lehrveranstaltungen für die Lehrenden. Der Ausschuss hat diese Kritikpunkte aufgenommen und der Delegiertenversammlung in verschiedenen Schritten eine Modifikation der Fortbildungsordnung empfohlen. Die wichtigsten Veränderungen seit der ersten Verabschiedung sind folgend aufgeführt:

- Für das Jahr 2004 können alle Fortbildungsveranstaltungen zertifiziert werden, sofern die fachliche Qualität der Veranstaltungen (Veranstalter, Programm, Referenten, Zeit, Teilnahmebescheinigung etc.) vom Kammermitglied nachgewiesen wird. Ab dem Jahr 2005 werden nur von einer Kammer akkreditierte Veranstaltungen für das Zertifikat anerkannt.

- Veranstaltungen, die 2002 und 2003 besucht wurden, werden nur dann für das Zertifikat anerkannt, wenn eine Anerkennung durch eine Ärztekammer oder Kassenärztliche Vereinigung vorlag und bescheinigt wurde.

- Die Ausstellung des Fortbildungszertifikates wird kostenfrei sein, obwohl die Prüfung der Unterlagen zur Vorbereitung der Erstellung des Zertifikates erheblichen Arbeitsaufwand mit sich bringt.

- Die Bepunktung der Fortbildung über fast alle Arten von Veranstaltungen hinweg ist vereinheitlicht worden, so dass für eine Fortbildungseinheit von 45 Minuten Dauer ein Fortbildungspunkt vergeben wird.

- Für das Fortbildungs-Zertifikat der LPPKJP Hessen wird es keine Obergrenzen für die Teilnahme an Veranstaltungen aus den verschiedenen Bereichen mehr geben. Jedes Kammermitglied entscheidet selbst, wie es seine Fortbildungs-Veranstaltungen in den verschiedenen Bereichen gewichtet, um auf die geforderten 250 Fortbildungspunkte zu kommen.

- Für die Anbieter von Lehrveranstaltungen und Vorträgen gibt es höhere Punktzahlen als bisher, um die wissenschaftliche Arbeit bei der Vorbereitung und Seminargestaltung entsprechend zu würdigen.

- Die Punktzahlen für akkreditierte Veranstaltungen anderer Ärzte- oder Psychotherapeutenkammern werden ohne weitere Prüfung übernommen.

Bis Januar 2006 hat der Ausschuss AFW insgesamt 24mal getagt, die Akkreditierungs- und Zertifizierungskommission insgesamt 13mal. Die Mitglieder des Ausschusses, Hans Uwe Rose, Susanne Walz-Pawlita, Christian Alte, Karin Schoof-Tams, Michael Völk, Marieanne Simon und für den Vorstand Uta Cramer-Düncher, haben sich aus unterschiedlichen therapeutischen Schulen und mit verschiedenen beruflichen Hintergründen zusammengefunden – manchmal auch gerauft – um möglichst im Konsens eine für alle tragbare Ordnung zu erarbeiten.

In den Jahren 2004 und 2005 sind jährlich jeweils rund 600 Anträge zur Akkreditierung eingegangen, von denen nur etwa 2% meist aus formalen Gründen abgelehnt

wurden. Seit Sommer 2005 kommen die ersten Anträge zur Prüfung der absolvierten Fortbildungen für das Fortbildungszertifikat der LPPKJP Hessen. Bisher haben 200 Personen ihre Unterlagen zur Prüfung eingeschickt.

Der Geschäftsstelle der LPPKJP sei an dieser Stelle ganz besonders gedankt. Dem Geschäftsführer, Herrn Rautschka-Rücker, für seine kontinuierliche juristische Begleitung und Beratung des Ausschusses, Frau Gruhne für ihre freundliche und zuverlässige Arbeit in allen Fortbildungsfragen der Kammermitglieder. Mit ca. 25 bis 30 Telefonanrufen täglich zur Akkreditierung und Zertifizierung war sie besonders mit den „Tücken des Objekts“ konfrontiert, wurde oft ungerechterweise für etwas kritisiert oder gar beschimpft, was sie am wenigsten zu verantworten hatte.

Unsere FBO kann – wie die nachträglichen Veränderungen und Überarbeitungen zeigen – immer nur eine „work in process“ sein. Wir hoffen aber darauf, dass mit der Fortbildungsordnung und dem hessischen Fortbildungszertifikat etwas entstanden ist, das den Bedürfnissen unserer psychotherapeutischen Kolleginnen und Kollegen angemessen ist.

Susanne Walz-Pawlita, Hans Uwe Rose für den Ausschuss Aus-, Fort- und Weiterbildung

Den Text der FBO können Sie einsehen unter www.psychotherapeutenkammerhessen.de/ptj

Umfrage zur Versorgung Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Die großen Wartezeiten für Behandlungen bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Hessen waren Anlass für eine Befragung der betreffenden Behandler im Jahre 2005, um Daten zur Berufstätigkeit sowie den regionalen Versorgungsangeboten zu bekommen.

An der Umfrage beteiligten sich 499 niedergelassene und angestellte sowie in beiden Tätigkeitsfeldern arbeitende Kolleginnen und Kollegen.

303 Befragte bzw. 62% gaben an, nur in freier Praxis zu arbeiten (KJP und PP mit Abrechnungsgenehmigung). Weitere 48 bzw. 9,8% der Befragten (von denen nicht alle über eine KV-Zulassung verfügten) beschrieben, sowohl angestellt als auch niedergelassen zu arbeiten. Laut KV Hessen gibt es 267 niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Hessen und nochmals 164 Psychologische Psychotherapeuten mit einer KJP-Abrechnungsgenehmigung. Aufgrund des guten Rücklaufes der Umfrage konnten die erhobenen Daten als zuverlässig und aussagekräftig bewertet werden.

Altersstruktur

4,2% der Behandler waren jünger als 35 Jahre alt, 48,3% zwischen 46 und 55 Jahren, 18,1% waren älter als 56 Jahre. Angesichts dieser Altersstruktur stellt sich die dringende Frage der *Sicherung des psychotherapeutischen Nachwuchses*, um die Versorgung auch noch in 15 Jahren aufrechterhalten zu können.

Behandlerstruktur

Die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und jüngeren Jugendlichen wird laut der erhobenen Daten hauptsächlich durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gewährleistet, während die Psychologischen Psychotherapeuten mit KJP-Abrechnungsgenehmigung vorwiegend Jugendliche und junge Erwachsene ab 18 Jahre behandeln. Diese Behandler werden von der KV für die Versorgung von Kindern und jüngeren Jugendlichen mitgerechnet, obwohl sie diese nur minimal miterfüllen. **Offenbar reicht die Abrechnungsgenehmigung KJP nicht aus, um Behandler ausreichend für die Behandlung jüngerer Kinder und Jugendliche zu qualifizieren und zu motivieren.**

Versorgung in Institutionen

In weiten Teilen der stationären und teilstationären Angebote wird die Versorgung als nicht ausreichend beurteilt. In vielen Institutionen bestehen Wartezeiten bis zum Erstkontakt mit dem Behandler von mehr als 12 Wochen. Insbesondere der Übergang von stationärer Behandlung zu ambulanter Nachbetreuung wird als sehr unzureichend eingeschätzt: *hier gibt es Wartezei-*

ten von bis zu zwei Jahren! Die Anzahl von Langzeittherapieplätzen ist zu gering.

Darüber hinaus zeigen sich gravierende Schwachstellen in der Vernetzung und Kooperation von Leistungserbringern und der sozialen Systeme.

Ambulante Versorgung (GKV)

Mehr als 75% der befragten Niedergelassenen konnten *keine freien Behandlungsplätze* anbieten. Demgegenüber bestand eine große Nachfrage nach Behandlungen (45% haben bis 7 Anfragen im Monat, 41% 8 bis 17 Anfragen im Monat und 13% mehr als 17 Anfragen im Monat). Die Hälfte der Behandler mussten mehr als 75% der Anfragen zurückweisen. Die Behandler, die eine Warteliste führten, hatten im Mittel 19 Patienten auf ihrer Liste.

Die *Wartezeiten* waren je nach Alter von Kindern und Jugendlichen unterschiedlich: Kleinkinder mussten im Durchschnitt 12 Wochen, Kindergartenkinder 14 Wochen auf einen Behandlungsplatz warten. Bei Schulkindern lag die Wartezeit im Mittel bei 23 Wochen. Junge Erwachsene / Jugendliche mussten im Schnitt 19 Wochen auf einen Therapieplatz warten.

Die *regionale Verteilung* niedergelassener Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten war sehr unterschiedlich. Eine größere Dichte fand sich im Rhein-Main-Gebiet sowie in städtischen Regionen. Sehr viel schlechter war die Versorgung im ländlichen Raum. Dies führte dazu, dass Patienten sowie deren Angehörige Anreisezeiten von durchschnittlich 30-60 Minuten in Kauf nahmen, um einen Behandlungsplatz zu finden. Dadurch erhöhten sich wiederum die Wartezeiten auch in den Gebieten mit genügender Anzahl von KJP, weil in erheblichem Ausmaß Patienten aus dem Umland mitversorgt wurden.

Versorgungslücken

Die Befragten wiesen auf fehlende psychotherapeutische Angebote hin. Dies betraf sowohl die Versorgung spezifischer Patientengruppen (Migranten-, Flüchtlingskinder, Scheidungskinder etc.), als auch Versorgungsangebote bei bestimmten Störungsbildern (ADHS, LRS, soziale Störungen,

Ängste, Entwicklungsstörungen, Traumata, u.v.m.). Es fehlten gruppentherapeutische Angebote, weil viele Behandler vorwiegend Einzelpsychotherapien durchführten. Mit Nachdruck wiesen die Befragten darauf hin, dass die Kapazitäten für Kriseninterventionen völlig unzureichend seien.

Schlussfolgerungen

Zu einer angemessenen Versorgung fehlen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. In besonderem Maße gilt dies für ländliche Regionen. Wartezeiten bis zu 1,5 Jahren sowie Anfahrtszeiten von mehr als einer Stunde sind für Kinder und deren Familien völlig unzumutbar.

Die gemeinsame Bedarfsermittlung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten hat zu einer Sperrung sämtlicher KV-Bezirke in Hessen geführt, so dass die bestehende **Unterversorgung** festgeschrieben wurde. **Sonderbedarfszulassungen, Jobsharing-Modelle** oder **Teilzeitzulassungen** konnten bzw. können grundsätzlich diesen Mangel nicht lösen.

Um zu einer Verbesserung der Versorgung im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zu kommen, ist eine **getrennte Bedarfsermittlung** von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erforderlich. Da die Versorgung der Kinder und Jugendlichen vorwiegend von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gewährleistet wird, sind regional ausreichende Behandlerplätze dieser Berufsgruppe zur Verfügung zu stellen.

Um die Versorgung auch künftig gewährleisten zu können, ist eine **Förderung des Nachwuchses** dringend geboten. Besonders unter dem Gesichtspunkt einer **präventiven Gesundheitspolitik** sollte die Möglichkeit frühzeitiger Diagnostik psychischer Störungen, aber auch der Gesundheitsförderung und Stärkung von Kompetenzen z.B. in Familien eröffnet werden. Hierzu muss die bisherige **Legaldefinition von Psychotherapie** erweitert werden.

Die vollständigen Ergebnisse der Umfrage finden Sie unter www.psychotherapeutenkammer-hessen.de/ptj.

Aus der Arbeit des Ausschusses „Psychotherapie in Institutionen“ (PTI)

Zentrales Anliegen des Ausschusses ist es, die Landeskammer darin zu unterstützen, in Institutionen tätige PP und KJP angemessen zu positionieren und die positive Entwicklung der beiden Berufe zu fördern. Themenschwerpunkte der Ausschussarbeit waren u.a.:

- Erhalt und Sicherung der Stellen und des Qualifikationsniveaus von PP und KJP in der Psychiatrie und in Beratungsstellen (Bedrohung durch Einstellung von Mitarbeitern mit geringerer Qualifikation oder Ausgliederung der Stellen aus öffentlichen Institutionen)
- Bedarfsdeckung in Institutionen
- Klassifikation (psycho-)therapeutischer Leistungen in Rehakliniken der Rentenversicherungsträger
- Fort- und Weiterbildung in Institutionen, soweit diese in der FBO zu berücksichtigten waren (siehe auch S. 67)
- Fragen der Berufsordnung im institutionellen Bereich
- Gleichstellung mit FachärztInnen im Bereich der Psychotherapie einschließlich Höhergruppierungsmöglichkeiten und der (ggf. gesetzlichen) Voraussetzungen für die Übernahme von Leitungsfunktionen
- Arbeitsplatzbeschreibungen und Eingruppierungsfragen im Zusammenhang mit dem neuen TVöD
- Begeleitung und Unterstützung in berufsrechtlichen Auseinandersetzungen
- Entwicklung und Auswertung eines Erhebungsbogens für die angestellten und beamteten Kammermitglieder (aktuell in der Auswertungsphase)
- Anregung und Organisation von Informationsveranstaltungen für Angestellte (wie z.B. bei den beiden ersten hessischen Psychotherapeutentagen). Die nächste Veranstaltung ist für den Herbst 2006 geplant.

Anfragen bezogen sich z.B. auf die Pflichtmitgliedschaft sowie die Beitragshöhe. Aus der praktischen Arbeit kamen Fragen bezüglich tariflicher Eingruppierung, Stellenbeschreibungen, Abgrenzung der Tätigkeitsmerkmale zwischen Approbierten

und Diplom-Psychologen, zur ärztlichen Schweigepflicht, Beteiligung an Pooleinnahmen, Übernahme von Leitungsfunktionen in Krankenhäusern, Aussichten auf Höhergruppierung und Berechtigung zur Führung der Berufsbezeichnung.

Für die Ausschussmitglieder sind diese Anfragen Indikatoren für den **Stand der Umsetzung der gesetzlichen Bestimmungen zur Einführung der beiden neuen Berufe**. Die Problemanzeigen lassen erkennen, wie weit wir gerade im Angestelltenbereich noch von einer Etablierung unseres Berufsstandes als PsychotherapeutInnen entfernt sind und tragen dazu bei, langfristige Verbesserungen erreichen zu können.

Wichtig für den Ausschuss ist allerdings auch, von den Mitgliedern **positive Beispiele** zu erfahren. Wo wird die Arbeit von PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiAs) angemessen vergütet? Wo haben sich Leitende PsychotherapeutInnen in Tandem-Strukturen neben ärztlichen Leitungen etablieren können? Wo haben die Approbationsvoraussetzungen zu Höhergruppierungen geführt? Vor allem der Bereich der Ausbildung (PiA-Ausbildungsstrukturen und -bedingungen) liegt uns am Herzen, denn ohne angemessene Nachwuchsförderung wird Psychotherapie in Institutionen zu einem Auslaufmodell.

Weil viele der beispielhaft angesprochenen Themen für alle deutschen in Institutionen tätigen Psychotherapeuten relevant sind, werden Anfragen vom Landesausschuss auch auf die Bundesebene weitergeleitet. Zwei hessische Kammerdelegierte sind Mitglieder im **Bundesausschuss PTI**. Dort werden Themen aus allen Landeskammern zusammengeführt und münden z.B. in Arbeitsaufträge des Vorstands der BPtK zur Erarbeitung juristischer Stellungnahmen.

Dr. Rainer Doubrawa, Alfred Krieger, Ausschuss „Psychotherapie in Institutionen“

Versorgungswerk

Durch den am 1. Januar 2006 wirksam gewordenen Staatsvertrag der Länder Hessen und Niedersachsen haben die hessischen Kammermitglieder nun die Möglich-

keit, im Psychotherapeutenversorgungswerke eine Altersversorgung aufzubauen und sich gegen Erwerbsunfähigkeit abzusichern. Damit leistet die Kammer einen wichtigen Beitrag für eine gesicherte Altersvorsorge heutzutage, besonders aber zukünftiger Berufsangehöriger. Der Präsident hat Frau Ministerin Lautenschläger und dem zuständigen Abteilungsleiter für Ihre Unterstützung gedankt.

Da der Abschluss des Staatsvertrages in der Zuständigkeit der Landessozialministerien in Hessen und Niedersachsen sowie der Geschäftsordnungen der Ministerien und Landtage lag, hatte sich das Verfahren nicht so weit beschleunigen lassen, dass der Staatsvertrag im Jahr 2005 rechtswirksam werden konnte. Der Vorstand der Kammer bedauert dies, die Kammer hatte jedoch auf die Abläufe in den Ministerien sowie dem hessischen Landtag keinen Einfluss.

- Grundsätzlich sehen der Staatsvertrag und die Satzung des Versorgungswerkes eine Pflichtmitgliedschaft vor.
- Eine Ausnahme besteht für Personen, die *bereits am 1. Januar 2006* Kammermitglied sind (rechtstechnischer Begriff: „Anfangsbestand“) in der Möglichkeit, sich durch einen Antrag ohne Begründung von der Mitgliedschaft befreien zu lassen. Diese Mitglieder haben also letztlich ein Wahlrecht. Der Antrag auf Befreiung muss spätestens am 30. Juni 2006 in der Geschäftsstelle des PVW vorliegen.
- Für Personen, die *nach dem 1. Januar 2006* Kammermitglied geworden sind oder werden, gibt es zwar auch Befreiungstatbestände (z.B. für rentenversicherungspflichtig Tätige und Beamte), ein Wahlrecht haben sie aber nicht.

Bitte berücksichtigen Sie, dass Sie grundsätzlich einen *fristgerechten Antrag* stellen müssen, wenn Sie eine Befreiung erlangen wollen. Es reicht nicht aus, dass bei Ihnen die Voraussetzungen für eine mögliche Befreiung vorliegen. Wenden Sie sich mit Anliegen, die das Versorgungswerk betreffen, immer an: PVW Geschäftsstelle, Neue Wiesen 5A, 30855 Langenhagen, Telefon: 0511.783465, Telefax: 0511.783462 (weitere Informationen unter www.p-v-w.com oder unter www.psychotherapeutenkammer-hessen.de/ptj).

Bitte beachten Sie: Seit Jahresbeginn werden Finanzberatungsunternehmen für Beratungen zum Versorgungswerk. Weder PVW noch Kammer haben diese Angebote beauftragt oder autorisiert. Da sich durch die „Vermittlung“ der Mitgliedschaft im Versorgungswerk nichts verdienen lässt, steht zu vermuten, dass die Beratung auf die Empfehlung anderer Produkte zielt.

Kammerwahlen Mai 2006

Zwischenzeitlich hat die Kammer ein Mitgliederrundschreiben verschickt, das Bekanntmachungen des Wahlleiters und des Vorstandes enthält und Sie umfassend über die Kammerwahl informiert. Hier noch einmal einige Fakten in Kürze:

- Wahlvorschläge können bis 5. April 2006 18:00 Uhr eingereicht werden.
- Die Wahl findet als Briefwahl statt. Die Wahlzeit ist auf 5. – 31. Mai 2006 18:00 Uhr festgelegt.
- Die Versendung der Wahlunterlagen erfolgt am ersten Tag der Wahlzeit, also am 5. Mai 2006. Wer innerhalb einer angemessenen Postlaufzeit keine Wahlunterlagen erhalten hat, sollte sich an die Geschäftsstelle der Kammer wenden.

Die gesamte Wahlordnung ist im Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Hessen, Teil I vom 30. Juni 2005 abgedruckt. Diese und weitere Informationen finden Sie unter www.psychotherapeutenkammer-hessen.de/ptj.

Sonderdruck zur Dokumentationspflicht

Im Ausschuss Beschwerde und Schlichtung wird immer wieder deutlich, dass viele Kammermitglieder unsicher sind, wie sie der Dokumentationspflicht und dem Einsichtsrecht der Patienten in Behandlungsakten gerecht werden können. Gegen Einsendung eines mit 1,44 € frankierten Rückumschlags kann von der Geschäftsstelle ein Sonderdruck aus dem „Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis“ zu diesem Themenbereich bezogen werden.

Termine

- Wahl zur DV, 5. -31. Mai 2006
- 12. DV der 1. Wahlperiode: 28. Juni 2006, IB-Hotel, Friedberger Warte Frankfurt
- Konstituierende DV der 2. Wahlperiode: 29. Juni 2006, IB-Hotel, Friedberger Warte Frankfurt
- 2. DV der 2. Wahlperiode: 30. September 2006, IB-Hotel, Friedberger Warte Frankfurt

Gedenken

Wir gedenken unserer verstorbenen Kolleginnen und Kollegen:

Frau Christiane Hillenbrand, Bad Wildungen, Bad Wildungen, geb. 23.06.1954, gest. 03.10.2005

Herr Wolfgang Dierking, Gießen, geb. 19.07.1951, gest. 11.11.2005

Frau Marion Roweck, Kronberg, geb. 24.1.1954, gest. 18.11.2005

Frau Christa-Maria Thron, Marburg, Schulpsychologischer Dienst, Gießen, geb. 21.11.1961, gest. 16.12.2005

Redaktion Hessische Kammerseiten:

Uta Cramer-Düncher, Stefan Baier
E-Mail: ptj@psychotherapeutenkammer-hessen.de
Hessenseiten des Psychotherapeutenjournals im Internet:
www.psychotherapeutenkammer-hessen.de/ptj

Geschäftsstelle

Gutenbergplatz 3
65187 Wiesbaden
Tel 0611/53168 – 0
Fax 0611/53168 – 29
E-Mail:
post@psychotherapeutenkammer-hessen.de
Internet:
www.psychotherapeutenkammer-hessen.de

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Die Kammerversammlung der PKN hatte am 03.12.05 erneut ein dichtes Programm zu bewältigen, das in einer fast siebenstündigen Sitzung abgearbeitet wurde. Die wichtigsten Ergebnisse:

Zweckverband

Wie bereits in der letzten Ausgabe des PTJ berichtet, hat das Land Niedersachsen die Auflösung des Landesprüfungsamtes beschlossen. An seine Stelle tritt – weiterhin durch das Land finanziert, da es um die Bearbeitung staatlicher Aufgaben geht – der „Niedersächsische Zweckverband zur Approbationserteilung (NiZZA)“, der gemeinsam von der niedersächsischen Ärztekammer, der niedersächsischen Zahnärztekammer und der PKN gegründet werden soll. Die Kammerversammlung hat mit der Zustimmung zum Vertragstext den Weg zur Gründung frei gemacht. Die Gründung kann nach der Veröffentlichung des Beschlusses in dieser Ausgabe des PTJ erfolgen. Gleichzeitig wurde einer – ebenfalls in dieser Ausgabe veröffentlichten – Vereinbarung zwischen dem Land Niedersachsen und der PKN zugestimmt, die die Übertragung der Aufgaben des LPA auf die Kammern regelt.

Fortbildungscurricula

Die Kammerversammlung hat – bundesweit erstmalig – Curricula verabschiedet, die zu ankündigungsfähigen Bezeichnungen führen, und zwar zu den Bezeichnungen „Sexualtherapie“ bzw. „Begutachtung und Psychotherapie von Straftätern“.

Nach den einstimmig verabschiedeten Beschlüssen haben Anbieter von Fortbildungsveranstaltungen nun die Möglichkeit, auf diese Curricula abgestimmte Veranstaltungsreihen zu konzipieren und

von der PKN akkreditieren zu lassen. Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben dann nicht nur die Gewissheit, an qualitativ hochwertigen Veranstaltungen zur Sicherung und Erweiterung ihrer Kompetenzen teilzunehmen, sondern können auch nach außen (auf Praxisschild, Briefköpfen usw.) ausweisen, dass sie sich mit spezifischen Feldern psychotherapeutischer Arbeit besonders intensiv auseinandergesetzt haben.

Die Kammerversammlung hat zugleich beschlossen, dass Übergangsregelungen erarbeitet werden, damit auch bisher schon in diesen Bereichen erworbene zusätzliche Kompetenzen ebenfalls zur Führung der entsprechenden Bezeichnungen berechtigen können.

Vor allem zwei Gründe haben die PKN bewogen, diesen Schritt in Richtung anerkennungsfähige Tätigkeitsbezeichnungen zu gehen:

Die Nachfrage nach Behandlern, die sich mit spezifischen Störungen intensiv beschäftigen, wächst, ohne dass solche Fragen bisher verantwortlich beantwortet werden konnten.

Wichtiger noch erscheint den Gremien der PKN, dass Psychotherapeutenkammern als „Lobbyisten“ aller PP und KJP die Definitionsmacht beanspruchen, was als hinreichende Basis für den Ausweis spezifischer Kompetenzen gelten kann. Dass Kammern wie die PKN eine enge Kooperation und Abstimmung mit Fachverbänden suchen, ist dabei selbstverständlich und hier auch so geschehen.

Sie finden die Curricula unter dem Menüpunkt „Satzungen“ auf unseren Internetseiten.

Beitragserhöhung

Ein anderes zentrales Thema dieser Kammerversammlung ist Ihnen schon durch ein gesondertes Schreiben der PKN vermittelt worden: Beschlossen wurde mit letztlich doch überwältigender Mehrheit, dass für 2006 die Beiträge linear um ca. 20% erhöht werden.

Dass eine Erhöhung der Beiträge anstand, war schon länger zu befürchten gewesen – in den letzten Monaten stellte sich heraus, dass für 2006 ein ordnungsgemäßer Haushalt wohl nicht mehr zu verabschieden gewesen wäre, weil gesetzlich vorgeschriebene Rücklagen aufgezehrt werden müssten oder durch Kreditaufnahmen gegen Ende des Haushaltsjahres hätten gesichert werden müssen.

Verantwortlich dafür ist nicht die bisherige Haushaltsführung der PKN, sondern ein Zuwachs von Aufgaben, der durch die bisherigen Einnahmen nicht gedeckt ist. Wesentliche Einsparpotentiale konnten die Kammerversammlungsmitglieder nicht entdecken, und selbst die wenigen Mitglieder, die gegen diese Erhöhung stimmten, konnten keine konkreten Vorschläge machen, wie das zu erwartende Defizit anders ausgeglichen werden könnte.

Die verabschiedete Beitragserhöhung dient der Haushaltssicherung im Jahr 2006. Gleichzeitig sind Finanzausschuss und Geschäftsstelle beauftragt worden zu überprüfen, ob eine grundlegende Änderung der Beitragsordnung den vielschichtigen Unterschieden in unserer Mitgliedschaft besser gerecht werden und dennoch praktikabel sein könnte. Eine entsprechende Vorlage ist für die nächste Kammerversammlung im April 2006 avisiert.

Satzungsänderungen

Mehrere Änderungen von weiteren Satzungen und Ordnungen wurden ohne größere Diskussionen beschlossen: Die Haushalts- und Kassenordnung sieht nun vor, dass Rücklagen nur noch für den Zeitraum von 3 Monaten (bisher 6 Monate) gebildet werden müssen, und die Struktur des Haushalts wird nach den Erfahrungen der vergangenen Jahre übersichtlicher. Übersichtlichkeit ist auch der Grund für die Übernahme des Anhangs „Kategorien und Bewertung von Fortbildungsveranstaltungen“ aus der Musterfortbildungsordnung der BPTK, die sich inhaltlich von dem entsprechenden Anhang unserer Ordnung nicht unterscheidet – mit einer Ausnahme bei den Zusatzpunkten. Sie finden diese Beschlüsse wie

auch den Vertrag über den Zusammenschluss zu einem Zweckverband – die den für die Länderseiten zur Verfügung stehenden Rahmen überschritten hätten – in einer gesonderten Beilage – und die vollständigen Ordnungen in aktueller Fassung sind natürlich auch im Internet verfügbar.

... und außerhalb der Kammerversammlung

Die PKN hat für ältere Kolleginnen und Kollegen („55+“) erstmalig eine Veranstaltung zu all den Themen durchgeführt, die mit der Übergabe und dem Verkauf einer psychotherapeutischen Praxis zusammenhängen. Dabei ging es vor allem auch um die für die ausscheidenden PP oder KJP wie auch für die Nachfolger faire Ermittlung des Werts einer Praxis. Die große

Resonanz veranlasst uns, diese Veranstaltungen in größeren Abständen regelmäßig – und auch in den einzelnen Regionen – anzubieten.

Das für den Herbst 2006 geplante Symposium nimmt Form an. Es wird am 06. und 07. Oktober in der TU Braunschweig stattfinden. Für uns ist die Organisation dieser Veranstaltung auch ein Experiment – wir wünschen uns sehr, dass es durch Ihre Teilnahme ein Erfolg wird. Eine „Einstimmung“ finden Sie weiter unten.

*Ihr PKN-Vorstand
Dr. Lothar Wittmann, Gertrud Corman-Bergau, Werner Köthke,
Bertke Reiffen-Züger, Prof. Dr. Hans-Joachim Schwartz*

Notfallpsychotherapie – Stand der Diskussion im PKN-Vorstand

Nach ausführlicher Diskussion im Vorstand gewinnt ein notfallpsychotherapeutisches Konzept der PKN allmählich Kontur. In der Diskussion mit dem Notfallpsychotherapiebeauftragten Dr. C. Kröger (TU Braunschweig) und in Reaktion auf die Diskussion in der BPTK war es für den Vorstand wichtig, Angebote zu entwickeln, die anderen Professionen ihren Platz in der Notfallversorgung nicht streitig machen.

Das heilkundliche Privileg – zuständig zu sein, wo es um psychische Störungen mit Krankheitswert geht – enthält zugleich auch die Verpflichtung, evidenzbasiert und auf heutigem Kenntnisstand möglichst optimal zu handeln. Diese Verpflichtung führt u.a. auch zur offenen Frage, wann und wo die fachliche Kompetenz von PP und KJP benötigt wird oder unverzichtbar ist. Die bisherige Diskussion führt zu der Einschätzung, dass PP und KJP in ihrer psychotherapeutischen Funktion in der Dramatik des Notfalls, wenn rasches, koordiniertes und routiniertes Handeln gefordert ist, nur selten gefragt sein dürften und möglicherweise sogar eher stören. Als Ort für psychotherapeutische Notfallversorgung erscheint dem Vorstand der PKN die erste

Versorgungslinie etwa bei Großschadensereignissen oder Massenveranstaltungen also nicht angemessen – es sei denn, es gäbe entsprechend hochqualifizierte und felderfahrene Psychotherapeuten mit Stabsqualifikationen. Unsere Professionen tun also gut daran, auf diesem Feld eher bescheiden aufzutreten.

Andernfalls ist zu befürchten, dass eine Verankerung der Profession auch in diesen neuen Handlungsfeldern und der damit erhoffte Gewinn an gesellschaftlichem Ansehen mit laienhafter Triage oder mangelnder Übersicht über die medizinisch dominierten Notfallabläufe konterkariert wird. Dass es außerhalb unserer Profession eine Reihe von weniger gut qualifizierten psychosozialen Notfallhelfern gibt, müssen wir zur Kenntnis nehmen und auch deshalb unbedingt auf Qualitätssicherung unserer Angebote achten. Dies konnte angesichts der sich überstürzenden Zeitabläufe nach der Tsunami-Katastrophe nur eingeschränkt erfolgen (Mitwirkung an einer Behandlerliste für zentrale Bundesstellen).

Umso mehr ist es jetzt Zeit – und auch an der Zeit –, in Ruhe nützliche Konzepte zu

entwickeln. Eine aktuelle Konsequenz: Die PKN wird – aus Einsicht in das gegenwärtig Leistbare – von sich aus zur Fußball-WM nicht aktiv werden.

Mittelfristig arbeitet die PKN an einem Vierstufenmodell:

1. Es sollen Informationen erarbeitet und dann über die Medien, speziell auch über das Internet, breit gestreut werden: Welche Hilfen gibt es in Notfallsituationen, welche Hilfen gibt es für Traumatisierte, für Angehörige etc. Eine Anlehnung an bewährte und erfolgreiche Modelle aus den USA ist dabei sinnvoll (siehe z.B. www.ncptsd.va.gov und entsprechende Angebote der APA unter www.apa.org); mit Unterstützung der PKN werden deshalb gegenwärtig von diesen Modellen genutzte Materialien übersetzt und als Flyer zur Verfügung gestellt.
2. An traumagefährdete Helfer und ihre Organisationen (z.B. Feuerwehr), aber auch an andere Risikogruppen soll gesichertes Wissen über menschliches Verhalten in Notfallsituationen und über Traumafolgen vermittelt werden.

3. Es soll die Bildung von Zentren angeregt werden, die mit qualifizierter Diagnostik die Angemessenheit von Hilfen eruiieren und die nach entsprechender diagnostischer Empfehlung ggf. an PP und KJP zur sofortigen Behandlung vermitteln.
4. Psychotherapie-Angebote bei unmittelbar Traumatisierten sollen erprobt werden. Hierzu wird an der TU Braunschweig gerade das Manual der For-

schungsgruppe um Bryant ins Deutsche übertragen.

Vorstand und Notfallpsychotherapiebeauftragter stimmen vor allem darin überein, dass Notfallhilfe unmittelbar nach Schadensereignissen als „Zwangsbeglückung“ für traumatisierte Opfere wie für Helfer nicht unbedingt sinnvoll ist. Es würde dem gegenwärtigen Stand der Forschung über posttraumatische kognitiv-affektive Verar-

beitungsprozesse glatt widersprechen, solche „Angebote“ zu machen. Dies gilt auch für Debriefing, das allen aktuellen Erkenntnissen nach unmittelbar wenig Effekt hat und langfristig eher schadet.

Der Notfallbeauftragte der PKN wird zu den genannten Problemen in einem Artikel für das PTJ ausführlich Stellung nehmen.

Ihr Vorstand der PKN

Nachvergütung und Widersprüche gegen Honorarbescheide der KV in Niedersachsen

Noch immer werden wir mit Fragen zu aktuellen und früheren Honorarbescheiden der KVN konfrontiert. Wir geben deshalb in Absprache mit der uns beratenden Juristin, Frau Dr. Rüping, für die verschiedenen Fallkonstellationen folgende Hinweise:

Fall 1: Sie haben für den Zeitraum 1993–98 keinen Widerspruch gegen die Honorarbescheide eingelegt und keine Nachvergütung erhalten.

Es gibt trotz einem eindeutigen Urteil des BSG vom 22.06.2005 zwei offene Türen, durch die Sie vielleicht doch noch zu einer Nachzahlung für diesen Zeitraum kommen können. Rufen Sie die Empfehlungen auf, die Sie auf unserer Internetseite finden – Sie können dann entscheiden, ob es in Ihrem Fall aussichtsreich ist, diesen Empfehlungen zu folgen.

Fall 2: Sie haben für den Zeitraum ab 2000 bisher keinen Widerspruch gegen die Bescheide der KVN eingelegt.

Sie sollten für diesen Zeitraum eine Klage auf Nachzahlung nicht erwägen. Sie werden im Hinblick auf das oben zitierte Urteil des BSG nicht gewinnen können. Sie sollten daraus gelernt haben, dass Sie ohne fristgerecht eingelegte Widersprüche gegen

Ihre Honorarbescheide keine Ansprüche auf Nachzahlung haben.

Fall 3: Sie haben gegen die Bescheide ab 2000 fristgerecht Widersprüche eingelegt.

Diese Widersprüche wurden in Erwartung des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 bisher von der KVN ruhend gestellt. Wir haben bei der KVN geprüft, ob die Nachzahlungen ab 2000, die Sie im letzten Jahr erhalten haben, diesem Beschluss des Bewertungsausschusses entsprochen haben, und sind zu dem Schluss gekommen, dass dies der Fall ist.

Wir sind allerdings der Überzeugung, dass zumindest Zweifel an der Richtigkeit des Beschlusses des Bewertungsausschusses im Hinblick auf die Umsetzung des BSG-Urteils vom 28.01.2004 berechtigt sind. Mit dem Ziel der Korrektur des Beschlusses des Bewertungsausschusses muss also weiter geklagt werden. Die diesbezüglich am weitesten fortgeschrittene Klage führt derzeit RA Schildt (AZ: **L 3 KA 136/05**) vor dem LSG Niedersachsen / Bremen. Wenn Sie von einer derartigen gewonnenen Klage einmal profitieren wollen, dann sollten sie weiterhin in jedem Quartal rechtzeitig Widerspruch gegen Ihren Honorarbescheid einlegen, beispielsweise mit folgendem Satz:

„Da ich Zweifel an der Richtigkeit des Beschlusses des Bewertungsausschusses im Hinblick auf die Umsetzung des BSG-Urteils vom 28.01.2004 habe, und da Sie sich in meinem Honorarbescheid an diesem Beschluss des Bewertungsausschusses orientieren, lege ich Widerspruch gegen den Honorarbescheid vom ein“.

Wir schlagen außerdem unseren KV-zugehörigen PKN-Mitgliedern vor, mit Verweis auf dieses Gerichtsverfahren die anhängigen Widerspruchsverfahren für die Zeit ab 2000 weiter ruhen zu lassen. Die KVN wird mit diesem Vorgehen einverstanden sein. Sie können dieses z.B. mit folgendem Satz in Ihrem Widerspruchsschreiben erreichen:

„Mit Verweis auf das vor dem LSG Niedersachsen/Bremen anhängige Verfahren mit dem AZ L 3 KA 136/05 bitte ich darum, meine anhängigen Widerspruchsverfahren für die Zeit ab 1/2000 weiter ruhen zu lassen“.

Sie haben die Möglichkeit, die ausführliche juristische Expertise von Frau Dr. Rüping zu diesen Fallvarianten als PDF-Datei von unseren Internetseiten herunterzuladen und für sich selbst auszudrucken. Sollten Sie noch Fragen haben, rufen Sie bitte in der Vorstandssprechstunde der PKN an.

Ihre PKN

Was ist meine Praxis wert?

Mit dieser Frage beschäftigt sich die PKN seit geraumer Zeit. Nicht zuletzt auch aufgrund einer Anfrage des Zulassungsaus-

schusses, der die besonderen Belange von psychotherapeutischen Praxen bei der Praxiswertbemessung berücksichtigt wissen

will. Wesentlicher ist aber der Wunsch unserer Mitglieder, für ihre Verhandlungen mit potentiellen Käufern oder Verkäufern von

Praxen einen Bewertungsmaßstab zu haben, der im Kreise der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten allgemein anerkannt ist. Die gängigen, für die Bewertung von Arztpraxen entwickelten und angewandten Modelle werden diesem Anspruch nicht gerecht, weshalb es notwendig geworden ist, ein eigenes Modell zu entwickeln.

Das Praxiswertberechnungsmodell der PKN unterscheidet wie allgemein üblich zwischen dem materiellen und dem immateriellen Wert der Praxis. Der materielle Wert ergibt sich aus dem Buchwert des Anlagevermögens, ist also leicht feststellbar. Anders hingegen gestaltet sich die Feststellung des immateriellen Wertes. Wie soll der Patientenstamm, wie der Bekanntheitsgrad, die Einbindung in Netzwerke und andere Versorgungsformen, der Auslastungsgrad der Praxis, das bisherige Angebotsmix (vertragstherapeutische Leistungen gegenüber privat liquidierbarer Leistungen) etc. bewertet werden. Welche Leistungen werden mit der Praxisübergabe und dem Ausscheiden des Inhabers nicht mehr angeboten werden können, und wie wird diese Tatsache im Praxiswert ihren Niederschlag finden? Welche Besonderheiten der zu veräußernden Praxis wirken wie auf den Wert?

Frau Dr. Uta Rüping, Rechtsanwältin aus Hannover, Herr Lutz Hoppe, Wirtschaftsprü-

fer aus Hannover und der Verfasser selbst sind nach vielen Überlegungen zu der Überzeugung gekommen, dass der immaterielle Wert der Praxis am ehesten durch die so genannte Ertragswertmethode festgestellt werden kann. Die Methode schreibt die Erträge aus der Vergangenheit in die Zukunft fort, bereinigt um Besonderheiten in der Vergangenheit. Die bereinigten Zukunftserträge bilden dann die Grundlage für die Berechnung des immateriellen Praxiswertes. Das Charmante an dieser Methode ist die Tatsache, dass sich alle Besonderheiten der jeweils zu betrachtenden Praxis im Ertrag der Praxis ausdrücken: Netzwerke mit anderen Leistungserbringern vor Ort genauso wie bspw. ein Auslastungsgrad in Höhe von 75% oder besondere Angebote außerhalb der vertragstherapeutischen Leistungen bilden sich im Umsatz ab. Die Praxisstruktur mit all ihren Aufwendungen wird in den Kosten abgebildet und mindert entsprechend den Ertrag.

Wenn erst einmal der bereinigte Ertrag anhand der Werte aus der Vergangenheit ermittelt ist, wird dessen Barwert bei nachschüssiger Verzinsung ermittelt. Diese Methode ist heute allgemein anerkannt und drückt – verkürzt gesagt – den Wert aus, den ich heute erhalte, wenn ich mir die Erträge vorzeitig auszahlen ließe. Der Wert muss aus zweierlei Gründen abgezinst werden: Einerseits entspricht der zukünftige

Ertrag nicht dem heutigen Barwert. Wird bspw. in drei Jahren ein Gesamtertrag von € 100.000,- errechnet, dann entspricht der Barwert dem Geld, das ich heute anlegen müsste, um in drei Jahren € 100.000,- zu haben. Andererseits ist der zukünftige Ertrag ein unsicheres Ereignis. Keiner kann mit 100% Sicherheit sagen, dass in der Zukunft auch tatsächlich der theoretisch ermittelte Ertrag erwirtschaftet wird. Da der Verkäufer aber das Geld bereits heute sicher erhält, muss der Barwert um das Risiko, dass die Erträge in der Zukunft nicht erwirtschaftet werden, ebenfalls abgezinst werden. Der Bemessungszeitraum für die Zukunftserträge ist der so genannte Reproduktionszeitraum, also die Zeit, die benötigt wird, alternativ eine vergleichbare Praxis auf- und auszubauen, um in etwa die gleichen Erträge zu erwirtschaften.

Das Sachvermögen und der immaterielle Praxiswert bilden den Wert der Praxis. Der so ermittelte Wert der Praxis ist eine gute und auch nachvollziehbare Möglichkeit, in die Verkaufsverhandlungen zu gehen, und gibt eine Antwort darauf, ob der Preis der Praxis auch dem Wert der Praxis entspricht.

Weitere Informationen zum Thema stellt die Geschäftsstelle gerne zur Verfügung. Seminare zu diesem Thema werden auf unserer homepage angekündigt.

Ekkehard Mittelstaedt

Symposium „Ethik, Recht und Psychotherapie“

Durch die Anerkennung der PP und KJP als eigenständige Heilberufe besteht nun auch für unsere Berufsgruppen die Verpflichtung, sich nicht nur der ethischen Grundlagen unseres Handelns bewusst zu sein, sondern auch Konzepte zu formulieren, die unser Handeln lenken sollen, die zugleich aber auch die Basis darstellen für die Ahndung von Verstößen gegen diese Grundlagen.

Die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten haben sich bei der Verabschiedung ihrer Musterberufsordnung am 13.1.2006 in Dortmund geeinigt, ihrer Behandlungspraxis vier Prinzipien zugrunde zu le-

gen. Diese gehen auf die „Principles of Biomedical Ethics“ von Tom L. Beauchamp und James F. Childress (1979) zurück, die in der medizinethischen Diskussion bereits breiten Raum und große Akzeptanz gefunden haben:

- Achtung der Autonomie des Patienten
- Schadensvermeidung
- Nutzen mehren
- Gerechtigkeit anstreben

Nun stellen wir in der Praxis jedoch fest, dass diese Prinzipien nicht einfach anzuwenden sind, sondern dass sie untereinander vor allem im konkreten Einzelfall in Widerspruch zueinander stehen können.

Um nur zwei Beispiele zu nennen: Achten wir die Autonomie unseres Patienten genügend, wenn wir seinen „Willen“ zu einer selbstschädigenden Handlung begrenzen, um Schaden zu vermeiden? Wie ist es mit der Autonomie von Patienten, die minderjährig sind und deren Erziehungsberechtigte etwas ganz anderes fordern als die zu Behandelnden?

Wir brauchen daher Interpretationen, die uns gestatten, im konkreten Fall sicher handeln zu können – und damit werden die ethischen Fragen in unserer Berufsausübung fast automatisch zu Rechtsfragen, die zum Teil aus unserer eigenen Beschäftigung mit diesen Fragen stammen, zum

Teil aber auch aus der Tradition anderer Heilberufe in gesetzliche Regelungen überführt wurden. Nicht unmittelbar aus der ethischen Diskussion stammend, aber für unseren Alltag doch nicht weniger bedeutsam sind rechtliche Themen, die mit unserer Anerkennung als Heilberuf (PsychThG) und – in letzter Zeit besonders heftig diskutiert – mit der Vergütung unserer Leistungen zu tun haben.

Da wir uns diesen Fragen nicht entziehen können und wollen, sind die Experten auf diesem Gebiet, die Juristen, für uns überaus wichtige Partner geworden.

Aus diesem Grund haben wir uns entschlossen, ein Symposium der PKN zu veranstalten, in welchem vor allem ethische Fragestellungen in ihrer juristischen, in ihrer philosophischen wie in ihrer psychotherapeutischen Dimension angesprochen werden. Wir haben namhafte juristische Experten und einen Philosophen dafür gewinnen können, gemeinsam mit uns Psychotherapeuten Fragen aus der Praxis zu diskutieren und verschiedene Blickrichtungen zu erörtern. Hierbei sollen auch Falldarstellungen, die die TeilnehmerInnen mitbringen, zur Sprache kommen.

Wir möchten Sie herzlich einladen, an diesem Symposium teilzunehmen. Es wird stattfinden am 06. – 07. Oktober 2006 in der TU Braunschweig.

Als externe ReferentInnen werden nach bisheriger Planung mitwirken:

Professor Dr. Detlef Horster (Philosoph), Dr. Thomas Clemens (Richter am BSG), Hartmut Gerlach (RA), Dr. Martina Karoff (RA), Matthias Koller (Richter am LG Celle), Dr. Uta Rüping (RA), Holger Schildt (RA), Dr. Martin Stellpflug (RA), Mattias Vestring (RA und Mediator), Kai Witthinrich (Assessor),

Neben den Vorträgen und Diskussionen im Plenum werden mehrere Workshops angeboten, die kooperativ von einem Juristen / einer Juristin und einem Vertreter / einer Vertreterin unserer Berufsgruppen geleitet werden sollen.

Themen des Symposiums werden u.a. sein:

- Der Psychotherapeut und sein berufliches Handeln im Feld von rechtlichen Rahmenbedingungen und ethischen Grundlagen
- Wenn es knirscht in der Beziehung zwischen Behandler und Patient
- Rechtliche und ethische Spezifika in der psychotherapeutischen Behandlung (z.B. Einwilligung in die Behandlung, Schweigepflicht, Einsichtnahme in die Dokumentation)
- Schweigepflicht vs. Gefahrenabwendung: „Wann darf oder muss der Psychotherapeut wen wie informieren“?
- Psychotherapie an der Grenze: Halten – Aushalten – Verhandeln – Handeln
- Der neue Heilberuf in der Institution: Eingruppierungsfragen und die sich daraus ergebenden Konsequenzen

- Jugendliche Straftäter – Strafmündigkeit
- Der Psychotherapeut als Gutachter bei Gericht

Anmeldeunterlagen und nähere Informationen finden Sie auf unseren Internetseiten.

Wir freuen uns auf Ihr Interesse und Ihre offenen Fragen.

Ihr Vorstand der PKN

Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Roscherstr. 12
30161 Hannover
Tel.: 0511/850304-30
Fax: 0511/850304-44
Sprechzeiten allgemein:
Mo, Mi, Do, Fr 09.00 – 12.00 Uhr
Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr
Sprechzeiten für Beitragsangelegenheiten:
Mo, Mi, Do, Fr 09.00 – 12.00 Uhr
Mo, Di, Mi, Do 13.00 – 13.30 Uhr
Mail-Anschrift: info@pk-nds.de
Mail-Anschrift für Fragen zur Akkreditierung: Akkreditierung@pk-nds.de
Internet: www.pk-nds.de



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

16. Kammerversammlung, 10. Dezember 2005 in Dortmund

1. Überblick: Gesetzesvorhaben auf Bundesebene

Vor Eintritt in die Tagesordnung referierte der Justiziar der BPTK, Dr. Martin Stellpflug, über Gesetzesvorhaben der neuen Bundesregierung und erläuterte mögliche Auswirkungen für die Psychotherapeuten.

Voraussichtlich ist ein „Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts“ (VÄG) eines der ersten Gesetze, die das Bundesgesundheitsministerium (BMG) in den neuen Bundestag einbringen wird. Das Gesetz sieht Änderungen:

- des Sozialgesetzbuches (SGB) V und
- der Zulassungsverordnung vor.

Die BPTK hatte schon im frühen Stadium der gesetzlichen Beratungen einen „Themenkatalog“ zum VÄG vorgelegt, in dem die Punkte aufgeführt wurden, die Psychotherapeuten besonders betreffen und zu denen von Seiten der BPTK Vorschläge unterbreitet wurden. Ziel der BPTK-Vorschläge ist es vor allem, bei der geplanten Liberalisierung des Vertragsarztrechts und der Zulassung eine rechtliche Gleichstellung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit Ärzten zu erreichen, so z.B. im Hinblick auf die Anstellung von Ärzten oder Psychotherapeuten in einer Praxis, den Zusammenschluss in einer Gemeinschaftspraxis, die Leitung von Medizinischen Versorgungszentren und die Vereinbarkeit der Berufsausübung in einer Praxis mit einer angestellten Tätigkeit.

Die BPTK weist außerdem darauf hin, dass die bisher praktizierte „Quittungslösung“ bei der Praxisgebühr weiterhin gegen bestehende gesetzliche Regelungen verstößt,

wonach Psychotherapeuten nicht überweisen dürfen. Dieses Überweisungsverbot sei auf Dauer nicht akzeptabel. Patienten, die zuerst einen Psychotherapeuten konsultieren, sollten von diesem auch zu einem Facharzt überwiesen werden können. „Langfristig ist selbstverständlich das Ziel, dass Psychotherapeuten nicht nur überweisen dürfen, sondern auch einweisen und verordnen“, stellte Rechtsanwalt Martin Stellpflug fest.

Die Mitglieder der Kammerversammlung begrüßten die frühzeitige differenzierte Stellungnahme der BPTK zu diesem Gesetzesvorhaben und forderten den Vorstand der PTK NRW auf, diese Initiative weiterhin zu unterstützen und über den weiteren Verlauf des Gesetzesvorhabens zu informieren.

2. Bericht des Vorstandes

Präsidentin Monika Konitzer stellte die gesundheitspolitischen Ziele der Bundesregierung dar, die die Arbeit der Psychotherapeuten im Jahr 2006 nachhaltig verändern könnten. Neben der angekündigten Finanzreform zeichne sich vor allem eine weitere wettbewerbliche Ausrichtung in der gesetzlichen Krankenversicherung ab. Das BMG plant insbesondere:

- die Fusion von gesetzlichen Krankenkassen zu ermöglichen, auch über die einzelne Kassenart (AOK, Ersatzkassen, BKK, IKK) hinaus,
- die Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen zu verändern, allerdings „ohne dass der Sicherstellungsauftrag ausgehöhlt wird“,
- für einen „fairen Wettbewerb“ zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung zu sorgen, z.B. die Senkung der ärztlichen Vergütung in der PKV,

- die gemeinsame Selbstverwaltung neu zu ordnen, „damit Entscheidungen schneller, transparenter und zuverlässiger ausfallen“, was erhebliche Auswirkungen auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) haben könnten.

Neue Versorgungsformen, erläuterte die Präsidentin, ständen weiter auf der bundespolitischen Tagesordnung, vor allem um die bisherige strikte Trennung in eine ambulante und eine stationäre Versorgung abzubauen. Damit verbunden sei auch die Förderung sowohl indikations- als auch populationsbezogener Versorgungsmodelle. Die Entwicklung eines Vergütungssystems sei für die Zukunft von niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten von zentraler Bedeutung. Das BMG diskutiere allerdings, ein neues Vergütungssystem außerhalb der Selbstverwaltung durch ein unabhängiges Institut entwickeln zu lassen.

Kammeraufgaben 2006

Für die berufspolitische Arbeit ergäbe sich daraus immer wieder die Aufgabe, die Psychotherapie an zentraler Stelle in der Gesundheitsversorgung zu verankern, betonte die Präsidentin:

- Handlungsbedarf bestehe insbesondere bei der Unterversorgung psychisch und chronisch Kranker.
- Die Umstellung der Hochschulausbildung auf Bachelor- und Masterstudiengänge hätte weitreichende Auswirkungen auf die Ausbildung zum PP und KJP und entscheide mit darüber, ob dem Beruf ausreichend Nachwuchs zu sichern ist.



Abb. 1: Neuer Vorstand der PTK NRW (von links): Ferdinand v. Boxberg, Monika Konitzer (Präsidentin), Karl-Wilhelm Hofmann (Vizepräsident), Dr. Wolfgang Groeger, Johannes Broil

- Die Beratung über die Anerkennung der Gesprächstherapie als Richtlinienverfahren führe wahrscheinlich zu einer grundsätzlichen Neukonzeption der Psychotherapierichtlinie, mit der schon in 2006 zu rechnen sei.
- Die Vergütung der Psychotherapeuten werde sowohl für die Niedergelassenen wie für die Angestellten ein Dauerthema bleiben und harte Verteilungskämpfe nach sich ziehen.
- Deshalb sei es dringend erforderlich, dass es der Psychotherapie gelinge, ihr Behandlungsangebot und ihre Leistungen nachvollziehbar darzustellen. Dazu gehöre auch, dass die Psychotherapie in den offiziellen Patienteninformationen des IQWiG angemessen dargestellt werde.

Akkreditierung der Fortbildungen

Der neue PTK-Vorstand sieht einen Schwerpunkt seiner Arbeit zunächst darin, die Verwaltung zu verbessern und auf ein neues EDV-System umzustellen. Dabei sei das vordringlichste Projekt fast fertig: die einfachere und schnellere Akkreditierung der Fortbildungen. Bisher hat die Kammer bereits über 1.300 Anträge bearbeitet (Verteilung s. Abb 2). Diese Erfahrungen haben dazu geführt, alle Formulare noch einmal zu überarbeiten. Die neuen Word-basierten Formulare seien einfacher, kürzer, sowohl auf dem PC ausfüllbar (www.ptk-nrw.de) als auch herunterzuladen und von Hand auszufüllen.

Christoph Keutgen, EDV-Verantwortlicher der PTK-Geschäftsstelle in Düsseldorf, stellte die neuen Service-Elemente der elektronischen Akkreditierung von Fortbildungen vor. Gleichzeitig ist die Suchmaske für bereits akkreditierte Veranstaltungen auf der Homepage verbessert und die Ergebnis-seite mit den gefundenen Fortbildungen übersichtlicher gestaltet worden. Noch in Bearbeitung ist die Möglichkeit zur Online-Akkreditierung.

Heilberufsausweis (HPC/eGK)

Die elektronische Gesundheitskarte und der Heilberufsausweis (engl. Health Professional Card) werden nicht so schnell ausgegeben werden, wie es sich das BMG gewünscht hat. Voraussichtlicher Start ist wahrscheinlich erst 2007. Die PTK NRW ist Mitglied in der Lenkungsgruppe eGesund-

heit NRW und Mitgesellschafter der ARGE eGK NRW, der Arbeitsgemeinschaft zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in Nordrhein-Westfalen. Die Kammer verfügt also über direkte Informations- und Einflussmöglichkeiten bei der anstehenden Testung der HPC/eGK in der Testregion Bochum/Essen.

Haushalt

Der Jahresabschluss 2004 ergab einen Überschuss. Ursprünglich geplante Entnahmen aus den Rücklagen waren nicht notwendig. Der Revisionsverband bestätigte, dass die PTK NRW besonders sparsam und wirtschaftlich gearbeitet habe.

PTK-Vizepräsident Karl-Wilhelm Hofmann erläuterte den Haushaltsplan 2006, der im Zeichen einer Professionalisierung der Geschäftsstelle stehe. Die vergangenen Jahre hätten gezeigt, dass für einen ehrenamtlichen Vorstand die professionelle Geschäftsstellenarbeit eine wichtige Voraussetzung dafür ist, in den kommenden Jahren mehr denn je die Gesundheitspolitik noch wirksamer mitgestalten zu können.

Die Kammerversammlung begrüßte eine Initiative von Rolf Mertens (QDM-Fraktion), den Kauf einer Immobilie für die PTK-Geschäftsstelle zu prüfen mit dem Ziel, die Mietkosten zu sparen. Der Finanzausschuss soll dafür im kommenden Jahr die rechtlichen und finanziellen Konzepte und Alternativen erarbeiten.

Die QdM-Fraktion kritisierte den vorgelegten Haushaltsentwurf 2006, weil er eine

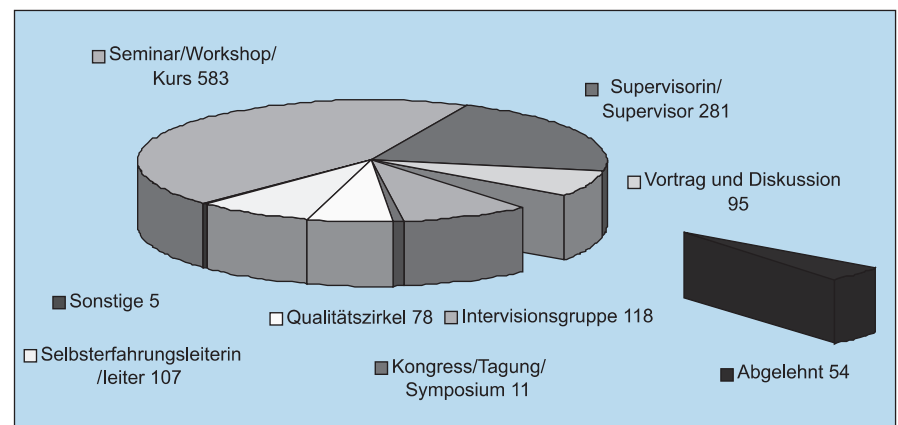


Abb. 2: Verteilung der Akkreditierungsanträge

strukturelle Deckungslücke aufweise, die durch eine Entnahme aus der allgemeinen Rücklage gedeckt werden solle. Dr. Heribert Joisten (Kooperative Liste) wies darauf hin, dass die Erwartungen an die Kammer enorm gestiegen seien. Die Aufgaben können längst nicht mehr alleine von einem ehrenamtlichen Vorstand bewältigt werden. Mitarbeiter in der Geschäftsstelle aber kosteten Geld. Im Übrigen seien die Rücklagen in den ersten Jahren gerade deshalb gebildet worden, um den Beitrag in späteren Jahren stabil zu halten. Die Rücklagen würden also gerade für den Zweck verwendet, für den sie gedacht waren. PTK-Vorstand Ferdinand von Boxberg erklärte, dass der Vorstand bereits von sieben auf fünf ehrenamtliche Mitglieder verringert worden sei. Vorschläge, die Entschädigungs- und Reisekostenordnung zu verändern, lehnte er ab. Die Aufwandsentschädigungen für einen Beisitzer ständen dann in keinem Verhältnis mehr zu der hohen zeitlichen Beanspruchung durch die Vorstandsarbeit. Wolfgang Schreck (AS) gab zu Bedenken, dass auch die hohe Beteiligung möglichst vieler Kammermitglieder in Ausschüssen und Kommission ihren Preis habe.



Abb. 3: Vizepräsident K.-W. Hofmann und Präsidentin M. Konitzer

3. Wahl der Ausschüsse

Der Finanzausschuss wurde bereits in der konstituierenden Kammerversammlung gewählt. Um die Arbeit der Ausschüsse zu effektivieren, beschloss die Kammerversammlung die Bildung einer Kommission aus sieben Vertretern aller Fraktionen der Kammerversammlung. Aufgabe der Kommission ist, Arbeitsaufträge für die folgenden Ausschüsse zu formulieren:

- Satzungs- und Berufsordnungsausschuss
- Fort- und Weiterbildungsausschuss
- Psychotherapie in Institutionen

- Psychotherapie in der ambulanten Versorgung
- Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Es folgte die Wahl von jeweils sieben Ausschussmitgliedern (s. Textkasten).

Mit der Bildung dieser Selbstverwaltungsgremien der Psychotherapeutenchaft schloss die Kammerversammlung.

AUSSCHUSS: Satzung und Berufsordnung

Fraktionen	Mitglied
Analytiker	Hermann Schürmann
AS	Veronika Mähler-Dienstuhl
Bündnis KJP	Hermann Maaß
Kooperative Liste	Gebhard Hentschel
OWL/LUST	Peter Merschmann
QdM	Stephan Hüßon
VPP	Gerhild von Müller

AUSSCHUSS: Fort- und Weiterbildung

Fraktionen	Mitglied
Analytiker	Dr. Paul Dohmen
AS	Dr. Wolfgang-Friedrich Schneider
Bündnis KJP	Benedikta Enste
Kooperative Liste	Sabine Unverhau
OWL/LUST	Christa Meder-Kirchner
QdM	Anni Michelmann
VPP	Hans Schumacher

Präventionskonzept NRW

Die Psychotherapeutenkammer NRW ist Mitglied der Landesgesundheitskonferenz (LGK). Am 7. Dezember 2005 wurde einstimmig die Entschließung „Präventionskonzept Nordrhein-Westfalen – Eine Investition in Lebensqualität“ verabschiedet. Die PTK NRW hat an dieser Entschließung mitgearbeitet.

Schwerpunkte des Präventionskonzeptes sind die Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen und von älteren Menschen. Der frühzeitige Aufbau von gesundheitsfördernden Einstellungen und Verhaltensweisen schon im Kindes- und Jugendalter ist für das spätere Gesundheitsverhalten im Erwachsenenalter außerordentlich wichtig. Die Maßnahmen zur Prä-

AUSSCHUSS: Psychotherapie in Institutionen

Fraktionen	Mitglied
Analytiker	Markus Körner
AS	Wolfgang Heiler
Bündnis KJP	Matthias Fink
Kooperative Liste	Wolfgang Schreck
OWL/LUST	Rolf Mertens
QdM	Dorothea Dewald
VPP	Hans-Werner Stecker

AUSSCHUSS: KJP

Fraktionen	Mitglied
Analytiker	Markus Körner
AS	Veronika Mähler-Dienstuhl
Bündnis KJP	Matthias Fink
Kooperative Liste	Petra Baumann-Frankenberger
OWL/LUST	Marianne Lemke
QdM	Dr. Sabine Trautmann-Voigt
VPP	Norbert Häcker

AUSSCHUSS: Psychotherapie in der ambulanten Versorgung

Fraktionen	Mitglied
Analytiker	Ulrike Moths
AS	Susanne Pickel
Bündnis KJP	Klaus Malzahn
Kooperative Liste	Barbara Lubisch
OWL/LUST	Andreas Wilsner
QdM	Anni Michelmann
VPP	Uschi Gersch

vention zielen darauf ab, gesundheitsförderndes Verhalten zu stärken und zu stabilisieren, gesundheitsriskante Gewohnheiten unter fachlicher Begleitung zu verändern und die Möglichkeiten der Verhältnisprävention für ein gesundes Aufwachsen zu nutzen.

Ansätze zur Förderung der Lebensqualität durch präventive Maßnahmen gibt es bis ins hohe Lebensalter. Erfolgreiche Prävention bei alten Menschen kann dazu beitragen, Aufwendungen im Akut-, Rehabilitations- und Pflegebereich zu begrenzen.

Dazu wird in NRW ein mehrjähriges Präventionskonzept umgesetzt. Es bildet den Rahmen für vielfältige Aktionen, Inter-

ventionen und Projekte einzelner oder kooperierender Präventionsträger auf der kommunalen und Landesebene. Besondere regionale Problemstellungen können berücksichtigt werden.

Die PTK ist Mitglied der AG Prävention des Vorbereitenden Ausschusses der LGK. Diese entwickelt zunächst mindestens ein gemeinsames Präventionsprojekt, das in möglichst vielen Regionen Nordrhein-Westfalens realisiert wird. An der Umsetzung beteiligen sich alle Mitglieder der LGK im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrages und unter Verwendung der jeweils zur Verfügung gestellten Mittel.

Präventionsmaßnahmen können nur nachhaltig wirkende Effekte aufweisen, wenn

sie sich an den Lebensumwelten (settings) orientieren und sich an klar definierte Personengruppen mit bestimmten Gesundheitsrisiken richten. Bei Entwicklung von Präventionsmaßnahmen spielt die Qualitätssicherung eine zentrale Rolle.

Evaluation ist eine „Methode der Qualitätssicherung“ und sollte integraler Bestandteil jeder gesundheitsfördernden Maßnahme sein. Dabei sind folgende Kriterien zu berücksichtigen:

- Formulierung zu erreichender Ziele,
- Definition von Zielgruppen,
- Kontrolle der Zielerreichung,
- Prozess- und Zielkorrektur,
- Dokumentation,
- Publikation.

Das Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst (LÖGD, www.loegd.de) in Bielefeld dokumentiert laufende, bewährte und zukünftige Präventionsprojekte. Es steht auch für konkrete methodische Planungsfragen zur Verfügung.

Psychotherapeutische Ressourcen aus Praxis und Wissenschaft werden bei Planung, Umsetzung und Evaluation von Präventionsprojekten der Träger und Selbstverwaltungen auf kommunaler und regionaler Ebene mit einbezogen. Die PTK begrüßt Aktivitäten ihrer Mitglieder, psychotherapeutische Kompetenzen verstärkt in Planung und Umsetzung konkreter Projekte einzubringen.

Kurzmeldungen

Akutversorgung / Notfallpsychotherapie

Die für die Fußball-WM 2006 an der Spielstätte Gelsenkirchen zuständigen leitenden Notfallpsychotherapeuten führen im Auftrag des örtlichen Gesundheitsamtes Schulungen der Rettungskräfte durch. Ziel ist eine reibungslose Einbindung der Notfallpsychotherapie in die Akutversorgung und eine Unterrichtung der Notfallhelfer in psychischer Erster Hilfe. Außerdem werden Einsatz und Logistik der psychotherapeutischen Akutversorgung an den Spieltagen in Gesprächen mit dem vor Ort leitenden Notarzt vorbereitet.

Resonanz auf PTK-Flyer zur Psychotherapie und über Depressionen im Kindesalter

Die zweite Auflage der Informationen für Patienten „Wege zur Psychotherapie“ und „Depressive Kinder und Jugendliche“ wurde durchweg mit großem Lob aufgenommen. In zahlreichen Schreiben hoben Kammermitglieder, Versorgungsinstitutionen und Gesundheitsbehörden die gute Verständlichkeit und klare Darstellung psychotherapeutischer Behandlungsmöglichkeiten und Abläufe hervor.

In den 14 Tagen nach Versand der Flyer wurden von Gesundheitsämtern, Kliniken,

Beratungsstellen und Praxen ca. 2200 Exemplare angefordert und kostenlos zur Verfügung gestellt. Laufend treffen weitere Bestellungen ein. Es ist geplant, die Reihe mit weiteren psychotherapie relevanten Themen fortzusetzen.

Initiative zur Behebung der Unterversorgung von Kindern und Jugendlichen

Die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen ist besorgniserregend. Circa 16-18 Prozent der Kinder in Deutschland leiden an psychischen Störungen oder sind verhaltensauffällig. Auffällig sind gravierende geschlechts- und schichtspezifische Unterschiede. In der gesetzlichen Krankenversicherung ist es eine seit Jahren immer wieder belegte Tatsache, dass psychisch kranke Kinder bzw. ihre Eltern kein adäquates Therapieangebot finden oder inakzeptabel lange Wartezeiten in Kauf nehmen müssen.

Als Mittel der Wahl erweist sich die getrennte Bedarfsplanung. Bei einer getrennten Bedarfsplanung bildeten – anders als heute – psychotherapeutisch tätige Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten eine eigene Arztgruppe, genauso wie die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und die Psychotherapeuten, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Ju-

gendliche behandeln. Dafür ist eine Änderung des § 101 Abs. 4 Satz 1 des Sozialgesetzbuches V notwendig. Eine getrennte Bedarfsplanung führte bundesweit dazu, dass sich voraussichtlich 866 zusätzliche Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten niederlassen können, davon 164 in Nordrhein und 59 in Westfalen-Lippe.

Eine getrennte Bedarfsplanung hätte nicht nur Konsequenzen für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, sondern auch für die Psychologischen Psychotherapeuten. Auch deren Versorgungsgrad würde auf der Basis des Jahres 2006 neu berechnet. Dies führte dazu, dass sich ungefähr 1 600 ärztliche bzw. Psychologische Psychotherapeuten bundesweit zusätzlich niederlassen könnten.

Bei einer getrennten Bedarfsplanung käme es insgesamt zu Mehrausgaben im Bereich der GKV in Höhe von 207 Mio. Euro. Insgesamt bedeutet das im Bereich der GKV eine Kostensteigerung von 0,15 Prozent. Weniger angemessen wäre die Einführung einer Quotierung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die zu rund 1.200 neuen Praxissitzen führen würde. Durch diese Lösung entstünden der GKV zusätzliche Kosten von höchstens 100 Mio. Euro (Steigerung der Gesamtausgaben von 0,07 Prozent). Alle anderen dis-

kutierten Instrumente, insbesondere aber die Beibehaltung des Status Quo, führen nicht zu einer Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher.

Daher hat der Vorstand der PTK NRW beschlossen, die Initiative der Bundespsychotherapeutenkammer zur Änderung der Bedarfsplanung aktiv zu unterstützen und sich mit entsprechenden Schreiben an Bundestagsabgeordnete aus NRW, die Landesregierung und den Gesundheitsausschuss des Landtags NRW gewandt.

Nicht tolerabel – Beratungsstellen sollen weitere Kürzungen hinnehmen

Der zu Anfang des Jahres vorgelegte Haushaltsentwurf des Landes NRW sieht weitere Kürzungen der Landesmittel für die Beratungsstellen vor. Mit einem Personalabbau im Beratungswesen wird die Förderung von Familien, Kindern und Jugendlichen weiter ins Abseits gedrängt. Zu den geplanten Kürzungen der Landesregierung hat die

PTK NRW umgehend eine Pressemitteilung herausgegeben (siehe Textkasten).

Veranstaltungen

Vorankündigung 2. Kongress „Wissenschaft – Praxis“

Die Psychotherapeutenkammer NRW und der Hochschulverbund NRW richten in der zweiten Jahreshälfte wieder den Psychotherapiekongress aus. Der 2. Jahreskongress „Wissenschaft – Praxis“ wird voraussichtlich am 21. und 22.10.2006 stattfinden – bitte vormerken.

Geschäftsstelle

Willstätterstr. 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211 / 522847-0
Fax 0211 / 522847-15
Mo – Do 8.30 – 16.30 Uhr

Fr 8.30 – 14.30 Uhr
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Beratung am Telefon

**Beratung durch
Rechtsanwalt**

Mi.: 14.00-15.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 0

**Mitgliederberatung
durch den Vorstand**

Mo: 12.30-14.00 Uhr;
Di: 12.30-13.00 Uhr;
18.30-19.30 Uhr
Mi: 13.00-14.00 Uhr;
Fr: 11.00-12.00 Uhr;
12.30-13.00 Uhr

Telefon 0211 / 52 28 47 27

Anfragen Fortbildungsakkreditierung

Mo – Do: 13.00-15.00 Uhr;
Telefon 0211 / 52 28 47 26

Sprechstunde der Präsidentin

Mo: 12.00-13.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 0

Pressemitteilung

Familienpolitik auf dem Abstellgleis – Kürzungen bei der Erziehungsberatung

Düsseldorf, 16. Januar 2006: „Diese Kürzungen sind Ohrfeigen für gefährdete Kinder und Jugendliche.“ Mit dieser scharfen Kritik wandte sich Monika Konitzer, Präsidentin der nordrhein-westfälischen Psychotherapeutenkammer, gegen weitere empfindliche Einsparungen bei der Erziehungsberatung in Nordrhein-Westfalen. Die neue Landesregierung plant im Haushaltsentwurf 2006 die Gelder für Erziehungs- und Familienberatung nochmals um 16 Prozent einzuschränken. Die kommunale Erziehungs- und Familienberatung hatte bereits 2003 eine drastische Kürzung um 40 Prozent hinnehmen müssen. „Wer Familien stärken will, wer Kindesvernachlässigung und -missbrauch stoppen will, der kann nicht in dieser unverantwortlichen Weise bei Beratung und Unterstützung sparen“, kritisierte PTK-Präsidentin Monika Konitzer.

Während Bundesfamilienministerin Ursula von der Leyen neue „Frühwarnsysteme“ gegen Kindesmisshandlungen plant, spart die NRW-Landesregierung gerade auf Kosten von gefährdeten Familien. Wer Alarmsysteme aufbaue, müsse jedoch auch sagen, was passieren solle, wenn Alarm ausgelöst wird. „Das familienpolitische Konzept der NRW-Landesregierung ist ohne Hand und Fuß“, urteilte Monika Konitzer. „Der sehr erfolgreichen Arbeit der Erziehungsberatung wird mehr und mehr die finanzielle Grundlage entzogen.“ Prävention von Verwahrlosung, Vernachlässigung und Misshandlung erforderten gerade Beratung und Unterstützung, wie sie Erziehungsberatungsstellen bieten.

„Die Kürzungen in NRW Haushaltsentwurf 2006 sind ein weiteres Beispiel dafür, wie sich die Bundesländer aus der familienpolitischen Verantwortung stehlen“, stellte die Präsidentin der nordrhein-westfälischen Psychotherapeutenkammer fest. Fast alle Bundesländer sparen bei der Jugendhilfe. In der vergangenen Legislaturperiode gab es einen Gesetzentwurf des Bundesrates, nach dem Erziehungsberatung sogar zuzahlungspflichtig werden sollte.

Ansprechpartner Presse:

Dr. Detlef Bunk
Psychotherapeutenkammer NRW
Telefon: 0211/522847-29



**Psychotherapeuten
Kammer NRW**

Mitteilungen der LandesPsychotherapeuten-Kammer Rheinland-Pfalz

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Neben einem Bericht über die letzte Vertreterversammlung veröffentlichen wir die beschlossenen Satzungsänderungen in einem Einhefter. Auch einige bereits früher im Jahr 2005 beschlossene Änderungen machen wir Ihnen heute bekannt. Wie Sie ersehen, drucken wir aus Gründen der Übersichtlichkeit lediglich die Textänderungen ab. Die kompletten ak-

tualisierten Satzungstexte finden Sie auf unseren Internetseiten im Download-Bereich!

Weiterhin berichten wir über die Fortbildungsveranstaltung zum Qualitätsmanagement, Neuigkeiten zur elektronischen Gesundheitskarte und eine Veranstaltung zur Neuordnung des Psychologiestudiums und der Psychotherapieausbildung. Last but not

least weisen wir auf die Empfehlungen des rheinland-pfälzischen Datenschutzbeauftragten zur Absicherung drahtloser Computernetzwerke (WLAN) hin.

Mit kollegialen Grüßen!

Annelie Scharfenstein

Bericht von der Vertreterversammlung am 26.11.2005

Auf der letzten Vertreterversammlung wurde eine ganze Reihe von Satzungsänderungen beschlossen (s. Beihefter). Unter anderem wurde die **Weiterbildungsordnung** um die ankündigungsfähigen Zusatztitel „Gesprächspsychotherapie“ und „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ ergänzt. Weiterhin wurden einige Ergänzungsanträge angenommen. Der Beschluß über die gesamte WBO erfolgte einstimmig bei einer Enthaltung.

Nach den Änderungsbeschlüssen zur **Fortbildungsordnung** wird die jährliche Pflicht zur Abgabe der Fortbildungsnachweise abgeändert (§ 6) und dem im SGB V verankerten Fünf-Jahres-Zeitraum angeglichen. Allerdings ist es für die Mitglieder und die Geschäftsstelle von Vorteil, dass auf freiwilliger Basis die Fortbildungsnachweise jährlich eingereicht werden, da sich der Aufwand in kleineren „Happen“ verteilt. Zur

Kodierung sollte das bekannte Kammerformular verwendet werden, das Sie im Download-Bereich unserer Internetseite finden. Für die Mitglieder dürfte eine verbindliche Übersicht über die bereits gesammelten Fortbildungspunkte ihre weitere Planung erleichtern!

Weiterhin wurde im Hinblick auf die Ende des Jahres anstehende Kammerwahl die **Wahlordnung** durch Mehrheitsbeschluß beschlossen; in dieser Ausgabe ist der komplette Text abgedruckt. Die neue Satzung weicht in zwei wesentlichen Punkten von der Wahlordnung des Errichtungsausschusses ab: Zum einen kann jede/jeder Wahlberechtigte eine Listenstimme und bis zu fünf Personenstimmen verteilen, welche nicht an eine Liste gebunden sind (§ 4, „Art der Wahl und Wahlsystem“). Zum anderen erstreckt sich das Wahlverfahren über einen längeren Zeitraum, unter anderem

um den kandidierenden Listen gute Gelegenheit zu geben, für sich zu werben. – Im nächsten PTJ werden wir über den vorgesehenen zeitlichen Rahmen der Wahl und weitere Details informieren.

Ebenfalls beschlossen wurde der **Haushaltsentwurf** für das Jahr 2006. Schließlich wurde eine **Resolution** verabschiedet: Sie fordert eine Präzisierung des gesetzlichen Prüfungsauftrages des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie nach zwei Verwaltungsgerichtsurteilen. Die Resolution weist darauf hin, dass die Entscheidung über die Zulassung von Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG nicht in die Kompetenz des Beirats, sondern in die der Landesbehörden fällt. In den konkreten Fällen ging es um Ausbildungsstätten zur Gesprächspsychotherapie.

Der Termin für die nächste Vertreterversammlung wird noch bekannt gegeben. (AS)

„Qualitätsmanagement in der Psychotherapeutischen Praxis – Grenzen und Möglichkeiten“

Unter diesem Titel veranstaltete der Ausschuss für Fortbildung und Qualitätssicherung am 7.12.2005 eine Fortbildung. „Der Ausschuss“, das sind Dr. Udo Porsch, Mainz (Vorsitzender), Dipl.-Psych. Elisabeth

Götzinger, Oppenheim, PD Dr. Sebastian Murken, Bad Kreuznach, sowie Dipl.-Psych. Peter Kraft, Bad Bergzabern, unterstützt durch die Vorstandsbeauftragte Dr. Annelie Scharfenstein, Montabaur.

Herr Porsch führte in das für die meisten KollegInnen recht sperrige Thema ein. Er referierte die Ergebnisse der Umfrage des Ausschusses unter den Kammermitgliedern, stellte die inhaltlichen und gesetzli-

chen Grundlagen dar und erläuterte die (inzwischen rechtskräftige) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für das QM in der ambulanten Versorgung (vgl. www.g-ba.de). Diese legt einen zeitlichen und inhaltlichen Rahmen für die Entwicklung eines einrichtungsinternen QM fest; die Wahl eines QM-Systems bleibt dabei den Anwendern selbst vorbehalten.

In den nachfolgenden Referaten wurden solche QM-Systeme vorgestellt: Ein bereits

erprobtes QM-System für die ambulante Praxis (Fr. Piechotta, vgl. www.piechotta.org), das System „KTQ“ für den stationären Rahmen incl. Rehabilitation (Fr. Götzinger, i.V. für Hr. Höffler, vgl. www.ktq.de), sowie Beispiele aus dem umfassenden QM-System der KBV, „QEP“[®] (Fr. Scharfenstein i. V. für Hr. Weber, KV RLP, vgl. www.kbv.de/xx). Die Beiträge von Porsch und Höffler finden Sie auf unserer Internetseite.

Abgeschlossen wurde die gut zweistündige Veranstaltung mit einer Podiumsdiskussion, die das zahlreich erschienene kollegiale Publikum mit einschloss. Hingewiesen sei an dieser Stelle auf die Internetseiten der Bundespsychotherapeutenkammer, www.bptk.de (Stellungnahme zur G-BA-Richtlinie), sowie der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, www.lpk-ns.de (Orientierungshilfe zum Qualitätsmanagement). (AS)

E-Cards im Doppelpack: Gesundheitskarte und Heilberufsausweis gehen zusammen

Die Vorbereitungen zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) kommen voran. Mit Jahresanfang erfolgte die Festlegung der bundesweit 8 Testregionen, in denen der Echtbetrieb der Karte erprobt werden soll. Rheinland-Pfalz ist mit der Testregion Trier weiter mit von der Partie. Schwerpunkt hier soll die Weiterentwicklung und Erprobung der Fachkonzepte **elektronische Patientenakte** (EPA) und **Heilberufsausweise/Berufsausweise** sein. Bei beiden Teilprojekten ergibt sich für unsere Berufsgruppe die größte Interessensüberschneidung, so dass es für die Kammer unverzichtbar und sinnvoll erscheint, die Konzeptionen konstruktiv zu begleiten. Der Vorstand hat beschlossen, sich an der auf Landesebene konstituierten Arbeitsgemeinschaft zur Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte (und Heilberufsausweis) mit dem etwas sperrigen Kürzel „ARGE eGK/

HBA-RLP“ zu beteiligen sowie weiterhin seine beratende Funktion im zugehörigen Beirat wahr zu nehmen.

In der Region Trier sind derzeit 46 (Facharzt-)Praxen mit immerhin 5 Psychologischen Psychotherapeuten sowie 2 Krankenhäuser in das Modellprojekt eingebunden. Um den zukünftigen Testanforderungen zu genügen, müssen zusätzlich ca. 50 Apotheken beteiligt und die Patientenzahl von zur Zeit ca. 600 auf bis zu 10 000 aufgestockt werden. Während das positive Interesse in Fachkreisen wächst, überwiegt bei vielen Patienten noch Unentschlossenheit. Es wird also einiger erheblicher Werbe- und Überzeugungsarbeit bedürfen, um die nötige Beteiligung zu erreichen.

Auch unter unseren KollegInnen gibt es bezüglich des Nutzens und der Risiken der

Elektronifizierung des Gesundheitswesens, insbesondere auch hinsichtlich der konkreten Auswirkungen auf die Praxisführung keinen einheitlichen Kenntnisstand. Daher plant die Kammer im laufenden Jahr unter Beteiligung entsprechender Fachleute sowohl über Inhalte und Verlauf der Modellprojekte zu berichten als auch über die zu erwartenden Konsequenzen für den konkreten Berufsalltag zu informieren. Entsprechende Veranstaltungen werden wir rechtzeitig bekannt geben.

Weitere Informationen gibt es auch unter

www.die-gesundheitskarte.de
www.gematik.de
www.gesundheitskarte-rlp.de
 (KK)

Dialogforum Bachelor/Master der dgvt

Die Neuordnung der früheren Diplom-Studiengänge hin zu Bachelor-/Master-Studiengängen, die Konsequenzen für Psychotherapieausbildung und die Bedeutung für die Psychotherapeuten – eine Expertenanhörung zu diesem wichtigen Thema hat die dgvt am 02.12.2005 in Berlin durchgeführt. Für die LPK hat Fr. Dr. Scharfenstein an der Veranstaltung teilgenommen. In sechs sehr fundierten Positionsreferaten wurde ein breites Spektrum an Informationen, Meinungen und Fragen dargestellt. Der Prozess der Schaffung eines einheitlichen europäischen Hochschulraumes mit einem gestuften Studiensystem ist in vol-

lem Gange. Auf der Veranstaltung zeigte sich, daß noch viel Informations- und Abstimmungsbedarf besteht: Die Diskussion drehte sich vor allem um die Frage, welche Bedeutung der geforderte berufsqualifizierende Bachelor-Abschluß (B. A.) haben kann bzw. soll und welche die geplanten spezialisierten vs. nicht-spezialisierten Master-Abschlüsse. Mehrere psychologische Verbände forderten als Regelabschluss einen allgemeinen „Master of Science“ (M. Sc.), dessen inhaltliche Schwerpunkte im Diploma Supplement ersichtlich werden. In der darauf aufsetzenden Psychotherapieausbildung, so wurde

diskutiert, sollten Inhalte der akademischen Ausbildung anerkannt werden, um allzu lange Ausbildungszeiten zu vermeiden.

Erfreulicherweise haben die Organisatoren einen ausführlichen Tagungsbericht und die Präsentationen der Experten ins Internet gestellt, die ich unseren Mitgliedern gerne empfehle! Dort finden sich auch die Stellungnahmen der Bundespsychotherapeutenkammer sowie mehrerer Verbände und Gesellschaften.

http://www.dgvt.de/Die_Neuordnung_der_Psychologie.2249.0.html (AS)

Sicherheit beim Einsatz drahtloser Computernetze (W-LAN)

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz in Rheinland-Pfalz, Prof. Rudolf, hat die Kammern am 16.01.2006 über die Ergebnisse verschiedener Prüfungen zum Einsatz und Betrieb von Funknetzen informiert. Er moniert, dass diese häufig nur unzureichend gegenüber unbefugten Zugriffen abgesichert seien. In einer Prüfung von 290 Netzen waren ca. 5 % ohne jeglichen Schutz offen zugänglich. Bei mehr als der Hälfte der Netze wurde der Datenverkehr nicht verschlüsselt. Das war zwar bei den übrigen Netzen der Fall, allerdings konnte das verwendete Verfahren bei 95 % (!) mit geringem Aufwand überwunden werden! Damit war ein Großteil der vorgefundenen Netze nur unzureichend gesichert, was einen unbefugten Datenzugriff ermöglicht.

Der Datenschutzbeauftragte weist darauf hin, dass auch in Kanzleien und Praxen ungenügend gesicherte Computernetze betrieben werden. Die LPK RLP greift hiermit seine Anregung auf, ihre Mitglieder auf die Sicherheitsrisiken aufmerksam zu machen. Bitte prüfen Sie Ihre Anlagen und schaffen Sie die erforderliche Sicherheit! Informationen dazu bietet die Orientierungshilfe der Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder, www.datenschutz.rlp.de/materialien/hinweise/ak_oh_wlan.pdf (472 KB) sowie die Hinweise des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik, www.bsi.bund.de/literat/doc/drahtloskom/drahtloskom.pdf (1MB). (AS)

An diesen Seiten haben mitgewirkt: Barbara Kaleta, Jürgen Kammler-Kaerlein, Dr. Annelie Scharfenstein.

Geschäftsstelle

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30
55130 Mainz
Telefonische Sprechzeiten:
Mo – Fr. 10.00 – 12.30 Uhr
und zusätzlich
Di. u. Do. 14.00 – 16.00 Uhr
Tel 06131/5 70 38 13
Fax 06131/5 70 06 63
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de

**Anzeigenschluss für die nächste
Ausgabe ist der
01.06.2006.**

**Ausgabe 2/06 erscheint am
26.06.2006.**

milton erickson institut berlin

fon & fax: 030 . 781 77 95 (do 9 - 12)
www.mei-berlin.de - mail@mei-berlin.de

Hypnotherapie von Depressionen

Ortwin Meiss, Dipl.-Psych.
Sa 06. - So 07. Mai 2006, 220 € *

Therapie einschränkender Glaubenssätze

Dr. Wolfgang Lenk
Fr 19. - So 21. Mai 2006, 330 € *

Einführung Energetische Trauma- und Psychotherapie

Ulli Alter, HP & Dr. Wolfgang Lenk
Sa 17. - So 18. Juni 2006, 230 € *

Fortbildung Klinische Hypnose und Hypnotherapie

Beginn: Sa 01. - So 02. Juli 2006, 220 € *

* zertifiziert von der Psychotherapeuten-Kammer Berlin

Akademie bei König & Müller

Semmelstraße 36/38
97070 Würzburg
Tel.: 0931 - 46079033, Fax: 0931 - 46079034
akademie@koenigundmueller.de



jetzt online buchen unter: <http://www.koenigundmueller.de>

Klinische Pharmakopsychologie - Auswirkungen chemischer und natürlicher Stoffe auf die Bewertung neuropsychologischer Testergebnisse

28.-29.04.2006 D- Würzburg (Kursnr. FB060428A)
Dr. Joachim P. Leonard, Dipl.-Psych. 280,00 €* / GNP-Mitglied: 255,00 €*, 16 Std.; GNP-Akk.: 6.5
Pharmakopsychologie

Phänomenologie, Diagnostik & Therapie von zentralen visuellen Wahrnehmungsstörungen

28.-29.04.2006 D- Würzburg (Kursnr. FB060428B)
Dr. Dörthe Heinemann, Dipl.-Psych., Dipl.-Psych. Uli Baas 280,00 €* / GNP-Mitglied: 258,00 €*, 16 Std.;
GNP-Akk.: 2 Neuropsychologische Diagnostik, 3 Neuropsychologische Intervention; FE-Punkte: 22

Unfall / Erkrankung - Was nun? Neuropsychologische, schulische und berufliche Rehabilitation junger Menschen nach Schädigung des ZNS

05.-06.05.2006 D- Würzburg (Kursnr. FB060505A)
Dipl.-Psych. Michael Stähler 280,00 €* / GNP-Mitglied: 258,00 €*, 16 Std.; FE-Punkte: 22

Sensi DiVini - Die Weinprobe findet im Kopf statt

06.05.2006 D- Veitshöchheim (bei Würzburg) (Kursnr. FB060506A)
Prof. Dr. Jürgen K. Mai, Prof. Dr. Bruno Preilowski, Prof. Dr. Ulrich Fischer, Dr. Hermann Kolesch
160,00 €* / GNP-Mitglied: 160,00 €*, 14 Std.

Neuropsychologie (in) der schulisch-beruflichen Integration

26.-27.05.2006 D- Würzburg (Kursnr. FB060526A)
Dipl.-Psych. Sabine Unverhau 280,00 €* / GNP-Mitglied: 258,00 €*, 16 Std.

Die funktionelle Organisation des Präfrontalen Cortex - vom Tiermodell zur Klinischen Neuropsychologie

09.06.2006 D- Würzburg (Kursnr. FB060609A)
Prof. Dr. Dr. h. c. Onur Güntürkün, Dipl.-Psych. 160,00 €* / GNP-Mitglied: 147,00 €*, 8 Std.

Zwangsstörungen behandeln - ein interdisziplinärer Ansatz (Behandlungskonzepte, Trends und ungelöste Probleme)

10.06.2006 D- Berlin (Kursnr. FB060610A)
Pamela Schmidt, Dipl.-Psych. 160,00 €* / GNP-Mitglied: 147,00 €*, 8 Std.; GNP-Akk.: 4 Psychotherapeutische Intervention; FE-Punkte: 8

Das asymmetrische Hirn: Grundlagen und funktionelle Konsequenzen

10.06.2006 D- Würzburg (Kursnr. FB060610B)
Prof. Dr. Dr. h. c. Onur Güntürkün, Dipl.-Psych. 160,00 €* / GNP-Mitglied: 147,00 €*, 8 Std.

Bitte fordern Sie unser vollständiges Programm an!

*Kosten incl. MwSt.

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes

Fachtagung ein voller Erfolg

FORUM 11 (November 2005)

Am Samstag, dem 12. November, hatte die Kammer zur Fachtagung Psychotherapeuten in Beschäftigungsverhältnissen ins Ärztehaus Saarbrücken eingeladen. Von den knapp 40 Teilnehmern kamen die meisten aus dem Arbeitsfeld Beratung (17) und Rehabilitation (8), einige aus anderen Institutionen des Gesundheitswesens (5) sowie aus Niederlassung in eigener Praxis (6). Gabi Schäfer, Staatssekretärin im Ministerium für Inneres, Frauen, Familie und Sport, eröffnete als Schirmherrin die erste ganztägige Veranstaltung der Psychotherapeutenkammer.



Als ehemalige Mitarbeiterin einer Beratungsstelle war sie mit zahlreichen anwesenden Kolleginnen und Kollegen persönlich bekannt, so dass sich schnell eine vertraute und persönliche Atmosphäre einstellte. In ihrem Grußwort brachte sie zum Ausdruck, dass sie den Beitrag der Psychotherapeutenkammer an der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung sehr zu schätzen weiß. Insbesondere sei es wichtig, dass die Versorgung im Bereich Beratung, und hier vor allem in der Kinder- und Jugendhilfe, gesichert werde. Die Staatssekretärin bekundete ihre Gesprächsbereitschaft und bot im Bereich der Zuständigkeit ihres Ministeriums jederzeit Zusammenarbeit mit der Psychotherapeutenkammer an.



Von links: Hr. Menne, Hr. Zielke, Fr. Schäfer

Im ersten Fachvortrag zum Beitrag der *Psychotherapeuten in der medizinischen Rehabilitation* stellte Prof. Dr. phil. Manfred Zielke u.a. Konzepte der Verhaltenstherapie in der stationären Rehabilitation vor und zeigte auf, welchen wesentlichen Anteil die Psychologen und Psychologischen Psychotherapeuten an der Erarbeitung dieser Konzepte wie auch an Forschung und Anwendung haben. Im zweiten Teil seines Vortrages zeigte er an Hand neuer Zahlen aus katamnesticen Untersuchungen die Effektivität von medizinischer Rehabilitation und die vielen nicht bekannten gesundheitsökonomischen Fehlentwicklungen auf.

Dipl. Soz. Klaus Menne, Geschäftsführer der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke), nahm in seinem sehr eindrucksvollen Vortrag zur *Psychotherapie in der Erziehungsberatung* eine Abgrenzung zwischen der „heilkundlichen“, über die GKV erstattungsfähigen Psychotherapie im Rahmen der Krankenbehandlung (SGB V) und einer nicht primär heilkundlichen, auch nicht erstattungsfähigen Psychotherapie (SGB XIII, KJHG oder SGB XII, BSHG) in der Erziehungsberatung vor. In einem historischen Abriss zeigte er die Entwicklung des Psychotherapiebegriffs in der Familien- und Erziehungsberatung auf. Dabei betonte er, dass auch bei einer begründeten theoretischen Abgrenzung am Ende der Patient, Klient bzw. der bedürftige oder hilfesuchende Mensch im Vordergrund stehen müsse.

Dr. jur. Martin H. Stellpflug, Justiciar der Bundespsychotherapeutenkammer und Fachanwalt für Sozialrecht, stellte anhand der rechtlichen Vorgaben nach SGB V und dem Heiberufekammergesetz (SHKG) sowie weiteren Gesetzestexten wie dem Grundgesetz (GG), dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) und dem Strafgesetzbuch (StGB) die berufsrechtlichen Aufgaben, Pflichten für Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vor. Im Rahmen der Darstellung wichtiger Passagen der Musterberufsordnung (M-BO) erläuterte er neben den allgemeinen Berufspflichten wesentliche, besonders auch in der Berufsausübung angestellter Kollegen relevante Sorgfaltspflichten wie Schweigepflicht, Aufklärungs- und Informationspflicht sowie die Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht. Gerade in Bezug auf die Pflichten gibt es in den verschiedenen Arbeitskontexten häufig eine sehr inhomogene Handhabung, welche für die Berufskollegen im Einzelfall zu juristischen und besonders zu haftungsrechtlichen Risiken führen können. Interessante Ausführungen gab Dr. Stellpflug für die Kollegen in Beschäftigungsverhältnissen auch zum Weisungsrecht von Vorgesetzten bzgl. der Berufsausübung. Hier wurde wie im Hinblick auf viele andere Fragestellungen deutlich, dass seitens der Verwaltungsgerichte sehr unterschiedliche Rechtsprechungen vorliegen. Dr. Stellpflug ermunterte die Berufskollegen, in strittigen Fällen mit Hilfe der Kammern rechtlich vorzugehen, um so die Entwicklung einer den Bedürfnissen unseres Heilberufes angemesseneren Rechtsprechung zu fördern.

Nach der Mittagspause diskutierten die Teilnehmer mit den Referenten auf dem Podium. Michael Schmude, der bis vor kurzem im Vorstand der PtK-Berlin tätig war und weiterhin Mitglied des Ausschusses der BPTK *Psychotherapie in Institutionen*

(PTI) ist, moderierte die angeregte Diskussion. Im Mittelpunkt standen der Psychotherapiebegriff und die unterschiedlichen Ansichten zur psychotherapeutischen Berufsausübung. Klaus Menne erläuterte nach einem Vorwurf aus dem Publikum noch einmal seine Vorstellungen zur Ausübung und Abgrenzung von Psychotherapie in der Erziehungsberatung und erklärte seine Einführung des Begriffes Supervision in die Diskussion. Herr Schmude sprach sich dafür aus, besser von psychotherapeutischer Kompetenz als dem entscheidenden Merkmal zu sprechen, was bei einigen Teilnehmern Zustimmung fand.



Von links: Hr. Schmude, Dr. Stellpflug, Hr. Schürmann

Dr. Stellpflug wies auf die rechtlichen Grundlagen hin: Das Psychotherapeutengesetz (PsychTG) regelt seit 1998 als Bundesgesetz in Ergänzung zum Heilpraktikergesetz (HPG) den Zugang zum Beruf. Alles weitere und insbesondere die Fragen der Berufsausübung werden durch Landesgesetze geregelt. „Die Berufsausübung der Psychotherapeuten ist, wie in den Berufsordnungen der Länder und der M-BO definiert, weit mehr als Ausübung der Heilkunde“, so Stellpflug.

Im Anschluss an die Podiumsdiskussion stellten neben einem Vortrag zum TVÖD drei Kolleginnen und Kollegen aus dem Saarland ihre Berufstätigkeit vor. Dorothee Lappehse-Lengler, Leiterin der Erziehungs-, Ehe- und Lebensberatungsstelle des Bistums Trier in Saarbrücken, vermochte zu bereits vorgerückter Stunde mit einem amüsant aufbereiteten und inhaltlich eindrucksvollen Beitrag mit einer exemplarischen Falldarstellung aus der *Erziehungsberatung* die Teilnehmer wieder mitzureißen. Dabei machte die Kollegin deutlich, dass in der Berufsausübung in der Er-

ziehungsberatung bei der Komplexität der jeweiligen Fälle psychotherapeutische Kompetenz gefordert ist.

Josef Schwickerath, Leitender Psychotherapeut der Fachklinik Berus, gab einen Kurzbericht über seine Berufstätigkeit in der *Rehabilitation*. Er stellte Inhalt und Organisation seiner Tätigkeit sowie der psychotherapeutischen Angebote und Konzepte der Fachklinik Berus vor. Letztere gestaltet Josef Schwickerath als Mitglied des Ausschusses Psychosomatik im AHG-Wissenschaftsrat insbesondere in den Bereichen Mobbing, Pathologisches Spielen und Angsterkrankungen maßgeblich mit und ist – weit über die saarländischen Grenzen hinaus – über zahllose Veröffentlichungen und Medienauftritte bekannt.



Von links: Hr. Schwickerath, Fr. Lorenz-Walcher, Hr. Dröschel

Hermann Schürmann, Vertreter der Angestellten im Vorstand der BPTK, referierte über die Änderungen des *Tarifvertrages im öffentlichen Dienst (TVÖD)*, welcher seit 01.10.05 den BAT ablöst und einen einheitlichen Tarif für Angestellte und Arbeiter schafft. Bedeutsam ist hier, dass sich für alle Berufskollegen, die bereits in Beschäftigungsverhältnissen sind, keine finanzielle Verschlechterung einstellt. Allerdings wird es keinen Altersaufstieg, sondern nur noch leistungsbezogenen Aufstieg in höhere Entgeltgruppen geben. Für alle „Neueinsteiger“ ändert sich zusammengefasst, dass sie in den Anfangsjahren ihrer Beschäftigung höher als bisher bezahlt werden, in späteren Jahren schlechter. Das Volumen des über die gesamte Beschäftigungszeit bemessenen Entgelts bleibt jedoch gleich. Weiterhin ungeklärt bleibt, inwieweit unser Heilberuf tarifrechtlich dem Facharztstand angeglichen werden kann.

Rainer Scheuer, Ltd. Mitarbeiter der Lebenshilfe Saarbrücken, beschloss mit seinem Praxisbericht aus der Tätigkeit in einer *Einrichtung mit Menschen mit geistiger Behinderung* das Tagungsprogramm. In einem eindrucksvoll feinfühligem Beitrag stellte er seine psychotherapeutische Berufstätigkeit anhand zweier Fallbeispiele vor.



Von links: Hr. Scheuer, Hr. Morsch

Dem Referenten gelang es dabei, die Notwendigkeit eines fachlich qualifizierten Umgangs mit Menschen mit geistiger Behinderung einschließlich psychotherapeutischer Interventionen auch für diejenigen Teilnehmer aufzuzeigen, denen eine Arbeit mit dieser Klientel wenig vertraut ist.

Zum Abschluss bedankte sich der Vizepräsident und Vorsitzende des Ausschusses Angestellte bei allen Teilnehmern, den Referenten und den Mitgliedern des Ausschusses Angestellte, namentlich Alexander Dröschel, Irmgard Jochum, Ludger Neumann-Zielke und Roland Waltner sowie bei Rosemarie Werle, der Leiterin unserer Geschäftsstelle, für ihren Beitrag zum guten Gelingen der Fachtagung. Die Tagung schloss mit leichter zeitlicher Verspätung gegen 17.00 Uhr.

Psychotherapie und geistige Behinderung

FORUM 12 (Januar 2005)

Vortrag anlässlich der Fachtagung
Dipl. Psych. Rainer Scheuer

Wenn ich nach meinem Beruf gefragt werde und berichte, dass ich als Psychotherapeut mit geistig behinderten Menschen arbeite, zeigen sich viele Fragende irritiert. Wenn ich dann auch noch erwähne, dass ich einen tiefenpsychologischen Ansatz ver-

trete, fragt kaum jemand – auch Kollegen – weiter nach.

Eine pauschale Antwort: „Ist ja interessant“, „Muss anstrengend sein“, „Das könnte ich nicht“. Schnell wird das Thema gewechselt. Selten kommt es zu einer fachlichen Diskussion. Oft habe ich daher das Gefühl, dass die Stigmatisierung der Personengruppe, mit der ich arbeite, auch auf mich abfärbt, und muss mir mein berufliches Selbstwertgefühl immer wieder schwer erkämpfen. Ich freue mich daher sehr, dass ich heute die Gelegenheit habe, auf dieser Fachtagung meine Arbeit darzustellen.

Ich erkläre mir die Reaktion der Fragenden meist damit, dass die wenigsten Menschen häufigen und direkten Kontakt mit geistig Behinderten haben und dass hinter der offenkundigen Irritation zumindest zwei Vorurteile verborgen sind, auf die ich im Folgenden weiter eingehen will:

1. Vorurteil: Geistige Behinderung wird reduziert auf eine hirnanorganische Schädigung. Soziale Einflussfaktoren werden kaum wahrgenommen; Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungsbilder werden lediglich über die hirnanorganische Schädigung erklärt.
2. Vorurteil: Geistig behinderte Menschen können nicht psychotherapeutisch behandelt werden.

Geistige Behinderung wird allgemein definiert über einen IQ < 70 sowie über einen verminderten Grad an sozialer Adaptabilität.

Die leichte geistige Behinderung mit einem IQ zwischen 70 und 50 bildet die linke Seite der Gauss'schen Normalverteilung ab, quasi als Gegenpol zur Hochbegabung. Die Ursache ist oft nicht festzustellen; die Diagnose lautet meist allgemein „frühkindliche Hirnschädigung unklarer Genese“. Neben genetischen Einflüssen sind hier sicher auch soziale Faktoren wirksam.

Bei den schwereren geistigen Behinderungen ist dagegen in über 90% der Fälle eine hirnanorganische Schädigung festzustellen, die entweder prä-, peri- oder postnatal verursacht wurde.

Zahlreiche Studien belegen neben den allgemeinen Beeinträchtigungen in der Fä-

higkeit zur sozialen Anpassung und Selbständigkeit auch eine deutlich erhöhte Prävalenz von psychischen Erkrankungen im Vergleich zur Normalbevölkerung (Dosen 1997; Sarimski 2005 für Kinder und Jugendliche). Die psychischen Störungen bilden hierbei das gesamte Spektrum ab; zusätzlich kommen gehäuft autoaggressive und stereotyp Verhaltensweisen vor.

Wichtig ist mir in diesem Zusammenhang, dass die Häufung der psychischen Erkrankungen nicht allein durch die hirnanorganischen Schädigungen zu erklären ist. Es gibt keine eindeutige Zuordnung beispielsweise einer bestimmten Chromosomenanomalie zu spezifischen Verhaltensweisen. Vielmehr ist hier im Sinne einer Doppeldiagnose davon auszugehen, dass sich **zusätzlich** zur geistigen Behinderung psychische Erkrankungen entwickelt haben, die sich in Analogie zu den allgemeinen ätiologischen Modellen begründen lassen.

Ich möchte beispielhaft zwei Wege skizzieren, unter denen soziale Bedingungen die Fähigkeit zum Lernen und damit die Entwicklung einer potentiell vorhandenen Intelligenz massiv beeinträchtigen können.

1. Bindungsstörungen

Klaus Grawe hat in seinem leider letzten Buch vier menschliche Grundbedürfnisse aufgezählt, die er als Grundbedingungen psychischer Gesundheit ansieht:

- Orientierung/Kontrolle
- Selbstwerterhöhung/Selbstwertschutz
- Lustgewinn/Unlustvermeidung
- Bindung

Geistig behinderte Menschen leben und entwickeln sich oft unter Bedingungen, die die Befriedigung dieser Grundbedürfnisse einschränkt. Der Zusammenhang zwischen Bindung und Explorationsverhalten wurde bereits in den 50er Jahren von Harlow dargestellt. Zahlreiche Faktoren können bei der Geburt eines geistig behinderten Kindes negativ auf die Eltern-Kind-Beziehung einwirken und somit zu unsicheren Bindungsstilen führen: Frühe notwendige Operationen, damit verbundene Schmerzen, Frühgeburt, Krampfanfälle, Still- und Fütterungsprobleme, die allgemeine Ungleichzeitigkeit der Entwicklung und nicht zuletzt die Verunsicherung der

Eltern durch die Traumatisierung der Diagnoseeröffnung, aber auch z.B. durch verändertes mimisches Verhalten (geistig behinderte Kinder zeigen oft verspätet soziales Lächeln). Die unsichere Bindung kann sich negativ auf die kognitive Entwicklung auswirken (unsicher-ambivalenter Stil: keine Exploration bei Abwesenheit der Bindungsfigur) und stellt den größten bekannten Risikofaktor (Grawe, 2004) für die Entwicklung psychischer Erkrankungen dar.

2. Soziale Deprivation/körperliche Misshandlung/sexueller Missbrauch

Bereits René Spitz hat die Folgen sozialer Vernachlässigung für die frühkindliche Entwicklung beschrieben.

Die aktuelle psychotraumatologische Forschung stellt nun ergänzend immer mehr Zusammenhänge zwischen hirnanorganischen Veränderungen und traumatischem Dauerstress her (Perry, 1996, Sachsse, 2004, van der Kolk, 2000). Ein Kind, das ständig traumatischen Bedingungen ausgesetzt ist, wird sich mit großer Wahrscheinlichkeit anders entwickeln. Das permanente Arousal bedingt eine Einschränkung der Wahrnehmung auf die bedrohlichen Reize; die Unfähigkeit zur Konzentration und zur kreativen Auseinandersetzung mit der Umwelt sind die Folge; die Entwicklung der kognitiven Stadien sensu Piaget stagniert oder bleibt unter dem möglichen Niveau. Beide Entwicklungslinien zeigen meines Erachtens einen möglichen negativen sozialen Einfluss auf die Intelligenzentwicklung auf, belegen gleichzeitig die Verursachung psychischer Erkrankungen auch bei geistig behinderten Menschen und begründen damit die Möglichkeit der psychotherapeutischen Beeinflussbarkeit. Auch ein geistig behinderter Mensch hat somit das Potential, eine Angststörung, Depression oder Psychose zu entwickeln, und damit auch das Anrecht auf eine adäquate Behandlung innerhalb des Versorgungssystems.

Leider ist dem in der Regel nicht so: geistig Behinderte finden kaum einen ambulanten Psychotherapieplatz (vgl. die entsprechenden Artikel in den letzten Ausgaben des Psychotherapeutenjournals), und im stationären Bereich beschränken sich die psychiatrischen Kliniken im Wesentli-

chen auf Krisenintervention und eine rasche Einstellung mit Psychopharmaka.

Auch in dieser eklatanten Versorgungslücke zeigt sich deutlich das zweite Vorurteil, geistig behinderte Menschen wären aufgrund ihrer intellektuellen, kognitiven oder sprachlichen Einschränkungen einer Psychotherapie nicht zugänglich. Ich weise es entschieden zurück. Seit 1996 habe ich bei der Lebenshilfe Saarbrücken geistig behinderte Menschen psychotherapeutisch behandelt und damit positive Erfahrungen auf diesem Gebiet gesammelt, mit denen ich nicht alleine dastehe. In jedem Landkreis des Saarlandes arbeiten im Rahmen der Eingliederungshilfe Kollegen in therapeutischen Wohngruppen, die wie ich über gelungene Behandlungen berichten können. Regelmäßig erscheinen Bücher und Artikel, die sich mit dem Themengebiet Psychotherapie und geistige Behinderung befassen und für beide Richtlinienverfahren erfolgreiche Therapien dokumentieren. (Gaedt, 1987, 1991, 1993, Niedecken, 1989, 2003, Sinason, 2000; Fachzeitschrift: Geistige Behinderung)

In meinem Vortrag konnte ich die psychotherapeutische Arbeit mit geistig Behinderten anhand zweier Fallbeispiele konkret erläutern, was hier aus Platzgründen entfällt.

Literatur:

- DOSEN, A.: Psychische Störungen bei geistig behinderten Menschen, Gustav Fischer, 1997
- GAEDT, C.: Psychotherapie bei geistig Behinderten, Beiträge zur psychoanal. Entwicklungspsychologie. Neuerkeröder Beitr. 3, Sickete, 1987
- GAEDT, C.: "Selbstentwertung – depressive Inszenierungen bei Menschen m. geistiger Behinderung" Neuerkeröder Beitr. 6, Sickete, 1991
- GAEDT, C. (Hrsg): Psychisch krank und geistig behindert, Verlag Modernes Leben, 1993 Neuerkeröder Beiträge 6, Sickete, 1991
- GRAWE, K.: Neuropsychotherapie, Verlag Hogrefe, 2004.
- NIEDECKEN, D.: Namenlos. Geistig Behinderte verstehen, Piper, 1989
- NIEDECKEN, D.: Psychoanalytische Reflexion in der pädagogischen Praxis, Beltz, 2003

PERRY, B.D.: Maltreated Children: Experience, Brain Development, and the Next Generation, Norton, 1996

SACHSSE, U.: Traumazentrierte Psychotherapie, Schattauer, 2004

SARIMSKI, K.: Psychische Störungen bei behinderten Kindern und Jugendlichen, Verlag Hogrefe, 2005

SINASON, V.: Geistige Behinderung und die Grundlagen menschlichen Seins, Luchterhand, 2000

Van der KOLK, B.A.: Traumatic stress, Junfermann, 2000

Saarländische Krankenhauskonferenz

FORUM 12 (Januar 2005)

Am 02.12.2005 trafen sich die Mitglieder der nach dem neuen saarländischen Krankenhausgesetz (SKHG) vom 13. Juli 2005 vorgesehenen „Saarländischen Krankenhauskonferenz“ zu ihrer konstituierenden Sitzung im Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales (MiJuGS). Der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes war auf ihr Bemühen hin ein Sitz in diesem etwa 30-köpfigen Gremium eingeräumt worden. Auf der Tagesordnung standen die Vorstellung und Beratung des vorbereitenden Gutachtens zur Erstellung des saarländischen Krankenhausplanes 2006-2010 der GEBERA (Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH Köln), welches das Ministerium in Auftrag gegeben hatte. Von Kammerseite interessierte vor allem die Sicherstellung der psychotherapeutischen Kompetenz in der stationären Krankenhausbehandlung. Hintergrund des Gutachtens ist die Notwendigkeit eines Bettenabbaus im Saarland in Folge der um rund 6% höheren Betten-dichte im Vergleich zur Situation in Gesamtdeutschland (Bettenhäufigkeit je 10.000 EW im Saarland 69,7 – Gesamtdeutschland 65,7) sowie der um rund 20% im Vergleich zum Bundesdurchschnitt erhöhten Krankenhaushäufigkeit. Zusammenfassend wird bis 2010 mit einem Bettenabbau um ca. 12 % (entspricht etwa 900 Betten) gerechnet. Im Weiteren hält das Gutachten fest, dass im Saarland im Bereich der psychiatrischen Krankenhausbehandlung stationäre Betten (57) und teilstationäre psychiatrische Plätze fehlen

(59), so dass hier im genannten Umfang eine Aufstockung erfolgen soll. In der Prognose sind u.a. ein Rückgang der Verweildauer (Reduktion des Pflegetagevolumens), ein Rückgang der Bevölkerung, die Morbiditätsentwicklung (Erkrankungshäufigkeit), die Veränderung der Diagnosestruktur, die Auswirkungen des DRG-Vergütungssystems sowie die Auswirkungen neuer Versorgungsformen (Integrierte Versorgung, DMP, Hausarztzentrierte Versorgung etc.) berücksichtigt. Die Versorgung der psychosomatisch kranken Patienten soll nach den Vorstellungen des Gesundheitsministeriums durch den Einsatz der „psychosomatischen Kompetenz in den bestehenden somatischen Fachabteilungen“ erfolgen. Das bedeutet: die Versorgung psychosomatisch Kranker bzw. die stationäre psychotherapeutische Versorgung liegt faktisch alleine in der Hand der Ärzte und der im Allgemeinkrankenhaus i.d.R. nicht vorhandenen ärztlichen Psychotherapeuten. Auch Psychologische Psychotherapeuten gibt es im Allgemeinkrankenhaus nur ausnahmsweise. Da unserem Vorschlag zur Änderung des SKHG (Psychotherapeuten im Rahmen Psychologisch, psychotherapeutischer Dienste in jedes KKH) nicht gefolgt wurde, besteht weiterhin eine eklatante psychotherapeutische Kompetenzlücke innerhalb der stationären Krankenhausbehandlung. Zu begrüßen wäre zur Sicherung der Versorgung psychosomatisch Kranker zumindest ein Ausbau von Konsil- und Liäsondiensten mit einer adäquaten Einbindung von Psychologischen Psychotherapeuten auf gleicher Augenhöhe mit den ärztlichen Kollegen in den somatischen Abteilungen.

Alle Ausgaben des FORUM finden Sie auf unserer Website www.ptk-saar.de.

Redaktion FORUM und saarländische Kammerseiten Vorstand PKS

Geschäftsstelle

Talstraße 32
66119 Saarbrücken
Tel 0681. 95455 56
Fax 0681. 95455 58
kontakt@ptk-saar.de

Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis - MHP

Herausgegeben von:

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

Loseblattwerk in 3 Ordnern. Ca. 2.920 Seiten.
€ 118,-* ISBN 3-938909-01-3

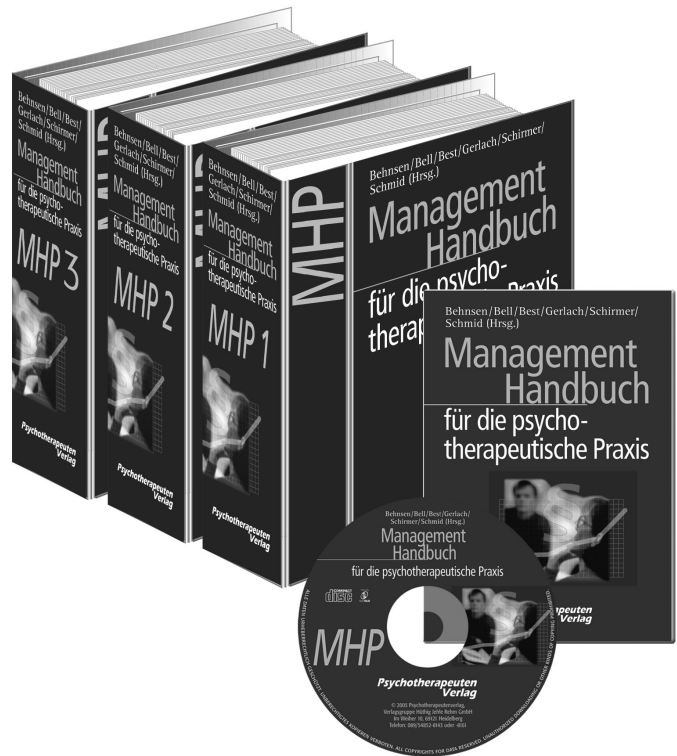
oder: CD-ROM mit Booklet. € 118,-*
ISBN 3-938909-02-1

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

* Zzgl. 4 Aktualisierungen jährlich zu je ca. € 45,- bis € 50,- pro Lieferung / je € 49,- pro CD-ROM-Update bzw. € 32,- für Kombi-Abonnenten.

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

Insbesondere die mit dem Psychotherapeutengesetz einher gehenden Vorschriften und Anforderungen, Probleme und Fragestellungen rund um die psychotherapeutische Praxis werden praxisorientiert dargestellt.



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

BESTELLCOUPON

Fax: 089/54852-8137

Praxis

Name/Vorname

Straße

PLZ/Ort

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

Ja, ich bestelle

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

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

* Zzgl. Ergänzungslieferungen/Updates für mindestens ein Jahr.

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

Datum/Unterschrift

**Psychotherapeuten
Verlag**



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

in dieser Ausgabe möchten wir über den Angestelltentag vom letzten Dezember berichten, geben Informationen über die freiwillige Mitgliedschaft im Versorgungswerk und laden Sie herzlich zu unserem 1. Norddeutschen Psychotherapeutentag ein.

Bericht über den Angestelltentag vom 16.12.2005

Auf dem gut besuchten Angestelltentag, zu dem die Psychotherapeutenkammer überregional eingeladen hatte, wurden die schlechter werdenden Arbeitsbedingungen der angestellten Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen kritisiert.

Dr. Heiner Vogel aus Würzburg wies zwar optimistisch auf neue Beschäftigungsmöglichkeiten für angestellte Psychotherapeuten hin, mahnte jedoch, dass die Beteiligung an neuen Versorgungsmodellen wie Integrierte Versorgung oder Disease Management Programmen nur möglich werde, wenn die Psychologischen Psychotherapeuten sich politisch engagieren würden.

Der Bundesausschuss „Psychotherapie in Institutionen“ habe sich das Ziel gesetzt, sich für die Klärung der rechtlichen Stel-



Teilnehmer des Angestelltentages im Gespräch

lung von Psychotherapeuten in Kliniken zu engagieren. Er begleitet zudem die Ausgestaltung des TVöD mit dem Ziel, dass die Psychologischen Psychotherapeuten den Ärzten gleichgestellt werden.

Ein besonderes Augenmerk verdienten nach Vogel die Ausbildungskandidaten zum Beruf des Psychologischen Psychotherapeuten.

Diese würden während ihres ersten Ausbildungsjahres nur wie Praktikanten bezahlt und seien keine Tarifpartner. Eine problematische Situation angesichts der Nachwuchsprobleme dieser Berufsgruppe. In seinem Fazit forderte Dr. Vogel die Angestellten auf, sich mehr für die Kammer zu engagieren.

Referent Axel Janzen aus Bremen informierte über den neuen TVöD, der zukünftig den BAT abwechseln wird. Angesichts zunehmender Privatisierungen der Einrichtungen bietet er jedoch kein verbindliches Vergütungssystem mehr. Im Gegenteil, mit den

Privatisierungen gehe ein drastischer Personalabbau einher.

So war das Interesse der Teilnehmer für den Beitrag von Rechtsanwalt Axel Riefling aus Kiel zum Thema Kündigungsschutz groß. Auf zukünftige gesetzliche Lockerungen des Kündigungsschutzes müsse sich die Berufsgruppe einstellen.

Im Anschluss an die Referate hatten die Kammermitglieder die Möglichkeit, mit den Referenten die Themen zu vertiefen. Problematisiert wurde insbesondere die Situation der Psychotherapie in Beratungsstellen als auch die Ausbildung von PIAs durch Ärzte.

Es könne nicht sein, so der Präsident der Psychotherapeutenkammer Dr. Rogner in seinem Fazit, dass bei steigendem Bedarf der Bevölkerung im Land Schleswig-Hol-



Dr. Heiner Vogel



Dr. Oswald Rogner

stein an qualifizierter psychischer Versorgung die Arbeitsbedingungen der Psychologischen PsychotherapeutInnen und der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen sich drastisch verschlechterten.

Der Beruf müsse auch für den akademischen Nachwuchs attraktiv bleiben, damit diese Berufsgruppe, die erst 1999 gesetzlich verankert wurde, eine Zukunft habe.

Dafür werde sich die Psychotherapeutenkammer, so Dr. Rogner, gegenüber Politik und Krankenkassen einsetzen. Insgesamt gab es eine sehr positive Resonanz auf die Veranstaltung, so dass es im nächs-

ten Jahr einen weiteren Angestelltentag geben wird.

Fortbildung

Aufgrund häufiger Anfragen weisen wir darauf hin, dass die angestellten Kammermitglieder nach der derzeitigen Fortbildungsordnung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nach Ablauf des Fünf-Jahres-Zeitraumes keine 250 Stunden nachweisen müssen. Dies gilt nur für die niedergelassenen Kollegen, die in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung tätig sind. Die angestellten Kammermitglieder sind zwar nach dem Heilberufegesetz zur Fortbildung verpflichtet, ein regelmäßi-

ger Nachweis ist jedoch zur Zeit nicht nötig.

Mit herzlichen kollegialen Grüßen

Dr. Oswald Rogner, Dr. Angelika Nierobisch, Lea Webert, Peter Koch und Heiko Borchers.

Geschäftsstelle

Walkerdamm 17
24103 Kiel
Tel. 0431 / 66 11 99-0
Fax 0431 / 66 11 99-5
info@pksh.de
www.pksh.de

Nachrichten aus dem Versorgungswerk der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein

Freiwillige Mitgliedschaft

In letzter Zeit erreichen das Versorgungswerk häufiger Anfragen zur freiwilligen Mitgliedschaft im Versorgungswerk der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein. Eine freiwillige Mitgliedschaft im Versorgungswerk können Kammermitglieder erwerben, die nicht Pflichtmitglieder des Versorgungswerkes sind. Dies können beispielsweise angestellte Kammermitglieder sein, die aufgrund ihrer Pflichtversicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung von der Pflichtmitgliedschaft im Versorgungswerk der Psychotherapeutenkammer befreit wurden. Aber selbstverständlich gehören hierzu auch alle Kammermitglieder, die nach der Gründung des Versorgungswerkes von ihrem Recht, aus der Mitgliedschaft im Versorgungswerk entlassen zu werden, Gebrauch machten.

Die Entlassung bzw. der Austritt aus dem Versorgungswerk kann nicht einfach annulliert oder rückgängig gemacht werden. Gemäß § 5 der Satzung des Versorgungswerkes muss eine freiwillige Mitgliedschaft beantragt werden. Diesem Antrag ist eine persönliche Gesundheitserklärung (ärztliche Bescheinigung über den Gesundheitszustand und etwaige vorliegende Behinderungen), welche auf eigene Kosten einzuholen ist, beizufügen. Ferner darf das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet sein.

Freiwillige Mitglieder zahlen gemäß § 17 der Satzung des Versorgungswerkes den ermäßigten Beitrag. Der ermäßigte Beitrag beträgt in der Regel ein Zehntel des Höchstbetrages in der gesetzlichen Rentenversicherung für Angestellte; das sind zur Zeit € 102,38 monatlich. Auf Antrag kann der ermäßigte Beitrag auf zwei oder drei Zehntel erhöht werden (zur Zeit € 204,75 bzw. € 307,13). Frei-

willige Mitglieder haben die gleiche Möglichkeit, wie Pflichtmitglieder neben den monatlichen ermäßigten Beiträgen bzw. Regelpflichtbeiträgen, zusätzliche Beiträge einzuzahlen. Diese Mehrzahlungen dürfen zusammen mit den zu entrichtenden Beiträgen das Zweieinhalbfache des ermäßigten Beitrages nicht übersteigen. Derartige Zahlungen führen zu einer Höherversicherung bei der späteren Altersrente und der Hinterbliebenenrente. Außerdem können diese freiwilligen zusätzlichen Zahlungen günstige Auswirkungen auf die persönliche Steuerlast haben (hierzu siehe „Steuerliche Aspekte eines berufsständischen Versorgungswerkes“ unter www.pksh.de und dann unter dem Menüpunkt „Versorgungswerk“ sowie dem Unterpunkt „Steuerliche Aspekte“).

*Heiko Borchers
Vorsitzender des Aufsichtsausschusses
des Versorgungswerkes der PKSH*

1. Norddeutscher Psychotherapeutentag „Vielfalt in der Psychotherapie“

am 09. und 10. Juni 2006 in Kiel

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir laden Sie herzlich zum 1. Norddeutschen Psychotherapeutentag ein. Mit dem Motto „Vielfalt in der Psychotherapie“ und der breit gefächerten Auswahl unserer Referenten hoffen wir auf einen regen fachlichen Austausch und freuen uns, Sie in Kiel begrüßen zu dürfen.

Programm

Freitag, 09. Juni 2006

14.00 – 14.30 **Begrüßung**

Dr. Oswald Rogner, Präsident der PKSH

14.30 – 15.30 **Eingangsreferat
Vielfalt der Psychotherapie**

Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer

16.00 – 19.00 **Workshops**

WS 1 **Einführung in hypnotherapeutisches
Arbeiten mit Kindern und Jugendlichen**
Dipl.-Psych. Heike Wienands

WS 2 **Psychotherapie bei erworbenen
Hirnschädigungen.
Was ist Neuropsychologie?**
Dipl.-Psych. Stephan Stolz

WS 3 **Psychotherapie in der Konzeption
der modernen Rehabilitation**
Dipl.-Psych. Jens Möller

WS 4 **Spezielle Aspekte der Psycho-
onkologie im Akutkrankenhaus**
Dipl.-Psych. Juliane Dürkop

WS 5 **Psychotherapie des Schmerzes**
Dr. Annelie Scharfenstein

ab 19.30 **Abendfahrt auf der Kieler Förde** inkl.
Buffet mit dem Museumsschiff „Stadt Kiel“

Sonnabend, 10. Juni 2006

09.00 – 12.00 und 13.00 - 16.00

Workshops

WS 6 **EMDR in der Praxis**
Dipl.-Soz.päd. Elke Gimm

WS 7 **Recht, Prognose und
Glaubwürdigkeitsbegutachtung**
Prof. Dr. Günter Köhnken/
Prof. Dr. Thomas Bliesener

WS 8 **Behandlung von posttraumatischen
Störungen**
Dipl.-Psych. Gerda Krause

WS 9 **Kopfschmerz und Migräne
Verhaltenstherapeutische
Behandlungsansätze**
Dr. Uwe Niederberger

WS 10 **Therapie sexueller Störungen**
Prof. Dr. Herta Richter-Appelt

WS 11 **Die Wirkung der Körpersprache
in der Therapie**
Prof. Walter Bartussek

16.30 – 17.00

**Abschlussveranstaltung:
Pantomimische Tagesschau
der zwei Psychotherapeutentage**
Prof. Walter Bartussek

Veranstalter: Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein., Walkerdamm 17, 24103 Kiel
Tel.: 0431 / 66 11 99 - 0, E-Mail: info@pksh.de, Homepage: www.pksh.de

Anmeldung: bis Freitag, 05. Mai 2006, Anmeldeformular umseitig.

Teilnahmegebühr: für einen 3stündigen Workshop 40,-€, für einen 6stündigen Workshop 70,-€, für den gesamten Psychotherapeutentag 90,-€; Ermäßigung für Studenten, PiA auf Nachweis um 50% möglich. Der Kostenbeitrag für die Förderundfahrt beträgt 40,-€ pro Person inkl. Buffet und Getränke.

Anmeldung zum 1. Norddeutschen Psychotherapeutentag 2006

Bitte einsenden an: Psychotherapeutenkammer SH, Walkerdamm 17, 24103 Kiel

oder per FAX an: 0431 / 66 11 99 - 5

Hiermit melde ich mich verbindlich zum 1. Norddeutschen Psychotherapeutentag 2006 in Kiel an.

Ich nehme an folgenden Workshops teil:

Freitag, 09.06.2006 WS alternativ (falls ausgebucht)

Sonnabend, 10.06.2006 WS alternativ (falls ausgebucht)

An der Abendfahrt auf der Kieler Förde mit der „MS Stadt Kiel“ nehme ich mit Person/en teil.

Für das Mittagessen am 10.06.2006 zum Preis von 17,50 € (Salatbuffet, zwei Hauptgerichte zur Auswahl, Dessert, zwei Getränke) auf eigene Rechnung melde ich mich an ja nein

.....
Name

.....
Vorname

.....
Straße

.....
PLZ / Ort

.....
Tel.-Nr.

.....
ggf. E-Mail

Den Teilnahmebeitrag ggf. zzgl. Kostenbeitrag für die Förderundfahrt in Höhe von 40,-€ pro Person ggf. zzgl. 17,50 € für das Mittagessen habe ich auf das Kto.-Nr. 000 563 1076, BLZ 210 906 19, Dt. Apotheker- und Ärztebank unter Angabe des Stichwortes „Norddt. PT-Tag“ und meines Namens am überwiesen.

Eine Teilnahmebestätigung wird nach Eingang des Teilnahmebeitrages versandt.

Bei Rücktritt bis 14 Tage vor der Veranstaltung wird der Beitrag abzüglich einer Stornogebühr von 20,-€ erstattet. Bei späterem Rücktritt ist der volle Teilnahmebeitrag zu zahlen.

.....
Ort / Datum / Unterschrift



Nachrufe

Zum Tod von Gerda Boyesen, der Begründerin der biodynamischen Körperpsychotherapie

Am 29. Dezember 2005 verstarb in London im Alter von 83 Jahren Gerda Boyesen, die Begründerin der biodynamischen Körperpsychotherapie. Gerda Boyesen hat der neueren Psychotherapie, insbesondere der Körperpsychotherapie, wichtige Impulse gegeben. Edith und Rolf Zundel zählen sie in ihrem Buch zu den „Leitfiguren der neueren Psychotherapie“.

Gerda Boyesen studierte in Oslo Psychologie und absolvierte eine Ausbildung als Physiotherapeutin an der dortigen Ullevand Klinik für Psychiatrie. Sie ging in Lehranalyse zu Harald Schjelderup und lernte bei dem Psychoanalytiker und Reich-Schüler Ola Raknes die von Wilhelm Reich als eine analytische Arbeit mit dem Körper entwickelte „Vegetotherapie“. Viele Jahre arbeitete sie als Psychologin und Physiotherapeutin in psychiatrischen Einrichtungen in Oslo, bevor sie sich 1969 als eine der ersten Körperpsychotherapeuten in London niederließ und dort ein eigenes Institut gründete.

Hintergrund der biodynamischen Körperpsychotherapie von Gerda Boyesen sind die analytische Psychologie Freuds und Jungs, Reichs Vegetotherapie und die dynamische Physiotherapie von Aadel Bülow-Hansen. Aufgrund ihrer Doppelqualifikation als Physiotherapeutin und Psychologin konnte Gerda Boyesen von Beginn ihrer Arbeit an körperliche Methoden, insbesondere Massagen, mit psychotherapeutischen Gesprächen und Erkenntnissen verbinden. Neben der von Reich behandelten Beziehung zwischen muskulären und psychischen Prozessen betont sie die Beziehung zwischen psychischen und vegetativen Prozessen. Ihre Grundüberzeugung ist, dass sich neurotische Störungen auch im vegetativen System des Körpers niederschlagen. Daher seien sie dadurch zu be-

einflussen, dass man auf das vegetative System mit Hilfe von bestimmten Methoden der Massage einwirkt. Gerda Boyesen wurde vor allem dafür bekannt, dass sie eine Vielfalt von psychodynamisch wirkenden Massagetechniken entwickelte.

Nach ihren Erfahrungen gehen starke unbewusste psychische Prozesse oft mit vegetativen Veränderungen einher, insbesondere mit einer Intensivierung der peristaltischen Darmbewegungen. In diesem Zusammenhang benutzte Boyesen den Begriff der „Psychoperistaltik“. In der Biodynamik ging man davon aus, dass die entsprechenden Zusammenhänge über die parasympathische Tätigkeit des Nervus Vagus vermittelt werden. Seit den Forschungen des Neurobiologen Michael Gershon kann man davon ausgehen, dass das enterale Nervensystem ein vom Zentralen Nervensystem zumindest teilweise unabhängiger Sitz neuronaler Integration und Verarbeitung ist. Aufgrund der zahlreichen afferenten Verbindungen des enteralen Nervensystems zum Gehirn kann man vermuten, dass dieses System im Sinne der „somatischen Marker“ von Antonio Damasio grundlegende Informationen über Stimmungen mitteilt und selbst Stimmungen beeinflusst.

Gerda Boyesen steht für einen „sanften Stil“ reichianischer Körperpsychotherapie, der versucht, Widerstände zu schmelzen, ohne starke seelische oder körperliche Schmerzen zu provozieren. Die von ihr intendierte „biodynamische Entspannung“ sollte allerdings so tief gehen, dass „unterschwellige unterdrückte emotionale Muster reaktiviert werden“, wie sie schrieb, um diese und das mit ihnen assoziierte seelische Material einer psychotherapeutischen Bearbeitung zugänglich zu machen. Wie es der Psychosomatiker Georg Groddeck einstmal ver-

trat, verband Boyesen daher zeitlebens Massage und Psychotherapie.

Als Ziel der Psychotherapie sah sie das „unabhängige Wohlbefinden“ des Klienten an, seine Lebensfreude und die ungehinderte Zirkulation der Lebensenergie. Ihre Einstellung gegenüber dem therapeutischen Prozess war von der Humanistischen Psychotherapie geprägt. Sie wollte den Patienten mit Anerkennung, Menschlichkeit und Liebe begegnen und ihre Selbstheilungskräfte aktivieren.

Gerda Boyesen hat in zahllosen Aus- und Fortbildungen viele Körperpsychotherapeuten weltweit unterrichtet. Sie wirkte ebenso über die Ausstrahlung ihrer Person wie über ihre Ideen. Viele schätzten ihre tiefe Empathie und ihre psychotherapeutische Intuition.

1999 wurde Gerda Boyesen zum Ehrenmitglied der European Association for Body Psychotherapy ernannt. Die biodynamische Körperpsychotherapie wurde von der European Association for Psychotherapy evaluiert und anerkannt.

*Priv. Doz. Dr. Ulfried Geuter
Psychologischer Psychotherapeut
Otto-von-Wollank-Str. 57
14089 Berlin*

*Mechthild Münch
Vorsitzende der Gesellschaft für
Biodynamische Psychologie/
Körperpsychotherapie (GBP e.V.)*

*Dr. Manfred Thielen
Psychologischer Psychotherapeut
Vorsitzender der Deutschen
Gesellschaft für Körperpsycho-
therapie (DGK e.V.)
Crellestr. 14
10827 Berlin*

Großer Verlust für die Psychotherapie – Steve de Shazer verstorben

Am 11. September 2005 verstarb in einem Wiener Krankenhaus Steve de Shazer im Alter von 65 Jahren. De Shazer darf mit Fug und Recht als innovativer Therapeut gelten, der mit der so genannten lösungsorientierten Kurztherapie so etwas wie eine Revolution im psychotherapeutischen Bereich ausgelöst hat.

Seit 1980 vermerkt das Logo des von de Shazer und seiner Frau Insoo Kim Berg gegründeten Brief Family Therapy Center in Milwaukee „Lösungen seit 1980“. Die Grundidee dieses Ansatzes beruht darauf, dass zwischen Problemen und Lösungen nicht zwangsläufig eine – kausale – Beziehung bestehen muss. Dies bedeutet, dass ein Problem noch nichts darüber aussagt, wie die Lösung oder der Weg dorthin aussehen kann – eine Idee, die dem gesunden Menschenverstand zunächst zu widersprechen scheint. Doch die Erfahrungen der Therapeuten, die ihr Augenmerk nun weniger auf die Probleme richteten, sondern verstärkt auf die Lösungen, zeigten, wie erfolgreich ein solches Vorgehen war.

Die meisten Menschen kommen zur Therapie, weil sie unter „etwas“ leiden und weil sie möchten, dass dieses „Etwas“ verschwindet oder zumindest leichter erträglich wird. De Shazer fragte nun weniger danach, worunter die Menschen litten, sondern richtete sein Augenmerk auf das, was die Menschen sich ganz konkret davon erhofften, wenn sie zur Therapie kämen. Er war neugierig und wollte sehr detailliert wissen, wie das Leben der Leute realistisch aussehen wird, wenn sich ihr Leiden verkleinert oder verschwindet.

Die Erfahrung, die die Therapeuten dabei machten, war zunächst überraschend: die Menschen konnten meist sehr genau be-

schreiben, was sie konkret anders tun und sagen werden, wenn sie ihr Zeile erreicht haben. Und – fast noch bedeutsamer – das konkrete Beschreiben dieser persönlichen Ziele half den Menschen nicht nur, sich auf Ziele zuzubewegen, sondern brachte meist auch viele verborgene Fähigkeiten und Ressourcen der Menschen zum Vorschein, die ihnen bisher in ihrem Leben hilfreich waren, Probleme zu lösen.

Die Arbeit der Therapeuten orientierte sich daher zunehmend darauf, herauszufinden, wann das Problem nicht so belastend wirkte, denn es zeigte sich sehr rasch, dass Probleme und Leiden sich in ihrer Intensität veränderten. Genaueres Nachfragen brachte zum Vorschein, dass Menschen schon immer Problemlöser waren, die allerdings oft nicht wussten, dass und wie sie es geschafft hatten. De Shazer sprach dann davon, dass sich Lösungen eben oft aus solchen bisher unbekanntem Ausnahmen ergeben – eine Idee, die den vorherrschenden analytischen Ansätzen diametral entgegenlief.

So veränderte sich der Schwerpunkt dieser Therapie – des lösungsorientierten Ansatzes – von einer detaillierten Herausarbeitung und Beschreibung der Schwierigkeiten zu einer immer genaueren Erarbeitung dessen, was sich die Menschen erhofften. Diese Ziele wurden sehr konkret, sehr detailliert und vor allem sehr handlungsbezogen herausgearbeitet. Es reichte eben nicht aus, „weniger leiden“ oder „glücklicher“ sein zu wollen. Die Therapeuten forschten danach, was die Person ganz konkret tun oder sagen würde, wenn sie weniger leiden oder glücklicher sein würde. So ergaben sich viele kleine Schritte, und oft zeigte sich, dass die Menschen schon einen kleinen Schritt getan, diesen aber nicht erkannt oder selber

abgewertet hatten, eben weil er „so klein“ war, in ihren Augen gewissermaßen nichts zählte.

Im Laufe der mittlerweile über 25jährigen Entwicklung des lösungsorientierten Ansatzes schälte sich ein methodisches Instrumentarium heraus, das immer weiter verfeinert wurde, u.a. auch durch Vortrags- und Fortbildungsreisen de Shazers in der ganzen Welt bis hin nach China und Japan. Lösungsorientiertes Arbeiten „boomt“, könnte man sagen. Doch es gilt noch immer die Aussage de Shazers, dass dieser Ansatz scheinbar „einfach, aber durchaus nicht leicht“ sei. Oder, wie er oft ein wenig lächelnd bemerkte, „Einfachheit verlangt ungeheuer viel Disziplin.“

Dass seine Ideen keine Eintagsfliegen sind, zeigt sich nicht nur an der rasanten Verbreitung und Aufnahme seiner Ideen oder den vielen Vereinen und Ausbildungsinstitutionen, die seitdem entstanden sind, sondern ganz besonders darin, dass beispielsweise der auch in diesem Jahr verstorbene Psychotherapieforscher Klaus Grawe immer stärker und ausdrücklicher die Ressourcenorientierung in seinen Forschungen hervorhob.

De Shazer baute auf ein anderes Menschenbild: dass Menschen über alle notwendigen Kompetenzen, Fähigkeiten und Ressourcen verfügen, ihre Lösungen zu erreichen und dass sie dabei zeitweilig Unterstützung brauchten. Der Erfolg seiner Arbeit hat ihn bestätigt, und selbst eher traditionelle Forschung bezieht seine Ideen zunehmend in ihr Vorgehen ein.

*Dipl.-Psych. Jürgen Hargens
Norderweg 14
24980 Meyn*

Für Ihren erfolgreichen Start:

Niederlassung für Psychotherapeuten Berufs- und vertragsarzt- rechtliche Fragen

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

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

Dem bereits Niedergelassenen erwachsen Pflichten – aber auch Rechte – aus seinem Status; er hat seinen Pflichten als Vertragspsychotherapeut und seinen Berufspflichten zu entsprechen.

Es liegt daher im Interesse des Niedergelassenen wie desjenigen der seine Niederlassung plant, sich möglichst umfassend zu informieren, um so allen juristischen und wirtschaftlichen Fallstricken begegnen zu können.

Dr. iur. Martin H. Stellpflug, M.A., Justiziar der Bundespsychotherapeutenkammer, kennt die Problematik der Niederlassung aus eigener Beratungspraxis. Der vorliegende Band dient dem Psychotherapeuten als konkrete Handreichung, unterstützt ihn nicht nur bei zulassungsrechtlichen Fragen, sondern informiert auch über die allgemeinen Pflichten und die Berufspflichten. Den Kooperationsmöglichkeiten, die sich einem Psychotherapeuten bieten, wird ein eigener Abschnitt gewidmet.

Bestellen Sie beim Buchhandel oder beim Verlag:

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



Bestellen Sie beim Buchhandel oder per Fax: 089/54852-8178

Stellpflug, **Niederlassung für Psychotherapeuten
Berufs- und vertragsarztrechtliche Fragen**
€ 46,- ISBN 3-7685-0537-5

.....
Name

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Ort

.....
Sie haben das Recht, diese Bestellung innerhalb von 14 Tagen nach Lieferung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Der Widerruf erfolgt schriftlich oder durch fristgerechte Rücksendung der Ware an den Verlag (Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Emmy-Noether-Str. 2, 80992 München). Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs oder der Ware (Datum des Poststempels). Bei einem Warenwert unter 40 Euro liegen die Kosten der Rücksendung beim Rücksender.

.....
Datum, Unterschrift

**Psychotherapeuten
Verlag**

Leserbriefe

Die Redaktion begrüßt es sehr, wenn sich Leser in Briefen zu den Themen der Zeitschrift äußern; sie macht aber zugleich darauf aufmerksam, dass sie sich vor allem angesichts der erfreulich zunehmenden Zahl von Zuschriften das Recht vorbehält, eine Auswahl zu treffen oder gegebenenfalls Briefe auch zu kürzen. Als Leser der Briefe beachten Sie bitte, dass diese die Meinung des Absenders und nicht die der Redaktion wiedergeben.

Zu Gregor Hensen und Wilhelm Körner: „Erziehungsberatung – eine Standortbestimmung der Position von Psychotherapie in der Jugendhilfe“ (Psychotherapeutenjournal 3/2005)

Den Ausführungen der Autoren zu Schweigepflicht und Datenschutz in EB ist hinzu-zufügen, dass für approbierte Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichentherapeuten ein Zeugnisverweigerungsrecht besteht – jedoch nur insoweit (und das wird oft vergessen), als die betroffenen Klienten sie von ihrer Schweigepflicht nicht befreien (§ 53 StPO, 383, 385 ZPO). Das führt zur absurden Situation, dass verschiedene Berufsgruppen der EB vor Gericht unterschiedliche Zeugnispflichten und -rechte haben. Vermeiden lässt sich die Zeugenaussage oftmals durch ein klärendes Gespräch mit dem Richter und dem Hinweis auf den Eingriff in den geschützten, nicht-öffentlichen Raum einer therapeutischen Beziehung und das Vertrauen der Allgemeinheit in die Verschwiegenheit der in der Beratungsstelle tätigen Berufsgruppen.

Insgesamt scheint mir der Artikel zuwenig auf den Versuch ausgerichtet behandelungs-technische Unterschiede zwischen der heilkundlichen Psychotherapie und jener in Beratungsstellen (EB) herauszuarbeiten. Die heilkundliche Psychotherapie (gemeint ist hier die tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie) fokussiert die inneren Objekte und deren Repräsentanzen, die ihren Niederschlag im Übertragungs- und Gegenübertragungsprozess finden. Das Erleben und Bearbeiten der therapeutischen Beziehung bildet den Ausgangspunkt einer Entwicklung und Entfaltung der Persönlichkeitsstruktur. Die Symptome als (neurotische) Kompromiss-

bildungen rücken demgegenüber und im Widerspruch zum medizinisierten Anspruch des Gesundheitssystems in den Hintergrund. In Beratungsstellen ist dieses therapeutische Vorgehen schon aufgrund eines völlig anderen Settings schwer möglich. Aufgrund der Vielzahl der an der „Behandlung“ beteiligten „realen Objekte“ (Kind/er, Elternteil/e, Jugendamt, Schule etc.) und verschiedener, oft widersprüchlicher, bewusster und latenter bzw. unbewusster Handlungsaufträge entsteht ein überaus komplexer Handlungsdialog. Dieser sollte und kann in seinen bewussten und latenten Bedeutungen reflektiert wer-

Ein weiterer Beitrag zu Gregor Hensen und Wilhelm Körner: „Erziehungsberatung – eine Standortbestimmung ...“ (Psychotherapeutenjournal 3/2005)

Zuerst einmal, um meine Befindlichkeit nach Lesen des Artikels zusammenzufassen: Ich habe mich sehr geärgert. Die Verfasser haben sehr einseitig und zum Teil widersprüchlich sowie auch schlecht informiert ihren Artikel verfasst.

1. Im Bereich der Erziehungsberatung dominiert zwar die psychologische Berufsgruppe, daraus aber auf eine „Therapeutisierung“, „Medizinisierung“ oder „Psychologisierung“ zu schließen und alle drei Bereiche zusammen undifferenziert in einen Topf zu werfen, ohne die Begriffe zu definieren, hat vorsichtig ausgedrückt etwas Polemisches an sich,

den, ist aber nach meiner Erfahrung im Setting einer Beratungsstelle (da ist die EB nur ein Beispiel für viele) kaum systematisch therapeutisch bearbeitbar. Vielleicht wäre die Würdigung der äußerst komplexen und schwierigen Rahmenbedingungen der Tätigkeit in der EB Ausgangspunkt einer inhaltlichen Auseinandersetzung über Gemeinsamkeiten und Unterschiede der therapeutischen Arbeit. Zu bedenken ist übrigens auch, ob sich die therapeutische Arbeit der EB mit Kindern und Jugendlichen möglicherweise auch nachteilig auf die nach wie vor katastrophale Versorgung im Bereich der niedergelassenen Kinder- und Jugendlichentherapeuten auswirkt. Und schließlich: § 8a Abs. 1 und 2 SGB VIII erscheint mit dem Recht des Jugendamts zur Informationsverschaffung potentiell geeignet, gerade den Anspruch therapeutischen Arbeitens in der EB zu beeinträchtigen und den (wichtigen) Schutzgedanken für das Kindeswohl ad absurdum zu führen.

Mit freundlichen Grüßen

*Dipl.-Psych. Jürgen Thorwart (PP)
Joh.-Seb.-Bach-Weg 9
82223 Eichenau
j.thorwart@freenet.de*

was sich aber des öfteren im Artikel wiederholt.

2. Grundlage der Erziehungsberatung ist der §28 SGB VIII. Alle anderen Paragraphen definieren nicht den spezifischen Auftrag der Erziehungsberatung. Ein wesentlicher und wichtiger Bereich ist allerdings die Prävention, die die Verfasser nicht erwähnen. Hieraus leiten sich auch Aufgaben ab, die durch andere Paragraphen definiert werden. Der §35a SGB VII ist nicht unbedingt spezifisch für Erziehungsberatung, da dieser Paragraph eine Hilfeplanung gemäß Paragraph 36 SGB VIII erfordert, was Aufgabe des Jugendamtes ist. Die Hilfe-

Kleinanzeigen per Fax: 06221/437-109

Mit 20 Millimeter Höhe sind Sie dabei!

Diese Anzeige kostet gerade mal € 53,-

20 mm

Mit wenig Aufwand viel Aufsehen erregen!

Ihre Kleinanzeige im
Psychotherapeutenjournal
Anzeigen@
psychotherapeutenjournal.de

30 mm

Die Spalten sind 41mm breit – die Höhe bestimmen Sie!

Sie können so viel Millimeter buchen, wie Sie für Ihren Anzeigentext brauchen
z.B. 40mm für € 106,-

40 mm

Und wenn Sie viel Platz brauchen, buchen Sie einfach mehr:

z.B. 50mm für € 132,50

50 mm

Ich hätte gerne mehr Informationen. Bitte senden Sie mir kostenlos:

- ein Ansichtsexemplar des *Psychotherapeutenjournal*
 Ihre aktuellen Media-Informationen

Hiermit gebe ich folgende Kleinanzeige in Auftrag:

- Rubrik: Aus- und Weiterbildung Dienstleistungen Intervention Jobsharing
 Praxisgesuche Praxistausch Praxisverkauf Praxisvermietung
 Stellenangebote Verschiedenes andere:

Format: 41mm breit x mm hoch (mind. 20 mm) Chiffre (zzgl. € 15,- Gebühr)

Text: (**fett** zu druckenden Text bitte so markieren)

.....

.....

.....

.....

Anzeigenschluss

Heft 1/2006 09.03.06 erscheint 23.03.
Heft 2/2006 01.06.06 erscheint 26.06.
Heft 3/2006 31.08.06 erscheint 25.09.
Heft 4/2006 16.11.06 erscheint 24.12.

Größe

Spalte: 41mm breit
Mindesthöhe: 20mm

Preise (zuzüglich Mehrwertsteuer)

€ 2,65 pro mm

Absender:

Name, Vorname

Straße

PLZ/Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Daten werden elektronisch gespeichert und ggf. zu Werbezwecken verwendet

planung innerhalb der Beratung ist bei längerfristigen Fällen angesagt und wird durch die Fallbesprechung des Teams abgedeckt.

- Ein Prinzip der Beratungsarbeit ist die Verschwiegenheit. Zwar fehlt den BeraterInnen das Zeugnisverweigerungsrecht, aber gerade dieses Kriterium ist durch die Bestimmungen des SGB sehr streng und eng geregelt.

Soweit zu den Zugangsvoraussetzungen, wo beide Autoren nicht unbedingt vermitteln, dass sie sich sehr mit der Landschaft „Erziehungsberatung“ auseinandergesetzt hätten. Was ihnen auch nicht auffiel, was aber grundlegend ist: §28 SGB VIII regelt Erziehungsberatung, aber nicht Erziehungsberatungsstellen. Wichtig ist auch, dass das SGB VIII ein Anspruchsgesetz ist und nicht, wie das alte Jugendwohlfahrtsgesetz, ein Eingriffsgesetz. Dass die Praxis leider nicht immer so positiv ist, liegt nicht am Gesetz, sondern an seiner Anwendung.

Zum Abschnitt „Erziehungsberatung und ihre Rolle in der Jugendhilfe“ lässt sich anmerken, dass MitarbeiterInnen in Erziehungsberatungsstellen therapeutische Ausbildungen besitzen, dass dies in der Regel aber auch Ausbildungen umfasst, die über die für Psycholog. Psychotherapeuten zugelassenen hinausgehen. Viele KollegInnen sind kompetent im Bereich der unterschiedlichsten systemischen Ansätze. Gerade durch diese Ansätze, die Lebenswelt und Sozialraum der Klientel bewusst mit einbeziehen, wird eine Tür zu kritischer Reflexion aufgemacht. Die Einführung des Psychotherapeutengesetzes hat nicht zu mehr Klarheit in diesem Bereich geführt, sondern hat, womit auch immer begründet, einige Verfahren als Psychotherapie definiert, andere ausgeschlossen, dafür aber nicht wissenschaftliche Kriterien benutzt, sondern die erfolgreiche Lobbyarbeit einiger Berufsverbände. Dass personenzentrierte Psychotherapie ihren Siegeszug (welche Begrifflichkeit!) im Bereich der Jugendhilfe fortführt, erscheint mir zweifelhaft, dass Familientherapie unter diese Therapieform subsummiert wird, zeigt wenig Fachlichkeit und ist schlicht falsch.

Jugendhilfe ist keine öffentliche Ersatz-erziehung, sondern definiert sich als

familienergänzende Erziehung. Der dann im folgenden entwickelte Gedanken mag zu Nachdenklichkeit anregen und zu kritischem Hinterfragen ermutigen. Dabei sind wir ErziehungsberaterInnen aber im selben Schiff wie alle PsychotherapeutInnen: Wo leisten wir Anpassungsleistungen an das politische System und wo muten wir unserer Klientel zu, individuell auch gegen das bestehende System zu leben. Sehr häufig helfen wir KlientInnen dabei, um wieder gestaltungsfähig zu sein, und wie schreiben dann die Verfasser, das ist die „staatliche Herstellung allgemeiner Voraussetzungen für das Gelingen der kapitalistischen Konkurrenz“ (puh, Freunde, das trifft hart).

Zustimmen kann ich der Bemerkung, dass sich unsere Praxis einpendelt „zwischen den Polen psychotherapeutischer Dominanz und der finalen (was heißt das eigentlich) Programmierungsstruktur von Jugendhilfe“. Zwischen Polen zu pendeln heißt ja, sich dort einen Ort zu suchen und Extreme zu meiden.

Die Kommentierung der Erziehungsberatung und ihre Nutzer erspare ich mir, da diese Problematik in gleicher Weise auch Psychothe-

rapeutInnen betrifft. Nur bitte nicht den falschen Zungenschlag, dass in Erziehungsberatung die Menschen nicht weniger freiwillig sein könnten als bei TherapeutInnen.

Mit Sicherheit hat eine Psychologisierung von Beratung stattgefunden. Leider ist Psychotherapie aber bisher nicht in der Lage gewesen, eine stringente Theorie zu entwerfen, an der sich Erziehungsberatung abgrenzen oder messen könnte. Sieht man allerdings neuere Theorien, wie sie z.B. Grawe in seinem Buch „Neuropsychotherapie“ (2004) zu entwickeln beginnt, dann können wir hoffen, dass solche Diskussionen über Abgrenzung von Psycho-, Sozio- oder wie auch immer gearteter Therapie uns in Zukunft erspart bleiben.

Der etwas versöhnlicher klingende Schluss des Artikels hat mir übrigens geholfen, die Energien meines Ärgers in die Form eines Leserbriefes zu kanalisieren.

*Bernhard Roth
Erziehungsberater
Psychol. Psychotherapeut
Kirchbergstr. 8a
97616 Bad Neustadt*

Stellungnahme von Gregor Hensen und Wilhelm Körner zum Leserbrief von Bernhard Roth

Kreative Textverarbeitung

Es ist für Autoren immer wieder spannend zu erleben, welche Reaktionen die eigenen Publikationen in Form von Rezensionen, Stellungnahmen oder Leserbriefen auslösen. Ein interessantes Beispiel für solche überraschende Reaktionen ist der Leserbrief von Bernhard Roth.

Auf den Spuren von Roth vergleichen wir Passagen aus seinem Leserbrief mit den Positionen aus unserem Beitrag, wodurch wir hoffen, Herrn Roths kreative Arbeitsweise deutlich zu machen.

Die erste Methode, die Herr Roth anwendet, ist es, den Autoren die Kompetenz zu bestreiten, sich zum Thema zu äußern. So kommt er in seiner Eingangswertung zu diesem Ergebnis: „Die Verfasser haben sehr einseitig und zum Teil widersprüchlich, so-

wie auch schlecht informiert ihren Artikel verfasst“, und bringt dann folgende kreative Belege:

Er verwandelt unsere Passage, in der wir uns in einem Satz auf eine wichtige Fachdiskussion beziehen „Der Blick in die einschlägiger Literatur zeigt, dass dieser Vorwurf nicht ganz aus der Luft gegriffen ist, da seit langem die Begriffe „Therapeutisierung“, „Medizinisierung“ und „Psychologisierung“ in der Fachliteratur negativ mit der Entwicklung der Erziehungsberatung konnotiert werden (Keupp, 1980; Buer, 1984; Abel, 1998b).“, in folgenden Satz: „Im Bereich der Erziehungsberatung dominiert zwar die psychologische Berufsgruppe, daraus aber auf eine „Therapeutisierung“, „Medizinisierung“ oder „Psychologisierung“ zu schließen und alle drei Bereiche zusammen undifferenziert in einen Topf zu werfen, ohne die Begriffe zu definieren, hat

vorsichtig ausgedrückt etwas Polemisches an sich, was sich aber des öfteren im Artikel wiederholt.“ Diese Vorgehensweise verstehen wir als Umdeutung missliebiger Positionen.

Ferner beherrscht Herr Roth es, Textstellen zu ignorieren, wenn er behauptet: „Ein wesentlicher und wichtiger Bereich ist allerdings die Prävention, die die Verfasser nicht erwähnen.“ Prävention war hier nicht unser Thema, sie wird aber dennoch als Aufgabe von Erziehungsberatung erwähnt, sogar noch mit einer anderen Spezialdisziplin von Beratungsstellen: „Prävention und Vernetzung“ (S. 228, mittlere Spalte).

In seiner Zwischenbilanz greift Roth noch einmal unsere Inkompetenz auf und kommt zu folgender Wertung: „Soweit zu den Zugangsvoraussetzungen, wo beide Autoren nicht unbedingt vermitteln, dass sie sich sehr mit der Landschaft „Erziehungsberatung“ auseinander gesetzt hätten.“

Eine weitere Methode, derer sich Roth bedient, ist die Textergänzung, wenn er behauptet: „Was ihnen auch nicht auffiel, was aber grundlegend ist: §28 SGB VIII regelt Erziehungsberatung, aber nicht Erziehungsberatungsstellen.“ Nun müssen wir wohl einräumen, dass in unserem Text häufig von „Regelungen, regeln“ die Rede ist, was unter stilistischen Aspekten zu bedauern ist. Allerdings ist nirgends in unserem Text die unterstellte Behauptung zu finden.

Roth erteilt uns außerdem Nachhilfe: „Wichtig ist auch, dass das SGB VIII ein Anspruchsgesetz ist und nicht, wie das alte Jugendwohlfahrtsgesetz, ein Eingriffsgesetz. Dass die Praxis leider nicht immer so positiv ist, liegt nicht am Gesetz, sondern an seiner Anwendung“. Dabei belegen allerdings die von uns zitierten Arbeiten von Abel (1998b), Gröll, Kassebrock und Kömer (1998), dass die von Herrn Roth betonten Unterschiede zwischen den beiden Gesetzen keineswegs so groß sind, wie er behauptet.

Unsere Aussage über die Verbreitung von Familientherapie in der Erziehungsberatung „So war Familientherapie bereits damals das nach der personzentrierten Psychotherapie in der Erziehungsberatung am stärks-

ten verbreitete Verfahren (Menne, 1992a, S. 320) und setzt bis heute ihren Siegeszug auch in anderen Institutionen der Jugendhilfe fort.“ erfährt von Roth folgende sehr kreative Umdeutung: „Dass personen-zentrierte (sic!) Psychotherapie ihren Siegeszug (welche Begrifflichkeit!) im Bereich der Jugendhilfe fortführt, erscheint mir zweifelhaft, dass Familientherapie unter diese Therapieform subsummiert (sic!) wird, zeigt wenig Fachlichkeit und ist schlicht falsch.“

Für unsere Einschätzung „Aus einer gesellschaftstheoretischen Perspektive kann Jugendhilfe als öffentliche Ersatzerziehung neben der Institution Familie verortet werden.“ erhalten wir eine Belehrung in Wissenschaftstheorie: „Jugendhilfe ist keine öffentliche Ersatzerziehung, sondern definiert sich als familienergänzende Erziehung.“ Die inhaltliche Position wird in der oben genannten Literatur erläutert. Hier daher nur etwas zu Roths Wissenschaftsverständnis: Wie sich etwas/jemand definiert ist eine Sache; zu welchem Ergebnis die wissenschaftliche Analyse kommt, eine andere. Bei allgemeiner Akzeptanz dieser Roth-Methode wären viele Wissenschaften überflüssig! Man müsste nur jeweils die Selbstdefinition von Institutionen etc. übernehmen und schon wüsste man, was des Pudels Kern ist.

Roth erklärt weiter: „Sehr häufig helfen wir KlientInnen dabei, um wieder gestaltungs-

fähig (sic!) zu sein, und wie schreiben dann die Verfasser, das ist die „staatliche Herstellung allgemeiner Voraussetzungen für das Gelingen der kapitalistischen Konkurrenz“ (puh, Freunde, das trifft hart).“ Hier wird uns, aus welchen Gründen auch immer ironisch gesprochen, Härte vorgehalten. Aber hart ist nicht unsere Analyse, sondern es sind die Verhältnisse, unter denen sich auch die Klientel von Erziehungsberatung zu bewähren hat (vgl. dazu Gröll et al., 1998).

In seiner Schlusswertung kann Herr Roth doch noch einige Gedanken unseres Textes akzeptieren wie die „Psychologisierung“ aus dem „Eingangstopf“ (kein Zitat!!!): „Mit Sicherheit hat eine Psychologisierung von Beratung stattgefunden.“ und findet, dass der Schluss unseres Artikels „etwas versöhnlicher“ klinge. Uns geht es mit seinem Leserbrief ähnlich!

*Dipl.-Päd. Gregor Hensen
Wissenschaftlicher Mitarbeiter am
Institut für soziale Arbeit e.V. Münster
Stadtstraße 20
48149 Münster
E-Mail: henseng@uni-muenster.de
Dipl.-Psych. Dr. Wilhelm Körner
(PP, KJP)
Hittorfstraße 49 B
48149 Münster
E-Mail: wilhelm.koerner@unimuenster.de*

Zu Oliver Decker: „Alles auf eine Karte setzen: Elektronisches Regieren und die Gesundheitskarte“ (Psychotherapeutenjournal 4/2005)

Ich schreibe Ihnen, weil ich sehr beeindruckt war von dem Artikel im Psychotherapeutenjournal über die elektronische Gesundheitskarte („Alles auf eine Karte setzen“). Der Artikel war im Dezemberheft 2005 und stammt aus der Feder eines Medizinsoziologen in Leipzig.

Zu dem Artikel und der wissenschaftlichen Durchdringung der Materie möchte ich dem Psychotherapeutenjournal ausdrücklich gratulieren.

Wir werden auf der Ebene der Amtsärztesversammlung in Hessen (Hess. Landkreis-

tag) und des Vorstandes im Verband öffentlicher Gesundheitsdienste Hessen die Frage der elektronischen Gesundheits- und Heilberufekarte weiter diskutieren, den zitierten Artikel aber als einen argumentativen Beitrag verwenden.

Mit freundlichen Grüßen

*Dr. Schulz
Leiter Abteilung Gesundheit
Kreisausschuss des Lahn-Dill-Kreises
Postfach 1255
35722 Herborn*

Kontakt Daten der Psychotherapeutenkammern

Bundespsychotherapeutenkammer

Klosterstr. 64
10179 Berlin
Tel. 030/27 87 85-0
Fax 030/278785-44
Mo – Do 9.00 – 15.00 Uhr
info@bptk.de
www.bptk.de

Baden-Württemberg

Hauptstätter Straße 89
70178 Stuttgart
Tel. 0711/674470-0
Fax 0711/674470-15
Mo – Do 9.00 – 15.30 Uhr
Fr 9.00 – 13.00 Uhr
info@lpk-bw.de
www.lpk-bw.de

Bayern

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

Berlin

Kurfürstendamm 184
10707 Berlin
Tel. 030/887140-0, Fax -40
Mo, Mi – Fr 9.00 – 14.00 Uhr
Di 14.00 – 19.00 Uhr
info@psychotherapeutenkammer-berlin.de
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de

Bremen

Hollerallee 22
28209 Bremen
Tel. 0421/27 72 000
Fax 0421/27 72 002

Mo, Di, Do, Fr 10.00 – 14.00 Uhr
Mi 13.00 – 17.00 Uhr
Sprechzeit des Präsidenten:
Di 12.30 – 13.30 Uhr
verwaltung@lpk-hb.de
www.lpk-hb.de

Hamburg

Curschmannstraße 9
20251 Hamburg
Tel. 040/4210 1234
Fax 040/4128 5123
Mo, Di, Do, Fr 9.00 – 15.00 Uhr
Mi 9.00 – 17.00 Uhr
info@ptk-hh.de
www.ptk-hh.de

Hessen

Gutenbergplatz 3
65187 Wiesbaden
Tel. 0611/53168-0
Fax 0611/53168-29
Mo – Do 9.00 – 13.00 Uhr
post@psychotherapeutenkammer-hessen.de
www.psychotherapeutenkammer-hessen.de

Niedersachsen

Roscherstr. 12
30161 Hannover
Tel. 0511/850304-30
Fax 0511/850304-44
Mo, Mi, Do, Fr 9.00 – 12.00
Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr
Beitragsangelegenheiten:
Mo, Mi – Fr 9.00 – 12.00
Mo – Do 13.00 – 13.30 Uhr
info@pk-nds.de
www.pk-nds.de

Nordrhein-Westfalen

Willstätterstr. 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211/522847-0

Fax 0211/522847-15
Mo – Do 8.30 – 16.30 Uhr
Fr 8.30 – 14.30 Uhr
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Rheinland-Pfalz

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30
55130 Mainz
Tel. 06131/5703813
Fax 06131/5700663
Mo – Fr 10.00 – 12.30 Uhr
Di und Do 14.00 – 16.00 Uhr
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de

Saarland

Talstraße 32
66119 Saarbrücken
Tel. 0681/9545556
Fax 0681/9545558
Mo, Di 8.30 – 12.30, 13.30 – 17.30 Uhr
Mi 13.30 – 17.30 Uhr
kontakt@ptk-saar.de
www.ptk-saar.de

Schleswig-Holstein

Walkerdamm 17
24103 Kiel
Tel. 0431/661199-0
Fax 0431/661199-5
Mo, Mi, Fr 9.00 – 13.00 Uhr
Di, Do 9.00 – 16.00 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

Errichtungsgruppe der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer in Gründung

Promenade 25
06667 Weißenfels
Tel. 03443/302189
Fax 03443/231520
b.caspar@hnw-online.de

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Akademie für Gesprächs-
psychotherapie e.V.
**Berufsbegleitende Weiterbildung/
Klientenzentrierte Psychotherapie**
Ab Juni 2006 in Berlin
Tel.: 0 30 / 41 10 78 71, www.agb.de

**Integrative
Systemaufstellungen**
Schülerübergreifende
Weiterentwicklung
für psychotherapeutische/
ärztliche Praxis
**Weiterbildung 2006-2008
ISA Institut f. Integrative
Systemaufstellungen Hannover**
Leitung: Dipl. Päd. Freda Eidmann
System. Therapie u. Organisations-
beratung, KiJuPth,
Klin. Hypnose M.E.G.,
Psycho-Onkologie,
-Traumatologie
**Sedanstr. 73, 30161 Hannover,
Fon/Fax 0511-3360883
Infos Curriculum etc.:
www.isa-hannover.de**

Autogenes Training (42 P.)
in Frankfurt
Anwenderorientierte Kurse
Dr. Pervan,
Tel./Fax: 0 69 / 59 79 07 09
www.psychosomatik-pervan.de

**Weiterbildung in Integrativer
Gestalttherapie** Neue Aus-
bildungsgruppen in München,
Würzburg/Nürnberg, Freiburg,
Zürich und Wien **Institut für
Integrative Gestalttherapie IGW**
Theaterstraße 4, 97070 Würzburg
Fon 09 31 / 35 45 50, e-mail:
info@igw-gestalttherapie.de
www.igw-gestalttherapie.de

Thies Stahl Seminare

Dipl.-Psych. Thies Stahl, DVNLP-Lehrtrainer

NLP-Ausbildung in Hamburg

225 Fortbildungspunkte (FP)
Einstiegsseminar am 28.-30.04.06 (25 FP)

Systemische Strukturaufstellungen

30.9./1.10.06 in Witten/Dortmund
(22 FP) Tel.: 04106 82381

www.ThiesStahl.de

– Körperdialoge – Körper- und Selbsterfahrungs- Seminare mit Islandpferden

Akkreditierte Fortbildg. für
Psychotherapeuten

Termine 2006 sowie weitere

Informationen:
Dipl.Psych. Barbara Groth,
Tel.: 0 48 36 / 93 02

Das **Zentrum Psychotraumatologie**
im **Alexianer Krankenhaus Krefeld**
sucht für sofort approbierte
Psychologische Therapeutin für
Tiefenpsychologische und/oder
Analytische Psychotherapie für halbe
Tage, Vergütung analog zu BAT IIa.
Weiterbildung in psychotraumatolo-
gisch fundierter Psychotherapie,
Reha-Psychologie und Neuropsycho-
logie ist erwünscht. Schriftliche
Bewerbung an: DIPT e.V., Herrn
Univ.prof. Dr. G. Fischer Springen 26,
53804 Much

**2. Psychoonkologisches
Symposium Idar-Oberstein**
I. Navigation im Sturm onkologi-
scher Erkrankungen
II. Psychoonkologie – Quo Vadis?
**Termin: 11. 5. – 12. 5. 2006,
Ort: Idar-Oberstein**
Info: Klinik für Knochenmark-
transplantation und Hämatologie/
Onkologie GmbH
Ärztl. Direktor: Prof. Dr. A. A. Fauser
Dr.-Ottmar-Kohler-Str.2,
55743 Idar-Oberstein
Tel.: 0 67 81 / 66 15 90,
Fax: 0 67 81 / 66 15 84
E-Mail: office@bmt-center-io.com,
Internet: bmt-center-io.com

Dr. Manfred Prior:
**Zertifizierte Kompakteinführung
»Erickson'sche Ansätze der
Hypnose und Psychotherapie«**
8. - 10. Mai (Mo - Mi) und
12. - 14. Mai 2006 (Fr - So)
(Die Inhalte der beiden Workshops
sind identisch)
Teilnahmegebühr: 290,- €
Nähere Informationen (auch zum
**Curriculum „Klinische Hypnose
MEG“**, und zu unabhängigen
Einzelseminaren wie z. B.
„Psychosomatik und Schmerz“,
**„Zielorientierte Beratung und
Therapie“** „Ambivalenzen“ etc. –
alle Seminare sind
fortbildungszertifiziert):
Milton Erickson Gesellschaft
Regionalstelle Frankfurt
Frankfurter Str. 19, 65830 Kriftel
bei Frankfurt
Tel.: 06192 - 910240
www.meg-frankfurt.de

Dienstleistungen

Zuverlässige, kompetente und
qualifizierte **Supervision bei
VT Antragsstellung** von
Dipl.-Psychologin
Tel.: 0 22 34 / 94 91 70
E-Mail: jubender@freenet.de

SupervisorIn (DFT anerkannt)
bietet Einzelsupervision für Kinder-
und Erwachsenentherapie,
tiefenpsych. fundiert und für die
Berichterstellungen.
Tel.: 0 23 23 / 91 72 22

Verhaltenstherapeutin/Supervisorin
BDP bietet einzeln und in Gruppen
Supervision von Antragsberichten,
Fallsupervision, Übertragungs-/
Gegenübertragungsbearbeitung,
Coaching.
E-mail: an.erstkontakt@freenet.de
Tel.: 06 21 / 41 29 04

**Schnelle und qualifizierte
Berichterstellungshilfe** für TP, VT
und Analyse. (Kinder und
Erwachsene).
Tel. 04 21 / 44 47 00:
Fax 04 21 / 4 99 20 70 e-mail:
mutschler.roswitha@t-online.de

**CHIRON Psychologische
Dienstleistungen Berichts-Check**
– wir prüfen Ihren Bericht noch vor
Antragstellung professionell und
legal nach den offiziellen GA-
Kriterien. **Web-Service** – wir
realisieren und pflegen den
professionellen Internet-Auftritt
Ihrer Psychologischen Praxis
Weitere Hilfen rund um dem
Praxisalltag
Internet: www.chiron-pd.de
E-Mail: service@chiron-pd.de
Fon: 02 21 / 4 68 09 73
Fax: 02 21 / 2 79 04 56
Mo - Do: 9 - 15 Uhr, Fr: 9 - 10 Uhr

**Tiefenpsychologisch fundierte,
analytische Psychotherapie
sowie Verhaltenstherapie**
Supervision bei Kassenberichten
für Erwachsene, Kinder und
Jugendliche, schnelle und
kompetente Hilfe durch
Dipl.-Psych. mit 14 Jahren
Erfahrung, Express-Service
Tel.: 02 21 / 4 68 09 73, Fax 02 21 /
2 79 04 56 Mo.-Do. 9:00-15.00 Uhr,
Fr. 9:00-10:00 Uhr

Intervision

PP/VT, w. 46,
sucht Anschluß an
kollegiale Intervisionsgruppe
in **Bielefeld**.
Tel.: 0 57 31 / 3 05 27 01

Jobsharing

Münster
Psychologische Psychotherapeutin
(PP/KJP) mit Zulassung VT
bietet Jobsharing.

Zuschriften unter
Chiffre PTPJ 06 01 01

Psycholog. Psychotherapeutin
(VT, Erw.) sucht **Jobsharing** oder
Praxismitarbeit (auch
geringe Std.-Anzahl)
im Raum Ulm
Tel.: 0 73 08 / 92 31 88

Köln oder Erftkreis:
PP (TP, EMDR)
sucht ab Sept. 2006
KV-Sitz/Jobsharing
Tel.: 01 71 / 2 04 63 14

Psychologische
Psychotherapeutin (VT, Erw.)
sucht Jobsharing
im Ruhrgebiet,
Tel.: 02 09 / 4 20 95 72,
Mobil: 01 62 / 4 50 46 62

Suche Job-Sharing in Erw. VT od.
KJP-Praxis in Schlesw.Holst. od.
Nieders. Habe 20 J. klin. Erfahrung,
Arztreg.eintrag, Gruppenzul.,
Supervis., Rechtspsychy. Zuschrif-
ten unter Chiffre PTPJ 06 01 08

PP (VT) sucht Jobsharing
oder **KV-Zulassung**
Raum **N, ER, FÜ, B, KA**
o. **HD, K, Mü.**
Tel.: 01 71 / 5 38 72 44

PP(TP) m. Gestalttherapie und
EMDR-Ausb.
sucht Jobsharing o.
KV-Sitz-Übernahme.
Raum **WI / MZ / MTK / F.**
06 11 / 9 74 57 48 o. etleo@web.de

Psych. Psychotherapeut (VT)
sucht
Jobsharing im Raum
F, HG, FB, MTK, WI;
Arztregistereintrag vorh.;
Tel.: 0 69 / 7 07 12 44

Praxisgemeinschaft

Psychotherapeutische Praxis im
Raum Kaiserslautern mit hervor-
ragender Ausstattung in bester
zentraler Lage sucht passenden
Mitreiter/in (VT-Erw. u. KJP
erwünscht) Zuschriften unter
Chiffre PTPJ 06 01 04

Praxisgesuche

PP (VT) sucht KV-Sitz oder
Jobsharing im Raum Mettmann,
Wuppertal, Mülheim
Tel.: 0 21 04 / 5 45 11

Psychologische Psychotherapeutin
sucht Jobsharing/Mitarbeit
oder KV-Sitz in **Nordwürttemberg**
oder **Nordbaden**.
Tel.: 0 69 / 69 53 59 31

Psychologische
Psychotherapeutin
(VT, Erw.)
sucht KV-Sitz in **Berlin**,
Tel.: 0 30 / 32 76 66 20.

Münster/Praxisraum
Psychologische Psychotherapeutin,
Verhaltenstherapie, eig. KV-
Zulassung vorhanden, sucht neuen
Therapieraum Zuschriften erbeten
unter Chiffre PTPJ 06 01 20

PP (VT)
sucht KV-Sitz
Im Kreis Warendorf,
Steinfurt oder Münster
Zuschriften erbeten unter
Chiffre PTPJ 06 01 18

PPT (VT) sucht Praxis (KV-Sitz) in **Süddeutschland**
Zuschriften erbeten unter
Chiffre PTPJ 06 01 14

PP/VT (w.) sucht Job-Sharing oder KV-Sitz (auch langfristige Übernahme) in Wetterau, FFM, HU,
Tel.: 0 61 01 / 54 29 79

Psychologischer Psychotherapeut (VT f. Erw.) bietet KV-Sitz in Wangen/Allgäu, sucht KV-Sitz im Ruhrgebiet oder westlicher Bodenseeraum,
e-mail: psychotherapie.wangen@web.de

AKJP KV-Sitz Großraum Heidelberg
Abzugeben.
Große Praxis, verkehrsgünstig, hohe praxisindividuelle Fallzahlerlaubnis, Jobsharing möglich.
Zuschriften erbeten unter
Chiffre PTPJ 06 01 19

PP (VT, Erw.) sucht KV-Sitz-Abgabe im Raum Pfalz-Nordbaden-Südwesten-Rheinhesen.
Mail: sfu@vype.de,
Tel.: 06 21 / 8 28 39 45

KV-Sitz PP (VT) in Berlin gesucht.
Kauf oder Tausch (biete Hamburg).
Zuschriften erbeten unter
Chiffre PTPJ 06 01 16

Psychologischer Psychotherapeut (VT) bietet KV-Sitz in **Hamburg** sucht KV-Sitz in **Münster** oder nördliches Umland.
Zuschriften erbeten unter
Chiffre PTPJ 06 01 15.

Praxisvermietung

KJP (VT) sucht KV-Sitz oder Jobsharing in **Berlin**
Tel.: 0 30 / 6 92 15 03

Psychologischer Psychotherapeut (VT) sucht **KV-Sitz/Jobsharing** im **Großraum Gießen/ Marburg/Limburg**
Tel.: 01 74 / 1 83 25 29,
Mail: makio@web.de

Psychol. Psychotherapeut TP/Erw. sucht KV-Sitz im Raum **Nürnberg/Erlangen/Forchheim**, auch im **Tausch** gegen gut ausgelastete Praxis im **Landkreis Neumarkt**. Bauernhof (Pacht) mit Praxisräumen und 2 ha Grund (Weidekoppeln und Stallung) in schöner Reitgegend im Naturpark Altmühltal kann übernommen werden.
Tel.: 0 84 69 / 3 58

Behandlungsräume in vollständig ausgestatteter Kinderarztpraxis zur Mitbenutzung durch Psychotherapeutin/en und zur Kooperation zu vermieten. Raum Düsseldorf/ Leverkusen
Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 06 01 03

Psychol. Psychoth. (PA/TF), DGPT, sucht ab 1.12.2007 Kassensitz in WI, MZ, MTK, GG, RÜD, MZ oder Rhein-Main.
rschz@gmx.de
Tel.: 06 11 / 1 84 39 90

Psych. Psychotherapeutin (VT) sucht KV-Sitz in Karlsruhe (Stadt o. Land), Kauf oder Tausch (Essen)
Tel./Fax: 02 01 / 2 79 94 91

Psychologische Psychotherapeutin (VT) sucht KV-Sitz in **Freiburg i. Brsg.**, bietet KV-Sitz in **München**, auch längerfristig
Telefon 0 89 / 3 00 50 57

Köln-Centrum: Angebot zur **Untermiete** Psych. Psychotherapeutin bietet schönen 20 qm großen Raum mit Parkettboden, 3 m hohen Decken und viel Licht in 2er-Praxis für 350 Euro ab 1. April 2006
Tel.: **0171-5453479**

Mehrfährige Erfahrung in eigener Praxis, als Dozentin, in Gesundheitspsychologie und Drogeneinrichtung. Psych. Psychotherapeutin (44 J.) sucht KV-Sitz (TP) in **WI, MZ oder FFM** oder Jobsharing mit hohem Stundenanteil. Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 060111

Psychologische Psychotherapeutin (VT, Arztregistereintrag) sucht KV-Sitz oder Jobsharing im Raum **Mannheim** oder direkt **angrenzenden Kreisen** Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 06 01 17

Praxisverkauf

München Augsburg Oberbayern Kassenzulassung/Praxis gesucht für Psychologische Psychotherapie von berufserfahrener Psychotherapeutin (42).
Tel.: 0 89 / 72 05 90 76.

Promovierte **Psychologische Psychotherapeutin** VT sucht **KV-Sitz** in **Düsseldorf**, Solingen o. Mettmann.
Tel.: 01 78 / 5 94 78 44
suche_kvsvizt@web.de

KV-Sitz/Praxis für psych. Psychotherapie (TP) in **Ingolstadt** zu verkaufen.
Zuschriften erbeten unter
Chiffre PTPJ 06 01 02

Offenbach – Psychotherapeutin vermietet 2 attraktive Räume in bester Lage an neue Kollegin.
Tel. 0 69 / 80 05 29 43

Suche KV-Sitz (PP, VT, Erw.), Jobsharing oder Mitarbeit **in/um Gießen**
ab Mitte 2006 o. später
Tel.: 06 41 / 3 01 26 83

Praxiskauf

Psychologische Psychotherapeutin (TP) sucht KV-Sitz in Köln und Umgebung
Tel. 02 21 / 6 00 23 47

PP-KV-Sitz (VT) Südwürttemberg ab Sommer 2006 zu verkaufen.
Zuschriften erbeten unter
Chiffre PTPJ 06 01 06

Reinbek bei Hamburg Mitbenutzung von schönen Räumen in zentraler Lage für Supervisionsgruppen, Einzel-/Gruppentherapie, Seminare; Zeitfenster: Stunden. Vor-/Nachmittage nach Absprache;
Info: 01 71 / 4 75 82 83

Psychologische Psychotherapeutin z. Zt. KV-Sitz in MG-Rheydt sucht **Praxis** in **Köln/Erftkreis** (auch Tausch)
Tel.: 0 21 66 / 9 90 37 74 o. 02 21 / 68 84 98

Praxistausch

Psych. Psychotherapeutin (TP-Erwachsene) sucht KV-Sitz (Kauf, Tausch, Jobsharing) in **Göttingen** und Umgebung.
Bietet KV-Sitz in Berlin.
Tel.: 0 30 / 62 98 10 62

Stadt Pforzheim
2 x PP-Praxisverkauf PA/TP (Einzel/Gruppe) – TP (privat + Supervision) auch Jobsharing – VT die Praxen sind seit 1983 eingeführt.
Zuschriften erbeten unter
Chiffre PTPJ 06 01 07

Psychologische Psychotherapeutin (VT, Erw.) sucht Raum/Einstieg in Praxengemeinschaft in **Gießen** zum 01.06.06 oder Interessenten für eine Neugründung.
Tel.: 0 64 04 / 66 56 36

Ich, PP'in, suche, wie viele andere, einen **KV-Sitz**. Falls Sie im Raum **Frankfurt** oder **Darmstadt** ein Angebot an mich richten wollen, würde ich mich freuen.
Tel.: 01 72 / 6 65 39 01

Tausche KV-Sitz in Ludwigshafen (PP-VT) mit KV-Sitz in Bad Dürkheim
Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 06 01 05

Psychotherapeutische Kassenpraxis in gut eingeführter Praxengemeinschaft in **Offenbach** ab 2007 zu verkaufen (bitte nur aussagekräftige Bewerbungen mit Preisvorstellungen). Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 060110

Wuppertal-Elberfeld großzügiger Raum in netter Psychol. Praxengemeinschaft für 240 € + NK zu vermieten
Tel.: 02 02 / 7 59 50 15

Dringend: PP (VT), mit Zusatzqual. Ki/Jug. **sucht KV-Sitz** in den Bezirksstellen Frankfurt/Wiesbaden/ Darmstadt/Gießen, Mainz/Bingen oder Aschaffenburg
Zuschriften erbeten unter
Chiffre PTPJ 06 01 13

Ps. Psychotherapeutin (PA) gibt ab Kassensitz in Berlin, sucht Kassensitz in Ffm u. Umgebung ab sofort
Tel.: 0 69 / 95 11 65 42

PPKV-Sitz Bonn-Stadt zum 01.07.2006
Tel. 02 28 / 46 47 95 u.
01 70 / 9 06 76 54

Berlin – Prenzlauer Berg Mitbenutzung von 2 Räumen für Einzel-u. Gruppentherapie (10 Personen) in Psychotherapeutischer Praxis, tageweise, auch WE.
Tel.: 0 30 / 44 65 27 32

Praxisvermietung**Münster**

2 Therapieräume ab 1.4.
in PT-Praxis
Dr. med. Povel zu vermieten:
Klosterstr. 10,
Tel. und Fax 02 51 / 4 84 21 20

Münster-Innenstadt

Vermiete Raum (gr.) in psycho-
therapeutischer Praxis,
Zuschriften erbeten unter
PTPJ 06 01 12

Leverkusen-Opladen

Schöner Praxisraum in
repräsentativem Praxishaus
(Mitbenutzung Büro, WC,
Teeküche) stundenweise
sofort und ab 08/2006
ganztags an Psycholog.
Psychotherapeut/in zu vermieten.
Tel.: 0 21 71 / 74 32 43

Neue **Praxisräume in Offenbach**
block- oder tageweise zu vermieten.
Nach Erweiterung unserer gut
eingeführten psychologischen
Praxengemeinschaft (VT+TF) suchen
wir weitere Kollegen/-innen
Zuschriften erbeten unter
Chiffre PTPJ 06 01 09

Veranstaltungen

Koblenzer Akademie für integrative
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
Frühjahrstagung 2006 Samstag 6. Mai
(9.00 – 18.00 Uhr) „**Begleitende
Elternarbeit in der Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapie**“
Veranstaltungsort: Hotel Mercure
Koblenz. **Tagungsgebühr** incl.
Mittagessen, Tagungsgetränke 230,00 €.
Anmeldung: Am Plan 13, 56068
Koblenz, Tel: (0261)1338458, FAX:
(0261) 1338459, www.kijuko.de
**Zertifiziert mit 14 FP durch LPK-RLP
und LÄK-RLP**

**Therapiebegleitende
Osnabrücker
Persönlichkeitsdiagnostik
(TOP-Diagnostik)**

Einführungsseminar in die
Prozessdiagnostik von
Prof. Dr. Julius Kuhl,
Universität Osnabrück,
am 19./20. Mai 2006
akkreditiert mit 18 FE, Euro 195,00
Leitung. Dr. Gudula Ritz-Schulte
Tel. 0049 / (0)541 / 969 – 4536
www.impart.de / info@impart.de

Verschiedenes

**Psychologie-Absolvententreffen/
Dipl.-Jahrg. 1976,
Humboldt-Uni Berlin/**
bei Interesse melden bei:
Ilona Bodnar,
Tel. 0 30 / 44 05 45 71/
Mail: bodnar_ilona@web.de/
Johannes Pabel,
Tel. 03 45 / 2 09 31 25/
Mail: johannes.pabel@arcor.de/
Lutz-Ulrich Meyer,
Tel. 0 30 / 64 48 86 50/
Mail: lu.meyer@t-online.de

**Ihre Chiffre-Zuschriften senden Sie bitte
in einem zweiten geschlossenen Umschlag
an den Verlag:**

Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH
Herrn Günther Pfeffer
Chiffre Nr. _____
Im Weiher 10, 69121 Heidelberg

Inserentenverzeichnis

Akademie bei König & Müller,
Würzburg 34, 83

Arbeitskreis Psychoanalytische
Familientherapie, Göttingen 23

Ausbildungsprogramm Psychologische
Psychotherapie, Frankfurt 15

AVM, Bamberg 13

CIP-Medien, München 3, 4.US

CPO Hanser, Berlin 31

DGVT-Verlag, Tübingen 25

EMDR, Bergisch-Gladbach 7

Ergosoft, Hassloch 2. US

Eugen Träger Verlag, Lotte 13

Focusing-Büro, Bamberg 17

Fortbildungsstelle, Stuttgart 9

Hehn Büroorganisation, Neustadt/
Wied 19

HPC HumanProtect, Köln 41

IFKV, Bad Dürkheim 26

Institut für Therapeutische und
Angewandte Gruppenanalyse,
Münster 33

IPS, Würzburg 21

Klingenberger Institut, Konstanz 27

Klinik Roseneck, Prien am Chiemsee 41

Münchner Familienkolleg, München 10

Milton Erickson, Berlin 83

Seminar für Gruppenanalyse,
CH-Zürich, 7

**Einem Teil dieser Ausgabe liegen
Prospekte**

Folgender Firmen bei:

- Ausbildungsprogramm Psychologische
- Psychotherapie, Frankfurt
- Helm-Stierlin-Institut, Heidelberg
- Institut für Sucht und Fortbildung,
Berlin
- Psychologisches Institut, Tübingen

Impressum

Das „Psychotherapeutenjournal“ publiziert Beiträge, die sich – direkt oder indirekt – auf die Prävention, Therapie und Rehabilitation psychischer Störungen und auf psychische Aspekte somatischer Erkrankungen sowie auf wissenschaftliche, gesundheitspolitische, berufs- und sozialrechtliche Aspekte der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Berufspraxis von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beziehen. Das „Psychotherapeutenjournal“ ist der Methodenvielfalt in der Psychotherapie und ihren wissenschaftlichen Grundlagendisziplinen sowie der Heterogenität der Tätigkeitsfelder der Psychotherapeuten verpflichtet. Leserbriefe und andere Beiträge zu kammer-spezifischen Themen werden nicht im redaktionellen Teil der Zeitschrift abgedruckt. Sie werden von den jeweiligen Länderkammern selbst bearbeitet und können ggf. auf ihren Mitteilungsseiten veröffentlicht werden.

Herausgeber

Bundespsychotherapeutenkammer, Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, Bayerische 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, Psychotherapeutenkammer des Saarlands, Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein.

Redaktionsbeirat

Siegfried Schmieder (Baden-Württemberg), Dr. Nikolaus Melcop (Bayern), Dr. Heiner Vogel (Bayern), Anne Springer (Berlin), Dr. Manfred Thielen (Berlin), Karl Heinz Schrömgens (Bremen), Ulrich Wirth (Hamburg), Jürgen Hardt (Hessen), Uta Cramer-Düncher (Hessen), Dr. Lothar Wittmann (Niedersachsen), Prof. Dr. Hans-Jochen Schwartz (Niedersachsen), Karl-Wilhelm Hofmann (NRW), Dr. Annelie Scharfenstein (Rheinland-Pfalz), Ilse Rohr (Saarland), Dr. Uwe Speckenbach (Schleswig-Holstein).

Anschrift Redaktion

Karin Welsch
Bayerische Landeskammer der
Psychologischen Psychotherapeuten
und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
St.-Paul-Str. 9
80336 München
Tel.: 089/515555-19
Fax: 089/515555-25
welsch@ptk-bayern.de

Verlag

Psychotherapeutenverlag, Verlagsgruppe Hühlig Jehle Rehm GmbH, Im Weiher 10, 69121 Heidelberg, Annette Kerstein, Tel.: 06221/489-318; Fax: 06221/489-529, annette.kerstein@hjr-verlag.de

Anzeigen

Claudia Kampmann-Schröder, Tel.: 06221/437-042, Fax: 06221/437-109, cks-marketing@t-online.de

Satz

Strassner ComputerSatz
69181 Leimen

Druck

Druckhaus Darmstadt GmbH
64295 Darmstadt

Bezug und -bedingungen

Inland € 72,- (inkl. Versandkosten)
Ausland € 75,- (inkl. Versandkosten)
Studenten und Ausbildungsteilnehmer € 43,- (inkl. Versandkosten)
Alle Preise verstehen sich inkl. Mehrwertsteuer. Der Abonnementpreis wird im Voraus in Rechnung gestellt und umfasst 4 Ausgaben jährlich. Das Abonnement verlängert sich zu den jeweils gültigen Bedingungen um ein Jahr, wenn es nicht mit einer Frist von 8 Wochen zum Ende des Bezugszeitraumes gekündigt wird.

Abonnementsservice

Justus-von-Liebig-Straße 1, 86899 Landsberg, Tel. 08191/97000-640 (Melanie Fröhlich) oder -641 (Jutta Müller), Fax: 08191/97000-103, aboservice@hjr-verlag.de

Erscheinungsweise

Das „Psychotherapeutenjournal“ erscheint viermal jährlich. Für Mitglieder der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Schleswig-Holstein ist der Bezugspreis durch den Kammerbeitrag abgegolten.

Urheber- und Verlagsrechte

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten.

Manuskripte

Redaktionsschluss der Ausgabe 2/2006 ist der 30. März 2006, für Ausgabe 3/2006 der 30. Juni 2006. Manuskripte sind elektronisch (Diskette, E-mail) im Word- oder rtf-Format an die Redaktion (s. o.) zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (jpg-Format, mind. 300 dpi), Tabellen in getrennten Dateien einzureichen. Der Umfang des Manuskripts sollte im Regelfall 10 Seiten (zweizeiliger Abstand incl. Abbildungen und Tabellen) nicht überschreiten, während der Titel des Beitrages nicht länger als 70 Zeichen sein sollte.

Die verwendete Literatur ist nach den „Richtlinien zur Manuskriptgestaltung“, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Göttingen: Hogrefe Verlag, 1997), im Text zu zitieren und am Schluss des Manuskripts zu einem Literaturverzeichnis zusammenzustellen. Jedem Manuskript ist eine Zusammenfassung von maximal 120 Worten und eine Kurzbeschreibung mit bis zu 50 Worten (für das Inhaltsverzeichnis) beizulegen. Die Redaktion behält sich das Recht auf Kürzungen vor.

Autoren erhalten jeweils zwei Belegexemplare der Ausgabe des „Psychotherapeutenjournal“, in der ihr Beitrag erschienen ist.

Rechtseinräumung

Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt (dies gilt auch für die Wahrung der Anonymität des Patienten bei der Veröffentlichung von Fallberichten).

Der Autor räumt – und zwar auch zur Verwertung seines Beitrags außerhalb der ihn enthaltenden Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung – dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:

- a) 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);
- b) das Recht zur Veröffentlichung einer Mikro- oder Mikroformausgabe, zur Nutzung im Wege von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe durch Radio und Fernsehsendungen;
- c) 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;
- d) das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z. B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sog. Kopienversandes auf Bestellung; Verantwortlich für den allgemeinen Teil ist der Redaktionsbeirat. Für Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern sind deren Vorstände verantwortlich.